

**STUDI KOMPARATIF TINGKAT KEPUASAN PELAYANAN
PUBLIK ANTARA PESERTA ASKES DAN NON ASKES
DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG**

TESIS

**Untuk memenuhi Sebagian Persyaratan
Guna Mencapai Derajat Sarjana S-2**

**Program Pascasarjana Universitas Diponegoro
Program Studi : Magister Ilmu Administrasi
Konsentrasi : Magister Administrasi Publik**



**Diajukan Oleh :
TRI YUNININGSIH
D4E.000087**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
2002**

UPT-PUSTAK-INDIP

**STUDI KOMPARATIF TINGKAT KEPUASAN PELAYANAN
PUBLIK ANTARA PESERTA ASKES DAN NON ASKES
DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh

TRI YUNININGSIH

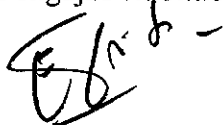
D4E.000087

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji

Pada tanggal : 21 SEP 2002

Susunan Tim Penguji

Ketua Penguji/Pembimbing I,



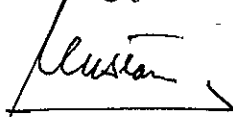
1. Dra. Hj. Endang Larasati, MS

Anggota Dewan Penguji lain :



1. Dr. Ari Pradanawati, MS

Sekretaris Penguji/Pembimbing II,



2. Drs. M Mustam, MS



2. Dra. Kismartini, MSi

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan

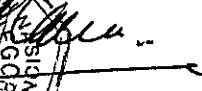
Untuk memperoleh gelar Magister Sain

Tanggal : 21 SEP 2002

Ketua Program Studi MAP

Universitas Diponegoro Semarang




Drs. Y. Warella, PhD

UPT-PUSTAK-UNDIP
No. Daft: 2078/T/MS/02
Tgl. : 19 Sept 02

RINGKASAN

Pada bagian ini hal yang melatarbelakangi timbulnya masalah adalah adanya kecenderungan rendahnya kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang, ditandai dengan banyaknya keluhan masyarakat khususnya peserta Askes terhadap pelayanan yang diberikan pihak rumah sakit. Keluhan yang disampaikan berkaitan dengan adanya kecenderungan perbedaan pelayanan dimana pasien Non Askes lebih baik pelayanannya dibandingkan dengan pasien Askes, berdasar latar belakang di atas maka masalah yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang adalah rendahnya tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang diberikan.

Untuk variabel Kualitas pelayanan ternyata ada perbedaan, dimana pasien Non Askes kualitas pelayannya cukup memuaskan sedangkan peserta Askes kurang memuaskan. Terbukti setelah dilakukan uji hipotesis $T\text{-hitung} = -3,674 > T\text{-tabel} = 2,064$ pada taraf signifikansi 5 % dua sisi, artinya hipotesis yang menyatakan ada perbedaan kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes diterima. Kesimpulan yang dapat diambil bahwa kualitas pelayanan peserta Askes adalah kurang baik sedangkan Non Askes cukup baik. Khususnya perbedaan dapat dilihat dari sisi *Empathy* dan *Access* dalam kualitas pelayanan yang diberikan oleh dokter/perawat. Hasil penelitian yang menonjol dapat disampaikan pula bahwa untuk variabel kepuasan masyarakat ternyata tidak ada perbedaan tingkat kepuasan antara peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, terbukti setelah dilakukan uji hipotesis menunjukkan bahwa $T\text{-hitung} = 1,355 < T\text{-tabel} = 2,064$ pada taraf signifikansi 5 % dua sisi, artinya hipotesis yang menyatakan ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan ditolak. Secara terperinci dapat dilihat dari sisi tingkat kepuasan masyarakat dalam hal pelayanan pengobatan menunjukkan sama-sama kurang memuaskan, dilihat dari sisi tingkat kepuasan masyarakat dalam hal pemberian makanan/gizi sama-sama kurang memuaskan, dilihat dari sisi tingkat kepuasan masyarakat dalam hal pelayanan administrasi sama-sama kurang memuaskan, dilihat dari sisi tingkat kepuasan masyarakat dalam hal pemeriksaan pada pasien sama-sama kurang memuaskan, dilihat dari sisi tingkat kepuasan masyarakat dalam hal penyampaian informasi sama-sama kurang memuaskan, dilihat dari sisi tingkat kepuasan masyarakat dalam hal penyediaan fasilitas fisik (bed, meja, kursi, toilet dan ruang tunggu) sama-sama cukup memuaskan dan dilihat dari sisi tingkat kepuasan masyarakat dalam hal perilaku perawat/dokter sama-sama kurang memuaskan. Dengan demikian kesimpulan yang dapat diambil bahwa tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang adalah kurang memuaskan.

Implikasi yang dapat dilakukan untuk dapat semakin meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang adalah membudayakan sikap ramah, sopan dan bersahabat serta mensosialisasikan bentuk pelayanan prima yaitu pelayanan yang berusaha memberikan kepuasan kepada pelanggan (masyarakat) melalui pendidikan, latihan dan kursus tentang pelayanan prima kepada semua jajaran pemberi pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

ABSTRAKSI

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, untuk mengetahui apakah ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, apabila ada perbedaan faktor-faktor apa yang menyebabkan perbedaan tersebut. Teori yang mendasari penelitian ini adalah teori pelayanan publik yang mengacu pada sepuluh prinsip *Reinventing Government*, *Total Quality Management*, *Total Quality Service* dan konsep-konsep yang berkaitan dengan kualitas pelayanan serta kepuasan pelanggan. Penelitian ini menggunakan metode analisis kuantitatif dan analisis kualitatif, sedangkan tipe penelitiannya adalah komparatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien di RSUP Dr. Kariadi, teknik pengambilan sampel menggunakan *Purposive Random Sampling*, jumlah sampel dalam penelitian ini diambil sebanyak 50 orang yang dikelompokkan ke dalam dua kategori yaitu 25 orang pasien peserta Askes dan 25 orang pasien Non Askes khususnya kelas dua di bangsal penyakit dalam. Teknik uji hipotesis menggunakan Uji Beda Dua Mean, kemudian untuk mengetahui tingkat perbedaan dengan menggunakan uji t-test. Dari hasil penelitian ditemukan bahwa hipotesis yang menyatakan ada perbedaan tingkat kepuasan antara masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang ditolak pada taraf signifikansi 5 %, artinya tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Kualitas pelayanan kepada masyarakat selama ini dari hasil penelitian ditemukan ternyata kurang memuaskan. Saran yang diajukan berdasarkan temuan hasil penelitian di atas dalam rangka semakin meningkatkan tingkat kepuasan masyarakat adalah perlu semakin diupayakan peningkatan kualitas pelayanan pihak rumah sakit kepada pasien dengan tanpa membedakan penggunaan fasilitas Askes maupun Non Askes, antara lain melalui pensosialisasian budaya ramah, sopan dan bersahabat dari pemberi pelayanan kepada penerima pelayanan

ABSTRACT

The purpose of the research is to know how level of satisfaction of health insurance and non health insurance participants to the service quality in Central Public Hospital of Dr. Kariadi Semarang, to know are there the differences between the level of society's satisfaction and the service quality in Central Public Hospital of Dr. Kariadi Semarang, if there are differences what kind of factors that cause the differences. This research is based on the theory of Public Service that refers to the 10 principles of *Reinventing Government*, *Total Quality Management*, *Total Quality Service* and concepts that relate to the service quality and also the satisfaction of customer. This research uses quantitative analysis and qualitative analysis methods, whereas type of the research is all of patients in Central Public Hospital of Dr. Kariadi Semarang, the technique of taking sample uses *Purposive Random Sampling*, the amounts of sample of this research are taken in the amount of 50 people that are divided into two categories that is 25 patients of health insurance participants and 25 patients of non health insurance participants especially for the second level of internal disease ward. The technique of hypothesis test uses Two Mean Different Test, then to know the level of differences by using test. From the differences this research is found that hypothesis that explain there are the differences between the level of satisfaction of health insurance and non health insurance participants and the service quality in Central Public Hospital of Dr. Kariadi Semarang are refused to the standard of significance 5 %, it means that there are no differences between the society's satisfaction and the service quality of Central Public Hospital of Dr. Kariadi Semarang. The service quality of society from the result of this research isn't satisfied enough. The suggestion which is purposed based on the result of the research to improve the level society's satisfaction is necessary to improve the service quality of hospital to the patients without distinguishing between using health insurance facility and non health insurance facility, by socializing hospital culture, polite and friendly from the service to the acceptor service.

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka

Semarang,.... September 2002

Tri Yuniningsih

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis penjabatkan kehadiran Allah SWT karena atas berkat dan rahmatNya serta bantuan maupun bimbingan dari berbagai pihak akhirnya dapat menyelesaikan tesis dengan judul : “STUDI KOMPARATIF TINGKAT KEPUASAN PELAYANAN PUBLIK ANTARA PESERTA ASKES DAN NON ASKES DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG”.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini tidak dapat berjalan tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Karena itu penulis pada kesempatan ini mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dekan FISIP- UNDIP, Drs. Abdulkahar Badjuri yang telah memberi ijin dan kesempatan penulis untuk melanjutkan studi S2.
2. Ketua Program Studi Administrasi Negara, Dra. Endang Larasati, MS dan Ketua Jurusan Administrasi, Dra. Tri Kadarwati, SU yang telah memberi dorongan penulis untuk melanjutkan studi S2.
3. Ketua Program Studi MIA Konsentrasi MAP, Prof. Drs. Y. Warella, PhD dan staffnya yang telah membantu kelancaran studi S2 penulis.
4. Rektor, Pembantu Rektor I dan Pembantu Rektor II yang telah memberi bantuan secara moril maupun materiil sehingga memperlancar studi lanjut S2 ini.
5. Dra. Endang Larasati, MS dan Drs. M. Mustam, MS selaku Dosen Pembimbing, DR. Ari Pradanawati, MS dan Dra. Kismartini, Msi selaku Dosen Penguji tesis yang telah meluangkan waktu dalam membimbing dan menguji penulis hingga terselesaikannya tesis ini.
6. Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang dan staff yang telah memberikan ijin melakukan penelitian.
7. Semua teman-teman Dosen PS Ane yang telah memberi dorongan moril kepada penulis dalam penyelesaian studi S2 ini.
8. Masyarakat (pasien) yang telah bersedia meluangkan waktu memberi informasi dan data dalam penelitian di lapangan khususnya kelas II di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

9. Suami dan Ananda tercinta yang telah berkorban mendukung menyelesaikan studi S2 ini.
10. Ayah, Ibu dan Saudara-saudaraku tercinta yang turut membantu secara moril dan materiil dalam menyelesaikan studi ini
11. Teman – teman MAP yang turut mendukung dalam penyelesaian tesis ini.
12. Dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu turut membantu penyelesaian studi dan tesis in .

Mudah-mudahan segala jerih payah yang telah penulis sumbangkan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan. Penulis menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna. karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan.

Semarang, 23 September 2002

Tri Yuniningsih

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan.....	ii
Ringkasan.....	iii
Abstraksi.....	iv
Abstract.....	v
Halaman Pernyataan.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xvi
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Kegunaan Penelitian.....	8
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Kerangka Teori.....	9
A.1. Teori Yang Mendasari Penelitian.....	9
A.1.1. Pelayanan Publik.....	9
A.1.2. TQM.....	12
A.1.3. TQS.....	15
A.2. Kualitas Pelayanan.....	18
A.3. Kepuasan Masyarakat.....	30
B. Hipotesis.....	36
BAB III : METODE PENELITIAN.....	37
A. Rancangan Penelitian.....	37
B. Ruang Lingkup Penelitian / Focus Penelitian.....	37
C. Lokasi Penelitian.....	37

	D. Variabel Penelitian	38
	D.1. Variabel yang Dipakai dalam Penelitian	38
	D.1.1. Variabel Bebas (X) Kualitas Pelayanan ...	38
	D.1.2. Variabel Terikat (Y) Kepuasan Masyarakat	38
	D.2. Definisi Konseptual	38
	D.3. Definisi Operasional	39
	E. Jenis dan Sumber Data	41
	F. Instrumen Penelitian	41
	F.1. Validitas	42
	F.2. Realibilitas	44
	G. Populasi dan Teknik Pengambilan Sampel	45
	H. Teknik Pengumpulan Data	47
	I. Teknik Analisis Data	48
BAB	IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	HASIL PENELITIAN	51
	A. Deskripsi Wilayah Penelitian	51
	B. Hasil Penelitian	70
	C. Analisis Hasil Penelitian	135
	D. Diskusi	146
BAB	V : SIMPULAN DAN SARAN	162
	A. Simpulan	162
	B. Saran	164

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR GAMBAR

Gambar II.1. Perangkat TQM.....	13
Gambar II.2 Strategi TQS	16
Gambar IV.1 Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Kariadi Semarang	68
Gambar IV.2 Kurve Dua Sisi Daerah Penerimaan-Penolakan.....	142

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Tabel IV.1 Sebaran Responden Menurut Jenis Kelamin	71
2. Tabel IV.2 Sebaran Responden Menurut Status Perkawinan.....	71
3. Tabel IV.3 Sebaran Responden Menurut Pekerjaan Pokok	72
4. Tabel IV.4 Sebaran Responden Menurut Kelompok Umur	73
5. Tabel IV.5 Sebaran Responden Menurut Tingkat Pendidikan.....	74
6. Tabel IV.6 Sebaran Responden Menurut Pekerjaan Sampingan	75
7. Tabel IV.7 Sebaran Responden Menurut Kategori Kepesertaan Askes.....	75
8. Tabel IV.8 Ketepatan Waktu Dalam Memberi Obat Kepada Pasien.....	77
9. Tabel IV.9 Ketepatan Jenis Obat yang Diberikan Kepada Pasien	78
10. Tabel IV.10 Keterjangkauan Jenis Obat yang Diberikan.....	79
11. Tabel IV.11 Ketepatan Waktu Dalam Mengantarkan Makanan Kepada Pasien	80
12. Tabel IV. 12 Terpenuhiya Gizi dari Makanan yang Diberikan.....	81
13. Tabel IV. 13 Ketersediaan Makanan Bagi Penunggu	81
14. Tabel IV. 14 Kebersihan Makanan yang Disediakan.....	82
15. Tabel IV. 15 Kebersihan Tempat Menyediakan Makanan yang Digunakan.....	83
16. Tabel IV. 16 Kemudahan dalam Pengurusan Administrasi	84
17. Tabel IV. 17 Kesederhanaan dalam Pengurusan Administrasi	85
18. Tabel IV. 18 Keterjangkauan Harga dalam Pengurusan Administrasi	86
19. Tabel IV. 19 Besarnya Bantuan yang Diberikan Pihak Lain	87
20. Tabel IV. 20 Ketepatan Waktu Pemeriksaan Pada Pasien oleh Perawat ..	88
21. Tabel IV. 21 Ketepatan Waktu Pemeriksaan Pada Pasien oleh Dokter	89
22. Tabel IV. 22 Ketepatan Dokter yang Menangani Pasien (Spesialisasinya).....	90

23. Tabel IV. 23 Ketepatan Merawat yang Menangani Pasien (Spesialisasinya).....	91
24. Tabel IV. 24 Ketelitian Perawat dalam Memeriksa Pasien.....	91
25. Tabel IV. 25 Ketelitian Dokter dalam Memeriksa Pasien.....	92
26. Tabel IV. 26 Perhatian Perawat dalam Pemeriksaan Pasien.....	93
27. Tabel IV. 27 Perhatian Dokter dalam Pemeriksaan Pasien.....	94
28. Tabel IV. 28 Keterbukaan Perawat Menyampaikan Informasi Kepada ... Pasien/Keluarga Pasien	95
29. Tabel IV. 29 Keterbukaan Dokter Menyampaikan Informasi Kepada Pasien/Keluarga Pasien	96
30. Tabel IV. 30 Kesiediaan Perawat memberikan Informasi Kepada Pasien/Keluarga Pasien	97
31. Tabel IV. 31 Kesiediaan Dokter Memberikan Informasi Kepada Pasien /Keluarga Pasien.....	98
32. Tabel IV. 32 Kemudahan Memperoleh Informasi dari Perawat	99
33. Tabel IV. 33 Kemudahan Memperoleh Informasi dari Dokter.....	100
34. Tabel IV. 34 Kelengkapan Fasilitas Perawatan Berupa Meja.....	100
35. Tabel IV. 35 Kelengkapan Fasilitas Perawatan Berupa Kursi	101
36. Tabel IV. 36 Kelengkapan Fasilitas Perawatan yang Berupa Bed.....	102
37. Tabel IV. 37 Kelengkapan Fasilitas Perawatan Berupa Toilet	103
38. Tabel IV. 38 Kelengkapan Fasilitas Perawatan Berupa Ruang Tunggu	103
39. Tabel IV. 39 Kebersihan Fasilitas Perawatan yang Berupa Meja.....	104
40. Tabel IV. 40 Kebersihan Fasilitas Perawatan yang Berupa Kursi	105
41. Tabel IV. 41 Kebersihan Fasilitas Perawatan yang Berupa Bed.....	105
42. Tabel IV. 42 Kebersihan Fasilitas Perawatan Berupa Toilet	106
43. Tabel IV. 43 Kebersihan Fasilitas Perawatan Berupa Ruang Tunggu.....	107
44. Tabel IV. 44 Kelayakan Fasilitas Perawatan Berupa Meja.....	108

45. Tabel IV. 45 Kelayakan Fasilitas Perawatan Berupa Kursi	108
46. Tabel IV. 46 Kelayakan Fasilitas Perawatan Berupa Bed.....	109
47. Tabel IV. 47 Kelayakan Fasilitas Perawatan Berupa Toilet	110
48. Tabel IV. 48 Kelayakan Fasilitas Perawatan Ruang Tunggu.....	110
49. Tabel IV. 49 Kemudahan Perawat dalam Memberikan Pelayanan.....	111
50. Tabel IV. 50 Kemudahan Dokter dalam Memberi Pelayanan	112
51. Tabel IV. 51 Kesopanan Perawat dalam Memberi Pelayanan	113
52. Tabel IV. 52 Kesopanan Dokter dalam Memberi Pelayanan.....	113
53. Tabel IV. 53 Perhatian/Kepedulian Perawat Terhadap Pasien yang dilayani	114
54. Tabel IV. 54 Perhatian/Kepedulian Dokter Terhadap Pasien yang dilayani	115
55. Tabel IV. 55 Tangung Jawab Perawat dalam Tugasnya	116
56. Tabel IV. 56 Tangung Jawab Dokter dalam Tugasnya.....	116
57. Tabel IV. 57 Pendapat Responden Tentang Kepuasan Dalam	
58. Pelayanan Pengobatan.....	117
59. Tabel IV. 58 Pendapat Responden Mengenai Kepuasan dalam Hal	
60. Pelayanan Pemberian Makanan Kepada Pasien.....	119
61. Tabel IV. 59 Pendapat Responden Mengenai Kepuasan dalam Hal	
62. Pelayanan Administrasi.....	121
63. Tabel IV. 60 Pendapat Responden Mengenai Kepuasan dalam Hal	
64. Pemeriksaan Terhadap Pasien.....	122
65. Tabel IV. 61 Pendapat Responden Mengenai Kepuasan dalam Hal	
66. Penyampaian Informasi Berkaitan Dengan Keperawatan Pasien	124
67. Tabel IV. 62 Pendapat Responden Mengenai Kepuasan dalam Hal	
68. Penyediaan Fasilitas Fisik	126
69. Tabel IV. 63 Kepuasan Responden Dalam Hal Perilaku Perawat/ Dokter yang Melayani.....	127
70. Tabel IV. 64 Kesimpulan Kepuasan Masyarakat.....	128

71. Tabel IV. 65 Responsiveness	129
72. Tabel IV. 66 Empathy	130
73. Tabel IV. 67 Access	131
74. Tabel IV. 68 Reliability.....	132
75. Tabel IV. 69 Courtesy.....	133
76. Tabel IV. 70 Tangibles.....	133
77. Tabel IV. 71 Kesimpulan Kualitas Pelayanan.....	134
78. Tabel IV. 72 Hasil Analisis Item Instrumen Kepuasan	135
79. Tabel IV. 73 Hasil Perhitungan Uji Beda Dua Mean Dan T-test.....	141
80. Tabel IV. 74 Hubungan Variabel Kualitas Pelayanan (X) dengan Variabel Kapuasan Masyarakat	142

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran No. 1 Data Pasien Peserta Askes dan Non Askes

3 bulan terakhir (April – Juni 2002)

Lampiran No. 2 Matrik Kuesioner

Lampiran No. 3 Kuesioner/Daftar Pertanyaan

Lampiran No. 4 Data Hasil Penelitian

Lampiran No. 5 Perijinan

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG PERMASALAHAN

Indonesia merupakan negara berkembang yang sedang menyelenggarakan upaya pembangunan yang berkesinambungan dalam rangkaian program perubahan yang menyeluruh, terarah, dan terpadu untuk mencapai tujuan nasional yaitu untuk memajukan kesejahteraan umum. Hakekat pembangunan nasional adalah pembangunan Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia yang pelaksanaannya berdasarkan Pancasila dan UUD 1945. Dalam GBHN disebutkan antara lain :

“Pembangunan manusia bertujuan untuk mewujudkan suatu masyarakat yang adil dan makmur yang merata materiil dan sprirituil berdasarkan Pancasila dan UUD 1945 dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang merdeka, berdaulat, bersatu, dan berkedaulatan rakyat dalam suasana perikehidupan bangsa yang aman, tertib, dan damai.”

Pembangunan Nasional dilaksanakan dalam rangka pembangunan manusia Indonesia dan seluruh masyarakat Indonesia. Hal ini berarti bahwa pembangunan itu tidak hanya mengejar kemajuan lahiriah seperti pangan, sandang, perumahan atau kepuasan batiniah seperti pendidikan, rasa aman, bebas mengeluarkan pendapat dan rasa keadilan, melainkan keselarasan, keserasian dan kesinambungan antara keduanya. Sehubungan dengan masalah pembangunan salah satu faktor pembangunan yang tidak kalah pentingnya dengan sektor pembangunan lainnya adalah pembangunan di sektor kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah :

UPT-PUSTAK UNDIP

“Penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. (Departemen Kesehatan RI, 1988 : 4).

Pembangunan kesehatan ini diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta kualitas kehidupan dan usia harapan hidup manusia, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta untuk mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat. Untuk memberi arah bagi pelaksanaan pembangunan kesehatan maka diperlukan sistem kesehatan nasional yaitu :

“Suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum. (Departemen Kesehatan RI, 1988 : 4).

Sistem kesehatan nasional ini menjadi pedoman dalam menentukan tujuan dan dasar-dasar pembangunan kesehatan sebagai kesatuan yang menyeluruh, terpadu serta berkesinambungan sebagai bagian dari pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan sebagai upaya untuk memperbaiki kesehatan masyarakat terus ditingkatkan dengan pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun peran serta masyarakat. Tujuan dari pelayanan kesehatan yaitu untuk memenuhi kebutuhan individu dan masyarakat untuk mengatasi, menetralsasi atau menormalisasi masalah atau penyimpangan terhadap keadaan medis yang normatif. Dengan pelayanan yang baik akan dapat menunjang pemerataan pembangunan kesehatan ke semua lapisan masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat, kemudahan memperoleh pelayanan medis dan pemenuhan

kesehatan bagi masyarakat. Dengan adanya pelayanan kesehatan yang efektif dan menyeluruh maka kebutuhan masyarakat akan peningkatan kesehatan dapat lebih terpenuhi. Hal ini berarti memajukan kesejahteraan masyarakat yang merupakan modal pembangunan berikutnya. Dengan meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan kesadaran akan pentingnya kesehatan maka pemerintah yang dalam hal ini Departemen Kesehatan harus dapat meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan kepada masyarakat, diantaranya dengan mempersiapkan tenaga-tenaga medis yang profesional, peningkatan peran lembaga-lembaga kesehatan, dan prosedur pelayanan yang lebih simpel dan sistematis sehingga tidak membingungkan masyarakat. Di samping itu yang tidak kalah pentingnya adalah pemberian pelayanan yang memuaskan kepada semua pasien. Dewasa ini berbagai organisasi baik bisnis, maupun pemerintah mulai merubah paradigma dari orientasi produsen menjadi orientasi masyarakat. Sumber daya manusia dikonsentrasikan kepada pelayanan masyarakat, pembuatan produk bernilai tambahan berdaya saing. Aparatur negara atau pemerintah, dan unit-unit pelayanan didorong, dimotivasi bersaing untuk memberikan pelayanan prima (yang lebih memuaskan masyarakat). Penilaian untuk berpihak melindungi produsen lokal dengan memberikan pelayanan khusus masih sulit dihilangkan. Memberikan perlakuan khas berupa fasilitas atau proteksi khusus kepada produsen agar tumbuh menjadi perusahaan besar, konglomerat bertujuan untuk memperkuat daya saing produsen dalam era globalisasi. Pemberian pelayanan khusus ini merupakan suatu indikasi, kecenderungan berorientasi pada produsen. Selain itu produsen yang berorientasi pada produk beranggapan bahwa konsumen akan puas kalau dengan mudah dapat

memilih produk, dan produk yang ditawarkan bermutu. Dengan konsepsi menawarkan produk bermutu, perhatian produsen difokuskan pada mutu produk. Konsepsi dan wawasan menjualpun adalah menawarkan produk yang dihasilkan, bukan memberikan apa yang diinginkan dan dibutuhkan masyarakat. Konsepsi tersebut tidak cocok lagi dalam era globalisasi yang serta kompetitif. Organisasi pemerintah dan bisnis harus merubah wawasan dari konsep produk, menjadi konsep berwawasan pelayanan masyarakat yang memuaskan sejalan dengan konsepsi pelayanan masyarakat, maka timbul pemikiran yang menempatkan posisi masyarakat yang dilayani berada di bawah pegawai garis terdepan atau di bawah garis alas piramida dirubah menjadi pada posisi puncak piramida terbalik. Konsepsi memposisikan masyarakat (konsumen) pada puncak piramida terbalik, merupakan suatu cara pengaktualisasian fungsi aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat. Konsepsi ini juga merupakan pencerminan pemikiran bahwa pelanggan adalah raja. Dengan konsep pemikiran memposisikan pelanggan eksternal pada puncak piramida terbalik, maka seluruh potensi organisasi difokuskan kepada pelanggan eksternal (masyarakat) yang minta pelayanan.

RSUP Dr. Kariadi adalah unit organik lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik, mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Dalam suatu organisasi yang besar dan mempunyai banyak aktivitas seperti memberikan pelayanan kepada masyarakat perlu adanya keserasian, keselarasan dan

terpadunya kegiatan-kegiatan pegawai dalam menjalankan tugas. Untuk mencapai keadaan seperti di atas perlu adanya pelayanan yang efektif sehingga konsumen dalam hal ini pasien merasa nyaman dan puas, sehingga dengan kualitas pelayanan yang baik akan dapat mempercepat tercapainya tujuan organisasi yaitu meningkatkan cakupan, pemerataan dan mutu pelayanan melalui manajemen mandiri yang efisien dan efektif dalam rangka pengembangan sistem kesehatan nasional. Namun tidaklah mudah memang dalam upaya mencapai tujuan seperti di atas, mengingat begitu banyaknya masalah yang dihadapi. Beberapa masalah yang dihadapi RSUP Dr. Kariadi adalah : rendahnya kepuasan masyarakat, tingkat kualitas pelayanan yang rendah dan koordinasi antar bagian yang kurang baik. Rendahnya kepuasan masyarakat yang selama ini dirasakan khususnya masyarakat yang rawat inap peserta Askes. Hal ini ditandai dengan banyaknya keluhan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan oleh para pegawainya. Keluhan yang sering disampaikan oleh masyarakat adalah berkaitan antara lain kurang ramahan pegawai, fasilitas yang kurang memadai, prosedur pelayanan yang masih berbelit-belit, daya tanggap pegawai yang rendah, kurang terbuka informasi dan masih banyak lagi. Dari buku kritik dan saran tercatat dalam 4 tahun terakhir keluhan yang disampaikan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel I.1.
Rekapitulasi Jumlah Keluhan Pasien

	Jumlah Keluhan	Rata - rata per bulan
Tahun 1998	1.230	102,5
Tahun 1999	1.274	106,9
Tahun 2000	1.287	107,3
Tahun 2001	1.305	108,8
Jumlah	5.096	106,4

Sumber : Buku Kritik dan Saran 4 tahun terakhir

Melihat angka rata-rata dalam satu bulannya 106,4, merupakan indikasi yang kurang baik dimana bila dibandingkan dengan jumlah pasien peserta Askes yang masuk rawat inap rata-rata perbulan 120 orang. Masalah lainnya adalah tingkat kualitas pelayanan yang masih rendah didukung oleh hasil survey awal yang dilakukan oleh Tim Pemasaran Sosial RSUP Dr. Kariadi pada tahun 1998, hasilnya menunjukkan bahwa 64,5 % responden menyatakan pelayanan keperawatan kurang baik dan kurang simpatik, dengan kata lain kurang memenuhi harapan masyarakat akan adanya pelayanan yang memuaskan. Koordinasi antar bagian yang kurang baik juga menjadi masalah yang dihadapi oleh RSUP Dr.Kariadi. Dari penelitian terdahulu menunjukkan koordinasi antar bagian masih rendah. Ditandai dengan masih seringnya terjadi kesalahan prosedur pelayanan sehingga masyarakat harus berulang kali mengurusnya. Dari beberapa masalah tersebut diatas penulis tertarik meneliti berkaitan dengan rendahnya tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan. Dan dalam hal ini adalah tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes. Angka-angka di atas menurut asumsi penulis memprihatinkan, sehingga untuk kembali mengangkat citra dari RSUP Dr. Kariadi perlu segera diupayakan cara pemecahan guna meningkatkan kualitas pelayanan yang sekarang ini menjadi tuntutan masyarakat yaitu pelayanan yang memuaskan. Mengingat fungsi dari RSUP Dr. Kariadi bermacam-macam yaitu :

- Menyelenggarakan pelayanan medis.
- Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis.
- Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan.

- Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan.
- Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan.
- Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

Penelitian ini membatasi pada kepuasan pelayanan keperawatan yang banyak dikeluhkan masyarakat dan menimbang bahwa masyarakat dalam hal ini pasien yang dilayani sangat heterogen, penulis mencoba mengkategorikan dalam dua kategori yaitu peserta Askes dan bukan peserta non Askes. Melihat kondisi yang ada dan pengamatan serta hasil penelitian sebelumnya maka penulis tertarik melakukan penelitian mengenai rendahnya kepuasan masyarakat akan pelayanan keperawatan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, dan mengingat heterogenitas dari masyarakat maka penulis mencoba **membedakan bagaimana Tingkat Kepuasan masyarakat terhadap Pelayanan Keperawatan antara Peserta Askes dan Non Askes.**

B. PERUMUSAN MASALAH

Sesuai dengan tujuan penelitian ini maka penulis mencoba merumuskan masalah sebagai berikut : “Apakah ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan antara masyarakat peserta Askes dan masyarakat Non Askes di RSUP Dr. Kariadi Semarang, jika ada apa penyebabnya ?”

C. TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Bagaimana tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap pelayanan keperawatan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

2. Mengetahui apakah ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan di RSUP Dr. Kariadi Semarang antara peserta Askes dan Non Askes.
3. Mencari faktor-faktor pembeda yang menyebabkan perbedaan tingkat kepuasan masyarakat.

D. KEGUNAAN PENELITIAN

1. Mengembangkan ilmu pengetahuan yang diperoleh di bangku kuliah.
2. Dapat memberi masukan dalam rangka semakin meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
3. Memberi masukan untuk dapat semakin meningkatkan kepuasan masyarakat dalam rangka mewujudkan suatu bentuk pelayanan prima.
4. Memberi data guna lebih memacu penelitian lanjutan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KERANGKA TEORI

A.1. Teori Yang Mendasari Penelitian

Menelaah suatu permasalahan atau fenomena, baik itu fenomena sosial maupun alam, diperlukan adanya suatu pedoman yang dapat memberikan kerangka berpikir dalam pelaksanaannya. Para peneliti pada umumnya berpijak pada konsep-konsep yang berhubungan dengan arah penelitiannya dan konsep-konsep inilah yang menjadi landasan teori dalam penelitian.

Singarimbun dan Effendi (1984 : 23) memberikan definisi teori sebagai berikut :

“Teori adalah serangkaian konsep, definisi dan proposisi yang saling berkaitan dan bertujuan untuk memberi gambaran yang sistematis tentang suatu fenomena, gambaran yang sistematis itu dijabarkan dengan menghubungkan variabel yang satu dengan variabel yang lain dengan tujuan menjelaskan tersebut”.

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa teori berfungsi untuk menjelaskan hubungan-hubungan yang ada guna mempertegas gejala atau permasalahan yang diteliti.

A.1.1. Pelayanan Publik (Masyarakat)

Pelayanan publik (masyarakat) menurut Sianipar (1998 : 5) adalah :

“Segala bentuk pelayanan sektor publik yang dilaksanakan aparatur pemerintah, termasuk aparat yang bergerak di bidang perekonomian dalam bentuk barang dan atau jasa, yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sejalan dengan perubahan paradigma pelayanan yaitu dari pelayanan yang berorientasi pada produk ke arah pelayanan yang berwawasan masyarakat atau pelayanan masyarakat yang memuaskan, lebih lanjut Sianipar (1998 : 13) menyampaikan bahwa semua aparatur pemerintah harus mereformasi konsepsi wawasan berpikir, merubah paradigma dan perilaku mereka dari dilayani menjadi melayani.

Dalam upaya lebih meningkatkan efektivitas dan efisiensi manajemen pelayanan publik (masyarakat) atau sektor publik, Osborne dan Gabler (Sianipar, 1998 : 15) mempopulerkan suatu konsepsi, gagasan, gerakan, "*Reinventing Government*". Prinsip utamanya adalah pengembangan sistem manajemen pelayanan masyarakat dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat dan kerjasama dengan publik (*Public Private Partnership*) atau *Mission Driven Budgeting*. Maksudnya kalau publik (swasta) sudah mampu menyediakan jasa pelayanan, pemerintah tidak perlu ikut campur tangan lagi. Pemerintah hanya berfungsi sebagai pengendali agar swasta yang diberi kepercayaan mengelola penyediaan jasa pelayanan tidak merugikan, membahayakan konsumen (masyarakat).

Sepuluh prinsip gerakan *Reinventing Government* tersebut adalah :

1. *Catalic Government* : Pemerintah sebaiknya lebih banyak berperan sebagai pengendali dari pada sebagai produsen pemberi jasa layanan kepada masyarakat, karena biaya yang dikeluarkan untuk sektor publik tidak terlalu besar lagi.

2. *Community-Owned Government* : Pemerintah lebih baik memberdayakan masyarakat, sehingga berpartisipasi aktif, kreativitas masyarakat berkembang dengan baik.
3. *Competitive Government* : Dalam meningkatkan efisiensi unit-unit pelayanan pemerintah perlu diciptakan suasana kompetisi.
4. *Mission Driven Government* : Para birokrat berorientasi dengan sangat kaku terhadap peraturan, harus ditransformasikan agar berorientasi kepada misi organisasi.
5. *Results – Oriented Government* : Anggaran setiap unit pelayanan dalam organisasi tidak lagi berorientasi pada inputs, tetapi harus pada output.
6. *Customer – Driven Government* : Pelayanan diutamakan kepada pelanggan atau konsumen, bukan para birokrat yang ada dalam organisasi.
7. *Enterprising Government* : Unit-unit pelayanan masyarakat, jika memungkinkan harus diciptakan menjadi profit center, daripada hanya memelihara “cost center”.
8. *Anticipatory Government* : Pemerintah harus antisipatif terhadap semua kemungkinan dan upaya pencegahannya, sehingga tidak menunggu masalah timbul.
9. *Decentralized Government* : Arndalan utama organisasi adalah kerjasama tim, bukan hirarki yang sangat kaku.

10. *Market Oriented Government* : Jika memungkinkan sebaiknya pemerintah melakukan swastanisasi atau kerjasama kemitraan dengan swasta .

Sepuluh prinsip yang dikembangkan dalam manajemen pelayanan publik, bertujuan untuk memberikan pelayanan prima kepada masyarakat. Dari kesepuluh prinsip di atas, berkaitan dengan perubahan paradigma mengenai pelayanan publik maka prinsip ke 6 (enam) *Customer – Driven government* yaitu pelayanan diutamakan kepada pelanggan inilah yang mendasari penelitian ini. Teori yang digunakan berkaitan dengan pelayanan prima dalam penelitian ini penulis mengacu pada TQM dan TQS.

A.1.2. Total Quality Management (TQM)

Mulyadi (1998 : 10) mengemukakan konsep TQM sebagai berikut :

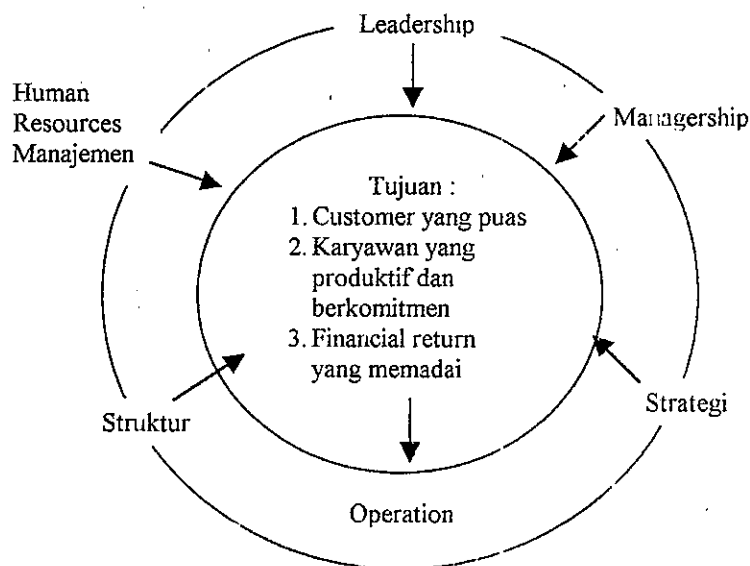
“Total Quality Management adalah satu sistem manajemen yang berfokus kepada orang yang bertujuan untuk meningkatkan secara berkelanjutan kepuasan customers pada biaya sesungguhnya secara terus menerus. TQM merupakan bagian terpadu strategi tingkat tinggi”.

Mulyadi (1998: 173) juga mengungkapkan bahwa dalam TQM diperlukan kompetisi untuk membawa seseorang dalam mengarungi lingkungan bisnis global yang dipengaruhi oleh 6 faktor, yaitu :

1. *Leadership.*
2. *Manajership.*
3. *Strategi.*
4. *Operation.*
5. *Structure.*
6. *Human resources management system*

Hubungan antara berbagai variabel dalam TQM dapat dilukiskan pada gambar berikut :

Gambar II. 1.
Perangkat TQM



Sumber : (Mulyadi, 1998 : 173)

Gambar di atas dapat dijelaskan bahwa keberhasilan pelaksanaan kualitas pelayanan dipengaruhi oleh faktor-faktor yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. *Leadership*, berhubungan dengan kemampuan para pemimpin organisasi untuk mewujudkan tujuan organisasi.
2. *Managership*, berhubungan dengan kemampuan yang diperlukan untuk mewujudkan kinerja melalui peran yang dimiliki oleh manajer.
3. *Strategi*, berhubungan dengan bagaimana membangun kemitraan usaha untuk jangka panjang antar manajer dan karyawan dan antar fungsi dalam organisasi.

4. *Operational*, berhubungan dengan pentingnya pengendalian manajemen dan memperkenalkan kerangka dasar pengendalian manajemen yang pas dengan situasi tertentu yang dihadapi oleh manajemen.
5. *Structure*, berhubungan dengan pengembangan organisasi yang pas dalam menghadapi lingkungan bisnis, misalnya menyangkut tentang struktur pembagian tugas dan koordinasi yang dapat terjalin diantara unit-unit yang ada.
6. *Human resources management*, berhubungan dengan kemampuan sumber daya manusia dalam melaksanakan tugas-tugas yang dilimpahkan.

Definisi lain mengenai TQM, dikemukakan oleh Cortada (1996 : 30) yaitu sebagai berikut :

Seperangkat praktek yang bersifat strategis dan jangka panjang yang memungkinkan manajemen untuk menyampaikan usulan-usulan perbaikan berkesinambungan diseluruh fungsi. Tujuan akhirnya adalah implementasi praktek-praktek kualitas dalam semua aktivitas di seluruh organisasi.

(Tjiptono, 1998 : 4), mengemukakan ciri-ciri TQM sebagai berikut :

1. Memiliki fokus pada pelanggan baik internal maupun eksternal.
2. Memiliki obsesi yang tinggi terhadap kualitas.
3. Menggunakan pendekatan ilmiah dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah.
4. Memiliki komitmen jangka panjang.
5. Membutuhkan kerjasama tim.

6. Memperbaiki proses secara berkesinambungan.
7. Memberikan kebebasan yang terkendali.
8. Memiliki kesatuan arah dan tujuan.
9. Adanya ketertiban dan pemberdayaan karyawan secara menyeluruh.

Dengan demikian, TQM dapat dipahami sebagai suatu sistem manajemen yang membuat perencanaan dan mengambil keputusan, mengorganisir, memimpin, mengarahkan, mengolah, memanfaatkan seluruh modal peralatan dan material, teknologi, sistem informasi, energi dan sumber daya manusia untuk membuat produk atau jasa berkualitas yang dapat memenuhi kebutuhan dan kepuasan pasar konsumen terus-menerus untuk kelangsungan hidup perusahaan atau organisasi secara efisien, efektif dan bertanggung jawab dengan partisipasi seluruh sumber daya manusia. Pada akhirnya tujuan TQM tersebut adalah untuk mencapai suatu model pelayanan prima, yaitu pelayanan yang lebih **memuaskan masyarakat melalui jaminan mutu atau kualitas pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat.**

A.1.3. Total Quality Service (TQS)

Teori lain yang dapat digunakan dalam menilai kualitas pelayanan adalah teori *Total Quality Service* (TQS). Menurut Tjiptono (1997 : 56) mendefinisikan TQS sebagai berikut :

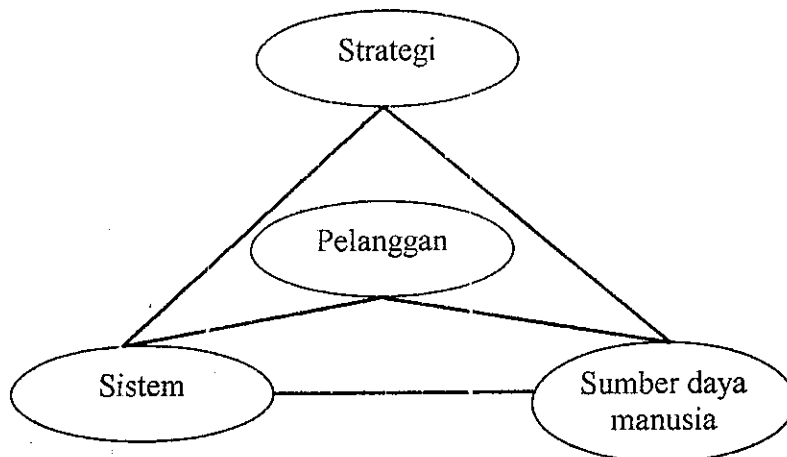
Total Quality Service adalah sistem manajemen strategik dan integratif yang melibatkan semua manajer dan karyawan, serta menggunakan metode-metode kualitatif dan kuantitatif untuk memperbaiki secara berkesinambungan proses-proses organisasi, agar dapat memenuhi dan melebihi kebutuhan, keinginan, dan harapan pelanggan.

Ada empat faktor yang mempengaruhi usaha untuk **memenuhi harapan, baik kebutuhan dan keinginan pelanggan** :

1. Strategi.
2. Sistem.
3. Sumber daya manusia.
4. Tujuan keseluruhan. (Tjiptono, 1997 : 56)

Strategi diatas dapat dirangkum seperti gambar berikut :

GambarII. 2.
Strategi TQS



Sumber : (Ciptono , 1997 : 56)

Gambar diatas dapat dijelaskan bahwa keberhasilan pelayanan dipengaruhi oleh faktor-faktor yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Strategi : Pernyataan yang jelas dalam hal dikomunikasikan dengan baik mengenai posisi dan sasaran organisasi dalam hal layanan pelanggan.

2. Sistem : Program, prosedur dan sumber daya organisasi yang dirancang untuk mendorong, menyampaikan, dan menilai jasa atau layanan yang nyaman dan berkualitas bagi pelanggan.
3. Sumber daya manusia : Karyawan disemua posisi yang memiliki kapasitas dan hasrat untuk responsif terhadap kebutuhan pelanggan.
4. Tujuan Keseluruhan : Mewujudkan kepuasan pelanggan, memberikan tanggung jawab kepada setiap orang dan melakukan perbaikan berkesinambungan.

TQS difokuskan pada lima bidang sasaran, sebagai berikut :

1. Fokus pada pelanggan.
2. Keterlibatan total.
3. Pengukuran.
4. Dukungan sistematis.
5. Perbaikan berkesinambungan. (Tjiptono, 1997 : 57-59)

Implementasi dari konsep *Total Quality Service* dalam sebuah organisasi akan memberikan manfaat utama, yaitu :

1. Meningkatkan indeks kepuasan kualitas yang diukur dengan ukuran apapun.
2. Meningkatkan produktifitas dan efisiensi.
3. Meningkatkan laba.
4. Meningkatkan pangsa Pasar.
5. Meningkatkan kepuasan pelanggan. (Tjiptono, 1997 : 59)

A.2. Kualitas Pelayanan Publik

Pembangunan di berbagai bidang sektor telah membawa dampak yang sangat besar bagi kualitas kebutuhan masyarakat antara lain kebutuhan akan pelayanan yang lebih baik. Meningkatkan keinginan akan pelayanan dan tuntutan kepuasan masyarakat terhadap kebijakan dan pelayanan yang diberikan pemerintah menjadi isu yang sangat populer. Pada akhirnya organisasi pelayanan publik dituntut untuk semakin meningkatkan pelayanannya dan menjadikan kualitas pelayanan yang lebih bermutu sebagai isu pokok dalam pencapaian tujuan organisasi. Seperti penjelasan Dwiyanto, (1995 : 6) bahwa : salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja organisasi pelayanan publik adalah kualitas pelayanan (*Quality of services*). Kualitas pelayanan sering kali membentuk image masyarakat terhadap organisasi pelayanan publik. Banyak image yang terbentuk mengenai organisasi publik muncul kepada ketidakpuasan mereka terhadap layanan yang diterima. Dengan demikian kepuasan masyarakat terhadap layanan dapat dijadikan faktor penentu/indikator keberhasilan kualitas pelayanan publik.

Menurut Warella (1997 : 17), kualitas adalah :

Bentuk-bentuk istimewa dari suatu produksi atau pelayanan yang mempunyai kemampuan untuk memuaskan kebutuhan masyarakat. Sedangkan Logotheis, mendefinisikan kualitas sebagai pemenuhan terhadap kebutuhan harapan pelanggan atau klien serta kemudian memperbaikinya secara berkesinambungan.

Menurut Ibrahim (1997 : 1) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai berikut :

Kualitas adalah suatu strategi dari bisnis yang menghasilkan barang dan jasa yang memenuhi kebutuhan dan kepuasan konsumen internal dan eksternal, secara eksplisit dan implisit. Strategi ini menggunakan seluruh kemampuan sumber daya manajemen, modal, teknologi, peralatan,

material, sistim dan manusia perusahaan untuk menghasilkan barang dan jasa bernilai tambah bagi manfaat masyarakat serta memberikan keuntungan bagi para pemegang saham.

Pelayanan keperawatan menurut Aniroen (2000 : 22) adalah:

“suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk biopsiko-sosial spiritual yang komprehensif. Sasaran pelayanannya adalah individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal agar dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri.”

Warella (1997 : 21) menyatakan bahwa kualitas pelayanan adalah tingkat kesesuaian antara harapan/keinginan dan persepsi dari pelayanan yang diterima oleh pelanggan atau klien. Lebih lanjut Warella menyatakan bahwa pelayanan merupakan suatu perbuatan (*deed*), suatu kinerja *performance* atau suatu usaha (*effort*), jadi menunjukkan secara inheren pentingnya penerima jasa pelayanan secara aktif di dalam produksi atau proses penyampaian itu sendiri. Dari uraian di atas dapat diartikan, bahwa persepsi penerima jasa sangat penting dalam menilai kualitas pelayanan publik, apakah pelayanan yang diberikan itu memuaskan masyarakat atautkah tidak atau dengan kata lain apakah pelayanan itu memenuhi kebutuhan atau harapan masyarakat. Dalam menilai kualitas pelayanan ada sepuluh kriteria yang bisa digunakan oleh pelanggan tentang persepsi mereka terhadap kualitas pelayanan, yaitu : (Warella, 1997 : 19).

1. **Reliability**, yaitu kemampuan untuk melaksanakan pelayanan yang telah dijanjikan dengan tepat waktu. Aparat sebagai institusi yang selalu berhubungan langsung dengan masyarakat dalam memberikan pelayanannya diharapkan mampu lebih mengetahui tentang kebutuhan-kebutuhan akan pelayanan masyarakat dengan profesional dan tepat waktu sehingga

masyarakat tidak perlu melalui prosedur yang panjang dan waktu yang terus untuk mendapatkan pelayanan.

2. **Responsiveness**, yaitu kesediaan untuk membantu pelanggan dan menyediakan pelayanan yang cocok seperti yang mereka harapkan. Responsiveness menunjukkan pada keselarasan kegiatan dalam pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan yang telah ada dan seiring dengan kemampuan masyarakat, yakni suatu pelayanan yang terjangkau secara ekonomis maupun jangkauan psikologis.
3. **Competence**, yakni menyangkut pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan untuk dapat melaksanakan pelayanan. Aparat juga harus mempunyai kemampuan, pengetahuan, pendidikan yang cukup dan memadai sehingga masyarakat akan percaya terhadap kualitas pelayanan yang akan diberikan.
4. **Access**, yakni kemudahan yang diberikan oleh penyedia untuk dapat bertukar informasi. Masyarakat dapat dengan mudah dalam memenuhi persyaratan dan mudah dalam menggunakan berbagai alternatif fasilitas pelayanan yang ditawarkan. Dengan komunikasi yang terjalin antara masyarakat dan penyedia layanan diharapkan akan dapat mengurangi kesalahan dan komplain dari layanan yang dihasilkan. Masyarakat juga dapat mudah menggunakan fasilitas yang disediakan dalam menyampaikan keluhan karena ketidakpuasan akan pelayanan yang diterima.
5. **Courtesy**, yaitu sikap sopan, menghargai pelanggan, penuh pertimbangan dan persahabatan. Salah satu dimensi utama yang membentuk pelayanan yang

bermutu adalah sisi pribadi dimana aparat pelaksana menggunakan sikap dan perilaku dapat berinteraksi dengan masyarakat. Sikap yang baik akan sangat berpengaruh terhadap persepsi masyarakat akan pelayanan yang berkualitas.

6. *Communication*, yaitu selalu memberikan informasi yang tepat pada pendaftar dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan selalu mau mendengar mereka sekaligus menjelaskan tentang pelayanan, kemungkinan pilihan, biaya, jaminan pada masyarakat bahwa masalah mereka akan ditangani dengan baik.
7. *Credibility*, yaitu dapat dipercaya, jujur dan mengutamakan kepentingan pendaftar. Disini dapat diartikan bahwa pelayanan harus tersedia bagi semua yang membutuhkan tanpa memandang posisinya dalam kelas sosial. Dengan demikian masyarakat akan percaya jika pelayanan dilaksanakan secara jujur tanpa memandang posisi seseorang dalam masyarakat.
8. *Security*, yaitu bebas dari resiko, bahaya dan keragu-raguan. Masyarakat berharap dalam menerima pelayanan merasa aman dan nyaman serta mantap karena dilayani oleh petugas yang profesional.
9. *Understanding the customers*, yaitu berusaha mengenal dan memahami kebutuhan masyarakat dan menaruh perhatian pada mereka secara individual. Masyarakat pengguna jasa sebagai individu mempunyai kebutuhan untuk disambut dengan baik dan diperhatikan permasalahannya dalam mendapatkan pelayanan yang baik. Oleh karena itu aparat pelaksana harus memahami keinginan tersebut dan bekerja keras untuk memenuhinya.

10. *Apearance presentation*, yaitu penampilan dari segi fisik, penampilan personal dan peralatan yang digunakan. Sebagai organisasi publik akan lebih mudah memberikan pelayanan apabila ditunjang dengan fasilitas yang memadai sehingga akan berpengaruh pula pada semangat kerja aparat pelaksana. Demikian pula dengan penampilan aparat pelaksana yang bertugas sehingga akan menimbulkan kepercayaan dalam masyarakat.

Dikatakan pula oleh Dwiyanto (1995 : 22) bahwa kualitas pelayanan yang baik dan memuaskan masyarakat setidaknya-tidaknya harus memenuhi ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Memungkinkan klien secara sadar dan bebas memilih layanan sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Memberikan informasi yang lengkap mengenai pilihan sesuai dengan kebutuhannya.
- c. Memberikan pelayanan yang aman seperti ditunjukkan oleh kemampuan teknis petugas dan hubungan interpersonal.
- d. Memuaskan klien yaitu dengan memberi layanan yang menghargai martabat dan keberhasilan klien.

Karakteristik yang digunakan untuk melihat kualitas pelayanan pelanggan menurut Warella (1997 : 17), adalah sebagai berikut :

1. *Intangibility*

Yaitu pelanggan yang pada dasarnya bersifat *performance* dan hasil pengalaman dan bukan suatu obyek karena kebanyakan pelayanan tidak dapat dihitung, diukur, diraba atau ditest sebelum disampaikan untuk menjamin

kualitas. Jadi berbeda dengan barang yang dihasilkan oleh suatu produk yang dapat ditest kualitasnya sebelum disampaikan pada pelanggan.

2. *Heterogenity*

Yaitu pemakai jasa atau pelanggan memiliki kebutuhan yang sangat heterogen. Pelanggan dengan pelayanan yang sama mungkin mempunyai prioritas yang berbeda. Demikian pula performance sering bervariasi dari satu prosedur ke prosedur lainnya bahkan dari waktu ke waktu.

3. *Inseparability*

Yaitu produksi dan konsumsi suatu pelayanan tidak terpisahkan. Konsekuensinya di dalam industri pelayanan kualitas tidak direkayasa ke dalam produksi di sektor pabrik dan kemudian disampaikan kepada pelanggan, tetapi kualitas terjadi selama penyampaian pelayanan, biasanya selama interaksi antara klien dan penyedia jasa.

Di dalam bukunya Sianipar menyampaikan 10 dimensi yang dapat dipakai untuk untuk perbaikan kualitas jasa pelayanan sehingga meningkatkan kepuasan pelanggan, sebagai berikut :

- **Kepastian waktu pelayanan.**

Ketepatan waktu yang diharapkan berkaitan dengan waktu proses atau penyelesaian, pengiriman, penyerahan, jaminan atau garansi dan menanggapi keluhan.

- **Akurasi pelayanan.**

Akurasi pelayanan berkaitan dengan realibilitas pelayanan, bebas dari kesalahan-kesalahan.

- Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan.

Personil yang berada di garis depan yang berinteraksi langsung dengan pelanggan eksternal harus dapat memberikan sentuhan pribadi yang menyenangkan. Sentuhan pribadi yang menyenangkan yang tercermin melalui penampilan, bahasa tubuh dan bahasa tutur yang sopan, ramah, ceria, lincah dan gesit.

- Tanggung jawab

Bertanggung jawab dalam penerimaan pesan atau permintaan dan penanganan keluhan pelanggan eksternal.

- Kelengkapan

Kelengkapan pelayanan: menyangkut lingkup (cakupan) pelayanan, ketersediaan sarana pendukung, dan pelayanan komplementer.

- Kemudahan mendapatkan pelayanan.

Kemudahan mendapatkan pelayanan berkaitan dengan banyaknya outlet, petugas yang melayani, dan fasilitas pendukung.

- Variasi model pelayanan.

Variasi model pelayanan berkaitan dengan inovasi untuk memberikan pola-pola baru pelayanan, features pelayanan.

- Pelayanan pribadi.

Pelayanan pribadi berkaitan dengan kemampuan dalam memberikan, menanggapi kebutuhan khas.

- Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan.

Kenyamanan pelayanan berkaitan dengan ruang tunggu/tempat pelayanan, kemudahan, ketersediaan data/informasi, dan petunjuk-petunjuk.

- Atribut pendukung pelayanan.

Atribut pendukung pelayanan dapat berupa ruang tunggu yang cukup, AC, bahan bacaan, TV, musik, dan kebersihan lingkungan.

Pelanggan mengharapkan mutu atau kualitas jasa pekerjaan, untuk meningkatkan daya saing suatu jasa, harus dilakukan peningkatan mutu jasa secara kontinyu, yang meliputi 5 (lima) dimensi, yaitu : (Sianipar, 1998 : 20-21)

* *Realibility*

Realibility adalah ukuran pelayanan yang bebas dari kesalahan-kesalahan, atau kemampuan penyedia jasa memberikan secara akurat apa yang dijanjikan atau disepakati dengan pelanggan.

* *Assurance*

Assurance adalah jaminan, garansi yang dapat diberikan penyedia jasa, atas suatu jasa yang ditawarkan untuk membangkitkan rasa keyakinan pelanggan atas kemampuan pegawai (pengetahuan, keahlian, sikap) dalam memperoleh suatu jasa yang ditawarkan atau diterima pelanggan.

* *Tangibles*

Tangibles adalah jasa yang berkaitan dengan fasilitas fisik, peralatan, dan penampilan personil penyedia jasa.

* *Empathy*

Empathy adalah tingkat perhatian dan kepedulian penyedia jasa atas kepentingan, kebutuhan, keluhan pelanggan (penerima jasa).

* *Responsiveness*

Responsiveness adalah suatu rasa tanggungjawab, komitmen memberikan jasa layanan prima, serta dalam membantu menyelesaikan kesulitan yang mungkin timbul saat memakai jasa yang diterima pelayan.

Dimensi kualitas jasa pelayanan di atas menjadi fokus perhatian manajemen penyedia jasa layanan. Perhatian penyedia jasa terhadap kepentingan, keluhan, bahkan manfaat, nilai, yang akan dirasakan pelanggannya sangat tinggi. Penyedia jasa tidak menginginkan pelanggannya kecewa, karena merasa nilai, manfaat yang diberikan lebih rendah dari pada nilai jasa yang ditawarkan pesaingnya.

Kriteria yang dipakai untuk menilai kualitas pelayanan dapat berpedoman pada Keputusan MENPAN No. 81 Tahun 1993 tersebut adalah sebagai berikut :

1. Kriteria kuantitatif, meliputi :
 - a. Jumlah masyarakat yang meminta pelayanan.
 - b. Lamanya waktu pemberian pelayanan.
 - c. Ratio antara jumlah pegawai dengan jumlah pemohon yang dilayani.
 - d. Penggunaan perangkat-perangkat modern untuk mempercepat pelayanan.
 - e. Frekuensi keluhan/pujian dari masyarakat mengenai kinerja pelayanan yang diberikan.
 - f. Penilaian fisik lainnya misalnya kebersihan, kesejukan lingkungan, motivasi kerja pegawai dan lain-lain.

2. Kriteria kualitatif, yaitu meliputi :

a. Kesederhanaan

Yaitu prosedur/tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan.

b. Kejelasan dan kepastian

c. Keamanan, yaitu proses serta hasil pelayanan dapat memberikan keamanan, kenyamanan dan dapat memberikan kepastian hukum bagi masyarakat.

d. Keterbukaan yaitu prosedur/tata cara, persyaratan, satuan kerja/pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian biaya/tarif serta hal-hal lain yang berkaitan dengan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui oleh masyarakat, baik diminta maupun tak diminta.

e. Efisiensi, persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang diberikan.

f. Ekonomis, yaitu bahwa pengenaan biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar.

g. Keadilan yang merata yaitu cakupan/jangkauan pelayanan harus diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan diberlakukan.

h. Ketepatan waktu yaitu pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

Menurut Berry at.al (1980:-) kualitas jasa terdapat kriteria karakteristik yang dijabarkan sebagai berikut :

1. *Reliability* : konsistensi dalam kinerja dan ketahanannya; kinerja benar sejak awal pertama kali; menepati janji dan akurat dalam spesifikasi, sesuai dengan iklan dan label.
2. *Responsiveness* : tanggap terhadap klaim/protes konsumen; kesiapan karyawan memberikan pelayanan pada waktu yang diperlukan; cepat bereaksi atas perubahan lingkungan, misalnya teknologi, peraturan, perilaku konsumen yang berubah yang harus diantisipasi dengan kemungkinan penawaran baru untuk produk/jasa yang belum ada di pasar.
3. *Competence* : menguasai keterampilan dan pengetahuan yang memadai untuk memberikan service yang diperlukan.
4. *Access* : kemudahan pendekatan dan akses; waktu tunggu pendek; jam operasional yang relatif panjang termasuk Sabtu – Minggu.
5. *Courtesy* : sopan santun, respek, perhatian tulus, dan keramahan dari personil/ karyawan, sabar mendengar keluhan pelanggan.
6. *Communication* : pemberitahuan informasi kepada para konsumen dalam bahasa yang difahami konsumen; mendengarkan *suara konsumen*; menyesuaikan bahasa kepada kebutuhan konsumen yang berbeda; menjelaskan jasa yang ditawarkan, dan bagaimana masalah-masalah yang timbul akan diatasi.

7. *Credibility* : kepercayaan, keandalan, kejujuran; reputasi perusahaan; karakteristik pribadi dari karyawan perusahaan.
8. *Security* : bebas dari bahaya, risiko, atau keraguan : keamanan fisik; keamanan finansial; kerahasiaan.
9. *Understanding the customer* : memahami konsumen, berusaha mengerti kebutuhan konsumen; belajar memahami kebutuhan konsumen yang spesifik; memberikan perhatian pribadi; memperhatikan langganan yang baru maupun reguler dan loyal.
10. *Assurance* : memiliki sumber daya manusia dan teknologi serta fasilitas untuk memberikan jaminan memenuhi kebutuhan konsumen dengan jasa purna jual jangka panjang, bukan sesaat saja sewaktu menyerahkan barang.
11. *Tangibles* : bukti fisik adanya jasa; fasilitas fisik; penampilan jasa; pelayanan jasa dengan kemudahan dan efisien bagi konsumen, dan pelayanan yang melekat pada produk.

Berdasar pengertian di atas maka penulis menyimpulkan bahwa kualitas pelayanan adalah pelayanan yang dapat memuaskan masyarakat atau pelanggan sesuai dengan standar dan asas-asas pelayanan publik. Pengukuran kualitas pelayanan sesuai dengan lokasi penelitian ini adalah:

Responsiveness :

- Ketersediaan membantu pelanggan
- Adanya rasa tanggung jawab terhadap pekerjaan.

Empathy

- Tingkat perhatian perawat/tenaga medis terhadap pasien
- Tingkat kepedulian perawat/tenaga medis terhadap pasien.

Access :

- Tingkat kemudahan memperoleh informasi dalam hal pelayanan

Reliability :

- Tingkat ketepatan pelayanan kepada pasien

Courtesy

- Tingkat kesopanan dan keramahan dari perawat/tenaga medis.

Tangible :

- Ketersediaan fasilitas fisik.

A.3. Kepuasan Pelanggan (Masyarakat)

Semua usaha manajemen dalam TQM diarahkan pada satu tujuan utama, yaitu terciptanya kepuasan pelanggan, yang mana dengan adanya kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya ::

1. Hubungan antara perusahaan dan para pelanggannya menjadi harmonis.
2. Memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang.
3. Dapat mendorong terciptanya loyalitas pelanggan.
4. Membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut yang menguntungkan bagi perusahaan.
5. Reputasi perusahaan menjadi baik di mata pelanggan.
6. Laba yang diperoleh dapat meningkat. (Tjiptono, 1994 : 9)

Kepuasan pelanggan sendiri tidak mudah didefinisikan, ada berbagai macam pengertian yang diberikan oleh para pakar, sebagai berikut :

- **Day (1988 : 204)**

Kepuasan pelanggan adalah respons pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya.

- **Wilkie (1990 : 622)**

Kepuasan pelanggan sebagai suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa.

- **Engel et. al. (1990 : 545)**

Kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purna beli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (out come) tidak memenuhi harapan.

- **Kothler (1994 : 40)**

Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil)

- **Tjiptono (1998 ; 102)**

Kepuasan pelanggan adalah mencakup perbedaan antara harapan dan kinerja atau hasil yang dirasakan.

Dari pendapat banyak pakar di atas dapatlah penulis simpulkan bahwa **kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang sebagai tanggapan emosional dan evaluasi atas pengalamannya terhadap suatu kinerja yang kemudian dibandingkan dengan harapan sebelumnya.** Tjiptono (1997 : 129), juga menyampaikan bahwa Kepuasan pelanggan akan tercapai bila : kebutuhan, keinginan, dan harapan dari pelanggan terpenuhi. Berkaitan dengan harapan, kebutuhan dan keinginan konsumen (masyarakat), Ibrahim (1997 : 35) menyampaikan, dengan mengambil dari survey ASQC (*American Society for Quality Control*) terhadap persepsi konsumen akan harapannya terhadap jasa yang diinginkan, ada 6 ukuran yang dipakai yaitu :

1. *Performance*, berarti bahwa produk atau jasa harus siap pakai bagi konsumen pada saat pembelian (*Availability* : produk tersedia bila dibutuhkan, *Reliability* : keandalan operasional, *Maintainability* : kemudahan operasional).
2. *Features*, artinya atribut suatu produk atau jasa berorientasi pada waktu, sesuai kontrak, etika dan teknis.
3. *Warranty*, artinya janji bahwa produk tersebut dijamin akan memberikan kepuasan konsumen.
4. *Service*, maksud service disini ialah memberikan kepada konsumen suatu nilai tambah dari produk atau jasa.
5. *Price*, artinya konsumen bersedia membayar lebih mahal untuk memperoleh nilai. Dan konsumen selalu membandingkan produk atau jasa dengan pesaingnya.
6. *Reputation*, artinya kepuasan total konsumen dilandasi oleh pengalaman bukan produk semata.

Keinginan konsumen (masyarakat), pada dasarnya masyarakat ingin harapannya dipenuhi secara sempurna dan konsisten, yang mana konsumen mempunyai kecenderungan menilai kualitas suatu jasa dengan membandingkan pengalaman menerima produk/jasa tadi dengan harapan semula, sebelum menerima produk/jasa tersebut (Ibrahim, 1997 : 41). Lebih lanjut dinyatakan bahwa kepuasan konsumen adalah suatu tantangan yang tidak mudah diperoleh. Kepuasan konsumen berarti mendengar suara konsumen, menentukan bidang-bidang yang memerlukan perbaikan dan mengembangkan rencana tindak dengan komitmen seluruh organisasi.

Rumus di bawah ini dapat dipakai sebagai suatu ukuran ratio sederhana :

$$\text{Kepuasan Konsumen (Publik)} : \frac{\text{Persepsi Konsumen}}{\text{Harapan Konsumen}} \quad (1)$$

Apabila hasil ≥ 1 maka tercapai kepuasan, tetapi bila hasil < 1 maka kepuasan tidak tercapai. (Ibrahim, 1997 ; 50). Sedangkan untuk mengetahui kebutuhan konsumen harus dilakukan metode dan cara tersendiri dan waktunya juga tertentu, sehingga nanti akan diperoleh hasil yang dapat dipakai untuk proyeksi kebutuhan konsumen waktu yang akan datang. Untuk mewujudkan dan mempertahankan kepuasan pelanggan, organisasi jasa harus melakukan empat hal (Tjiptono, 1994 : 106) :

Pertama, mengidentifikasi siapa pelanggannya.

Kedua, memahami tingkat harapan.

Ketiga, memahami strategi kualitas layanan pelanggan.

Keempat, memahami siklus pengukuran dan umpan balik dari kepuasan pelanggan.

Menurut Peters (1989 : 102), ada sepuluh kunci sukses dalam **pengukuran kepuasan pelanggan**, sebagai berikut :

1. Frekuensi yaitu perlunya melakukan survey formal dan survey informal secara rutin (1-3 bulan sekali).
2. Format maksudnya pelaku survey sebaiknya orang/pihak dari luar dan hasil harus diketahui oleh semua jajaran organisasi.
3. Isi, sebaiknya adalah berupa pertanyaan standar yang dapat dikuantitatifkan.

4. Desain isi, perlunya *Cross Checking* terhadap ukuran yang ada.
5. Melibatkan setiap orang, maksudnya harus melibatkan semua fungsi dan level dalam organisasi.
6. Mengukur kepuasan setiap orang, dalam hal ini organisasi harus mengukur kepuasan semua pihak.
7. Kombinasi berbagai ukuran, ukuran yang digunakan harus dibatasi pada skor kuantitatif gabungan.
8. Hubungan dengan kompensasi dan reward, hasil pengukuran kepuasan pelanggan harus dikaitkan dengan sistem kompensasi atau reward lainnya.
9. Penggunaan ukuran secara simbolik, ukuran kepuasan pelanggan yang digunakan perlu dipasang dan ditempatkan di setiap bagian organisasi.
10. Bentuk pengukuran lainnya, bahwa setiap deskripsi kerja harus mencakup deskripsi kualitatif dan setiap evaluasi kinerja harus mencakup pada customer oriented.

Dalam bukunya Tjiptono (1998:109-112) memberikan 7 (tujuh) karakteristik yang dapat dijadikan pedoman dalam membentuk fokus pada pelanggan, sebagai berikut :

1. Visi, komitmen dan suasana, manajemen mampu menunjukkan bahwa pelanggan itu penting dan kepuasan pelanggan adalah diutamakan.
2. Penjajaran dengan pelanggan, perusahaan yang customer-driber akan menyelenggarakan dirinya dengan pelanggan.

3. Kemauan untuk mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan pelanggan, perusahaan yang customer-driver akan selalu berusaha mengidentifikasi dan mengatasi masalah pelanggannya.
4. Memanfaatkan informasi dari pelanggan, perusahaan yang customer-driver tidak hanya mengumpulkan umpan balik dari pelanggan tapi akan menyampaikan dan menggunakannya guna melakukan perbaikan.
5. Mendekati para pelanggan, perusahaan harus aktif mendekati pelanggan guna mendapat informasi dan umpan balik.
6. Kemampuan, kesanggupan dan pemberdayaan karyawan, karyawan diperlakukan secara profesional yang punya kemampuan dan kesanggupan untuk melakukan sesuatu yang perlu dalam rangka memenuhi dan memuaskan pelanggan.
7. Penyempurnaan produk atau proses secara terus menerus, artinya secara terus menerus perusahaan melakukan perbaikan produk atau proses.

Faisal dan Sujudi (1995 : 5) menyatakan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan sesungguhnya dapat diukur dengan menetapkan standar pelayanan dalam ukuran waktu, hasil dan tingkat kepuasan. Secara umum dapat dikatakan bahwa wujud pelayanan yang didambakan atau diinginkan oleh masyarakat adalah :

1. Adanya kemudahan mendapatkan pelayanan.
2. Memperoleh pelayanan secara wajar.
3. Mendapatkan perlakuan yang sama dalam pelayanan terhadap kepentingan yang sama.
4. Pelayanan yang jujur dan terus terang.
5. Pelayanan yang bermutu

Dwiyanto (1995 : 9) menyampaikan beberapa sumber data yang dapat digunakan untuk mengukur/menilai kinerja organisasi publik yaitu : (1) produktivitas; (2) kualitas layanan; (3) responsivitas; (4) responsibilitas; (5) akuntabilitas. Dalam penelitian ini penulis melihat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang diberikan RSUP Dr. Kariadi Semarang khususnya pelayanan keperawatan. Indikator yang dipakai dalam penelitian ini adalah :

Kepuasan masyarakat terhadap :

- pelayanan perawatan dalam hal pengobatan
- pelayanan perawatan dalam hal makanan / gizi
- pelayanan perawatan dalam hal administrasi
- pelayanan perawatan dalam hal pemeriksaan kepada pasien
- pelayanan perawatan dalam hal penyampaian informasi
- pelayanan perawatan dalam hal penyediaan fasilitas yang diperlukan
- pelayanan perawatan dalam hal perilaku perawat / tenaga medis

B. HIPOTESIS

1. Hipotesis Nol (H₀)

Tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat akan pelayanan keperawatan antara peserta Askes dan Non Askes di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

2. Hipotesis Alterantif (H_A)

Ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat akan pelayanan keperawatan antara peserta Askes dan Non Askes di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif digunakan melalui penalaran yang berdasarkan logika, sehingga dapat ditarik kesimpulan yang lebih dari data atau kenyataan yang ada. Sedangkan metode kuantitatif digunakan melalui penghitungan angka-angka dengan menggunakan tabel-tabel yang telah disiapkan dengan rumus, sedangkan tipe penelitian ini penulis memilih tipe penelitian komparatif, menimbang penulis ingin membandingkan dua obyek yang berbeda. Sedangkan jenis ukuran data yang digunakan adalah ukuran data ordinal.

B. RUANG LINGKUP PENELITIAN/FOKUS PENELITIAN

Penelitian ini membatasi pada variabel kepuasan masyarakat terhadap pelayanan khususnya keperawatan yang ada di RSUP Dr.Kariadi Semarang dan sesuai dengan tipe yang penulis pilih maka penulis ingin mengetahui apakah ada perbedaan kepuasan masyarakat akan pelayanan antara pasien peserta Askes dan Non Askes.

C. LOKASI PENELITIAN

Lokasi penelitian ini adalah RSUP Dr. Kariadi Semarang.

D. VARIABEL PENELITIAN

D.1. Variabel yang dipakai dalam penelitian ini adalah :

D.1.1. Variabel Bebas (X) yaitu Kualitas Pelayanan

D.1.2. Variabel Terikat (Y) yaitu Kepuasan Pelanggan (Masyarakat)

D.2. Definisi Konseptual

Konsep merupakan unsur yang paling penting dan merupakan definisi yang dapat dipakai penulis untuk menggambarkan secara abstrak dari suatu fenomena. Hal ini sesuai dengan pendapat Sofian Effendi tentang konsep, yaitu istilah dan definisi yang digunakan untuk menggambarkan secara abstrak, kejadian, keadaan, kelompok atau individu yang menjadi pusat perhatian ilmu sosial (Singarimbun dan Effendi, 1989 : 33). Adapun definisi konseptual yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

1. Kualitas pelayanan adalah pelayanan yang dapat memuaskan masyarakat atau pelanggan sesuai dengan standar dan asas-asas pelayanan publik.
2. Kualitas pelayanan keperawatan adalah merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang dilakukan oleh tenaga-tenaga profesional sehingga dapat memuaskan masyarakat.
3. Kepuasan pelanggan (masyarakat) adalah tingkat perasaan seseorang sebagai tanggapan emosional dan evaluasi atas pengalamannya terhadap suatu kinerja yang kemudian dibandingkan dengan harapan sebelumnya atau rasio antara persepsi dengan harapan sebelumnya dalam hal pelayanan keperawatan.

D.3. Definisi Operasional

Konsep yang diajukan masih bersifat abstrak sehingga masih menemui kesulitan dalam hal pemahaman dan pengukurannya. Untuk itu diperlukan definisi operasional yang merupakan perubahan dari konsep yang masih abstrak menjadi bentuk yang lebih konkrit. Dalam hal ini, definisi operasional mempunyai fungsi sebagai petunjuk dalam pelaksanaan bagaimana cara pengukuran suatu variabel. Adapun definisi operasional dalam penelitian ini adalah :

- Kepuasan pelanggan (masyarakat) diukur dari :
 1. Tingkat kepuasan terhadap pelayanan pengobatan
 - * Tingkat ketepatan waktu dalam memberi obat
 - * Tingkat ketepatan jenis obat yang diberikan
 - * Tingkat keterjangkauan harga obat yang diberikan
 2. Tingkat kepuasan terhadap makanan / gizi yang disajikan
 - * Tingkat ketepatan waktu dalam mengantarkan makanan kepada pasien
 - * Tingkat terpenuhinya gizi dari makanan yang diberikan
 - * Tingkat ketersediaan makanan bagi penunggu
 - * Tingkat kebersihan makanan yang disediakan
 - * Tingkat kebersihan tempat menyediakan makanan yang digunakan
 3. Tingkat kepuasan terhadap pelayanan administrasi
 - * Tingkat kemudahan dalam pengurusan administrasi
 - * Tingkat kesederhanaan dalam pengurusan administrasi
 - * Tingkat keterjangkauan harga dalam pengurusan administrasi
 - * Tingkat besarnya bantuan yang diberikan pihak lain

4. Tingkat kepuasan terhadap pemeriksaan pada pasien
 - * Tingkat ketepatan waktu dalam pemeriksaan pada pasien oleh perawat / dokter
 - * Tingkat ketepatan dokter / perawat yang menangani (spesialisasinya)
 - * Tingkat ketelitian dokter / perawat dalam memeriksa
 - * Tingkat perhatian dokter / perawat dalam pemeriksaan
 5. Tingkat kepuasan terhadap penyampaian informasi
 - * Tingkat keterbukaan perawat / dokter menyampaikan informasi kepada pasien / keluarga pasien
 - * Tingkat ketersediaan perawat / dokter memberikan informasi kepada pasien / keluarga pasien
 - * Tingkat kemudahan memperoleh informasi dari perawat / dokter
 6. Tingkat kepuasan terhadap fasilitas fisik yang disediakan
 - * Tingkat kelengkapan fasilitas fisik yang diperlukan
 - * Tingkat kebersihan fasilitas fisik yang disediakan
 - * Tingkat kelayakan fasilitas fisik yang disediakan
 7. Tingkat kepuasan terhadap perilaku perawat / tenaga medis
 - * Tingkat keramah tamahan perawat / dokter
 - * Tingkat kesopanan perawat / dokter
 - * Tingkat perhatian / kepedulian perawat / dokter
 - * Tingkat tanggung jawab dalam melaksanakan tugasnya.
- Kualitas Pelayanan Masyarakat diukur dari :

Responsiveness :

- Kesiediaan membantu pelanggan

- Adanya rasa tanggung jawab terhadap pekerjaan.

Empathy

- Tingkat perhatian perawat/tenaga medis terhadap pasien
- Tingkat kepedulian perawat/tenaga medis terhadap pasien.

Access :

- Tingkat kemudahan memperoleh informasi dalam hal pelayanan

Reliability :

- Tingkat ketepatan pelayanan kepada pasien

Courtesy

- Tingkat kesopanan dan keramahan dari perawat/tenaga medis.

Tangible :

- Ketersediaan fasilitas fisik.

E. JENIS DAN SUMBER DATA

Data dalam penelitian ini adalah :

1. Data Primer

Yaitu data yang diperoleh langsung dari sumbernya atau obyek penelitian data primer dalam penelitian ini adalah dari masyarakat (pasien).

2. Data Sekunder

Yaitu data yang diperoleh dari brosur-brosur, dokumen, laporan dan buku-buku yang mendukung data.

F. INSTRUMEN PENELITIAN

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan sedang untuk memperoleh data yang detail disertai dengan melakukan wawancara pada *Key Person* sehingga menambah dan memperkaya data yang diperlukan.

F.1. Validitas

Validitas menunjukkan kepada ketepatan dan kecermatan test dalam menjalankan fungsi pengukurannya. Pertanyaan mengenai validitas test harus dikembalikan kepada fungsi ukur test tersebut. Suatu test dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila test tersebut menjalankan fungsi ukurnya, atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud atau tujuan diadakan test tersebut. Suryabrata (1983:24) mengatakan bahwa suatu alat ukur dinyatakan valid bila alat ukur tersebut mengukur apa yang dimaksudkan untuk diukur. Prinsip validitas ini menurut Hadi (1986:117) ada dua yaitu ketelitian dan kejitian. Suatu alat dikatakan teliti bila alat tersebut dapat menunjukkan status atau keadaan gejala dan dapat menunjukkan bagi siapa alat tersebut dimaksudkan, sedangkan suatu alat dikatakan jitu bila alat tersebut dapat menunjukkan dengan tepat gejala atau sebagian gejala yang hendak diukur.

Cara seleksi item yang sering dilakukan dalam berbagai bentuk pengukuran adalah dengan menguji antara skor item dengan skor total. Prosedur ini disebut dengan menggunakan kriteria internal sering pula dikatakan sebagai validasi dengan pendekatan *internal consistency*. Sebagai kriterianya dapat digunakan skor total komponen tes (sub tes) atau skor total (Azwar, 1986 : 151). Angket yang digunakan dalam penelitian ini validitasnya diukur dengan menggunakan validitas item yaitu dengan mencari korelasi skor item dengan skor

total. Teknik korelasi yang dipakai adalah **Product Moment** dari Pearson. Rumus korelasi Product Moment adalah sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{\Sigma XY - (\Sigma X)(\Sigma Y)}{N} \sqrt{\left\{ \Sigma X^2 - \frac{(\Sigma X)^2}{N} \right\} \left\{ \Sigma Y^2 - \frac{(\Sigma Y)^2}{N} \right\}} \quad (2)$$

Dimana : r_{xy} : Koefisien korelasi antara item dan skor total

ΣX : Jumlah nilai tiap item

ΣY : Jumlah skor total tes

N : Banyaknya subyek

Koefisien korelasi yang dapat diperoleh merupakan angka kasar Product Moment dan belum dapat dijadikan validitas yang sebenarnya. Karena itu masih perlu korelasi supaya lebih teliti dalam memperoleh validitasnya dan menghindari over estimate. Kelebihan bobot ini terjadi karena skor item yang dikorelasikan dengan skor total ikut sebagai komponen skor total, dan hal ini menyebabkan angka korelasi menjadi besar. Pengujian validitas tiap butir digunakan analisis item, yaitu mengkorelasikan skor tiap butir dengan skor total yang merupakan jumlah tiap skor butir. Dalam tabel (terlampir) telah ditunjukkan skor totalnya, yang merupakan jumlah tiap skor butir. Dalam hal analisis item ini Masrun

(Sugiyono: 2001, 106) menyatakan “teknik korelasi untuk menentukan validitas item ini sampai sekarang merupakan teknik yang paling banyak digunakan”. Selanjutnya dalam memberikan interpretasi terhadap koefisien korelasi, Masrun menyatakan “item yang mempunyai korelasi positif dengan kriterium (skor total) serta korelasinya tinggi pula. Biasanya syarat minimum untuk dianggap memenuhi syarat adalah kalau $r = 0,3$. Jadi kalau korelasi antara butir dengan skor total kurang dari 0,3 maka butir dalam instrumen tersebut dinyatakan tidak valid.

F.2. Realibilitas

Realibilitas menunjukkan kepada pengertian konsistensi hasil ukur. Seberapa jauh suatu test dapat memberikan hasil pengukuran yang konsisten menurut keadaan subyek ukurnya, seberapa jauh suatu test dapat memberikan hasil ukur yang sama terhadap ciri perilaku yang tidak berbeda, merupakan indikator reliabilitas test tersebut. Reliabilitas disebut juga sebagai konsistensi atau stabilitas. Pada prinsipnya suatu alat dikatakan reliabel bila alat tersebut mampu menunjukkan sejauhmana pengukuran itu dapat memberikan hasil yang relatif sama bila dilakukan pengukuran kembali terhadap subyek yang sama. Hal tersebut sejalan dengan apa yang dikemukakan Sugiyono (2001, 97) bahwa reliabilitas alat ukur merupakan keajegan hasil pengukuran sekiranya alat tersebut digunakan pada orang yang sama pada waktu yang berbeda. Pengujian

reliabilitas instrumen dilakukan dengan internal consistency dengan teknik belah dua (split half) yang dianalisis dengan rumus Spearman Brown. Untuk keperluan itu maka butir-butir instrumen dibelah menjadi dua kelompok, yaitu kelompok instrumen ganjil dan kelompok genap. Selanjutnya skor data tiap kelompok itu disusun sendiri. Setelah dihitung didapat koefisien korelasi yang selanjutnya dimasukkan dalam rumus **Spearman Brown**.

$$r_j = \frac{2 \cdot r_b}{1 + r_b} \quad (3)$$

Setelah itu baru diujikan antara nilai tabel dengan nilai hitung untuk mengetahui reliabilitasnya. Bila nilai hitung > dari nilai tabel maka instrumen dinyatakan reliabel.

G. POPULASI DAN TEKNIK PENGAMBILAN SAMPEL

1. Populasi, menurut Masri Singarimbun adalah jumlah keseluruhan dari unit analisa yang ciri-cirinya akan di duga. Dalam penelitian ini populasi adalah semua pasien rawat inap di RSUP Dr. Kariadi Semarang baik peserta Askes maupun Non Askes.
2. Elemen penelitian
Elemen penelitian adalah sesuatu yang menjadi obyek penelitian, sedangkan yang menjadi elemen penelitian ini adalah masyarakat (pasien) rawat inap di RSUP Dr. Kariadi Semarang peserta Askes dan Non Askes.

3. Sampel penelitian

Sampel adalah bagian dari penelitian keseluruhan yang menjadi obyek penelitian yang sesungguhnya, atau bagian dari populasi yang digunakan untuk menentukan ciri-ciri umum. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap peserta Askes dan Non Askes kelas II, dimana teknik pengambilan sampelnya menggunakan teknik *purposive random sampling*, yaitu pengambilan sampel dengan cara ditentukan berdasarkan kriteria tertentu dan pertimbangan tertentu. Kriteria dan pertimbangan yang dipakai penulis adalah selain keterbatasan waktu, tenaga dan biaya, masyarakat (pasien) yang mayoritas menyampaikan keluhan adalah kelas II. Sehingga dalam penelitian ini peneliti menentukan kelas II.

4. *Sampling frame*

Adalah kerangka sampel yang merupakan data daftar lengkap dari semua unsur sampel. Kerangka sampel dalam penelitian ini adalah daftar nama pasien rawat inap kelas II tiga bulan terakhir (Daftar terlampir).

5. *Sampling fraction*

Adalah pemecahan unsur-unsur *sampling frame*, yang menyatakan berapa besar sampel yang diambil. Adapun *sampling fraction* dalam penelitian ini diambil 50 orang responden yang dikelompokkan dalam dua kategori yaitu 25 orang responden peserta Askes dan 25 orang responden Non Askes.

6. *Sampel size*

Sampel size adalah besarnya prosentase (%) sampel yang akan diambil.

Salah satu pertimbangan dalam menentukan besarnya sampel penelitian adalah :

“..... berapa besarnya sampel yang harus diambil untuk mendapatkan data representatif, beberapa penelitian menyatakan bahwa besarnya sampel tidak boleh kurang dari 10%, dan ada pula yang menyatakan bahwa besarnya sampel minimum 5% dari jumlah satuan-satuan elementer dari populasi” (Singarimbun : 1989, 106).

Berdasarkan pendapat tersebut di atas maka dalam penelitian ini menggunakan sampel size 20%.

H. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Teknik pengumpulan data yang dipergunakan dalam rangka penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kuesioner

Yaitu suatu metode pengumpulan data melalui daftar pertanyaan yang telah disusun terlebih dahulu untuk diberikan kepada responden. Disini responden tinggal mengisi daftar pertanyaan sesuai dengan petunjuk pengisian.

2. Wawancara

Yaitu metode pengumpulan data dengan cara melakukan tanya jawab langsung yang dikerjakan dengan sistematis dan berlandaskan pada tujuan penelitian. Agar supaya jalannya wawancara tidak terhambat atau macet, maka digunakan daftar pertanyaan yang telah disiapkan sebelumnya.

3. Dokumentasi

Yaitu usaha pengumpulan data dengan buku-buku, dokumen, buku laporan bulanan, dan hasil penelitian sebelumnya.

I. TEKNIK ANALISIS DATA

I.1. Teknik Pengolahan Data

Data yang diperoleh dilapangan pada dasarnya masih merupakan data mentah dan belum dapat digunakan lebih lanjut untuk dianalisis. Oleh karena itu agar dapat memberikan kegunaan lebih lanjut dalam proses penelitian, data tersebut harus diolah berdasarkan teknik-teknik tertentu yang pada dasarnya mencakup teknik-teknik sebagai berikut :

a. *Editing*

Yaitu teknik pengolahan data yang dilakukan melalui kegiatan memeriksa dan meneliti daftar pertanyaan untuk mengetahui apakah terdapat kekeliruan atau ketidaklengkapan, maka harus dilakukan pembetulan dan perlengkapan data yang keliru atau tidak lengkap.

b. *Coding*

Yaitu teknik pengolahan data yang dilakukan melalui kegiatan mengkategorikan data secara sistematis dengan cara memberikan code simbol atau skor menurut kriteria yang telah ditentukan.

c. *Tabulating*

Yaitu teknik pengolahan data yang dilakukan melalui kegiatan memindahkan data dari daftar pertanyaan ke dalam tabel-tabel yang telah disiapkan.

I.2. Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang amat penting dalam metode ilmiah, karena dengan analisis data dapat berarti dan berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Untuk menganalisis data yang diperoleh maka akan digunakan cara sebagai berikut :

a. Analisis data kualitatif

Yaitu merupakan teknik analisis data yang dilakukan melalui penalaran berdasarkan logika untuk menarik kesimpulan yang logis mengenai data-data yang dianalisis berdasarkan distribusi data.

b. Analisis data kuantitatif

Yaitu teknik analisis data yang dilakukan melalui perhitungan statistik dengan menggunakan angka-angka.

Kedua analisis tersebut pada dasarnya tidak dapat dipisahkan, karena dalam penelitian tidak semua data dapat dijabarkan secara konsep saja, tetapi juga dihitung dengan angka-angka sehingga memungkinkan hasil penelitian yang akurat.

I.3. Pengujian Hipotesis

Dalam penelitian ini menggunakan uji beda Dua Mean, sedangkan uji Hipotesisnya dengan menggunakan Rumus t-test.

$$t = \frac{x_1 - x_2}{\sqrt{\frac{n_1 SD_1^2 + n_2 SD_2^2}{n_1 + n_2} \cdot \frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}} \quad (4)$$

Dimana :

t = t hitung

X_1 = jumlah skor kel. 1 dibagi jumlah sampel kel. 1

X_2 = jumlah skor kel. 2 dibagi jumlah sampel kel. 2

n_1 = jumlah responden kelompok 1

n_2 = jumlah responden kelompok 2

SD_1 = standart deviasi kelompok 1, yang dihitung dengan rumus :

$$SD_1 = \frac{\sum x_{12}}{N} \left[\frac{\sum x_1}{N} \right]^2 \quad (5)$$

SD_2 = standart deviasi kelompok 2, yang dihitung dengan rumus :

$$SD_2 = \frac{\sum x_2}{N} \left[\frac{\sum x_2}{N} \right]^2 \quad (6)$$

Jadi dalam pengujian hipotesis ini digunakan uji hipotesis t-test sebab tipe data hipotesis adalah tentang perbedaan antara dua sampel independen. Apabila dalam pengujian hipotesis dengan menggunakan t-test telah ditemukan, maka banyak individu atau subyek dalam sampel ikut mempengaruhi hasil penelitian, pengaruh ini dinyatakan dalam derajat (degree of freedom). Untuk rumus t-test ini maka rumus derajat kebebasannya adalah :

$$df = n_1 + n_2 - 2 \quad (7)$$

Dari hasil perhitungan di atas kemudian dikonsultasikan dengan nilai tabel pada taraf signifikansi 5 % dengan ketentuan sebagai berikut :

- Jika harga t observasi \geq t tabel 5% maka dapat dinyatakan bahwa perbedaan antara dua bagian tersebut cukup signifikan.
- Jika harga t observasi $<$ t tabel 5% maka dapat dinyatakan bahwa perbedaan antara dua bagian tersebut sangat tidak signifikan sebesar 5% atau dengan taraf kepercayaan 95%.

BAB IV

STUDI KOMPARATIF TINGKAT KEPUASAN PELAYANAN PUBLIK ANTARA PESERTA ASKES DAN NON ASKES DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG

A. DESKRIPSI WILAYAH PENELITIAN

A.1. Sejarah Singkat RSUP. Dr. Kariadi

A.1.1. Periode 1925 -1942

Pada periode 1919, dr. N.F. Liem menggagas untuk mengganti dan menggabungkan Rumah Sakit Kota (*Stadverband Ziakenhuis*) dengan Rumah Sakit Kota Pembantu (*Hulp Stadverband Ziekenhuis*) di alun-alun Semarang, menjadi *Centrale Bugarlijke Ziekeninrichting* yang dikenal dengan nama CBZ. Tanggal 9 September 1925, resmilah CBZ berdiri setelah memakan waktu lima tahun pembangunan sejak tahun 1920, dengan kapasitas 500 tempat tidur dalam bangsal-bangsal besar yang dapat menampung 45 tempat tidur. Ooiman Van Leeuwen dan Opzichter sebagai perencana serta Bapak Wijanarko sebagai pelaksana jauh sebelumnya telah merancang pemisahan antara pelayanan Poliklinik dan ruang rawat inap disamping membangun asrama, dapur, pencucian, laboratorium, kamar obat, kantor administrasi dan garasi. Perumahan dokter dan karyawan dibangun mengelilingi rumah sakit, sengaja untuk efisiensi dan mempermudah pelayanan gawat darurat pada masa lalu. Pada awal berdirinya tersedia beberapa ahli di bidang penyakit dalam, bedah, kebidanan dan penyakit kandungan, serta mengutamakan fungsi pelayanan medis berupa pengobatan kuratif dan fungsi pendidikan paramedis. Seiring dengan berdirinya Rumah Sakit

Tentara di Semarang, Ahli Mata, THT, dan Kulit Kelamin yang bekerja disana juga merangkap di RSUP Dr. Kariadi. Sejarah pendidikan paramedis di zaman itu yang dikenal “Mantri *Verpleger (Ster)* dan *Vroedvrouw*” telah dikenai dengan kedisiplinannya yang keras dan ketat yang dijalankan oleh Zuster-Zuster Belanda, tapi mengurangi anak-anak bumiputera untuk menjadi murid disana. Konon mereka harus bekerja selama 24 jam dari jam 17.00 sampai 05.00 esok paginya. Tentu saja dibutuhkan murid yang sehat dan kuat fisiknya. Tidak sedikit yang dipecat karena tidak disiplin atau melakukan kesalahan kecil saja. Dengan cara ini mantri atau zuster di zaman Belanda mempunyai kualitas dan dedikasi yang tinggi pada pekerjaannya

A.1.2. Periode 1942-1945

Periode pendudukan Jepang 1942 - 1945, penguasa hanya meneruskan usaha-usaha yang sudah ada. Setelah dokter-dokter Belanda ditawan, praktis pimpinan Rumah Sakit dari bangsa kita sendiri (diantaranya dr. Notokuworo, dr. Buntaran Martoatmodjo). Nama Rumah Sakit dari CBZ diganti menjadi PURUSARA singkatan dari Pusat Rumah Sakit Rakyat (Jepang : “*Chuo Simin Byoing*”).

A.1.3. Periode 1945-1950

Periode peralihan/revolusi tahun 1945-1950. Periode revolusi merupakan peralihan dari Jepang ke Sekutu (NICA), dan Jepang hanya tunduk pada Sekutu. Pada saat ini Indonesia juga memproklamkan kemerdekaan. Saat peralihan inilah di Semarang pecah pertempuran 5 hari, dimana menelan korban diantaranya Dr. M. Kariadi beserta 8 orang karyawan rumah sakit. Peranan Rumah

Sakit Dr. Kariadi dalam pertempuran 5 hari sangat besar karena dijadikan basis penyusunan strategi pertempuran, tempat perlindungan pejuang melawan Jepang. Kedatangan NICA di Semarang menyebabkan sebagian karyawan rumah sakit meninggalkan kota menuju daerah Republik dan sebagian tinggal di rumah sakit. Saat itu pimpinan rumah sakit dipegang oleh dr. Soekarjo menggantikan dr. Buntalan yang lebih sering tinggal di Jakarta.

A.1.4. Periode 1950 - Sekarang

Setelah pengakuan kedaulatan, rumah sakit berganti nama RSUP (Rumah Sakit Umum Pusat) Semarang. Kemudian menjadi Rumah Sakit Dokter Kariadi, sejak tanggal 4 April 1964 (SK. Menteri Kesehatan No. 21215/Kab/1964). Sampai akhirnya kembali menjadi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi berdasarkan SK. Menkes No. 46/Men Kes/SK/VI/1994 tanggal 13 Juni 1994, dimana sebelumnya telah menjadi wadana berdasarkan SK. Menkes RI No. 1130/Menkes/SK/XII/1993, dalam rangka mendorong peningkatan mutu pelayanan, manajemen dan profesionalisme serta untuk memperlancar tugas-tugas pelayanan. Tujuan ditetapkannya RSUP Dr. Kariadi menjadi Unit Swadana adalah untuk mengefisienkan dan mengefektifkan pengelolaan sumber daya rumah sakit serta meningkatkan mutu pelayanan medis dan non medis. Sejak RSUP Dr.Kariadi ditetapkan menjadi unit swadana, peningkatan pelayanan terhadap penggunaan jasa Rumah Sakit telah diupayakan semaksimal mungkin baik dari penyediaan sarana prasarana, peningkatan sumber daya manusia serta penumbuhan perilaku yang menimbulkan rasa kepuasan pelanggan dapat dilaksanakan karena adanya dukungan dana meskipun sangat terbatas baik dari anggaran rutin/DIK, anggaran

DRK, anggaran Proyek Pembangunan (DIPP) dan OPRS, yang secara maksimal dimanfaatkan sebaik-baiknya untuk mendukung kebutuhan pelayanan kesehatan.

A.2. GEDUNG DAN BANGUNAN

A.2.1. Letak

RSUP Dr. Kariadi Semarang terletak di Jalan Dokter Sutomo No. 16 Semarang.

A.2.2. Luas tanah

➤ Tanah Kompleks RSUP Dr. Kariadi, Jl. Dr. Sutomo No. 16 Semarang	188.080 m ²
➤ Tanah Kompleks Makam RSUP Dr. Kariadi Semarang	3.730 m ²
➤ Tanah Rumah Sakit Jl. Karang Anyar Gunung 1/4 Semarang	1.600 m ²
➤ Tanah di Tujurejo Semarang	9.180 m ²
Jadi luas tanah seluruhnya	202.590 m ²

A.2.3. Luas bangunan

➤ Bangunan Gedung tempat kerja/Bangunan Kantor	3.240 m ²
➤ Bangunan Gedung Kesehatan	68.99,88 m ²
➤ Bangunan Gedung Tempat Ibadah	554 m ²
➤ Bangunan Gedung Instalasi	2.850 m ²
➤ Bangunan Lain-Lain	2.844 m ²
➤ Bangunan tempat tinggal RTT/Gol. I Permanen Kelas IV (RM. Inst) Jl. Dr. Sutomo No. 4 Semarang	180 m ²

Jl. Dr. Sutomo No. 6 Semarang	380 m ²
Jl. Dr. Sutomo No. 22 Semarang	450 m ²
Jl. Bergota Talang Semarang	576 m ²
Jumlah	80.066,88 m ²

A.3. ORGANISASI DAN TATA KERJA

Berdasarkan SK No. 546/Menkes/SK/VI/94, 13-6-1994 RSUP Dr. Kariadi ditetapkan dengan struktur baru SK tersebut memuat 11 Bab, 72 pasal, yang menguraikan antara lain tentang misi, kedudukan, tugas, fungsi dan klasifikasi serta susunan organisasi RSUP Dr. Kariadi. Organisasi RSUP Dr. Kariadi yang baru ini dilihat dari bagannya tampak menganut sistem lini dan staf. Garis lurus tampak langsung dari kotak Direktur menuju ke kotak-kotak wakil Direktur dan kotak-kotak Staf Medis Fungsional.

A.3.1. Misi

Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang yang selanjutnya dalam keputusan ini disebut RSUP Dr. Kariadi Semarang mempunyai misi umum dan misi khusus. Disamping itu RSUP Dr. Kariadi juga membuat visi yang dirasa dapat digunakan untuk mengantisipasi perjalanan pelayanan kesehatannya dalam kurun waktu kurang lebih lima tahun kedepan.

A.3.2. Misi Umum

Memberikan pelayanan kesehatan paripurna, bermutu dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, memberikan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan serta melakukan penelitian dan pengembangan ilmu kedokteran dan keperawatan dalam rangka derajat kesehatan masyarakat.

A.3.3. Misi Khusus

Mengembangkan pelayanan unggulan, yaitu : genetika klinik, geriatri, pelayanan kesehatan remaja dan tempat ukuran kegawat darurat di wilayah Propinsi Jawa Tengah serta meningkatkan mutu sumber daya manusia di RSUP Dr. Kariadi.

A.3.4. Visi

Berikut elemen-elemen Visi RSUP Dr. Kariadi :

- Penggunaan jasa pelayanan RSUP Dr. Kariadi
- Rumah Sakit Unit Swadana
- Persaingan global atau kompetisi
- Perubahan-perubahan
- Biaya pelayanan/sistem pembayaran
- Penelitian

A.3.4.1. Penggunaan Jasa Pelayanan RSUP Dr. Kariadi

- Paradigma

Pelanggan pengguna jasa/pelayanan masyarakat (penderita/keluarga penderita merupakan heterogen dan mempunyai strata pendidikan dan sosial ekonomi yang sangat bervariasi dan akan semakin kritis serta menuntut pelayanan yang lebih baik.

- Visi

Dalam masa lima tahun mendatang RSUP Dr. Kariadi mampu melayani dan menghadapi kebutuhan para pelanggan sehingga dapat bersaing dengan rumah sakit lain.

A.3.4.2. Rumah Sakit Unit Swadana

➤ Paradigma

RSUP Dr. Kariadi sebagai Rumah Sakit Unit Swadana merupakan peluang untuk menggunakan penerimaan operasionalnya dalam meningkatkan mutu pelayanan serta sumber daya manusianya.

➤ Visi

Dalam lima tahun mendatang RSUP Dr. Kariadi mampu meningkatkan penerimaan fungsional dengan prinsip subsidi silang dan memanfaatkan secara tepat guna dan berhasil guna untuk meningkatkan mutu dan pelanggan serta meningkatkan mutu dan kesejahteraan sumber daya manusia.

A.3.4.3. Persaingan Global dan Kompetisi

➤ Paradigma

Persaingan akan lebih ketat dalam bidang upaya pelayanan kesehatan.

➤ Visi

Dalam masa lima tahun mendatang RSUP Dr. Kariadi harus mampu bersaing dan berupaya meningkatkan :

- Fasilitas sarana dan prasarana
- Sumber daya manusia baik secara kualitatif maupun kuantitatif.
- Sistem pelayanan yang cepat, tepat, mudah serta terjangkau.

A.3.4.4. Perubahan-Perubahan

➤ Paradigma

Tuntutan RSUP Dr. Kariadi untuk mempersiapkan pusat pendidikan dan pelatihan yang baik dan bermutu untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusianya agar mampu bersaing dan bertahan dalam era globalisasi.

➤ Visi

Dalam masa lima tahun mendatang RSUP Dr. Kariadi harus mampu menyiapkan Pusat Pendidikan dan Penelitian beserta sarana dan prasarana dalam upaya menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan sumber daya manusia pada internal, regional maupun nasional.

A.3.4.5. Penelitian

➤ Paradigma

Penelitian yang baik dan bermutu akan menunjang kemajuan ilmu dan berdampak positif pada peningkatan mutu pelayanan.

➤ Visi

Dalam lima tahun mendatang sumber daya manusia RSUP Dr. Kariadi mampu menyelenggarakan dan menghasilkan penelitian yang bermutu baik dalam skala regional maupun nasional.

A.3.2. Kedudukan

RSUP Dr. Kariadi adalah unit organik dilingkungan Departemen Kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala dengan sebutan Direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

A.3.3. Tugas

RSUP Dr. Kariadi mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

A.3. 4. Fungsi

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut, RSUP Dr. Kariadi mempunyai fungsi :

- Menyelenggarakan pelayanan medis
- Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
- Menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan
- Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

A.3. 5. Klasifikasi

RSUP Dr. Kariadi adalah Rumah Sakit Umum kelas B, Pendidikan yang digunakan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro sebagai tempat pendidikan calon dokter, dokter spesialis dan sub spesialis serta lembaga pendidikan lain sebagai lahan praktek.

A.3. 6. Struktur Organisasi

Struktur organisasi merupakan kerangka tubuh organisasi yang harus disusun agar sebuah organisasi dapat mencapai tujuan yang telah ditentukan. Struktur organisasi adalah gambaran secara sistematis tentang hubungan kerja dari orang-orang yang ada dalam usaha mencapai tujuan.

Adapun type organisasi antara lain :

1. Organisasi Garis / Lini

Adalah organisasi yang wewenang dari pucuk pimpinan dilimpahkan kepada

satuan-satuan organisasi di bawahnya. Masing-masing organisasi memegang peranan bulat dan memikul tanggung jawab penuh mengenai segala hal termasuk bidang kerja satuannya. Semua pegawai dalam satuan itu menerima perintah dan petunjuk langsung dari pimpinan serta tanggung jawab penuh kepadanya.

2. Organisasi Fungsional/Staff

Adalah organisasi yang wewenang dari pimpinan dilimpahkan melalui para ahli dalam fungsi tertentu. Jadi tiap-tiap pimpinan dispesialisasikan untuk melaksanakan tugas tertentu dan setiap atasan dapat menerima rincian tugas dan tanggung jawab beberapa atasan.

3. Organisasi Garis dan Staff

Merupakan kombinasi dari bentuk organisasi garis dan staf. Hubungan antara staf dan kepala bagian pelaksana bersifat lurus. Para ahli staf bertugas melayani dan membantu kepala bagian dalam menjalankan tugas-tugas pokoknya.

A.3.7. Susunan Organisasi RSUP Dr. Kariadi

A.3.7.1. Direktur

RSUP Dr. Kariadi dipimpin oleh seorang Direktur yang bertugas memimpin, merumuskan kebijaksanaan pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Direktur dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh 3 orang Wakil Direktur yang terdiri dari :

- Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan
- Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendikan
- Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Disamping ketiga wakil Direktur tersebut dalam hal asuhan pelayanan medis dan pengawasan, Direktur dibantu secara fungsional oleh Komite medis dan staf medis fungsional serta Satuan Pengawas Intern (SPI).

A.3.7.2. Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan

Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan bertugas mengelola pelayanan medis, asuhan dan pelayanan keperawatan pada instalasi-instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap, Rawat Darurat, Rawat Intensif dan Instalasi Bedah Sentral serta urusan ketatausahaan dan kerumah tangannya.

Sedang fungsinya :

- Menyelenggarakan penyusunan kebutuhan tenaga dan fasilitas pelayanan medis dan keperawatan.
- Menyelenggarakan penyusunan penyediaan fasilitas pelayanan medis dan keperawatan.
- Mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan medis dan keperawatan.
- Menyelenggarakan pengawasan dan pengendalian, penerimaan, pemulangan pasien, serta penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan medis dan keperawatan.
- Menyelenggarakan urusan ketatausahaan dan kerumahtanggaan.

Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan membawahkan Bidang Pelayanan Medis, Bidang Keperawatan, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap A, Instalasi Rawat Inap B, Instalasi Rawat Inap C, Instalasi Rawat Inap D, Instalasi Rawat Darurat, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Bedah Sentral.

A.3.7.3. Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan.

Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan bertugas membina dan mengelola pelayanan penunjang medis pada Instalasi-Instalasi Radiodiagnostik, Radioterapi, Kedokteran Nuklir, Rehabilitasi Medis, Farmasi, Farmakologi Klinik, Gizi, Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Mikrobiologi Klinik, Biologi Klinik, Pemulasaraan Jenazah, Pendidikan dan Pelatihan, kegiatan penelitian dan pengembangan serta urusan ketatausahaan dan kerumah tanggaannya.

Sedang fungsinya :

- Menyelenggarakan pengawasan dan pengendalian pasien, pelaksanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.
- Menyelenggarakan pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan penunjang medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.
- Menyelenggarakan urusan ketatausahaan dan kerumah tanggan.

Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan membawahkan Bidang Penunjang Medis, Bidang Pendidikan dan Penelitian, Instalasi-Instalasi Radiodiagnostik, Radioterapi, Kedokteran Nuklir, Rehabilitasi Medis, Farmasi, Farmakologi Klinik, Gizi, Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Mikrobiologi Klinik, Biologi Klinik, Pemulasaraan Jenazah, Pendidikan Pelatihan dan Pengembangan.

A.3.7.4. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas membina dan mengelola kegiatan kesekretariatan, penyusunan program dan informasi, keuangan, akuntansi dan Instalasi-Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu, Sistem Informasi Rumah Sakit, Sanitasi Rumah Sakit, Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit serta memberikan pelayanan kesekretariatan, penyusunan program dan informasi, keuangan dan akuntansi kepada semua satuan organisasi dilingkungan RSUP Dr.Kariadi.

Sedang Fungsinya :

- Menyelenggarakan penyusunan program kegiatan kesekretariatan, perencanaan dan informasi, keuangan dan akuntansi serta kebutuhan fasilitas sterilisasi sentral dan binatu, sistem informasi rumah sakit, sanitasi, rumah sakit dan pemeliharaan sarana rumah sakit.
- Membimbing pelaksanaan kegiatan kesekretariatan, perencanaan dan informasi, keuangan dan akuntansi kebutuhan fasilitas sterilisasi sentral dan binatu, sistem informasi rumah sakit, sanitasi rumah sakit dan pemeliharaan sarana rumah sakit.
- Mengkoordinasikan dan memberikan pelayanan kesekretariatan, perencanaan dan informasi, keuangan dan akuntansi.
- Mengkoordinasikan pelaksanaan penyediaan seluruh kebutuhan sumber daya yang diperlukan rumah sakit.
- Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan kegiatan kesekretariatan, perencanaan dan informasi, keuangan dan akuntansi serta pelayanan

sterilisasi sentral dan binatu, sistem informasi rumah sakit, sanitasi rumah sakit dan pemeliharaan rumah sakit.

- Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawakan Bagian Sekretariat, bagian Perencanaan dan Informasi, Bagian Keuangan, bagian akuntansi, Instalasi-Instalasi Sterilisasi sentral dan binatu, Sistem informasi rumah sakit, Sanitasi rumah sakit, dan Pemeliharaan sarana rumah sakit.
- Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahkan Bagian Sekretariat bagian Perencanaan dan Informasi, Bagian Keuangan, Bagian Akuntansi, Instalasi-Instalasi Sterilisasi sentral dan binatu, Sistem informasi rumah sakit, Sanitasi rumah sakit, dan Pemeliharaan sarana rumah sakit.

A.3.7.5. Instalasi

Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala dan jabatan non struktural dengan tugas menyiapkan fasilitas pelayanan agar pelayanan kesehatan terlaksana dengan baik. Kepala Instalasi dibantu oleh beberapa penanggung jawab dan diangkat oleh Direktur RSUP Dr. Kariadi. Organisasinya ditetapkan dengan keputusan Direktur RSUP Dr. Kariadi.

A.3.7.6. Komite Medis

Komite medis adalah wadah non Struktural yang keanggotaannya terdiri dari Ketua Staf Medis Fungsional (SMF) atau yang mewakili SMF yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Tugasnya menyusun standar pelayanan medis dan memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pembinaan dan penilaian mutu pelayanan medis, hak klinis khusus kepada SMF, program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan. Disamping itu juga

memberikan pertimbangan dalam hal penerimaan tenaga medis untuk bekerja di RSUP Dr.Kariadi dan bertanggung jawab tentang pelaksanaan etika profesi. Pembentukan Komite medis ditetapkan oleh Direktur Jendral Pelayanan Medik atas usulan Direktur RSUP Dr. Kariadi dengan masa kerja 3 tahun. Dalam melaksanakan tugasnya Komite medis dibantu oleh panitia-panitia antara lain Panitia Infeksi Nosokomial, Panitia Rekan Medis, Panitia Farmasi dan Terapi serta Panitia Peningkatan Mutu Pelayanan dan tenaga profesi lain secara *ex-officio*. Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur RSUP Dr. Kariadi.

A.3.7.7. Staf Medis Fungsional

Staf Medis Fungsional terdiri dari para dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan sub spesialis. Tugasnya melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan, akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.

A.3.7.8. Para Medis Fungsional dan Tenaga Non Medis

Para medis fungsional adalah tenaga keperawatan dan para medis non perawatan yang bertugas pada Instalasi dalam jabatan fungsional, bertanggung jawab kepada Kepala Instalasi. Usulan penempatan tenaga keperawatan pada Instalasi dilaksanakan oleh Kepala Bidang Keperawatan atas permintaan Kepala Bidang terkait dan penempatannya dilaksanakan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan. Sedang penempatan paramedis non perawatan pada Instalasi dilaksanakan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan atas usulan Kepala Bidang terkait.

A.3.7.9. Satuan Pengawasan Intern

Satuan Pengawasan Intern (SPI) adalah kelompok fungsional yang dibentuk oleh Direktur RSUP Dr. Kariadi, bertugas melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumberdaya rumah sakit. SPI berada dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUP Dr. Kariadi.

A.4. Tata Kerja

Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi dilingkungan RSUP Dr. Kariadi wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi, baik dilingkungan masing-masing maupun antar satuan organisasi dilingkungan rumah sakit dan instansi lain diluar rumah sakit sesuai dengan tugasnya. Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahan masing-masing dan bila terjadi penyimpangan dapat diambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai peraturan yang berlaku. Bertanggung jawab kepada atasan langsung dan menyampaikan laporan secara berkala tepat pada waktunya. Disamping itu juga memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya dan memberikan petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya. Para Wakil Direktur, Kepala-Kepala Bagian, Bidang, Sub. Bagian dan Seksi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasan masing-masing, tembusan kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja. Sebagai gambaran hubungan tata kerja tersebut khususnya struktur Bidang Keperawatan dapat dilihat dari bagan struktur organisasi sesuai SK 546/1/Menkes/SK/VI/94 dalam halaman

berikut. RSUP Dr. Kariadi juga mempunyai hubungan koordinasi fungsional dengan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah sesuai dengan tugas dan fungsinya. Sebagai rumah sakit terbesar RSUP Dr. Kariadi juga merupakan rumah sakit rujukan wilayah Propinsi Jawa Tengah, melakukan kerjasama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan lembaga pendidikan lain.

A.5. Ketenagaan

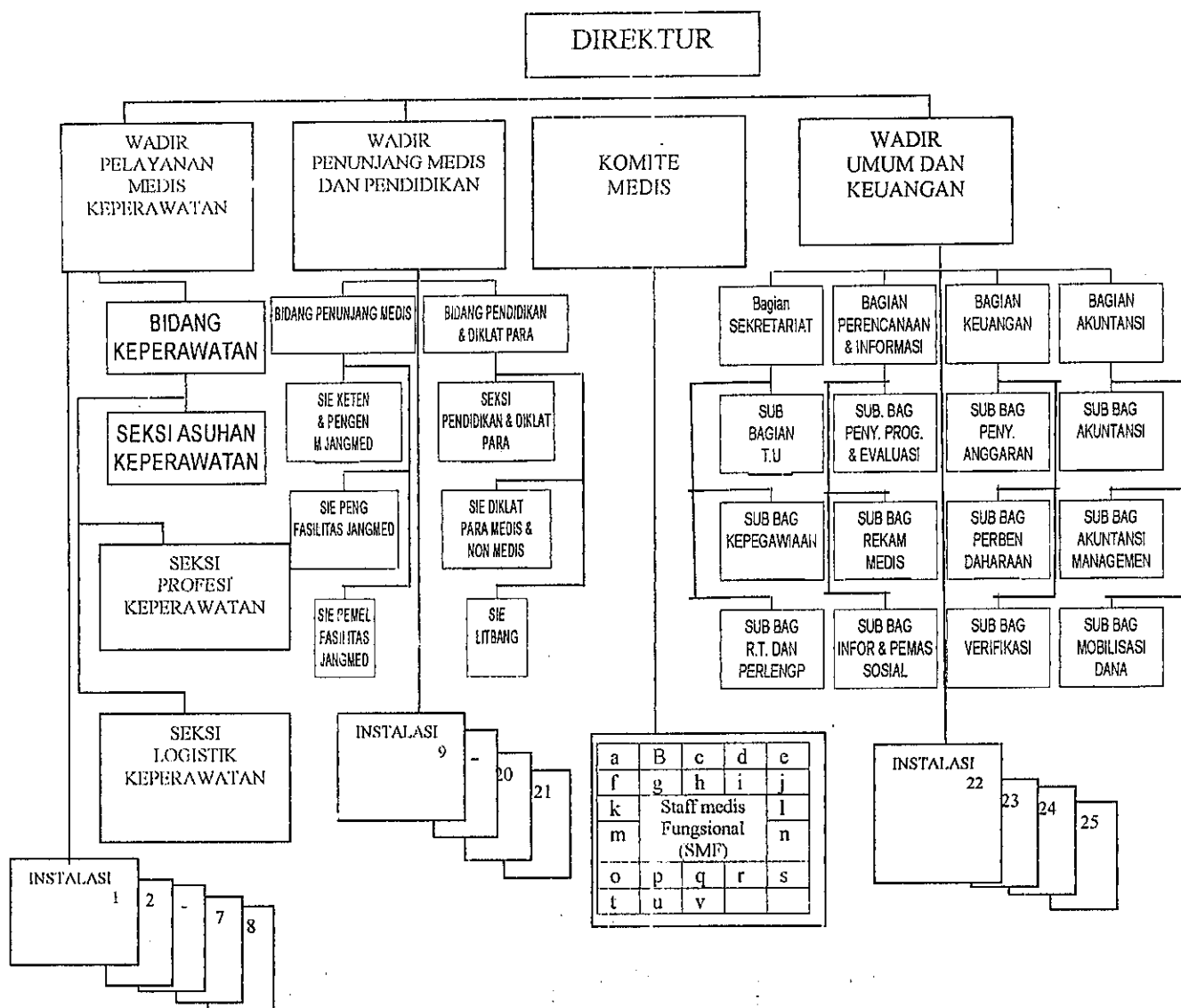
Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Semarang yang memiliki jumlah tempat tidur tercatat 1.070 dan tempat tidur operasional sebanyak 918 buah adalah rumah sakit terbesar di Propinsi Jawa Tengah. Untuk melayani kebutuhan masyarakat pengguna jasa rumah sakit tersebut diperlukan tenaga yang merupakan sumber daya manusia yang memadai, dengan ratio antara penderita dan paramedis 1 : 4. Kenyataan yang ada jumlah seluruh karyawan ada 2.648 dengan rincian jumlah paramedis perawatan 727 orang dan paramedis non perawat 262 orang sehingga jumlah seluruhnya 989 orang, selebihnya adalah tenaga medis dan karyawan non paramedis.

A.6. Gambar Struktur Organisasi RSUP Dr. Kariadi Semarang

Berikut ini akan ditampilkan gambar Struktur Organisasi RSUP Dr. Kariadi Semarang.

GAMBAR.IV. 1

STRUKTUR ORGANISASI RSUP KARIADI SEMARANG
(BERDASAR SK MENKES NO. 546/MENKES.SK/VI/94 TANGGAL 13 JUNI 1994)



INSTALASI 9 S/D 21

9. Inst. Radiodiagnostik
10. Inst. Radioterapi
11. Inst. Kedokteran Nuklir
12. Inst. Rehabilitasi Medik
13. Inst. Farmasi
14. Inst. Farmakologi Klinik
15. Inst. Gizi
16. Inst. Patologi Klinik
17. Inst. Patologi Anatomi
18. Inst. Mikro Biologi Klinis
19. Inst. Biologi Klinis
20. Inst. Pemulasaraan Jenasah
21. Inst. Diklat & Litbang

INSTALASI 22 S/D 25

22. Inst. Sterilisasi Sentral & binatu
23. Inst. Sistem Informasi Rumah Sakit
24. Inst. Sanitasi RS.
25. Inst. Pemeliharaan & Sarana RS

Kelompok SMF⁷

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| a. SMF. Bedah | r. SMF. Biologi Klinik |
| b. SMF. Bedah Saraf | s. SMF. Mikro Biologi |
| c. SMF Kes. Anak | t. SMF. Kedo. Kehakiman |
| d. SMF. Kebidanan & Pery. Kandungan | u. SMF. Radioterapi |
| e. SMF. Peny. Dalam | v. SMF. Kedokteran |
| f. Jantung | |
| g. SMF. Jiwa | |
| h. SMF Saraf | |
| i. SMF Kul & Kel | |
| j. SMF. THT | |
| k. SMF. Mata | |
| l. SMF. Rehab Medis | |
| m. SMF. Anetesi | |
| n. SMF. Gigi & Mulut | |
| o. SMF. Radiodiagnostik | |
| p. SMF. Patologi Klinik | |
| q. SMF. Patologi Anatomi | |

A.7. Analisis Struktur Organisasi

Dari struktur organisasi tersebut dapat diketahui bahwa RSUP Dr. Kariadi Semarang merupakan organisasi garis dan staf. Organisasi garis dapat dilihat dari hubungan antara instansi dengan Wadir-wadir. Berkaitan dengan penelitian ini maka yang penulis maksudkan adalah Instalasi di jajaran Wadir Pelayanan Medis dan Keperawatan yang bersifat langsung artinya bahwa pegawai dalam satuan ini menerima perintah dan petunjuk langsung dari pimpinan serta bertanggung jawab penuh kepada Wadir Pelayanan Medis dan Keperawatan. Organisasi staf dapat dilihat adanya hubungan dari Bidang-bidang dan seksi-seksinya, serta Bagian-bagian dengan subbagian-subbagiannya yang tampak menerima limpahan tugas dan wewenang dari Wadir-wadir yang ada. Berkaitan dengan penelitian ini adalah bidang Perawatan dan seksi-seksinya serta seksi asuhan keperawatan, seksi profesi keperawatan dan seksi logistik keperawatan yang menerima limpahan wewenang dari pimpinan untuk melaksanakan tugas tertentu. Bidang Perawatan dan seksi-seksinya, asuhan keperawatan, profesi keperawatan, logistik keperawatan tidak mempunyai kewenangan untuk memerintah perawat di Instalasi tetapi hanya sebagai fasilitator untuk mempermudah pemberian pelayanan dan hanya dapat mengkoordinasi perawat di instalasi-instalasi. Namun demikian penilaian dari Bidang perawatan dan seksi-seksi ini berperan sebagai masukan kepada Wadir Pelayanan Medis dan Keperawatan dalam penempatan maupun mutasi perawat di instalasi. Jadi walaupun Bidang perawatan dan seksi asuhan keperawatan, seksi profesi keperawatan, seksi logistik keperawatan tidak dapat memerintah langsung perawat tetapi perawat juga tidak dapat mengacuhkan mereka karena ikut andil dalam memberi penilaian kinerja perawat yang ada di Instalasi.

B. HASIL PENELITIAN

Bagian ini akan menjelaskan dan menyajikan data yang berasal dari jawaban responden atas pertanyaan di dalam kuesioner. Data tersebut disajikan dalam bentuk tabel tunggal frekuensi dan prosentase. Data ini nantinya akan digunakan sebagai dasar di dalam proses analisis data dan pengujian hipotesis, yang meliputi kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh RSUP Dr. Kariadi Semarang. Namun sebelumnya akan disajikan terlebih dahulu mengenai identitas responden.

B.1. Identitas Responden

Jumlah responden yang ditetapkan dalam penelitian ini ada 50 yang diambil dari masyarakat sebagai pelanggan atau penerima pelayanan keperawatan khususnya kelas II di RSUP Dr. Kariadi. Sebanyak 25 orang responden diambil dari masyarakat peserta Askes dan 25 orang responden dari masyarakat bukan peserta Askes (Jamsostek dan masyarakat umum). Untuk lebih mengetahui gambaran umum tentang responden dalam penelitian ini, akan disajikan beberapa tabel yang berisi tentang identitas responden yang dikelompokkan menurut : jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan pokok, umur, pendidikan, pekerjaan sampingan, dan kategori responden dalam kepersertaan Askes.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase sebaran menurut jenis kelamin.

Tabel IV.1
Sebaran menurut Jenis Kelamin

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Laki-laki	13	52.0	17	68.0
2	Perempuan	12	48.0	8	32.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.2

Jenis kelamin responden berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa dari 25 responden, jumlah laki-laki ada 13 orang atau 52% pengguna Askes dan 17 orang atau 68% adalah Non Askes. Sedangkan untuk wanita ada 12 orang atau 48% pengguna Askes dan 8 orang atau 32% adalah Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah laki-laki.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase sebaran menurut status perkawinan.

Tabel IV.2
Sebaran menurut Status Perkawinan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Kawin	17	68.0	22	88.0
2	Tidak kawin	8	32.0	2	8.0
3	Janda	0	0.0	1	4.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no. 3

Status perkawinan responden berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa dari 25 responden untuk responden peserta Askes ada 17 orang atau 68% sudah menikah, 8 orang atau 32% belum atau tidak menikah dan untuk janda tidak ada. Sedangkan untuk yang Non Askes ada 22 orang atau 88% menikah, 2 orang atau 8% belum atau tidak menikah dan 1 orang atau 4% adalah janda. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak sebagian responden dalam penelitian ini baik peserta Askes maupun Non Askes adalah sudah menikah.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase sebaran menurut pekerjaan pokok.

Tabel IV.3
Sebaran menurut Pekerjaan Pokok

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Guru/ PNS	1	4.0	0	0.0
2	Pelajar	6	24.0	0	0.0
3	PNS	10	40.0	0	0.0
4	Swasta	3	12.0	19	76.0
5	Tidak Bekerja	5	20.0	5	20.0
6	Tani	0	0.0	1	4.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.4

Pekerjaan pokok responden berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa dari 25 responden yang menggunakan Askes ada 1 orang atau 4% guru/ PNS, 6 orang atau 24% pelajar, 10 orang atau 40% PNS, 3 orang atau 12% swasta, 5 orang atau 20% tidak bekerja, dan untuk tani tidak ada. Sedangkan untuk yang Non Askes, untuk guru/ PNS, pelajar, dan PNS tidak ada. Untuk swasta ada 19 orang atau 76%, tidak bekerja ada 5 orang atau 20%, dan untuk tani

ada 1 orang atau 4%. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden peserta Askes adalah PNS dan responden peserta Non Askes adalah swasta.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase sebaran menurut kelompok umur.

Tabel IV.4
Sebaran menurut Kelompok Umur

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Kurang dari 20	5	20.0	0	0.0
2	20-30	6	24.0	9	36.0
3	31-40	13	52.0	10	40.0
4	Diatas 40	1	4.0	6	24.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.5

Umur responden berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa dari 25 responden untuk pengguna Askes ada 5 orang atau 20% berumur kurang dari 20 tahun, 6 orang atau 24% berumur 20-30 tahun, 13 orang atau 52% berumur 31-40 tahun, dan 1 orang atau 4% berumur di atas 40 tahun, yang Non Askes untuk umur kurang dari 20 tahun tidak ada. Sedangkan yang berumur 20-30 ada 9 orang atau 36%, umur 31-40 ada 10 orang atau 40%, dan di atas 40 tahun ada 6 orang atau 24%. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun non Askes berusia antara 31-40 tahun, bila dikategorikan termasuk usia yang produktif.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase sebaran menurut tingkat pendidikan.

Tabel IV.5
Sebaran menurut Tingkat Pendidikan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	S1	5	20.0	2	8.0
2	Sarmud	7	28.0	4	16.0
3	SLTP	2	8.0	5	20.0
4	SMU	11	44.0	13	52.0
5	SD	0	0.0	1	4.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.6

Pendidikan responden berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa dari 25 responden untuk pengguna Askes ada 5 orang atau 20% S1, 7 orang atau 28 % Sarmud, 2 orang atau 8% SLTP, 11 orang atau 44% SMU, dan untuk SD tidak ada. Sedangkan untuk yang Non Askes ada 2 orang atau 8% S1, 4 orang atau 16% Sarmud, 5 orang atau 20% SLTP, 13 orang atau 52% SMU, dan 1 orang atau 4% SD. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes berpendidikan SMU, hal mana dalam memberikan jawaban atau pengisian kuesioner menurut asumsi penulis dianggap cukup jelas dan dapat dipercaya.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase sebaran menurut pekerjaan sampingan.

Tabel IV.6
Sebaran menurut Pekerjaan Sampingan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak punya pekerjaan sampingan	24	96.0	25	100.0
2	Swasta	1	4.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.7

Pekerjaan sampingan responden berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa dari 25 responden untuk pengguna Askes ada 24 orang atau 96% tidak punya pekerjaan sampingan dan 1 orang atau 4% swasta yaitu wiraswasata (memiliki peternakan ayam). Sedangkan untuk yang Non Askes ada 25 orang atau 100% tidak punya pekerjaan sampingan, dan untuk yang swasta tidak ada. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes tidak memiliki pekerjaan sampingan.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase sebaran menurut kategori kepesertaan Askes.

Tabel IV.7
Sebaran menurut Kategori Kepesertaan Askes

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Kategori	25	100.0	25	100.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.9

Kepesertaan Askes berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa dari 50 orang responden untuk pengguna Askes ada 25 orang atau 100% dan responden yang Non Askes juga 25 orang atau 100%. Penentuan 50 responden di atas adalah berdasarkan metodologi dalam penelitian ini.

B.2. PENYAJIAN TABEL TUNGGAL, TINGKAT KEPUASAN DAN KUALITAS PELAYANAN MASYARAKAT PESERTA ASKES DAN NON ASKES DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG

Dewasa ini semua usaha manajemen diarahkan pada satu tujuan utama, yaitu terciptanya kepuasan pelanggan, yang mana dengan adanya kepuasan pelanggan dalam hal ini masyarakat maka keinginan, kebutuhan dan harapan dari masyarakat terpenuhi secara sempurna dan konsisten. Secara umum wujud pelayanan yang didambakan atau diinginkan oleh masyarakat adalah : adanya *Responsiveness, Empathy, Access, Reliability, Courtesy* dan *Tangible*, kemudahan mendapatkan pelayanan; memperoleh pelayanan secara wajar; mendapatkan perlakuan yang sama dalam pelayanan; pelayanan yang jujur dan terus terang dan pelayanan yang bermutu dimana sekaligus menjadi indikator untuk mengukur tingkat kualitas pelayanan. Dalam penelitian ini penulis mengukur tingkat kepuasan masyarakat dengan indikator kepuasan masyarakat dalam hal pengobatan, makanan/gizi, kemudahan administrasi, pemeriksaan kepada pasien, kemudahan memperoleh informasi, penyediaan fasilitas dan perilaku perawat/tenaga medis. Setelah disajikan data tentang identitas responden maka berikut ini akan disajikan mengenai pendapat responden berkaitan dengan kualitas pelayanan khususnya keperawatan di RSUP Dr. Kariadi Semarang dan kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang diberikan.

Tabel IV.8
Ketepatan waktu dalam memberi obat kepada pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tepat	0	0.0	0	0.0
2	Kurang tepat	5	20.0	0	0.0
3	Cukup tepat	20	80.0	25	100.0
4	Tepat	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.10a

Ketepatan waktu dalam memberi obat kepada pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden peserta Askes prosentase terbesar menyatakan 80% bahwa cukup tepat, alasannya karena masih terjadi keterlambatan dalam memberikan obat. Responden Non Askes sebagian besar (100%) menyatakan cukup tepat juga, alasannya adalah kadang-kadang masih ada keterlambatan dalam mengantarkan obat dan apabila ditanya jawabannya kurang menyenangkan yaitu membutuhkan waktu untuk mengantar sampai ke pasien atau jumlah petugas / perawat terbatas. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan dalam hal ketepatan pemberian obat kepada pasien sebagian besar responden baik Askes maupun Non Askes menyatakan cukup tepat.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai ketepatan jenis obat yang diberikan.

Tabel IV.9
Ketepatan jenis obat yang diberikan kepada pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tepat	0	0.0	0	0.0
2	Kurang tepat	20	80.0	15	60.0
3	Cukup tepat	5	20.0	10	40.0
4	Tepat	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.10b

Ketepatan jenis obat yang diberikan kepada pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% mengatakan bahwa jenis obat yang diberikan kepada pasien kurang tepat, tetapi masih ada juga yang dilayani secara cukup tepat sebesar 20%. Sedangkan responden yang menggunakan fasilitas Non Askes dalam pelayanan kesehatan ternyata ada 60% mengatakan kurang tepat dan 40% mengatakan cukup tepat. Ketidak tepatan jenis obat yang dimaksud dikarenakan sebagian besar obat yang diberikan kepada pasien adalah jenis obat generik yang harganya relatif murah dan apabila pasien membutuhkan obat yang non generik harus ditanggung dengan biaya sendiri (peserta Askes). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan ketepatan jenis obat yang diberikan kepada pasien adalah kurang tepat.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai keterjangkauan harga obat.

Tabel IV.10
Keterjangkauan harga obat yang diberikan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak terjangkau	0	0.0	0	0.0
2	Kurang terjangkau	0	0.0	0	0.0
3	Cukup terjangkau	25	100.0	25	100.0
4	Terjangkau	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.10c

Keterjangkauan jenis obat yang diberikan kepada pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes dalam pelayanan kesehatan prosentase terbesar adalah 100% mengatakan bahwa jenis obat yang diberikan cukup terjangkau. Begitu juga dengan yang Non Askes, alasannya karena harga obat yang diberikan relatif cukup murah sehingga cukup terjangkau masyarakat. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan dengan menggunakan fasilitas Askes maupun Non Askes dalam hal keterjangkauan jenis obat yang diberikan adalah cukup terjangkau.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai ketepatan waktu dalam mengantarkan makanan.

Tabel IV.11
Ketepatan waktu dalam mengantarkan makanan pada pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tepat	20	80.0	20	80.0
2	Kurang tepat	5	20.0	5	20.0
3	Cukup tepat	0	0.0	0	0.0
4	Tepat	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.11a

Ketepatan waktu dalam mengantarkan makanan pada pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes dalam prosentase terbesar adalah 80% menyatakan bahwa waktu dalam mengantarkan makanan pada pasien tidak tepat, tetapi ada juga yang menjawab kurang tepat sebesar 5%. Begitu juga dengan yang Non Askes. Ketidak tepatan waktu mengantar makanan menurut responden adalah seringkali terjadi keterlambatan waktu mengantarkan seharusnya jam 08.00 WIB sering terjadi jam 09.00 atau 10.00 WIB baru diantar. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan dengan menggunakan fasilitas Askes maupun Non Askes dalam hal ketepatan waktu dalam mengantarkan makanan pada pasien adalah tidak tepat.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai terpenuhinya gizi dari makanan.

Tabel IV.12
Terpenuhinya gizi dari makanan yang diberikan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak terpenuhi	0	0.0	0	0.0
2	Kurang terpenuhi	0	0.0	0	0.0
3	Cukup terpenuhi	25	100.0	25	100.0
4	Terpenuhi	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.11b

Gizi makanan yang diberikan berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes dalam pelayanan kesehatan prosentase terbesar adalah 100% mengatakan bahwa gizi makanan yang diberikan cukup terpenuhi. Menurut responden cukup terpenuhinya gizi makanan adalah dari variasi jenis makanan yang disajikan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan dengan menggunakan fasilitas Askes maupun Non Askes dalam hal terpenuhinya gizi dari makanan yang diberikan adalah cukup terpenuhi.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai ketersediaan makanan bagi penunggu.

Tabel IV.13
Ketersediaan makanan bagi penunggu

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tersedia	25	100.0	25	100.0
2	Kurang tersedia	0	0.0	0	0.0
3	Cukup tersedia	0	0.0	0	0.0
4	Tersedia	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.11c

Ketersediaan makanan bagi penunggu berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes dalam pelayanan kesehatan prosentase terbesar adalah 100% mengatakan bahwa ketersediaan makanan bagi penunggu tidak tersedia. Begitu juga dengan yang Non Askes, alasannya atau menurut responden pihak rumah sakit tidak menyediakan fasilitas makanan bagi penunggu, sehingga penunggu harus mencari sendiri. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan dengan menggunakan fasilitas Askes maupun Non Askes dalam hal ketersediaan makanan bagi penunggu adalah tidak tersedia.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kebersihan makanan yang disediakan.

Tabel IV.14
Kebersihan makanan yang disediakan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersih	0	0.0	0	0.0
2	Kurang bersih	0	0.0	0	0.0
3	Cukup bersih	25	100.0	25	100.0
4	Bersih	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.11d

Kebersihan makanan yang disediakan berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes dalam pelayanan kesehatan prosentase terbesar adalah 100% mengatakan bahwa kebersihan makanan yang disediakan cukup bersih. Begitu juga dengan yang Non Askes, menurut responden kebersihan makanan yang disediakan baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan sudah cukup bersih. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa

kualitas pelayanan dengan menggunakan fasilitas Askes maupun Non Askes dalam hal kebersihan makanan yang disediakan adalah cukup bersih.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kebersihan tempat menyediakan makanan.

Tabel IV.15
Kebersihan tempat menyediakan makanan yang digunakan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersih	0	0.0	0	0.0
2	Kurang bersih	0	0.0	0	0.0
3	Cukup bersih	25	100.0	25	100.0
4	Bersih	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.11e

Kebersihan tempat menyediakan makanan berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes, prosentase terbesar adalah 100% menyatakan bahwa kebersihan tempat menyediakan makanan yang digunakan cukup bersih. Begitu juga dengan yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan dengan menggunakan fasilitas Askes maupun Non Askes dalam hal kebersihan tempat menyediakan makanan yang digunakan adalah cukup bersih, sehingga pelayanan yang diberikan tidak ada perbedaan.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kemudahan dalam pengurusan administrasi.

Tabel IV.16
Kemudahan dalam pengurusan administrasi

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak mudah	15	60.0	15	60.0
2	Kurang mudah	10	40.0	5	20.0
3	Cukup mudah	0	0.0	5	20.0
4	Mudah	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.12a

Kemudahan dalam pengurusan administrasi berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab bahwa kemudahan dalam pengurusan administrasi adalah tidak mudah, dan ada yang menjawab kurang mudah sebesar 40%. Sedangkan untuk yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab tidak mudah ada yang menjawab kurang dan cukup mudah masing-masing sebesar 20%, menurut responden ketidakmudahan dalam pengurusan administrasi disebabkan prosedurnya yang berbelit-belit, terlalu birokratis dan membutuhkan waktu yang lama. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan tidak mudah.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kesederhanaan dalam pengurusan administrasi.

Tabel IV.17
Kesederhanaan dalam pengurusan administrasi

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak sederhana	15	60.0	5	20.0
2	Kurang sederhana	10	40.0	15	60.0
3	Cukup sederhana	0	0.0	5	20.0
4	Sederhana	0	0,0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.12b

Kesederhanaan dalam pengurusan administasi berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab bahwa kesederhanaan dalam pengurusan administrasi adalah tidak sederhana ada yang menjawab kurang sederhana sebesar 40%. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang sederhana, dan ada juga yang menjawab tidak dan cukup sederhana masing-masing sebesar 20%, menurut responden ketidaksederhanaan disebabkan karena prosedur yang berbelit-belit, sangat birokratis dan membutuhkan waktu yang lama juga. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden Askes menyatakan pengurusan administrasi tidak sederhana, sedangkan responden Non Askes menyatakan pengurusan administrasi kurang sederhana. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan dimana kualitas pelayanan untuk Non Askes lebih baik dibanding peserta Askes. Faktor penyebab perbedaan kualitas pelayanan yang ditemukan di lapangan adalah untuk peserta Askes harus mengurus rujukan dimana prosedur dan prosesnya relatif berbelit-belit dan lama, sedangkan bagi Non Askes proses administrasinya lebih mudah karena tidak

melalui prosedur rujukan seperti pada peserta Askes.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai keterjangkauan harga dalam pengurusan administrasi.

Tabel IV.18
Keterjangkauan harga dalam pengurusan administasi

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak terjangkau	0	0.0	0	0.0
2	Kurang terjangkau	5	20.0	4	16.0
3	Cukup terjangkau	20	80.0	21	84.0
4	Terjangkau	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.12c

Keterjangkauan harga dalam pengurusan administrasi berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa keterjangkauan harga dalam pengurusan administrasi adalah cukup terjangkau, dan ada juga yang menjawab kurang terjangkau sebesar 20%. Sedangkan untuk yang Non Askes prosentase terbesar adalah 84% menjawab cukup terjangkau, dan ada juga yang menjawab kurang terjangkau sebesar 16%, menurut responden keterjangkauan harga cukup terjangkau disebabkan harganya relatif murah dan cukup terjangkau masyarakat. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan cukup terjangkau sehingga tidak ada perbedaan.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai besarnya bantuan yang diberikan pihak lain

Tabel IV.19
Besarnya bantuan yang diberikan pihak lain

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak besar	5	20.0	25	100.0
2	Kurang besar	20	80.0	0	0.0
3	Cukup besar	0	0.0	0	0.0
4	Besar	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.12d

Besarnya bantuan yang diberikan pihak lain berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa besarnya bantuan yang diberikan pihak lain adalah kurang besar, dan ada juga yang menjawab tidak besar sebesar 20%. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab tidak besar, menurut responden bantuan yang diberikan khususnya kelas II tidak ada karena harus ditanggung sendiri, kecuali bila responden ada yang mengikuti program Jamsostek atau Askes model swasta. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa besarnya bantuan yang diberikan pihak lain dalam hal ini peserta Askes sebagian responden menyatakan kurang besar dan responden yang Non Askes 100% menyatakan tidak ada bantuan dari pihak lain. Sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan mencolok berkaitan dengan bantuan terhadap pasien.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai Ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh perawat

Tabel IV.20
Ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh perawat

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tepat	0	0	0	0.0
2	Kurang tepat	20	80.0	15	60.0
3	Cukup tepat	5	20.0	10	40.0
4	Tepat	0	0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.13a

Ketepatan waktu pemeriksaan terhadap pasien oleh perawat berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh perawat adalah kurang tepat, dan ada juga yang menjawab cukup tepat sebesar 20%. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang tepat, dan ada juga yang menjawab cukup tepat sebesar 40%, menurut responden ketidaktepatan waktu pemeriksaan disebabkan perawat sering terlambat dalam memeriksa pasien. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh perawat menurut responden baik peserta Askes maupun Non Askes adalah kurang tepat.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh dokter.

Tabel IV.21
Ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh dokter

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tepat	0	0.0	5	20.0
2	Kurang tepat	20	80.0	15	60.0
3	Cukup tepat	5	20.0	5	20.0
4	Tepat	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.13b

Ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh dokter berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh dokter adalah kurang tepat, dan ada juga yang menjawab cukup tepat sebesar 20%. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang tepat, dan ada juga yang menjawab tidak dan cukup tepat masing-masing sebesar 20%, menurut responden ketidaktepatan pemeriksaan oleh dokter dikarenakan kehadiran dokter waktunya sering terlambat, bahkan kadang-kadang sering tidak hadir dengan diganti dokter lain. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian responden baik peserta Askes maupun Non Askes sebagian besar menyatakan kurang tepat.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai ketepatan dokter yang menangani pasien (spesialisasinya).

Tabel IV.22
Ketepatan dokter yang menangani pasien (spesialisasinya)

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tepat	0	0.0	5	20.0
2	Kurang tepat	5	20.0	0	0.0
3	Cukup tepat	20	80.0	20	80.0
4	Tepat	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.13c

Ketepatan dokter yang menangani pasien (spesialisasinya) berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa ketepatan dokter yang menangani pasien (spesialisasinya) adalah cukup tepat, dan ada juga yang menjawab kurang tepat sebesar 20%. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab cukup tepat, dan ada juga yang menjawab tidak tepat sebesar 20%, menurut responden spesialisasi dokter memang sudah sesuai dengan keahliannya akan tetapi kadang-kadang masih digantikan oleh dokter lain. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan spesialisasi dokter sudah cukup tepat.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai ketepatan perawat yang menangani pasien (spesialisasinya).

Tabel IV.23
Ketepatan perawat yang menangani pasien (spesialisasinya)

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tepat	0	0.0	0	0.0
2	Kurang tepat	0	0.0	0	0.0
3	Cukup tepat	25	100.0	25	100.0
4	Tepat	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.13d

Ketepatan perawat yang menangani pasien (spesialisasinya) berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes dalam pelayanan kesehatan prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa ketepatan perawat yang menangani pasien (spesialisasinya) adalah cukup tepat, begitu juga dengan yang Non Askes, menurut responden spesialisasi perawat memang sudah cukup tepat, karena rata-rata memiliki latar belakang pendidikan keperawatan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik Askes maupun Non Askes menyatakan sudah cukup tepat.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai ketelitian perawat dalam memeriksa pasien.

Tabel IV.24
Ketelitian perawat dalam memeriksa pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak teliti	0	0.0	1	4.0
2	Kurang teliti	25	100.0	19	76.0
3	Cukup teliti	0	0.0	5	20.0
4	Teliti	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.13e

Ketelitian perawat dalam memeriksa pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa ketelitian perawat dalam memeriksa pasien adalah kurang teliti. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 76% menjawab kurang teliti ada juga yang menjawab tidak teliti sebesar 4% dan cukup teliti sebesar 20%, menurut responden kekurangtelitian perawat disebabkan perawat ketika melakukan pemeriksaan kepada pasien terburu-buru dan seenaknya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan ketelitian perawat **kurang teliti**.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai ketelitian dokter dalam memeriksa pasien.

Tabel IV.25
Ketelitian dokter dalam memeriksa pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak teliti	0	0.0	0	0.0
2	Kurang teliti	0	0.0	5	20.0
3	Cukup teliti	25	100.0	20	80.0
4	Teliti	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.13f

Ketelitian dokter dalam memeriksa pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa ketelitian dokter dalam memeriksa pasien adalah cukup teliti. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab cukup teliti dan 20% kurang teliti, menurut responden ketelitian dokter dalam memeriksa pasien yang dinilai cukup tersebut dikarenakan sering terjadi apabila dokter tidak

mengenal pasien secara pribadi, dalam memeriksa dokter seenaknya dan tergesa-gesa. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan ketelitian dokter cukup.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai perhatian perawat dalam pemeriksaan pasien.

Tabel IV.26
Perhatian perawat dalam pemeriksaan pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak perhatian	20	80.0	14	56.0
2	Kurang perhatian	0	0.0	0	0.0
3	Cukup perhatian	5	20.0	11	44.0
4	Perhatian	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.13g

Perhatian perawat dalam pemeriksaan pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa perhatian perawat dalam pemeriksaan pasien adalah tidak perhatian dan 20% cukup perhatian. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 56% menjawab tidak perhatian dan 44% cukup perhatian, menurut responden perawat yang tidak perhatian dikarenakan mereka dalam bekerja sering acuh tak acuh atau tidak peduli dengan pasien dan kurang menanggapi setiap keluhan dari masyarakat. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan perhatian perawat rendah (tidak perhatian). Dengan kata lain pelayanannya **Tidak Memuaskan**.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai perhatian dokter dalam pemeriksaan pasien.

Tabel IV.27
Perhatian dokter dalam pemeriksaan pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak perhatian	0	0.0	1	4.0
2	Kurang perhatian	0	0.0	7	28.0
3	Cukup perhatian	25	100.0	17	68.0
4	Perhatian	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.13h

Perhatian dokter dalam pemeriksaan pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa perhatian dokter dalam pemeriksaan pasien adalah cukup perhatian. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 68% menjawab cukup perhatian, 4% tidak perhatian dan 28% kurang perhatian, menurut responden perhatian dokter sudah cukup baik serta perhatian. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan perhatian dokter cukup.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai keterbukaan perawat menyampaikan informasi kepada pasien/ keluarga pasien.

Tabel IV.28
Keterbukaan perawat menyampaikan informasi
kepada pasien/ keluarga pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak terbuka	25	100.0	5	20.0
2	Kurang terbuka	0	0.0	15	60.0
3	Cukup terbuka	0	0.0	5	20.0
4	Terbuka	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.14a

Keterbukaan perawat menyampaikan informasi kepada pasien / keluarga pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa keterbukaan perawat menyampaikan informasi kepada pasien / keluarga pasien adalah tidak terbuka. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang terbuka dan ada juga yang menjawab tidak dan cukup terbuka masing-masing sebesar 20%, menurut responden ketidakterbukaan perawat menyampaikan informasi sering disebabkan karena mereka acuh tak acuh, tidak peduli dan ogah-ogahan serta sering tidak ramah bila ada pasien atau keluarga pasien yang meminta informasi baik berkaitan dengan keperawatan maupun hal-hal yang bersifat umum. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan antara peserta Askes dengan Non Askes ada perbedaan dimana peserta Non Askes mendapat pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan peserta Askes. Temuan yang menyebabkan perbedaan pelayanan di atas adalah kecenderungan perawat lebih terbuka apabila secara subyektif mengenal pasien.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai keterbukaan dokter menyampaikan informasi kepada pasien/keluarga pasien.

Tabel IV.29
Keterbukaan dokter menyampaikan informasi kepada pasien/ keluarga pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak terbuka	0	0.0	0	0.0
2	Kurang terbuka	0	0.0	5	20.0
3	Cukup terbuka	25	100.0	20	80.0
4	Terbuka	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.14b

Keterbukaan dokter menyampaikan informasi kepada pasien / keluarga pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa keterbukaan dokter menyampaikan informasi kepada pasien / keluarga pasien adalah cukup terbuka. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab cukup terbuka dan 20% kurang terbuka. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan cukup terbuka pelayanannya.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kesediaan perawat memberikan informasi kepada pasien/keluarga pasien.

Tabel IV.30
Kesediaan perawat memberikan informasi kepada pasien / keluarga pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersedia	20	80.0	10	40.0
2	Kurang bersedia	5	20.0	10	40.0
3	Cukup bersedia	0	0.0	5	20.0
4	Bersedia	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.14c

Kesediaan perawat memberikan informasi kepada pasien / keluarga pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa kesediaan perawat memberikan informasi kepada pasien / keluarga pasien adalah tidak bersedia sedangkan 20% kurang bersedia. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 40% menjawab tidak dan kurang bersedia dan 20% cukup bersedia, menurut responden peserta Askes ada keengganan dari perawat untuk memberikan informasi kepada masyarakat dan menurut responden Non Askes kadang-kadang perawat lebih bersedia memberikan informasi yang diperlukan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada perbedaan kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes, sehingga menimbulkan perbedaan tingkat kepuasan masyarakat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien Non Askes mendapat pelayanan yang lebih baik dibanding peserta Askes. Temuan di lapangan faktor yang menyebabkan perbedaan tersebut biasanya adalah adanya anggapan bahwa peserta Askes adalah pasien yang dinomorduakan.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kesediaan dokter memberikan informasi kepada pasien/keluarga pasien.

Tabel IV.31
Kesediaan dokter memberikan informasi kepada pasien / keluarga pasien

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersedia	0	0.0	0	0.0
2	Kurang bersedia	0	0.0	0	0.0
3	Cukup bersedia	25	100.0	25	100.0
4	Bersedia	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.14d

Kesediaan dokter memberikan informasi kepada pasien / keluarga pasien berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kesediaan dokter memberikan informasi kepada pasien/ keluarga pasien adalah cukup bersedia, begitu juga yang Non Askes, menurut responden dokter lebih bersedia memberikan informasi yang diberikan berkaitan dengan keadaan pasien maupun hal yang bersifat umum. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa antara peserta Askes dan Non Askes sebagian besar menyatakan dokter cukup bersedia memberikan pelayanan.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kemudahan memperoleh informasi dari perawat.

Tabel IV.32
Kemudahan memperoleh informasi dari perawat

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak mudah	20	80.0	20	80.0
2	Kurang mudah	5	20.0	0	0.0
3	Cukup mudah	0	0.0	5	20.0
4	Mudah	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.14e

Kemudahan memperoleh informasi dari perawat berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa kemudahan memperoleh informasi dari perawat adalah tidak mudah dan 20% kurang mudah. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab tidak mudah dan 20% cukup mudah, menurut responden peserta Askes mereka sulit agar tidak mudah memperoleh informasi karena kebanyakan para petugas atau perawat apabila ditanya kurang peduli sedangkan menurut responden Non Askes ada sebagian kecil yang menyatakan memperoleh cukup kemudahan mendapatkan informasi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes **tidak mudah.**

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kemudahan memperoleh informasi dari dokter.

Tabel IV. 33
Kemudahan memperoleh informasi dari dokter

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak mudah	0	0.0	0	0.0
2	Kurang mudah	0	0.0	5	20.0
3	Cukup mudah	25	100.0	20	80.0
4	Mudah	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.14f

Kemudahan memperoleh informasi dari dokter berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kemudahan memperoleh informasi dari dokter adalah cukup mudah. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab cukup mudah dan 20% kurang mudah. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik Askes maupun Non Askes menyatakan untuk memperoleh informasi dari dokter cukup mudah.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelengkapan fasilitas perawatan berupa meja.

Tabel IV.34
Kelengkapan fasilitas perawatan berupa meja

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak lengkap	0	0.0	0	0.0
2	Kurang lengkap	0	0.0	0	0.0
3	Cukup lengkap	25	100.0	25	100.0
4	Lengkap	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15a1

Kelengkapan fasilitas perawatan berupa meja berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kelengkapan fasilitas perawatan berupa meja adalah cukup lengkap, begitu juga dengan Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan kelengkapannya **cukup**.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelengkapan fasilitas perawatan berupa kursi.

Tabel IV.35
Kelengkapan fasilitas perawatan berupa kursi

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak lengkap	0	0.0	0	0.0
2	Kurang lengkap	0	0.0	0	0.0
3	Cukup lengkap	25	100.0	25	100.0
4	Lengkap	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15a2

Kelengkapan fasilitas perawatan berupa kursi berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kelengkapan fasilitas perawatan berupa kursi adalah cukup lengkap, begitu juga yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden baik peserta Askes maupun Non Askes menyatakan kelengkapan fasilitas **cukup**.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelengkapan fasilitas perawatan yang berupa bed.

Tabel IV.36
Kelengkapan fasilitas perawatan yang berupa Bed

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak lengkap	0	0.0	0	0.0
2	Kurang lengkap	0	0.0	5	20.0
3	Cukup lengkap	25	100.0	20	80.0
4	Lengkap	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15a3

Kelengkapan fasilitas perawatan yang berupa Bed berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kelengkapan fasilitas perawatan yang berupa bed adalah cukup lengkap. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab cukup lengkap dan 20% kurang lengkap. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa menurut responden peserta Askes ketengkapan fasilitas cukup memuaskan karena cukup lengkap sedangkan menurut responden Non Askes kelengkapan ada yang menyatakan kurang lengkap walaupun prosentasenya kecil. Sehingga dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanannya cukup.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelengkapan fasilitas perawatan berupa toilet.

Tabel IV.37
Kelengkapan fasilitas perawatan berupa toilet

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak lengkap	6	24.0	5	20.0
2	Kurang lengkap	19	76.0	15	60.0
3	Cukup lengkap	0	0.0	5	20.0
4	Lengkap	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15a4

Kelengkapan fasilitas perawatan berupa toilet berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 76% menjawab bahwa kelengkapan fasilitas perawatan berupa toilet adalah kurang lengkap dan 24% tidak lengkap. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang lengkap dan ada juga yang menjawab tidak dan cukup lengkap masing-masing sebesar 20%. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa secara keseluruhan menurut responden peserta Askes dan Non Askes sebagian besar menyatakan kurang lengkap.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelengkapan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu.

Tabel IV.38
Kelengkapan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak lengkap	6	24.0	10	40.0
2	Kurang lengkap	19	76.0	15	60.0
3	Cukup lengkap	0	0.0	0	0.0
4	Lengkap	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15a5

Kelengkapan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 76% menjawab bahwa kelengkapan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu adalah kurang lengkap dan 24% tidak lengkap. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang lengkap dan 40% tidak lengkap. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa menurut responden baik peserta Askes maupun Non Askes sebagian besar menyatakan kelengkapannya kurang sehingga kurang memuaskan.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kebersihan fasilitas perawatan yang berupa meja.

Tabel IV.39
Kebersihan fasilitas perawatan yang berupa meja

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersih	0	0.0	0	0.0
2	Kurang bersih	0	0.0	0	0.0
3	Cukup bersih	25	100.0	25	100.0
4	Bersih	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15b1

Kebersihan fasilitas perawatan yang berupa meja berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kebersihan fasilitas perawatan yang berupa meja adalah cukup bersih, begitu juga yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes sama-sama memperoleh pelayanan kebersihan yang cukup.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai Kebersihan fasilitas perawatan yang berupa Kursi.

Tabel IV.40
Kebersihan fasilitas perawatan yang berupa Kursi

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersih	0	0.0	0	0.0
2	Kurang bersih	0	0.0	0	0.0
3	Cukup bersih	25	100.0	25	100.0
4	Bersih	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15b2

Kebersihan fasilitas perawatan yang berupa kursi berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kebersihan fasilitas perawatan yang berupa kursi adalah cukup bersih, begitu juga yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes sama-sama memperoleh pelayanan kebersihan **cukup**.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kebersihan fasilitas perawatan yang berupa bed.

Tabel IV.41
Kebersihan fasilitas perawatan yang berupa Bed

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersih	0	0.0	0	0.0
2	Kurang bersih	0	0.0	0	0.0
3	Cukup bersih	25	100.0	25	100.0
4	Bersih	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15b3

Kebersihan fasilitas perawatan yang berupa bed berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kebersihan fasilitas perawatan yang berupa bed adalah cukup bersih, begitu juga yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes sama-sama memperoleh pelayanan kebersihan **cukup**.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai Kebersihan fasilitas perawatan berupa Toilet.

Tabel IV.42
Kebersihan fasilitas perawatan berupa Toilet

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersih	2	8.0	0	0.0
2	Kurang bersih	23	92.0	25	100.0
3	Cukup bersih	0	0.0	0	0.0
4	Bersih	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15b4

Kebersihan fasilitas perawatan berupa toilet berdasarkan tabel di atas, responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 92% menjawab bahwa kebersihan fasilitas perawatan berupa toilet adalah kurang bersih dan 8% tidak bersih. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab kurang bersih. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan menurut responden baik peserta Askes maupun Non Askes sebagian besar menyatakan bahwa pelayanan kurang bersih.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai Kebersihan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu.

Tabel IV.43
Kebersihan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak bersih	2	8.0	5	20.0
2	Kurang bersih	18	72.0	10	40.0
3	Cukup bersih	5	20.0	10	40.0
4	Bersih	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15b5

Kebersihan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 72% menjawab bahwa kebersihan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu adalah kurang bersih. Tetapi ada juga yang menjawab tidak bersih sebesar 8% dan cukup bersih sebesar 20%. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 40% menjawab kurang dan cukup bersih dan 20% tidak bersih. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes dengan melihat prosentase tabel di atas, tidak ada perbedaan tingkat pelayanan masyarakat yaitu sama-sama kurang.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelayakan fasilitas perawatan berupa meja.

Tabel IV.44
Kelayakan fasilitas perawatan berupa meja

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak layak	0	0.0	0	0.0
2	Kurang layak	0	0.0	0	0.0
3	Cukup layak	25	100.0	25	100.0
4	Layak	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15c1

Kelayakan fasilitas perawatan yang berupa meja berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kelayakan fasilitas perawatan yang berupa meja adalah cukup layak, begitu juga yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes sama-sama memperoleh pelayanan kelayakan cukup.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelayakan fasilitas perawatan berupa kursi.

Tabel IV.45
Kelayakan fasilitas perawatan berupa Kursi

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak layak	0	0.0	0	0.0
2	Kurang layak	0	0.0	0	0.0
3	Cukup layak	25	100.0	25	100.0
4	Layak	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15c2

Kelayakan fasilitas perawatan yang berupa kursi berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kelayakan fasilitas perawatan yang berupa kursi adalah

cukup layak, begitu juga yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes sama-sama memperoleh pelayanan kelayakan **cukup**.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai Kelayakan fasilitas perawatan berupa Bed.

Tabel IV.46
Kelayakan fasilitas perawatan berupa Bed

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak layak	0	0.0	0	0.0
2	Kurang layak	0	0.0	0	0.0
3	Cukup layak	25	100.0	25	100.0
4	Layak	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15c3

Kelayakan fasilitas perawatan yang berupa bed berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kelayakan fasilitas perawatan yang berupa bed adalah cukup layak, begitu juga yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes sama-sama memperoleh pelayanan kelayakan **cukup**.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelayakan fasilitas perawatan berupa toilet.

Tabel IV.47
Kelayakan fasilitas perawatan berupa Toilet

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak layak	0	0.0	0	0.0
2	Kurang layak	15	60.0	15	60.0
3	Cukup layak	10	40.0	10	40.0
4	Layak	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15c4

Kelayakan fasilitas perawatan berupa toilet berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes presentase terbesar adalah 60% menjawab bahwa kelayakan fasilitas perawatan berupa toilet adalah kurang layak dan 40% cukup layak. Sedangkan yang Non Askes ternyata menjawab sama dengan yang Askes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa menurut responden Askes dan Non Askes kualitas pelayanan kepada masyarakat dengan melihat angka prosentase tabel diatas dimana sebagian besar responden menyatakan kurang layak.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kelayakan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu.

Tabel IV.48
Kelayakan fasilitas perawatan berupa Ruang tunggu

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak layak	0	0.0	10	40.0
2	Kurang layak	20	80.0	10	40.0
3	Cukup layak	5	20.0	5	20.0
4	Layak	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.15c5

Kelayakan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa kelayakan fasilitas perawatan berupa ruang tunggu adalah kurang layak dan 20% cukup layak. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 40% menjawab tidak dan kurang layak dan 20% cukup layak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden peserta Askes maupun Non Askes menyatakan kualitas pelayanan kurang layak.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kemudahan perawat dalam memberi pelayanan.

Tabel IV.49
Kemudahan perawat dalam memberi pelayanan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak mudah	10	40.0	10	40.0
2	Kurang mudah	15	60.0	9	36.0
3	Cukup mudah	0	0.0	6	24.0
4	Mudah	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.16a

Kemudahan perawat dalam memberi pelayanan berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab bahwa kemudahan perawat dalam memberi pelayanan adalah kurang mudah dan 40% tidak mudah. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 40% menjawab tidak mudah dan ada juga yang menjawab kurang mudah sebesar 36% dan 24% cukup mudah. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada perbedaan tingkat kepuasan pelayanan antara peserta Askes dan Non

Askes dengan melihat prosentase tabel di atas. Temuan di lapangan faktor yang menyebabkan perbedaan kualitas layanan di atas adalah adanya anggapan dari perawat bahwa pasien Non Askes perlu didahulukan karena membayar lebih.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kemudahan dokter dalam memberi pelayanan.

Tabel IV.50
Kemudahan dokter dalam memberi pelayanan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak mudah	0	0.0	0	0.0
2	Kurang mudah	0	0.0	0	0.0
3	Cukup mudah	25	100.0	25	100.0
4	Mudah	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.16b

Kemudahan dokter dalam memberi pelayanan berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa kemudahan dokter dalam memberi pelayanan adalah cukup mudah, begitu juga yang Non Askes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan dengan menggunakan fasilitas Askes maupun Non Askes adalah sama-sama cukup mudah.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kesopanan perawat dalam memberi pelayanan.

Tabel IV.51
Kesopanan perawat dalam memberi pelayanan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak sopan	0	0.0	5	20.0
2	Kurang sopan	20	80.0	9	36.0
3	Cukup sopan	5	20.0	11	44.0
4	Sopan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.16c

Kesopanan perawat dalam memberi pelayanan berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab bahwa kesopanan perawat dalam memberi pelayanan adalah kurang sopan dan 20% cukup sopan. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 44% menjawab cukup sopan, ada yang menjawab tidak sopan sebesar 20% dan 36% kurang sopan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada perbedaan kualitas pelayanan menurut responden Askes dan Non Askes. Temuan di lapangan faktor yang menyebabkan perbedaan kualitas layanan adalah sikap dari para perawat yang menomorduakan pasien peserta Askes.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai kesopanan dokter dalam memberi pelayanan.

Tabel IV.52
Kesopanan dokter dalam memberi pelayanan

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak sopan	0	0.0	0	0.0
2	Kurang sopan	1	4.0	1	4.0
3	Cukup sopan	24	96.0	24	96.0
4	Sopan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.16d

Kesopanan dokter dalam memberi pelayanan berdasarkan tabel di atas,

responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 96% menjawab bahwa kesopanan dokter dalam memberi pelayanan adalah cukup sopan dan 4% kurang sopan. Sedangkan yang Non Askes ternyata menjawab sama dengan yang Askes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kesopanan dokter menurut responden Askes maupun Non Askes adalah sama-sama cukup.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai perhatian/kepedulian perawat terhadap pasien yang dilayani.

Tabel IV.53
Perhatian / Kepedulian perawat terhadap pasien yang dilayani

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak perhatian	15	60.0	10	40.0
2	Kurang perhatian	10	40.0	10	40.0
3	Cukup perhatian	0	0.0	5	20.0
4	Perhatian	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.16e

Perhatian / kepedulian perawat terhadap pasien yang dilayani berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab bahwa perhatian / kepedulian perawat terhadap pasien yang dilayani adalah tidak perhatian dan 40% kurang perhatian. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 40% menjawab tidak dan kurang perhatian dan 20% cukup perhatian. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan kualitas pelayanan dalam hal perhatian perawat pada pasien dengan melihat angka prosentase tabel di atas, yaitu sama-sama tidak perhatian.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai perhatian/kepedulian dokter terhadap pasien yang dilayani.

Tabel IV.54
Perhatian/kepedulian dokter terhadap pasien yang dilayani

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak perhatian	0	0.0	0	0
2	Kurang perhatian	0	0.0	10	40
3	Cukup perhatian	25	100.0	15	60
4	Perhatian	0	0.0	0	0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P. no.16f

Perhatian / kepedulian dokter terhadap pasien yang dilayani berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa perhatian / kepedulian dokter terhadap pasien yang dilayani adalah cukup perhatian. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab cukup perhatian dan 40% kurang perhatian. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa menurut responden peserta Askes dan Non Askes perhatian dari dokter dengan melihat prosentase tabel di atas sama-sama cukup perhatian.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai tanggung jawab perawat dalam tugasnya.

Tabel IV.55
Tanggung jawab perawat dalam tugasnya

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tanggung jawab	4	16.0	0	0.0
2	Kurang tanggung jawab	21	84.0	15	60.0
3	Cukup tanggung jawab	0	0.0	10	40.0
4	Tanggung jawab	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no. 16g

Tanggung jawab perawat dalam tugasnya berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 84% menjawab bahwa tanggung jawab perawat dalam tugasnya adalah kurang tanggung jawab dan 16% tidak tanggung jawab. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang tanggung jawab dan 40% cukup tanggung jawab. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada perbedaan tanggung jawab perawat dalam melayani peserta Askes dan Non Askes dimana perawat lebih bertanggung jawab melayani Non Askes sehingga ada perbedaan tingkat kualitas pelayanan masyarakat.

Berikut ini akan disajikan distribusi frekuensi dan prosentase pendapat masyarakat mengenai tanggung jawab dokter dalam tugasnya.

Tabel IV.56
Tanggung jawab dokter dalam tugasnya

NO	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Tidak tanggung jawab	0	0.0	0	0.0
2	Kurang tanggung jawab	0	0.0	5	20.0
3	Cukup tanggung jawab	25	100.0	20	80.0
4	Tanggung jawab	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	0	0.0

Sumber : jawaban P no. 16h

Tanggung jawab dokter dalam tugasnya berdasarkan tabel di atas, dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab bahwa tanggung jawab dokter dalam tugasnya adalah cukup tanggung jawab. Sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% menjawab cukup tanggung jawab dan 20% kurang tanggung jawab. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden peserta Askes dan Non Askes, menyatakan dokter cukup bertanggung jawab sehingga pelayanan cukup memuaskan.

B.3. TINGKAT KEPUASAN MASYARAKAT PESERTA ASKES DAN NON ASKES (Y)

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kepuasan dalam hal pelayanan pengobatan.

Tabel IV. 57
Kepuasan dalam pelayanan pengobatan

No	Kategori Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frek	%	Frek	%
1	Tidak memuaskan	0	0.0	0	0.0
2	Kurang memuaskan	20	80.0	15	60.0
3	Cukup memuaskan	5	20.0	10	40.0
4	Memuaskan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : jawaban P no.10

Kepuasan dalam pelayanan pengobatan apabila dilihat pada tabel diatas terlihat sebagian besar responden yang menggunakan Askes dengan Non Askes

menyatakan kurang memuaskan pelayanannya. Hal ini dapat dilihat dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes ternyata prosentase terbesar mereka mengatakan bahwa pelayanan dalam pemberian obat kurang memuaskan (80%), sedangkan untuk mereka yang menggunakan pelayanan dengan Non Askes ternyata prosentase terbesar (60%) responden mengatakan pelayanan pemberian obat juga kurang memuaskan. Pelayanan pemberian obat yang kurang memuaskan tersebut dapat dibuktikan juga dengan jawaban responden tentang ketepatan waktu dalam pemberian obat baik pelayanan yang menggunakan Askes maupun Non Askes sebagian besar mengatakan cukup tepat, yaitu 80% responden yang menggunakan pelayanan Askes mengatakan pelayanan dalam pemberian obat kepada pasien cukup tepat, demikian juga untuk responden yang menggunakan pelayanan Non Askes mengatakan hal yang sama. Kesamaan pelayanan pengobatan tersebut dapat juga dibuktikan dengan jawaban responden tentang ketepatan jenis obat yang diberikan kepada pasien serta keterjangkauan jenis obat yang diberikan. Untuk ketepatan jenis obat yang diberikan pasien baik responden yang menggunakan pelayanan Askes maupun Non Askes prosentase terbesar mengatakan kurang tepat. Sedangkan untuk keterjangkauan harga obat baik pelayanan yang menggunakan Askes maupun Non Askes semua responden mengatakan cukup terjangkau. Kesimpulan yang dapat diambil adalah kepuasan masyarakat dalam hal pelayanan pengobatan memang tidak ada perbedaan. Kurang memuaskannya pelayanan pengobatan dalam hal ini sering terjadi tidak tepatnya waktu pemberian obat kepada pasien, obat yang diberikan rata-rata obat generik sehingga tingkat keampuhannya relatif kurang walaupun harganya cukup

terjangkau namun masyarakat (pasien) cenderung ingin sembuh dengan cepat, dengan kata lain menimbulkan kekurangan.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kepuasan dalam hal pelayanan pemberian makanan kepada pasien.

Tabel IV. 58
Kepuasan dalam hal pelayanan pemberian makanan kepada pasien

No	Kategori Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frek	%	Frek	%
1	Tidak memuaskan	0	0.0	0	0.0
2	Kurang memuaskan	25	100.0	20	80.0
3	Cukup memuaskan	0	0.0	5	20.0
4	Memuaskan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : Jawaban P no.11

Kepuasan dalam pelayanan pemberian makanan apabila dilihat pada tabel di atas terlihat tidak ada perbedaan antara pelayanan yang menggunakan Askes dengan Non Askes. Hal tersebut dapat dilihat dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes ternyata prosentase terbesar mereka mengatakan bahwa pelayanan dalam pemberian makanan kurang memuaskan (100%). Sedangkan untuk mereka yang menggunakan pelayanan dengan Non Askes ternyata prosentase terbesar (80%) responden juga mengatakan pelayanan pemberian makanan juga kurang memuaskan. Pelayanan pemberian makanan yang tidak berbeda tersebut dapat dibuktikan juga dengan jawaban responden

tentang ketepatan waktu dalam mengantarkan makanan, terpenuhinya gizi dari makanan yang diberikan, ketersediaan makanan bagi penunggu, kebersihan makanan yang disediakan, dan kebersihan tempat menyediakan makanan yang digunakan. Untuk ketepatan waktu dalam mengantarkan makanan, baik responden yang menggunakan pelayanan Askes maupun Non Askes prosentase terbesar mengatakan tidak tepat. Untuk terpenuhinya gizi dari makanan yang diberikan prosentase terbesar mengatakan cukup terpenuhi. Ketersediaan makanan bagi penunggu prosentase terbesar mengatakan tidak tersedia. Kebersihan makanan yang disediakan prosentase terbesar mengatakan cukup bersih. Kebersihan tempat menyediakan makanan yang digunakan prosentase terbesar mengatakan cukup bersih. Kesimpulan, ada perbedaan kepuasan walaupun kecil karena meskipun prosentase terbesar mengatakan pelayanan pemberian makanan sama tetapi di sisi lain ada prosentase kecil yang mengatakan pelayanan pemberian makanan antara Askes dan Non Askes berbeda. Terbukti dari hasil perhitungan uji hipotesis dua sisi menunjukkan $t\text{-hitung} = -2,449 > t\text{-tabel} = 2,064$, sehingga hipotesis yang menyatakan ada perbedaan diterima. Perbedaan tentang kepuasan yang ditemukan di lapangan dikarenakan sumber daya manusia yang terbatas dalam melayani pasien sikap memomorduakan pasien peserta Askes dan sikap kurang menghargai, kurang menghormati dan kurang santun dari para perawat pada pasien. Sehingga dapat dikatakan kepuasan terhadap pelayanan pemberian makanan untuk pasien Non Askes lebih baik dibanding pasien peserta Askes.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kepuasan dalam hal pelayanan administrasi.

Tabel IV.59
Kepuasan dalam hal pelayanan administrasi

No	Kategori Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frek	%	Frek	%
1	Tidak memuaskan	10	40.0	5	20.0
2	Kurang memuaskan	15	60.0	15	60.0
3	Cukup memuaskan	0	0.0	5	20.0
4	Memuaskan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : Jawaban P no.12

Kepuasan dalam pelayanan Administrasi berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa tidak ada perbedaan dalam hal kepuasan pelayanan administrasi antara peserta Askes maupun Non Askes. Hal tersebut dapat dilihat dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang memuaskan, sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% juga menjawab kurang memuaskan. Pelayanan administrasi yang tidak berbeda tersebut dapat dibuktikan juga dengan jawaban responden tentang kemudahan, kesederhanaan, dan keterjangkauan harga dalam pengurusan administrasi serta besarnya bantuan yang diberikan pihak lain. Untuk kemudahan dalam pengurusan administrasi prosentase terbesar mengatakan tidak mudah. Kesederhanaan dalam pengurusan administrasi prosentase terbesar mengatakan tidak sederhana (Askes) dan kurang sederhana untuk Non Askes. Keterjangkauan harga dalam pengurusan administrasi prosentase terbesar mengatakan cukup terjangkau. Besarnya bantuan

yang diberikan pihak lain prosentase terbesar mengatakan kurang besar (Askes) dan tidak besar untuk Non Askes. Kesimpulan, ada perbedaan kepuasan namun kecil karena meskipun prosentase terbesar mengatakan pelayanan administrasi sama tetapi di sisi lain ada prosentase kecil yang mengatakan pelayanan administrasi antara Askes dan Non Askes berbeda. Terbukti dari hasil perhitungan uji hipotesis dua sisi menunjukkan $t\text{-hitung} = -3,464 > t\text{-tabel} = 2,064$, sehingga hipotesis yang menyatakan ada perbedaan diterima. Perbedaan tentang kepuasan yang ditemukan di lapangan dikarenakan pelayanan administrasi yang diperuntukkan pasien Non Askes lebih mudah dan lebih sederhana pengurusannya, tidak seperti pasien Non Askes yang harus mengurus rujukan dan pengurusan administrasinya relatif lebih berbelit-belit. Sehingga dapat dikatakan kepuasan terhadap pelayanan administrasi untuk pasien Non Askes lebih baik dibanding pasien peserta Askes.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kepuasan dalam hal pemeriksaan kepada pasien.

Tabel IV. 60
Kepuasan dalam hal pemeriksaan kepada pasien

No	Kategori Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frek	%	Frek	%
1	Tidak memuaskan	0	0.0	0	0.0
2	Kurang memuaskan	15	60.0	20	80.0
3	Cukup memuaskan	10	40.0	5	20.0
4	Memuaskan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : Jawaban P no.13

Kepuasan dalam hal pemeriksaan pada pasien berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa tidak ada perbedaan dalam pelayanan pemeriksaan kepada pasien baik pengguna Askes maupun Non Askes. Hal tersebut dapat dilihat dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang memuaskan, sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% juga menjawab kurang memuaskan. Pelayanan pemeriksaan kepada pasien yang tidak berbeda tersebut dapat dibuktikan juga dengan jawaban responden tentang ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh perawat maupun dokter, ketepatan dokter maupun perawat dalam menangani pasien, ketelitian perawat maupun dokter dalam memeriksa pasien, dan perhatian perawat maupun dokter dalam pemeriksaan pasien. Untuk yang ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh perawat prosentase terbesar menjawab kurang tepat, begitu juga dengan ketepatan waktu pemeriksaan pada pasien oleh dokter. Sedangkan untuk yang ketepatan dokter maupun perawat dalam menangani pasien prosentase terbesar menjawab cukup tepat. Ketelitian perawat dalam memeriksa pasien prosentase terbesar menjawab kurang teliti. Ketelitian dokter dalam memeriksa pasien prosentase terbesar menjawab cukup teliti. Perhatian perawat dalam pemeriksaan pasien prosentase terbesar menjawab tidak perhatian. Perhatian dokter dalam memeriksa pasien prosentase terbesar menjawab cukup perhatian. Kesimpulan, tidak ada perbedaan kepuasan dalam hal pelayanan pemeriksaan pada pasien.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kepuasan dalam hal penyampaian informasi.

Tabel IV. 61
Kepuasan dalam hal penyampaian informasi kepada pasien

No	Kategori Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frek	%	Frek	%
1	Tidak memuaskan	0	0.0	0	0.0
2	Kurang memuaskan	25	100.0	20	80.0
3	Cukup memuaskan	0	0.0	5	20.0
4	Memuaskan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : Jawaban P no.14

Kepuasan dalam hal penyampaian informasi berkaitan dengan keperawatan pasien berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa tidak ada perbedaan dalam pelayanan penyampaian informasi berkaitan dengan keperawatan pasien baik pengguna Askes maupun Non Askes. Hal tersebut dapat dilihat dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 100% menjawab kurang memuaskan, sedang yang Non Askes prosentase terbesar adalah 80% juga menjawab kurang memuaskan. Pelayanan penyampaian informasi berkaitan dengan keperawatan pasien yang tidak berbeda tersebut juga dapat dibuktikan dengan jawaban responden tentang keterbukaan perawat maupun dokter dalam menyampaikan informasi kepada pasien/ keluarga pasien, kesediaan perawat maupun dokter dalam memberikan informasi kepada pasien/ keluarga pasien, dan kemudahan memperoleh informasi dari perawat maupun dokter. Untuk yang keterbukaan perawat dalam menyampaikan informasi kepada pasien/

keluarga pasien prosentase terbesar menjawab tidak terbuka (Askes) dan kurang terbuka untuk yang Non Askes. Keterbukaan dokter menyampaikan informasi kepada pasien/ keluarga pasien prosentase terbesar menjawab cukup terbuka. Kesiediaan perawat memberikan informasi kepada pasien/ keluarga pasien prosentase terbesar menjawab tidak bersedia (Askes), sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar menjawab tidak dan kurang bersedia. Kesiediaan dokter memberikan informasi kepada pasien/ keluarga pasien prosentase terbesar menjawab cukup bersedia. Kemudahan memperoleh informasi dari perawat prosentase terbesar menjawab tidak mudah. Kemudahan memperoleh informasi dari dokter prosentase terbesar menjawab cukup mudah. Kesimpulan, ada perbedaan kepuasan penyampaian informasi kepada pasien atau keluarga pasien. Terbukti dari hasil perhitungan uji hipotesis dua sisi menunjukkan $t\text{-hitung} = -2,449 > t\text{-tabel} = 2,064$, sehingga hipotesis yang menyatakan ada perbedaan tingkat kepuasan dalam hal penyampaian informasi diterima. Perbedaan tentang kepuasan yang ditemukan di lapangan dikarenakan sikap serta tanggapan yang kurang simpatik, kurang sopan dan kurang ramah dari perawat apabila ada pasien atau keluarga pasien peserta Askes yang mencari informasi, sedangkan apabila hal itu dilakukan oleh pasien Non Akes para perawat lebih memperhatikan. Sehingga dapat dikatakan kepuasan dalam hal penyampaian informasi pasien Non Askes lebih baik dibanding pasien peserta Askes.

Berikut ini akan disajikan mengenai kepuasan dalam hal penyediaan fasilitas fisik.

Tabel IV. 62
Kepuasan dalam hal penyediaan fasilitas fisik

No	Kategori Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frek	%	Frek	%
1	Tidak memuaskan	0	0.0	0	0.0
2	Kurang memuaskan	6	24.0	10	40.0
3	Cukup memuaskan	19	76.0	15	60.0
4	Memuaskan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : Jawaban P no.15

Kepuasan dalam hal penyampaian informasi berkaitan dengan penyediaan fasilitas fisik pasien berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa tidak ada perbedaan dalam pelayanan penyediaan fasilitas fisik baik antara pengguna Askes maupun Non Askes. Hal tersebut dapat dilihat dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 76% menjawab cukup memuaskan, sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 60% juga menjawab cukup memuaskan. Pelayanan penyediaan fasilitas fisik yang tidak berbeda tersebut dapat juga dibuktikan dengan jawaban responden tentang kelengkapan, kebersihan, serta kelayakan fasilitas berupa meja, kursi, bed, toilet dan ruang tunggu. Kesimpulan, tidak ada perbedaan kepuasan dalam hal pelayanan penyediaan fasilitas fisik.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kepuasan responden dalam hal perilaku perawat/dokter yang melayani.

Tabel IV. 63
Kepuasan dalam hal perilaku perawat/dokter yang melayani

No	Kategori Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		Frek	%	Frek	%
1	Tidak memuaskan	0	0.0	0	0.0
2	Kurang memuaskan	15	60.0	14	56.0
3	Cukup memuaskan	10	40.0	11	44.0
4	Memuaskan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.0	25	100.0

Sumber : Jawaban P no.16

Kepuasan dalam hal perilaku perawat/dokter yang melayani berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa tidak ada perbedaan dalam pelayanan perilaku perawat/ dokter baik pada pasien pengguna Askes maupun non Askes. Hal tersebut dapat dilihat dari 25 responden yang menggunakan fasilitas Askes prosentase terbesar adalah 60% menjawab kurang memuaskan, sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar adalah 56% ternyata juga menjawab kurang memuaskan. Pelayanan perilaku perawat/ dokter yang tidak berbeda tersebut dapat dibuktikan juga dengan jawaban responden tentang kemudahan dan kesopanan perawat maupun dokter dalam memberi pelayanan, perhatian/ kepedulian perawat maupun dokter terhadap pasien yang dilayani, serta tanggung jawab perawat maupun dokter dalam tugasnya. Untuk yang kemudahan perawat dalam memberi pelayanan prosentase terbesar menjawab kurang mudah (Askes), sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar menjawab tidak mudah. Kemudahan dokter dalam memberi pelayanan prosentase terbesar menjawab

cukup mudah. Kesopanan perawat dalam memberi pelayanan prosentase terbesar menjawab kurang sopan (Askes), sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar menjawab cukup sopan. Kesopanan dokter dalam memberi pelayanan prosentase terbesar menjawab cukup sopan. Perhatian/ kepedulian perawat terhadap pasien prosentase terbesar menjawab tidak perhatian (Askes), sedangkan yang Non Askes prosentase terbesar menjawab tidak dan kurang perhatian. Perhatian/ kepedulian dokter terhadap pasien prosentase terbesar menjawab cukup perhatian. Tanggung jawab perawat dalam tugasnya prosentase terbesar menjawab kurang tanggung jawab. Tanggung jawab dokter dalam tugasnya prosentase terbesar menjawab cukup tanggung jawab. Kesimpulan, tidak ada perbedaan kepuasan dalam hal pelayanan perilaku perawat/dokter.

Berikut ini akan disajikan tabel kesimpulan kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan :

Tabel IV. 64
Tabel Kesimpulan Kepuasan Masyarakat

No	Kategori Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		FREK	%	FREK	%
1	Tidak Memuaskan	0	0.0	0	0.0
2	Kurang Memuaskan	21	84.0	15	60.0
3	Cukup Memuaskan	4	16.0	10	40.0
4	Memuaskan	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.00	25	100

Sumber : Jawaban P no.10-16

Kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan RSUP Dr. Kariadi Semarang dari tabel di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar (84 %) menjawab kurang memuaskan.

pasien peserta Askes menyatakan kepuasan terhadap pelayanan kurang baik dan ada 16 % sisanya menyatakan kepuasan terhadap pelayanan cukup baik, sedangkan pasien Non Askes sebagian besar (60 %) menyatakan kurang memuaskan dan 40 % sisanya menyatakan cukup memuaskan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan kepuasan pasien peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Terbukti dari hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa $T\text{-hitung} = 1,355 < T\text{-tabel} = 2,064$ pada taraf signifikansi 5 % dua sisi artinya hipotesis yang menyatakan ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan ditolak.

B.4. KUALITAS PELAYANAN PESERTA ASKES DAN NON ASKES (X)

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kualitas pelayanan masyarakat (*Responsiveness*) peserta Askes dan Non Askes.

Tabel IV. 65
Responsiveness

No	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		FREK	%	FREK	%
1	Tidak Baik	0	0.0	0	0.0
2	Kurang Baik	12	48.0	0	0.0
3	Cukup Baik	13	52.0	25	100.0
4	Baik	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.00	25	100

Sumber : Jawaban P no. 14 dan P no.16

Responsiveness kualitas pelayanan dalam penelitian ini meliputi kesedian perawat/dokter memberikan informasi kepada pasien atau keluarga pasien dan tanggung jawab perawat/dokter dalam tugasnya. Dari tabel IV.65 di atas dapatlah diketahui bahwa sebagian besar responden Askes (52%) menyatakan kualitas

pelayanan cukup baik sedangkan sisanya (48%) menyatakan kurang baik. Responden Non Askes seluruhnya menyatakan kualitas pelayanan cukup baik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan dalam pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kualitas pelayanan masyarakat (*Empathy*) peserta Askes dan Non Askes.

Tabel IV. 66
Empathy

No	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		FREK	%	FREK	%
1	Tidak Baik	2	8.0	0	0.0
2	Kurang Baik	22	88.0	9	36.0
3	Cukup Baik	1	4.0	16	64.0
4	Baik	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.00	25	100

Sumber : Jawaban P no.16

Empathy kualitas pelayanan dalam penelitian ini meliputi perhatian/kepedulian perawat dan dokter terhadap pasien yang dilayani. Dari tabel IV.66 di atas dapatlah diketahui bahwa sebagian besar responden Askes (88 %) menyatakan kualitas pelayanan kurang baik sedangkan sisanya (8 %) menyatakan tidak baik, ada 4 % yang menyatakan cukup baik. Responden Non Askes sebagian besar (64 %) menyatakan kualitas pelayanan cukup baik dan sisanya 36 % menyatakan kurang baik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan dalam pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes. Temuan di lapangan perbedaan yang dirasakan oleh pasien peserta Askes dimana perhatian dan kepedulian perawat maupun dokter kurang dibandingkan pasien Non Askes.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kualitas pelayanan masyarakat (*Access*) peserta Askes dan Non Askes.

Tabel IV. 67
Access

No	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		FREK	%	FREK	%
1	Tidak Baik	1	4.0	0	0.0
2	Kurang Baik	17	68.0	0	0.0
3	Cukup Baik	7	28.0	15	60.0
4	Baik	0	0.0	10	40.0
	Total	25	100.00	25	100

Sumber : Jawaban P no. 12 dan P no. 14

Access kualitas pelayanan dalam penelitian ini meliputi kemudahan dalam pengurusan administrasi dan kemudahan memperoleh informasi dari perawat/dokter. Dari tabel IV.67 di atas dapatlah diketahui bahwa sebagian besar responden Askes (68 %) menyatakan kualitas pelayanan kurang baik sedangkan sisanya (28 %) menyatakan cukup baik, ada 4 % yang menyatakan tidak baik. Responden Non Askes sebagian besar (60 %) menyatakan kualitas pelayanan cukup baik dan sisanya 40 % menyatakan kurang baik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan dalam pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes. Temuan di lapangan perbedaan yang dirasakan oleh pasien peserta Askes dimana kemudahan memperoleh informasi dan kemudahan administrasi pasien Non Askes lebih baik dibandingkan peserta Askes.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kualitas pelayanan masyarakat (*Reliability*) peserta Askes dan Non Askes.

Tabel IV. 68
Reliability

No	Alternatif	ASKES		NON ASKES	
		FREK	%	FREK	%
1	Tidak Baik	0	0.0	0	0.0
2	Kurang Baik	0	0.0	0	0.0
3	Cukup Baik	7	28.0	6	24.0
4	Baik	18	72.0	19	76.0
	Total	25	100.00	25	100

Sumber : Jawaban P no. 10, 11 dan 13

Reliability kualitas pelayanan dalam penelitian ini meliputi ketepatan waktu, ketepatan jenis obat yang diberikan, ketepatan waktu mengantar makanan, ketepatan waktu pemeriksaan pasien oleh perawat/dokter dan ketepatan dokter/perawat yang menangani pasien. Dari tabel IV.68 di atas dapatlah diketahui bahwa sebagian besar responden Askes (72 %) menyatakan kualitas pelayanan baik sedangkan sisanya (28 %) menyatakan cukup baik. Responden Non Askes sebagian besar (76 %) menyatakan kualitas pelayanan baik dan sisanya 24 % menyatakan cukup baik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan dalam pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kualitas pelayanan masyarakat (*Courtesy*) peserta Askes dan Non Askes.

Tabel IV. 69
Courtesy

No	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		FREK	%	FREK	%
1	Tidak Baik	0	0.0	0	0.0
2	Kurang Baik	8	32.0	0	0.0
3	Cukup Baik	17	68.0	25	100.0
4	Baik	0	0.0	0	0.0
	Total	25	100.00	25	100

Sumber : Jawaban P no. 16

Courtesy kualitas pelayanan dalam penelitian ini meliputi keramahan perawat/dokter dalam melayani pasien dan kesopanan perawat/dokter dalam memberikan pelayanan. Dari tabel IV.69 di atas dapatlah diketahui bahwa sebagian besar responden Askes (68 %) menyatakan kualitas pelayanan cukup baik sedangkan sisanya (32 %) menyatakan kurang baik. Responden Non Askes seluruhnya (100 %) menyatakan kualitas pelayanan cukup baik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan dalam pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes.

Berikut ini akan disajikan tabel mengenai kualitas pelayanan masyarakat (*Tangibles*) peserta Askes dan Non Askes.

Tabel IV. 70
Tangibles

No	Alternatif Jawaban	ASKES		NON ASKES	
		FREK	%	FREK	%
1	Tidak Baik	0	0.0	0	0.0
2	Kurang Baik	0	0.0	2	8.0
3	Cukup Baik	20	80.0	15	60.0
4	Baik	5	20.0	8	32.0
	Total	25	100.00	25	100

Sumber : Jawaban P no.15

C. ANALISIS HASIL PENELITIAN

C.1. Hasil Uji Validitas Instrumen

Pengujian Validitas dalam penelitian ini dengan menggunakan instrumen telah dicobakan pada 50 responden yang terbagi dalam 25 responden peserta Askes dan 25 responden sisanya peserta Non Askes, yang hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel IV. 72

Hasil analisis item instrumen tingkat kepuasan masyarakat

R. ASKES

No. Butir Item	Koefisien Korelasi	Keterangan
1.	-	Tidak diskor karena Identitas responden
2.	-	
3.	-	
4.	-	
5.	-	
6.	-	
7.	-	
8.	-	
9.	-	
10.	0,342	Valid
11.	0,409	Valid
12.	0,725	Valid
13.	0,362	Valid
14.	0,342	Valid
15.	0,509	Valid
16.	0,416	Valid

R. NON. ASKES

No. Butir Item	Koefisien Korelasi	Keterangan
1.	-	Tidak diskor karena Identitas responden
2.	-	
3.	-	
4.	-	
5.	-	
6.	-	
7.	-	
8.	-	
9.	-	
10.	0,779	Valid
11.	0,838	Valid
12.	0,945	Valid
13.	0,831	Valid
14.	0,962	Valid
15.	0,693	Valid
16.	0,961	Valid

Instrumen ini terdiri dari tujuh butir atau item pernyataan besar yang kemudian dipecah ke dalam beberapa sub item, sehingga jumlahnya menjadi 37 sub item. Tiap butir sub item disiapkan ke dalam empat interval jawaban, jawaban terendah diberi skor 1 dan jawaban tertinggi diberi skor 4. Penguji validitas tiap butir digunakan analisis item yang mengkorelasikan skor tiap butir dengan skor totalnya merupakan jumlah tiap skor butir. Dalam tabel telah ditunjukkan skor totalnya yang merupakan jumlah tiap skor butir atau tiap skor sub butir. Dalam

hal analisis, item ini mengutip pendapat Masrun (1979) dalam bukunya Sugiyono (2001 : 106) menyatakan “teknik korelasi untuk menentukan validitas item ini sampai sekarang merupakan teknik yang paling banyak digunakan”. Berdasarkan data yang telah terkumpul dari 50 responden yang ditunjukkan dalam tabel di atas, semuanya menunjukkan koefisien korelasi (jumlah butir 7) atau 34 sub butir yang koefisien korelasi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dari uji coba tersebut di atas ternyata semua butir/item instrumen koefisien korelasi artinya dinyatakan valid. Seperti dikemukakan Sugiyono (2001 : 106) biasanya syarat minimum untuk dianggap memenuhi syarat adalah kalau $r = 0,30$, korelasi sama dengan 0,3 atau lebih (paling kecil 0,3) maka butir instrumen dinyatakan valid. Dari uji coba tersebut ternyata koefisien korelasi semua butir dengan skor total di atas 0,3 sehingga semua butir instrumen dinyatakan valid. Butir yang mempunyai validitas tertinggi pada item instrumen responden Askes adalah butir 12, dengan koefisien korelasi 0,725 dan yang paling rendah adalah butir nomor 10 dan nomor 14 dengan korelasi 0,42. Sedangkan butir yang mempunyai validitas tertinggi pada item instrumen responden non Askes butir no. 14, dengan koefisien korelasi 0,962 dan yang paling rendah adalah butir nomor 15 dengan korelasi 0,693. Dari tabel item instrumen dapat dilihat ada perbedaan angka validitasnya, dinamakan item instrumen Responden non Askes angkanya lebih besar dibandingkan item instrumen Responden Askes. Bila

dianalisis lebih lanjut ternyata perbedaan tersebut dapat dilihat dari pekerjaan pokok responden dimana sebagian besar responden Askes mempunyai pekerjaan pokok PNS dan responden Non Askes mempunyai pekerjaan pokok swasta, dengan demikian perbedaan validitas disini menurut asumsi penulis dapat dilihat dari perbedaan pekerjaan pokok responden. Sehingga dapat disimpulkan bahwa semua butir item instrumen adalah valid untuk digunakan dalam pengumpulan data di lapangan.

C.2. Hasil Uji Reliabilitas Instrumen

Pengujian reliabilitas instrumen dilakukan dengan internal consistency dengan teknik belah data (*Split Half*) yang dianalisis dengan rumus Spearman Brown. Untuk item instrumen responden Askes diperoleh dari hasil SPSS 0,488, maka koefisien korelasi reliabilitasnya adalah = 0,656 dihitung dari :

Askes

$$r_j = \frac{r \cdot r_b}{1 + r_b} = \frac{2 \cdot 0,488}{1 + 0,488} = 0,656$$

sedangkan item instrumen responden non Askes diperoleh hasil SPSS 0,949, maka koefisien korelasi realibilitasnya adalah : 0,974 dihitung dari :

Non Askes

$$r_j = \frac{2 \cdot 0,949}{1 + 0,949} = \frac{2 \cdot 0,488}{1 + 0,488} = 0,556$$

Dengan demikian berdasarkan uji coba instrumen ini sudah valid dan reliabel seluruh butirnya, maka instrumen dapat digunakan untuk pengukuran dalam rangka pengumpulan data. Kemudian setelah diuji dengan Rho tabel dengan nilai hitung dimana Rho tabel menunjukkan angka 0,4005, maka nilai hitung untuk Responden peserta Askes adalah lebih besar yaitu $0,656 > 0,4005$ dan nilai hitung Responden peserta Non Askes $0,974 > 0,4005$. Dengan demikian berdasarkan uji coba instrumen ini sudah valid dan reliabel seluruh butirnya, maka instrumen dapat digunakan untuk pengukuran dalam rangka pengumpulan data.

C.3. Pengujian Hipotesis

Pada bab ini akan penulis sajikan pengujian Hipotesis yang telah ditentukan pada bab pendahuluan. Untuk mengetahui perbedaan tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi dalam penelitian ini menggunakan Uji Beda Dua Mean dan untuk mengetahui tingkat perbedaanya digunakan T-test, karena sampel yang digunakan adalah sampel kecil, yaitu 25 responden tiap kelompok.

Adapun alasan/pertimbangannya adalah :

1. Rata-rata data berasal dari dua kelompok sampel terdiri atas peserta Askes dan Non Askes. Jadi sampelnya tidak related (independen).
2. Karena $n_1 = n_2$, varians tidak homogen ($T_1^2 \neq T_2^2$), dapat menggunakan rumus t-tes dengan $dk = n_1 - 1$ atau $n_2 - 1$.

Dari total pertanyaan yang diajukan dimana pertanyaan mengenai kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi berjumlah 16 item yang diperinci menjadi 37 sub item kemudian diajukan kepada 25 orang responden kelompok pertama dan 25 responden kelompok kedua yang terbagi menjadi dua kelompok masing-masing 25 orang responden, yaitu peserta Askes dan Non Askes. Dari hasil penelitian diperoleh data dan setelah diolah melalui komputer dengan program SPSS dapatlah penulis analisis sebagai berikut : Penelitian ini menggunakan taraf signifikansi 5%. Dari hasil perhitungan kemudian nantinya akan dikonsultasikan dengan harga T-tabel, pada taraf signifikansi 5 % harga T-tabel = 2,064 bila T-hitung \leq T-tabel hasil perhitungan atau T-hitung (observasi) ternyata diperoleh total T-hitung = 1,355, artinya harga total T-hitung \leq T-tabel sehingga hipotesis yang menyatakan **ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat antara peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi ditolak**. Untuk lebih detailnya dapat dilihat dari pengujian Uji Beda Dua Mean berikut ini.

Tabel IV. 73
Hasil Perhitungan Uji Beda Dua Mean dan T-Test

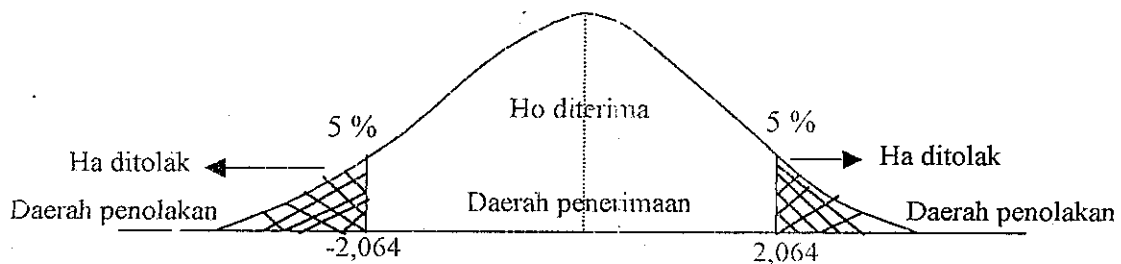
No.	Kualitas Pelayanan (X)	Mean	N	Df	Beda Mean	Std Deviation	T-hitung	T-hitung : T-tabel 5 % (2,064) (keterangan)
1	Total Askes	2,72	25	24	-0,36	0,49	-3,674	Diterima
	Total Non Askes	3,08	25	24				

No.	Kepuasan Masyarakat (Y)	Mean	N	Df	Beda Mean	Std Deviation	T-hitung	T-hitung : T-tabel 5 % (2,064) (keterangan)
1	Total Askes	2,72	25	24	0,32	1,18	1,355	Ditolak
	Total Non Askes	2,40	25	24				

Dari tabel IV. 73 di atas dapatlah diketahui bahwa hipotesis yang menyatakan ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat antara peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan ditolak pada taraf signifikansi 5 % dua sisi, dibuktikan dari hasil perhitungan statistik menunjukkan $T\text{-hitung} = 1,355 < T\text{-tabel} = 2,064$.

Hipotesis yang menyatakan ada perbedaan kualitas pelayanan masyarakat antara peserta Askes dan Non Askes diterima pada taraf signifikansi 5 % dua sisi, dibuktikan dari hasil perhitungan statistik menunjukkan $T\text{-hitung} = -3,674 > T\text{-tabel} = 2,064$.

Gambar IV.2
Kurve Dua Sisi Daerah Penerimaan-Penolakan



Apabila hasil T-bitung ada diantara $\pm 2,064$, maka H_0 diterima, hal ini berarti hipotesis yang menyatakan **ada perbedaan** ditolak, sebaliknya bila T-bitung di luar $\pm 2,064$, maka H_0 ditolak, sehingga berarti hipotesis yang menyatakan ada perbedaan **diterima**.

C. 4. HUBUNGAN VARIABEL KUALITAS PELAYANAN (X) DENGAN KEPUASAN MASYARAKAT (Y)

Setelah dilakukan Uji Beda Dua Mean dan T-test, kemudian untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel Kualitas Pelayanan (X) dengan Kepuasan Masyarakat (Y) maka dilakukan analisis korelasi dengan teknik "Pearson Corellation" melalui komputer program SPSS. Hasil perhitungan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel IV. 74
Hubungan Variabel Kualitas Pelayanan (X) dengan Kepuasan Masyarakat (Y)

	Askes		Non Askes	
	Korelasi	Ket	Korelasi	Ket
Reliability	0,023	Tidak Sig	0,084	Tidak Sig
Access	0,090	Tidak Sig	0,011	Tidak Sig
Responsiveness	0,056	Tidak Sig	0,023	Tidak Sig
Tangibles	0,023	Tidak Sig	0,056	Tidak Sig
Courtesy	0,051	Tidak Sig	0,022	Tidak Sig
Empathy	0,080	Tidak Sig	0,076	Tidak Sig

Sumber : Hasil Olah Data SPSS "Pearson Correlation"

r-tabel korelasi = 0,396 (taraf signifikansi 5 %) dengan N = 25

Dari tabel IV.74 di atas dapat dilihat bahwa hubungan antara kualitas pelayanan (X) dengan kepuasan masyarakat (Y) secara terperinci adalah sebagai berikut :

- Untuk **Non Askes**, *Reliability* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,084 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Reliability* kualitas pelayanan maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakatnya. Untuk **peserta Askes** *Reliability* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat adalah tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,023 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Reliability* kualitas pelayanannya maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat.

- Untuk **Non Askes**, *Access* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,011 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Access* kualitas pelayanan maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakatnya. Untuk **peserta Askes** *Access* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat adalah tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,090 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Access* kualitas pelayanannya maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat.
- Untuk **Non Askes**, *Responsiveness* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,023 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Responsiveness* kualitas pelayanan maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakatnya. Untuk **peserta Askes** *Responsiveness* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat adalah tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,056 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Responsiveness* kualitas pelayanannya maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat.
- Untuk **Non Askes**, *Tangibles* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,056 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Tangibles* kualitas pelayanan maka tidak

ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakatnya. Untuk **peserta Askes Tangibles** kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat adalah tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,023 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Tangibles* kualitas pelayanannya maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat.

- Untuk **Non Askes**, *Courtesy* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,022 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Courtesy* kualitas pelayanan maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakatnya. Untuk **peserta Askes** *Courtesy* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat adalah tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,051 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Courtesy* kualitas pelayanannya maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat.
- Untuk **Non Askes**, *Empathy* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,076 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan dimana semakin baik *Empathy* kualitas pelayanan maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakatnya. Untuk **peserta Askes** *Empathy* kualitas pelayanan hubungannya dengan kepuasan masyarakat adalah tidak signifikan ditunjukkan dari angka korelasi sebesar $0,080 < 0,396$ (tabel) pada taraf signifikansi 5 % artinya tidak ada hubungan yang signifikan

dimana semakin baik *Empathy* kualitas pelayanannya maka tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat.

Setelah diuraikan secara rinci per item indikator kualitas pelayanan maka dapat penulis sampaikan bahwa secara umum tidak ada korelasi yang signifikan antara variabel kualitas pelayanan dengan kepuasan masyarakat, mengingat dari data di lapangan menunjukkan bahwa walaupun ada perbedaan kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes namun ternyata tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat. Dalam hal ini dapat diartikan bahwa meskipun kualitas pelayanan ditingkatkan tidak mesti diiringi dengan meningkatnya kepuasan masyarakat, mungkin sebaliknya kualitas pelayanan yang diturunkan atau tetap akan tetapi dapat meningkatkan kepuasan masyarakat. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ternyata yang mempengaruhi kepuasan masyarakat di RSUP Dr. Kariadi Semarang bukan disebabkan karena kualitas pelayanannya akan tetapi ada faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap kepuasan masyarakat, dalam hal ini faktor-faktor yang mungkin berpengaruh tersebut belum diteliti oleh penulis dan dapat kiranya menjadi masukan bagi peneliti berikutnya untuk lebih bersemangat meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan masyarakat khususnya di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

D. DISKUSI

Bagian diskusi akan membahas hasil penelitian dan pengujian, hipotesisnya yang kemudian akan didialogkan hasil temuan dengan teori yang melandasinya bila perlu implikasi dari hasil penelitian dalam proses kebijakan publik. Dari lapangan diperoleh data yang kemudian dianalisis melalui komputer dengan program SPSS hasilnya diolah dan diuji dengan rumus-rumus statistik. Penulis mencoba membahas hasil penelitian yang telah dilakukan kemudian mendialogkan dengan teori yang melandasi. Hasil penelitian di lapangan diperoleh data mengenai tingkat kepuasan masyarakat

(pelanggan) terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, yang mana penulis menggali data dengan menggunakan kuesioner dan interview guide. Dari kuesioner yang diajukan berjumlah 16 item diperinci lagi ke dalam 37 sub item. Item-item tersebut berisikan kuesioner mengenai tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang ada di lokasi penelitian. Dari 50 responden yang diteliti dikelompokkan ke dalam dua kategori, kategori pertama adalah responden peserta Askes dan kategori kedua adalah responden bukan peserta Askes (Non Askes). Berdasarkan jenis kelamin sebaran responden antara peserta Askes dan Non Askes sebagian besar adalah laki-laki. Menurut status perkawinan sebaran responden antara peserta Askes dan Non Askes sebagian besar sudah menikah dalam artian responden yang masih perawatan adalah peserta Askes itu sendiri, Istri, Suami atau anggota keluarga. Sedangkan yang bukan peserta Askes juga sama. Menurut pekerjaan pokok ada perbedaan mencolok dimana responden peserta Askes sebagian besar adalah PNS sedangkan Non Askes sebagian besar Swasta. Hal ini dimaklumi bagi PNS secara otomatis mereka mengikuti program Askes sedangkan Swasta tidak wajib ikut atau sukarela. Walaupun di swasta banyak juga ditawarkan program Askes atau Jamsostek, namun kenyataannya banyak masyarakat yang tak mengikuti program tersebut. Menurut kelompok umur sebagian besar responden baik peserta Askes dan Non Askes berkisar antara umur 31 - 40 tahun. Yang mana usia tersebut termasuk usia produktif untuk dapat beraktivitas. Sebaran responden menurut tingkat pendidikan sebagian besar responden baik

peserta Askes maupun Non Askes berpendidikan SMU yang mana tingkat pendidikan sudah relatif cukup tinggi. Sebaran responden menurut pekerjaan sampingan sebagian besar responden menyatakan tidak memiliki pekerjaan sampingan. Dikaitkan uji validitas dan reliabilitas yang telah diuji pada halaman sebelumnya dimana hasil uji validitas responden Non Askes menunjukkan angkanya lebih besar dibanding responden peserta Askes maka menurut analisis penulis perbedaan angka tersebut dapat dikarenakan/ disebabkan perbedaan Pekerjaan Pokok dari responden. Peserta Askes mayoritas PNS dan Non Askes mayoritas Swasta dimana tuntutan pelayanan Non Askes lebih tinggi karena penghasilan mereka yang relatif lebih tinggi pula. Setelah melihat validitas dan reliabilitasnya kemudian didialogkan dengan referensi yang mendukung maka butir-butir instrumen di atas dapat digunakan untuk pengukuran dalam rangka pengumpulan data. Hasil temuan di lapangan setelah penulis melakukan penelitian dapatlah diketahui bahwa ternyata kecenderungan ada perbedaan kualitas pelayanan yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang namun cenderung tidak ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Image masyarakat yang sebelumnya menyatakan kualitas pelayanan terhadap masyarakat/pasien peserta Askes lebih rendah dibanding pasien Non Askes, dalam penelitian ini menunjukkan memang ada perbedaan kualitas pelayanan, akan tetapi tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes ternyata tidak

berbeda. Untuk lebih detailnya penulis akan menguraikan secara lebih rinci hasil temuan/ penelitian di lapangan sebagai berikut :

Pertanyaan yang terdiri dari 16 butir kemudian dirinci dalam 37 butir pertanyaan, diperoleh data/ditemukan kecenderungan tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes tidak berbeda atau sama terhadap kualitas pelayanan yang diberikan pihak RSUP Dr. Kariadi Semarang. Kecenderungan disini penulis artikan tidak seluruhnya responden menyatakan **sama**, karena disisi lain walaupun dengan prosentase yang kecil ada yang menyatakan **berbeda**. Kecenderungan-kecenderungan tersebut dapat dilihat dari sisi mengenai : kepuasan masyarakat terhadap pelayanan pengobatan, kepuasan masyarakat terhadap pelayanan pemberian makanan kepada pasien, kepuasan masyarakat terhadap pelayanan administrasinya, kepuasan masyarakat dalam hal pemeriksaan kepada pasien, kepuasan masyarakat dalam hal penyampaian informasi berkaitan dengan keperawatan pasien, kepuasan masyarakat mengenai penyediaan fasilitas fisik, kepuasan masyarakat dalam perilaku perawat/dokter yang melayani.

Kepuasan masyarakat dalam pelayanan pengobatan yang dilihat dari sisi ketepatan waktu memberi obat, ketepatan jenis obat yang diberikan dan keterjangkauan harga obat yang diberikan hasilnya menunjukkan sebagian besar responden masyarakat **sama-sama kurang memuaskan pelayanannya**. Dari total responden peserta Askes (100 %) sebanyak 80 % menyatakan kurang memuaskan, demikian juga responden Non Askes (100 %) sebanyak 60 % menyatakan kurang memuaskan. Dari uji statistik

dapat dibuktikan bahwa tidak ada perbedaan kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes dimana hasil menunjukkan hipotesis ditolak baik pada taraf signifikansi 5 %. Alasan yang ditemukan dilapangan (data kualitatif) adalah hampir sama bahwa pelayanan dari sisi ketepatan adalah cukup memuaskan karena masih terjadi keterlambatan dalam mengantar obat dan ketepatan jenis obat adalah kurang, mengingat jenis obat yang diberikan rata-rata adalah obat generik walaupun harganya cukup terjangkau oleh masyarakat. Dikaitkan dengan teori yang mendasari penelitian ini temuan dilapangan ini perlu mendapat perhatian khusus, mengingat dalam upaya mencapai tujuan pelayanan prima yaitu kepuasan pelanggan (masyarakat) harus memperhatikan pada *Customer Driven Government* atau berorientasi pada kepuasan masyarakat, seperti salah satu dari sembilan ciri TQM (Tjipotno, 1998 : 4) yaitu berorientasi pada pelanggan, mengacu pada salah satu dari 10 prinsip *Reinventing Government* (Sianipar, 1998 : 15) juga berorientasi pada pelanggan dan mengacu pada salah satu dari 5 bidang sasaran TQS (Tjipotno, 1997 : 57-59) yaitu berorientasi pada pelanggan. Khususnya ketepatan waktu ini, salah satu kriteria penilaian kualitas pelayanan yang reliabel. Semakin reliabel maka semakin baik sehingga semakin memuaskan masyarakat/pelanggan. Apabila dari segi ketepatan sudah tidak/kurang memuaskan maka dapat diasumsikan kualitasnya kurang/rendah, selain itu menurut Gasfersz (Sianipar, 1998 : 15) ketepatan waktu dan akurasi pelayanan adalah menjadi kriteria kualitas pelayanan sehingga nantinya akan mempengaruhi kepuasan pelanggan. Dari hasil

dialog temuan di lapangan dengan teori yang mendasari penelitian ini terjadi ketimpangan yang perlu segera dicari solusi pemecahannya. Dari lapangan juga diperoleh data bahwa alasan keterlambatan/ketidaktepatan dikarenakan petugas/perawat jumlahnya terbatas sehingga membutuhkan waktu agak lama, hal mana mengakibatkan ketidak tepatan tersebut. Hasil temuan di lapangan menunjukkan bahwa kepuasan masyarakat baik peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang adalah cenderung kurang memuaskan, dimana sebagian besar masyarakat yaitu dari 100 % responden peserta Askes sebanyak 100 % menyatakan kurang memuaskan dan 80 % responden Non Askes menyatakan juga kurang memuaskan. Kecenderungan yang penulis maksudkan adalah mengingat tidak seluruh responden menyatakan kurang memuaskan, tetapi ada sebagian kecil yang menyatakan cukup memuaskan.

Kepuasan masyarakat dalam hal pemberian makanan menunjukkan kurang memuaskan, kurang memuaskannya pelayanan dalam hal pemberian makanan kepada pasien dalam penelitian ini penulis lihat dari sisi ketepatan waktu mengantarkan makanan, terpenuhinya gizi, ketersediaannya makanan bagi penunggu, kebersihan makanan dan kebersihan tempat penyediaan makanan. Dari uji statistik dibuktikan bahwa pada taraf signifikansi 5 % ternyata **ada perbedaan**. Pada taraf signifikansi 5%, ada perbedaan pelayanan dalam hal pemberian makanan pada pasien, persamaan pelayanan ini dapat dilihat dari ketepatan waktu mengantar makanan pada pasien sebagian besar responden Askes (80%) dan Non Askes (80%) menyatakan

tidak tepat, terpenuhinya gizi menurut responden Askes (100 %) dan Non Askes (100 %) sama-sama menyatakan cukup, dilihat dari ketersediaan makanan bagi penunggu 100 % responden Askes dan 100 % Non Askes menyatakan tidak tersedia, dilihat dari kebersihan makanan dan tempat menyediakan makanan antara responden Askes dan Non Askes sama-sama menyatakan cukup. Adanya perbedaan disini dikarenakan pasien Non Askes sering didahulukan atau mendapat pelayanan lebih dibanding pasien Askes. Dari temuan di lapangan di atas bila dikaitkan dengan teori yang mendasari penelitian ini maka pemberian pelayanan yang berbeda harus segera dihilangkan dan dicari solusinya, mengingat dalam pelayanan prima berkonsentrasi pada konsumen/pelanggan atau masyarakat. Seperti dalam *reinventing Government*, TQM dan TQS yang intinya bertujuan pelayanan untuk kepuasan masyarakat/pelanggan tanpa ada perbedaan. Sedangkan pemberian pelayanan yang sama akan tetapi dengan kategori kurang memuaskan di atas juga harus segera diberi perhatian khusus dalam rangka mencapai tujuan pelayanan prima yaitu kepuasan pelanggan. Di lapangan juga ditemukan alasan berkaitan dengan kurang memuaskannya pelayanan dalam hal ini adalah keterbatasan sumber daya manusia dan keterbatasan dana. Dengan demikian dari temuan di lapangan masih ada ketimpangan karena masih ada kekurangan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan.

Dari penelitian lapangan, berkaitan dengan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan administrasi ternyata sebagian besar responden peserta

Askes (60 %) menyatakan kurang memuaskan dan responden Askes (60 %) juga menyatakan sama, tetapi dalam presentase yang lebih kecil (40 %) responden Askes menyatakan tidak memuaskan dan 20 % responden Non Askes menyatakan tidak memuaskan serta ada 20 % lagi responden Non Askes menyatakan cukup memuaskan. Karena prosentase lebih kecil, dalam penelitian ini penulis mengambil kesimpulan prosentase terbesar yaitu kurang memuaskan mungkin ada perbedaan tetapi kecil. Terbukti dari uji statistik bahwa pada taraf signifikansi 5 % memang ada perbedaan tentang kepuasan masyarakat terhadap pelayanan administrasi. Adanya perbedaan tersebut dapat dilihat dari sisi : kemudahan dan kesederhanaan dalam pengurusan administrasi, keterjangkauan harga dalam pengurusan administrasi dan bantuan yang diberikan pihak lain. Dimana sebagian besar menyatakan sama tapi dengan prosentase yang lebih kecil ada perbedaan pelayanan. Bila didialogkan dengan teori yang mendasari penelitian ini ditemukan ketimpangan dimana dalam pengurusan administrasi secara teoritis harus memuaskan masyarakat, memberi kemudahan dalam segala hal khususnya administrasi sehingga menghindari keengganan masyarakat menggunakan jasa pelayanan dan mengusahakan kesederhanaan (Faisal dan Sujudi, 1995 : 5). Di lapangan juga ditemukan alasan (dari data kualitatif) terjadinya kurang memuaskannya pelayanan administrasi dikarenakan segala sesuatu di rumah sakit harus sesuai prosedur yang telah ditentukan sehingga menimbulkan kesan birokratis dan prosedural tanpa melihat situasi dan kondisi lingkungan. Ketimpangan yang ditemukan di lapangan ini harus

segera dicarikan solusi agar dapat mencapai pelayanan prima yang diidamkan.

Dari penelitian lapangan berkaitan dengan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan pemeriksaan kepada pasien ternyata sebagian besar responden peserta Askes (60 %) menyatakan kurang memuaskan dan responden Non Askes (80%) juga menyatakan kurang memuaskan, tetapi dalam prosentase yang lebih kecil (40 %) responden Askes menyatakan cukup memuaskan dan 20 % responden Non Askes menyatakan menyatakan cukup memuaskan juga. Jadi tidak ada perbedaan kepuasan pelayanan. Terbukti dari uji statistik pada taraf signifikansi 5 % ditolak hipotesisnya. Kesamaan tingkat kepuasan pelayanan yaitu sama-sama kurang dapat dilihat dari sisi : ketepatan waktu dan pemeriksaan pada pasien oleh dokter/perawat, spesialisasi dokter/perawat, ketelitian dokter/perawat dalam memeriksa pasien dan perhatian dokter/ perawat dalam pemeriksaan, dimana sebagian besar responden menyatakan tidak ada perbedaan kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan. Bila didialogkan dengan teori yang mendasari penelitian ini maka ada ketimpangan seharusnya pelayanan memberi kepuasan kepada masyarakat, namun di lapangan terdapat kecenderungan kurang puas. Secara teoritis pelayanan yang memuaskan konsumen dalam hal ini masyarakat haruslah didukung dengan mampu memberdayakan karyawan/Sumber Daya Manusia yang ada dalam organisasi, berorientasi pada konsumen, reliabel, *competence*, *courtesy*, *empathy*, kejelasan dan kepastian (Warella, 1997 : 19). Di lapangan juga

ditemukan alasan (dari data kualitatif) pelayanan yang kurang memuaskan dikarenakan masih terjadinya ketidaktepatan waktu karena SDM yang terbatas, ketelitian yang kurang dikarenakan pasien yang dilayani banyak/tidak seimbang dan unsur subyektifitas yang masih melekat dalam artian bila pasien kenal dengan dokter/perawat akan dilayani **lebih**, apakah dia peserta Askes atau bukan. Ketimpangan yang ditemukan di lapangan ini harus segera dicari solusi agar dapat mencapai pelayanan prima yang diidamkan.

Dari penelitian lapangan berkaitan dengan kepuasan masyarakat terhadap penyampaian informasi dalam hal ini informasi mengenai keperawatan itu sendiri, administrasi dan hal lain yang bersifat umum sebagian besar responden peserta Askes (100 %) menyatakan kurang memuaskan dan responden Non Askes (80 %) menyatakan sama, namun ada prosentase lebih kecil (20 %) responden Non Askes menyatakan cukup memuaskan. Kesimpulan yang dapat penulis ambil adalah tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan yang diberikan cenderung sama-sama kurang memuaskan. Mengingat mungkin ada perbedaan pada prosentase yang lebih kecil, terbukti dari uji statistik bahwa pada taraf signifikansi 5 % **diterima**. Adanya perbedaan tersebut dapat dilihat dari sisi : keterbukaan perawat/dokter menyampaikan informasi, kesediaan perawat/dokter memberi informasi dan kemudahan memperoleh informasi dari dokter / perawat. Dimana memang sebagian besar menyatakan sama tapi dengan prosentase yang lebih kecil ada

perbedaan pelayanan. Bila didialogkan dengan teori yang mendasari penelitian ini ditemukan ketimpangan dimana dalam penyampaian informasi secara teoritis haruslah terbuka dalam *Access* (Warella, 1997 : 19), petugas harus bersedia atau ada kesediaan dan informasi dapat diperoleh dengan mudah. Di lapangan juga ditemukan alasan (dari data kualitatif) terjadinya pelayanan yang kurang memuaskan tersebut dikarenakan perawat/petugas kurang terbuka dan kurang bersedia menyampaikan informasi, akan tetapi dokter justru lebih baik pelayanannya. Sikap perawat/petugas apabila ada pasien atau keluarga pasien yang bertanya kurang ramah dan kurang menyenangkan, dimana fenomena ini banyak ditemui dibanyak tempat di Rumah Sakit Pemerintah, alasan yang selalu disampaikan adalah sibuk, Sumber Daya Manusia terbatas atau disuruh langsung bertanya ke dokter yang menangani dengan alasan tidak tahu, sedangkan untuk memperoleh informasi kadang sulit atau tidak mudah, berbelit-belit dan prosedural. Ketimpangan ini harus di cari solusi guna mencapai pelayanan prima yang diidamkan.

Dari penelitian lapangan, berkaitan dengan kepuasan masyarakat terhadap fasilitas fisik yang disediakan ternyata sebagian besar responden peserta Askes (96 %) maupun Non Askes (60 %) menyatakan cukup memuaskan dan sebagian kecil responden Askes (24 %) dan Non Askes (60 %) menyatakan sama-sama kurang memuaskan sehingga pada prinsipnya tidak ada perbedaan. Terbukti dari uji statistik bahwa pada signifikansi 5 % ditolak sehingga memang tiak ada perbedaan tingkat

kepuasan. Persamaan pelayanan tersebut dapat dilihat dari sisi : kelengkapan fasilitas fisik, kebersihannya dan kelayakan fasilitas fisik yang disediakan seperti bed, kursi, ruang tunggu dan toilet, dimana sebagian besar responden baik Askes dan Non Askes menyatakan cukup memuaskan. Bila didialogkan dengan teori yang mendasari ditemukan ketimpangan namun tidak begitu besar karena kriteria masuk cukup memuaskan. Secara teoritis pelayanan yang diberikan harus mampu memuaskan masyarakat, yang mana mengacu pada teori di halaman sebelumnya bahwa kualitas pelayanan yang memuaskan dapat dilihat dari appearance presentation, kelengkapan sarana pendukung, kenyamanan memperoleh pelayanan, kelengkapan atribut pendukung dan tangibles yang kesemuanya mengarah pada terjamahnya fasilitas fisik yang ada (Sianipar, 1997 : 20-21). Di lapangan ditemukan bahwa alasan fasilitas fisik yang hanya cukup memuaskan karena memang keterbatasan dana untuk penyediaan fasilitas fisik, namun sekarang sedang ditempuh upaya kemitraan dengan Swasta sehingga nantinya dapat melakukan subsidi silang dan upaya ini sedang dikembangkan guna mengarah pada pelayanan prima yang diidamkan.

Dari penelitian dilapangan berkaitan dengan kepuasan masyarakat terhadap perilaku perawat/tenaga medis sebagian besar responden Askes (80%) dan Non Askes (60 %) sehingga tidak ada perbedaan kepuasan pelayanan, terbukti dari uji Statistik dengan taraf signifikansi 5 % hipotesis ditolak dengan kata lain memang **tidak ada perbedaan**, yaitu **kurang memuaskan**. Persamaan diatas dapat dilihat dari sisi : keramahan

perawat/dokter, kesopanan perawat/dokter, kepedulian perawat/dokter dan tanggung jawab perawat/dokter dalam tugasnya, dimana sebagian besar menyatakan sama yaitu **tidak ada perbedaan**.. Bila didialogkan dengan teori yang mendasari penelitian ini maka ditemukan ketimpangan, seharusnya dalam memberikan pelayanan secara teoritis harus selalu berorientasi pada konsumen, courtesy, sopan, ramah, tanggung jawab, pelayanan pribadi, dan tangibles yang kesemuanya mengarah pada pelayanan yang memuaskan konsumen. Di lapangan juga ditemukan data bahwa keramantamahan dan kesopanan dokter lebih baik dibanding para perawatnya. Saat melayani pasien perawat banyak yang kurang ramah dan kurang sopan baik dalam perilaku, sikap maupun ucapannya sehingga menimbulkan kesan kurang bersahabat. Ketimpangan ini haruslah segera dicari solusinya agar dapat mewujudkan pelayanan prima yang diidamkan.

Hasil pengujian hipotesis hingga analisis data kualitatif dalam mendukung dan memperkaya penelitian ini dapatlah penulis simpulkan bahwa **tidak ada perbedaan kepuasan antara peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi sehingga hipotesis ditolak**. Dalam artian kualitas pelayanan yang diberikan oleh Pihak Rumah Sakit kepada masyarakat adalah sama, namun cukup memprihatinkan karena masih kurang memuaskan. Penyebab kurang puasny masyarakat yang ditemukan di lapangan disebabkan beberapa faktor, menurut penulis dapat disebutkan antara lain sebagai berikut : Sikap

petugas, sistem terlalu kaku yang mengakibatkan prosedur tidak mudah, tidak sederhana dan berbelit-belit, *Access* yang rendah kurang berorientasi pada konsumen, Sumber Daya Manusia yang kurang seimbang, *Leadership* yang kurang mendukung Tujuan organisasi, Strategi organisasi yang kurang fleksibel dan *Appearance Presentation* yang kurang maksimal.

Dari penelitian juga diperoleh data mengenai kualitas pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit secara umum dapat dikatakan ada perbedaan untuk peserta Askes kurang baik kualitas pelayannya sedangkan untuk Non Askes cukup baik kualitas pelayannya. Terbukti dari hasil uji hipotesis menunjukkan $T\text{-hitung} = -3,674 >$ dari $T\text{-tabel} = 2,064$ pada taraf signifikansi 5 % dua sisi, artinya hipotesis yang menyatakan ada perbedaan kualitas pelayanan antara peserta Askes dan Non Askes diterima. Perbedaan yang ditemukan di lapangan adalah dari sisi *Empathy* dan *Access*. *Empathy* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah yang berkaitan dengan perhatian/kepedulian perawat dan dokter yang memperlakukan berbeda kepada pasien peserta Askes dan Non Askes. Dari sisi *Access* yang dimaksud dalam penelitian ini berkaitan dengan kemudahan pengurusan administrasi dan kemudahan memperoleh informasi dari perawat/dokter. Perbedaan pelayanan peserta Askes relatif lebih sulit dibanding Non Askes

yang lebih mudah dan lebih sederhana. Selain itu sikap memomorduakan pasien Askes dari para perawat yang dirasa cukup mencolok perbedaannya.

Dengan demikian dapatlah penulis simpulkan bahwa dari hasil penelitian yang dilakukan untuk kepuasan masyarakat tidak ada perbedaan yaitu sama-sama kurang memuaskan, sedangkan untuk kualitas pelayanan ada perbedaan dilihat dari sisi *Empathy* dan *Access*, dimana untuk peserta Askes kurang baik kualitas pelayanannya sedangkan untuk Non Askes cukup baik. Faktor pembeda yang ditemukan di lapangan adalah sikap yang kurang ramah dan kurang sopan dari perawat terhadap pasien peserta Askes. Selain itu tingkat kemudahan dalam pengurusan administrasi dan pencarian informasi yang lebih mudah bagi pasien Non Askes dibandingkan dengan peserta Askes. Idealnya kualitas pelayanar yang diberikan adalah sama atau tidak berbeda, mengacu pada hasil temuan di lapangan dan korelasi hubungan item indikator variabel kualitas pelayanan dengan kepuasan masyarakat, ada beberapa item yang dapat dipakai acuan untuk meningkatkan kepuasan masyarakat melalui upaya meningkatkan indikator kualitas pelayanan yaitu: Untuk meningkatkan kepuasan masyarakat Non Askes, dapat dengan upaya peningkatan *Reliability*, *Tangibles*, dan *Empathy* dalam kaulitas pelayanannya melalui peningkatan ketepatan waktu dalam pelayanan, penyediaan fasilitas fisik lebih diperhatikan, perhatian serta

kepedulian dari perawat/dokter dalam melayani pasien lebih ditingkatkan. Sedangkan untuk peserta Askes upaya untuk lebih meningkatkan kepuasan masyarakat adalah dengan peningkatan *Courtesy*, *Empathy* dan *Access*. Dengan cara membudayakan sikap sopan, ramah, menghargai, menghormati dan bersahabat, perhatian/kepedulian perawat/dokter kepada pasien lebih ditingkatkan, penyederhanaan prosedur administrasi dan kemudahan pengurusan administrasi yang perlu semakin terus ditingkatkan. Implikasi dalam pengambilan kebijakan agar dapat menciptakan pelayanan prima adalah dengan mensosialisasikan pelayanan prima dan mengikutsertakan pegawai melalui pendidikan dan latihan atau kursus tentang pelayanan prima. Sehingga semua jajaran pemberi pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang dapat memahami peranannya dalam meningkatkan dan menciptakan kepuasan masyarakat.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Segala bentuk pelayanan sektor publik yang dilaksanakan aparatur pemerintah termasuk aparat yang bergerak dibidang perekonomian dalam bentuk barang dan atau jasa, yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dapat dikategorikan sebagai pelayanan publik (masyarakat). Dalam upaya lebih meningkatkan efektifitas dan efisiensi manajemen pelayanan publik (masyarakat) telah dipopulerkan gagasan mengenai "*Reinventing Government*", yang prinsip utamanya adalah memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat dan kerjasama dengan publik. Dengan mengacu teori di atas dan *Total Quality Management* serta *Total Quality Service* maka penelitian ini penulis lakukan.

Bagian ini akan menyajikan beberapa simpulan dan saran yang penulis anggap dapat memberi masukan dalam upaya semakin meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat sehingga nantinya akan mampu meningkatkan tingkat kepuasan masyarakat (pelanggan) khususnya di lokasi penelitian yaitu RSUP Dr. Kariadi Semarang.

A. SIMPULAN

1. Kesimpulan Umum dari penelitian ini dapat penulis sampaikan bahwa **tidak ada perbedaan** tingkat kepuasan masyarakat baik peserta Askes maupun Non Askes terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi

Semarang. Sehingga hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepuasan masyarakat baik Peserta Askes maupun Non Askes sama-sama merasakan kepuasan kualitas pelayanan yang tidak berbeda. Dari temuan di lapangan menunjukkan bahwa tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan masih **kurang memuaskan**. Dari hasil uji hipotesis terbukti bahwa $T\text{-hitung} = 1,355 < T\text{-tabel} = 2,064$, artinya hipotesis yang menyatakan ada perbedaan tingkat kepuasan masyarakat peserta Askes dan Non Askes terhadap kualitas pelayanan ditolak.

2. Dari penelitian ini dapat penulis sampaikan bahwa **ada perbedaan** kualitas pelayanan masyarakat baik peserta Askes maupun Non Askes di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan kualitas pelayanan antara Peserta Askes dan Non Askes, dimana kualitas pelayanan pasien Non Askes cukup baik sedangkan untuk pasien peserta Askes kurang baik. Faktor yang membedakan dari temuan di lapangan dapat dilihat dari *Access* dan *Empathy*. *Access* dalam hal ini meliputi kemudahan pengurusan administrasi dan kesediaan dokter/ perawat memberikan informasi kepada pasien atau keluarga pasien Non Askes lebih baik pelayanannya dibandingkan pelayanan kepada peserta Askes. Dari hasil uji hipotesis terbukti bahwa $T\text{-hitung} = -3,674 > T\text{-tabel} = 2,064$, artinya hipotesis yang menyatakan ada perbedaan kualitas pelayanan masyarakat antara peserta Askes dan Non Askes diterima.

B. SARAN

Setelah melihat hasil penelitian pada bab sebelumnya maka berikut ini akan penulis kemukakan saran-saran yang mungkin dapat bermanfaat dalam usaha untuk lebih meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1. Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan masyarakat yang nantinya akan mempengaruhi pada peningkatan kepuasan masyarakat secara umum penulis menyampaikan saran perlunya pemberdayaan Sumber Daya Manusia yang maksimal, peranan Kepemimpinan yang semakin mendukung tujuan organisasi kearah pelayanan prima, penyempurnaan strategi organisasi yang mampu menghadapi persaingan, meningkatkan keprofesionalan Sumber Daya Manusia, menyempurnakan sistem yang ada melalui penyederhaan birokrasi, membudayakan sikap ramah, kesopanan, rasa persahabatan dan menghargai.
2. Mengusahakan terciptanya pelayanan yang ideal yaitu pelayanan prima dengan tidak membeda-bedakan pelanggan (masyarakat) melalui pembudayaan sikap ramah, sikap sopan, sikap menghargai dan sikap penuh persahabatan pada semua jajaran pemberi pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
3. Peningkatan pemberian pelayanan yang mengarah pada pelayanan prima melalui pendidikan dan latihan serta kursus tentang pelayanan prima bagi semua jajaran pemberi pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

4. Dalam rangka meningkatkan kepuasan masyarakat perlu mengusahakan peningkatan kualitas pelayanan dengan mengacu pada sisi *Reliability*, *Tangibles* dan *Empahiy* untuk masyarakat Non Askes sedangkan untuk masyarakat peserta Askes dengan mengacu pada *Empathy*, *Access* dan *Courtesy*. Melalui peningkatan ketepatan waktu dalam pelayanan, penyediaan fasilitas fisik lebih diperhatikan, perhatian/kepedualian perawat atau dokter dalam melayani pasien lebih ditingkatkan, pembudayaan sikap sopan, ramah, menghargai, menghormati dan bersahabat dari perawat/dokter, penyederhanaan/kemudahan pengurusan administrasi dan secara terus menerus mensosialisasikan bentuk pelayanan prima disemua jajaran pemberi pelayanan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

- Aniroen, Soemarja, dkk, 193/1994, *Penyuluhan KB atau Kesehatan di Rumah Sakit*, Depkes, Dirjen Yan Medik, Dit RSKS, Proyek Pembangunan RS Swasta dan khusus Pusat, Jakarta.
- A.S, Moenir, 1998, *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Donald, John Mac, 1996, *Total Quality Control (TQC)*, Megapoin, Jakarta.
- Dwiyanto, Agus, 1995, *Penilaian Kerja Organisasi Pelayanan Publik*, UGM, Yogyakarta
- Gaspensz Vincent, 1997, *Manajemen Kualitas dalam Industri*, Gramedia, Jakarta.
- Hadi, Sutrisno, 1993, *Metodologi Research*, Ar di Offset, Yogyakarta.
- Ibrahim, Budi, 1997, *T.Q.M (Total Quality Manajemen) Panduan untuk Menghadapi Persaingan Global*, Djembatan, Jakarta.
- Koenjtaraningrat, 1983, *Metode-metode Penelitian Masyarakat*, Gramedia Jakarta.
- Mulyadi, 1998, *Total Quality Management*, UGM, Yogyakarta.
- Sianipar, JP. G., 1998 *Manajemen Pelayanan Masyarakat*, Lembaga Administrasi Negara, Jakarta
- Sidney Siegel, 1986, *Statistik Non-Parametrik untuk Ilmu-ilmu Sosial*, Gramedia, Jakarta.
- Singarimbun, Masri dan Sofian Effendi, 1998, *Metode Penelitian Survey*, LP3ES, Jakarta.
- Sugiyono, 2001, *Metodologi Penelitian Administrasi*, Alfabeta, Bandung.
- Suharsini, Arikunto, 1983, *Prosedur Penelitian*, Jakarta, Bina Aksara.
- Sundarso, 1996, *Perencanaan Penulisan Proposal Penelitian Organisasi dan Metode*, Program Studi Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Diponegoro, Semarang.

- Surachmad, Winarno, 1980, *Dasar Teknik Research*, Tarsito, Bandung.
- Tjiptono, Fandy dan Anastasi Diana, 1997, *TQM (Total Quality Management)*, Andi, Yogyakarta.
- Tjiptono, Fandy, 1998, *Prinsip-prinsip Total Quality Service (TQS)*, Andi, Yogyakarta.
- W, James, Cortada, 1996, *Total Quality Managemeat dalam Sistem Informasi Manajemen*, Andi, Yogyakarta.
- Y. Warella, 1997, *Administrasi Negara dan Kualitas Pelayanan Publik*, Pidato Pengukuhan pada Upacara Peresmian Jabatan Guru Besar Madya Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Diponegoro Semarang, Badan Penerbit Undip, Semarang.
- , Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 262/Meskes/Per/VII/1979, *Tentang Standarisasi Ketenagaan Rumah Sakit Pemerintah*.
- , SK Menkes Nomor : 546/Menkes/VI/1994, *Tentang Sturktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Kariadi Semarang*.
- , Laporan Tahunan Tahun Anggaran 1997/1998 Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi, Sub Bagian Penyusunan Program dan Evaluasi, Bagian Perencanaan dan Informasi RSUP Dr. Kariadi, Semarang.
- , 1993, *Pokok-pokok Kepemimpinan*, Diklat Jarak Jauh Sepala, LANRI.