

362.110

ASR

a e.1

ANALISIS KUALITAS PELAYANAN (*Service Performance Quality*) PADA RUMAH SAKIT PELAYANAN KESEHATAN UMUM (PKU) MUHAMMADIYAH KARANGANYAR SURAKARTA

TESIS

Diajukan kepada Pengelola Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro Untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh Derajat Sarjana - S2 Magister Manajemen



Diajukan oleh :

Nama : Triana Mirasari Asrikusuma

NIM : C 4AO 98089

**PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
TAHUN 2000**

Tesis berjudul

**ANALISIS KUALITAS PELAYANAN (*Service Performance Quality*) PADA
RUMAH SAKIT PELAYANAN KESEHATAN UMUM (PKU)
MUHAMMADIYAH KARANGANYAR SURAKARTA**

*yang dipersiapkan dan disusun oleh :
Triana Mirasari Asrikusuma*

*telah dipertahankan didepan Dewan Penguji pada tanggal 21 Juni 2000
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima*

Susunan Dewan Penguji

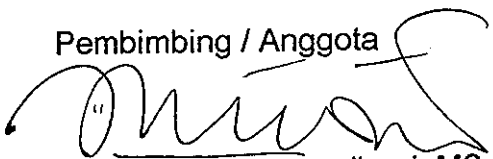
Pembimbing Utama / Ketua


Prof. Drs. Soehardjo

Anggota Penguji Lain


Drs. J. Suğiarto PH, SU

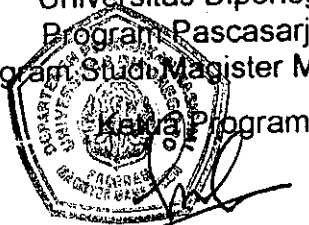
Pembimbing / Anggota


Dra. Amie Kusumawardhani, MSc.


Dra. Hj. Indi Djastuti, MS


Drs. Sutopo, MS

Semarang, Juni 2000
Universitas Diponegoro
Program Pascasarjana
Program Studi Magister Manajemen



Prof. Dr. Suyudi Mangunwiharjo

Motto :

*" Seseorang harus mempunyai
prinsip yang kuat dalam kehidupannya
dan
sesuatu akan menjadi ibadah
apabila niat dan cara yang benar menurut
I S L A M "*

*Kupersembahkan untuk :
Yang Kusayangi Bapak, Mama, Eyang Hj. Rr. Siti Fatima,
dan Eyang R. Amir Andikin Kartosudirdjo (Alm).*

ABSTRACT

Following the increasing of the education level and standard of living of the society as an Indonesian establishment result, makes so increase of the society demand about medical services. So, hospital will be demanded to give service more better. Basic on pre-survey has done hospital's service performance quality is estimated still bad. To know how far the health successful service in a hospital, it has done research about : "Service Performance Quality Analysis in Pelayanan Kesehatan Umum (PKU) Muhammadiyah Karanganyar Hospital, Surakarta". This research as a marketing strategic observation in order to know in-patient satisfaction level concern hospital health service, to know about the significant relation between patient satisfaction level passing hospital's service performance quality with arrival service hospital, paramedic service, hospital facility and food menu prepare, the service when check out from hospital, and so to know about gap between patient satisfaction's expectation and reality.

This research subjects are patients with in-patient service in PKU Muhammadiyah Karanganyar Hospital. Sample take in a Purposive Random Sampling with the determine criteria. The research instruments are leaves of questionnaire, which fill up by respondents. The analysis do with give a score value, Chi-Square technique of analysis, and GAP Theory. Result of analysis could be described that PKU Muhammadiyah Karanganyar Hospital at Karanganyar is a private hospital which owner by Muhammadiyah, it's a type C class private hospital and having 72 beds in its capacity with Bed Occupancy Rate 45,86 % in 1998. The majority of the patient's economy is middle to low class (elementary education, farmer, and the income is less than Rp 100.000,- per month), they lived arround the hospital location, the family give very important role in the circle of the patient, patients are responsible to pay the cost treatment themselves, patient know about PKU Muhammadiyah Karanganyar Hospital by themselves. The patient's satisfaction rate is great and they have willingness to find the same in-patient services. PKU Muhammadiyah Karanganyar Hospital have a point things to give much attention to cleanliness of bathrooms / wc, drugstore completeness, caring room completeness, nuseses quickness, and hospital check in procedures.

This study concludes that the patients' satisfaction level of in-patient services are very satisfy. Moreover, the relationship between service performance variables is significant and close-knit. But, basic on GAP Theory patient has proved very not satisfy. More high service performance quality level will make rises patient quantity to choose PKU Muhammadiyah Karanganyar Hospital, and so the Bed Occupancy Rate rises too.

ABSTRAK

Dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan taraf hidup masyarakat sebagai hasil pembangunan di Indonesia, maka semakin meningkat pula tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, sehingga rumah sakit akan semakin dituntut pula untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Berdasarkan pada pra-survey yang telah dilakukan, kualitas pelayanan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta dinilai masih kurang baik. Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan pelayanan kesehatan pada suatu rumah sakit, maka telah dilaksanakan penelitian mengenai : "Analisis Kualitas Pelayanan (*Service Performance Quality*) Pada Rumah Sakit Pelayanan Kesehatan Umum (PKU) Muhammadiyah Karanganyar Surakarta". Penelitian ini merupakan suatu tinjauan strategi pemasaran guna mengetahui tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan jasa kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit, mengetahui adanya hubungan yang signifikan antara tingkat kepuasan pasien rawat inap melalui kualitas pelayanan rumah sakit dengan pelayanan saat masuk rumah sakit, pelayanan paramedis, fasilitas rumah sakit dan menu makanan yang telah disediakan oleh pihak rumah sakit, dan pelayanan saat keluar rumah sakit, serta untuk mengetahui kesenjangan antara harapan dan kenyataan kepuasan pasien.

Subyek penelitian ini adalah pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta. Sampel diambil secara *Purposive Random Sampling* dengan kriteria yang sudah ditentukan. Alat penelitian berupa lembar kuesioner yang diisi sendiri oleh responden. Analisis dilakukan dengan pemberian bobot nilai (*score*), teknik analisis *Chi-Square*, dan teori gap / kesenjangan. Hasil analisis dapat disimpulkan bahwa RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta berada di Kabupaten Karanganyar adalah rumah sakit swasta milik Muhammadiyah, merupakan rumah sakit swasta tipe C berkapasitas 72 tempat tidur dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) 45,86 % pada tahun 1998. Pasien kebanyakan golongan ekonomi menengah kebawah (pendidikan SD, mata pencaharian petani, penghasilan kurang dari Rp 100.000,-), bertempat tinggal berdekatan dengan lokasi RS PKU Muhammadiyah Karanganyar, keluarga sangat berperan aktif di lingkungan pasien, biaya perawatan ditanggung sendiri, pasien mengetahui RS PKU Muhammadiyah Karanganyar dengan sendirinya. Rata-rata pasien sangat puas dirawat inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar dan diharapkan berminat untuk mendapatkan pelayanan yang sama. RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta yang paling utama perlu memberikan perhatian terhadap kebersihan kamar mandi / wc, kelengkapan apotik, kelengkapan ruang rawat, kecepatan perawat, dan prosedur saat masuk rumah sakit.

Hasil analisis penelitian dapat disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien rata-rata adalah sangat puas, serta adanya hubungan yang signifikan dan erat hubungannya antara variabel-variabel pelayanan kesehatan rumah sakit. Tetapi berdasarkan teori gap, pasien dinyatakan sangat tidak puas. Semakin tinggi kualitas pelayanan jasa kesehatan rumah sakit maka semakin meningkat jumlah pasien yang memilih RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta sehingga dapat pula meningkatkan BOR-nya.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul *“Analisis Kualitas Pelayanan (Service Performance Quality) Pada Rumah Sakit Pelayanan Kesehatan Umum (PKU) Muhammadiyah Karanganyar Surakarta”*. Alhamdulillah.

Penyusunan tesis ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh derajat sarjana S-2 Program Studi Magister Manajemen pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini penulis telah banyak menerima bantuan yang sangat berharga baik dalam bentuk bimbingan, informasi, dorongan moril maupun dorongan materiil sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. Suyudi Mangunwiharjo selaku Direktur Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang.
2. Bapak Dr. Augusty T. Ferdinand, MBA selaku Deputy Direktur Bidang Akademik Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang.
3. Bapak Prof. Drs. Soehardjo dan Ibu Dra. Amie Kusumawardhani, Msc. Selaku Dosen Pembimbing I dan II yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan sehingga terselesaikannya tesis ini.
4. Ibu dr. Eny Nurhidayati selaku Sekertaris Executive RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta yang telah berkenan memberikan ijin penulis untuk melakukan penelitian di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.
5. Ibu dr. Hj. Siti Mulyowati, Mkes selaku Direktur Umum dan Keuangan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta yang telah memberikan bantuan dan nasehat sehingga tesis ini selesai.

6. Ibu dr. Hj. Endah Umar selaku Direktur Medik RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.
7. Seluruh staf dan karyawan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta yang telah meluangkan waktu untuk membantu dalam pengumpulan data dan informasi yang diperlukan penulis selama penelitian.
8. Yang kusayangi dan kucintai Mama Rr. Sri Amariati, Bsc dan Bapak Ir. Yahya S. Asrikusuma, yang senantiasa memberikan dorongan dan semangat baik moril maupun materiil selama penyusunan tesis ini.
9. Ibu Hj. Iyus Rukmini Atmaja, SH di Bandung selaku Kepala Dinas Tenaga Kerja Propinsi Jawa Barat yang telah memberikan bantuan dan semangat selama kuliah hingga tesis ini selesai.
10. Teman-teman karib yang dengan setulus hati telah memberikan semangat dan selalu menemani dalam pengerjaan tesis ini.
11. Teman-teman angkatan IX pagi khususnya kelas konsentrasi manajemen strategik Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang.
12. Semua pihak yang telah membantu hingga terselesaikannya penyusunan tesis ini, yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan dan semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Amien.

Semarang, Mei 2000

Penulis

TRIANA MIRASARI ASRIKUSUMA

DAFTAR ISI

	Halaman
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xii
Daftar Grafik	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Perumusan masalah	6
1.3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian	7
BAB II TELAAH PUSTAKA DAN HIPOTESIS	9
2.1. Telaah Pustaka	9
2.1.1. Pengertian Pemasaran	9
2.1.2. Pengertian Jasa	11
2.1.2.1. Pengertian Kualitas Jasa	12
2.1.3. Pengertian Perilaku Konsumen	13
2.1.4. Kepuasan Pelanggan	14
2.1.5. Pengertian Pelayanan Rawat Inap	18
2.1.5.1. Pelayanan	18
2.1.5.2. Pelayanan Rawat Inap	19
2.1.6. Manajemen Rumah Sakit	23
2.2. Penelitian Terdahulu	30
2.3. Kerangka Pemikiran Teoritis	35
2.4. Hipotesis dan Definisi Operasional Variabel	40
2.4.1. Hipotesis Penelitian	40
2.4.2. Definisi Operasional Variabel	40

BAB III METODE PENELITIAN	44
3.1. Jenis Data	44
3.2. Populasi dan Sampel	44
3.3. Metode Pengumpulan Data	46
3.4. Teknis Analisis	44
3.4.1. Pemberian Bobot Nilai (<i>score</i>)	49
3.4.2. <i>Chi – Square</i>	50
3.4.3. Teori <i>GAP</i> / Kesenjangan	52
 BAB IV GAMBARAN UMUM RS PKU MUHAMMADIYAH	
KARANGANYAR SURAKARTA	54
4.1. Sejarah RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta ...	54
4.2. Jenis Pelayanan	55
4.3. Struktur Organisasi	59
 BAB V PEMBAHASAN DAN HASIL PENELITIAN	67
5.1. Uji Validitas dan Reliabilitas	68
5.2. Analisis Kualitatif	69
5.3. Analisis Kuantitatif	84
5.3.1. Penentuan <i>Score</i>	84
5.3.2. Hasil Analisis <i>Chi – Square</i>	89
5.3.3. Hasil Analisis Teori <i>GAP</i> / Kesenjangan	112
5.4. Implementasi Strategis	117
 BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	122
6.1. Kesimpulan	122
6.2. Implementasi	128
6.3. Saran	130
 DAFTAR PUSTAKA	132
RIWAYAT HIDUP	134
Surat Ijin Penelitian	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1. Rekapitulasi Kegiatan Rawat Inap Berdasarkan Hari Rawat Inap, BOR, BTO, TOI, LOS, NDR, dan GDR RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Desember 1998	3
1.2. Rekapitulasi Kegiatan Rawat Inap Berdasarkan BOR, BTO, TOI, LOS, NDR, dan GDR RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Desember 1998	3
5.1. Kelas Rawat Inap Yang Dipilih Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	70
5.2. Jenis Kelamin Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	71
5.3. Usia Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	72
5.4. Status Perkawinan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	73
5.5. Tingkat Pendidikan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	74
5.6. Pekerjaan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	75
5.7. Tingkat Pendapatan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	76
5.8. Jumlah Tanggungan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bukan Januari – Maret 2000	77
5.9. Penanggung Jawab Biaya Pengobatan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	78
5.10. Sumber Informasi Yang Didapat Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	79

5.11. Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Pernah Atau Tidak Pernah Dirawat Di RS Yang Sama (Bulan Januari – Maret 2000).	80
5.12. Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Pernah Atau Tidak Pernah Dirawat Di RS Swasta Lain (Bulan Januari – Maret 2000)	81
5.13. Keluarga Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Pernah Atau Tidak Pernah Dirawat Di RS Yang Sama (Bulan Januari – Maret 2000)	82
5.14. Keluarga Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Pernah Atau Tidak Pernah Dirawat Di RS Swasta Lain (Bulan Januari – Maret 2000)	82
5.15. Pembawa Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	83
5.16. Perhitungan <i>Score</i>	85
5.17. Pengujian <i>Chi-Square</i> Kelas Rawat Inap Dengan Tingkat Kepuasan Pasien	90
5.18. Pengujian <i>Chi-Square</i> Jenis Kelamin Dengan Tingkat Kepuasan Pasien	96
5.19. Pengujian <i>Chi-Square</i> Tingkat Pendidikan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien	98
5.20. Pengujian <i>Chi-Square</i> Pekerjaan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien	101
5.21. Pengujian <i>Chi-Square</i> Pendapatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien	104
5.22. Tabel Pengujian Koefisien Kontingensi Dan Koefisien Maksimum	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1. Konsep Kepuasan Pelanggan	15
2.2. Manajemen Rumah Sakit	24
2.3. Tiga Langkah Utama Pasar Sasaran	26
2.4. Kerangka Pemikiran Teoritis	39

DAFTAR GRAFIK

Grafik	Halaman
5.1. GAP Kepuasan Pasien Pada Palayanan Check In RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	112
5.2. GAP Kepuasan Pasien Pada Palayanan Paramedis RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	113
5.3. GAP Kepuasan Pasien Pada Fasilitas Rumah Sakit dan Menu Makanan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	114
5.4. GAP Kepuasan Pasien Pada Palayanan Check Out RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000	115

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

- A Struktur Organisasi RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta
- B Rekapitulasi Kegiatan Rawat Inap Berdasarkan Spesialisasi Penyakit RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Desember 1998
- C Rekapitulasi Kegiatan Rawat Inap Berdasarkan Kelas pemondokan Dan Perincian Pesien Pulang RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Desember 1998
- D Fasilitas Kamar Pemondokan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta
- E Daftar Tarif RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta
- F Kuesioner Bagi Pasien
- G Hasil Data Kuesioner
- H Hasil Validitas
- I Hasil Reliabilitas
- J Koefisien Korelasi Pembobotan
- K Tabel Chi-Square

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Perjalanan industri rumah sakit beberapa tahun terakhir ini dan di masa depan kelihatannya akan ada perubahan yang cukup berarti. Hal tersebut dipicu oleh beberapa faktor baik dari segi adanya deregulasi di bidang kesehatan maupun keberhasilan dari perkembangan yang dilaksanakan di segala sektor.

Rumah sakit adalah salah satu bentuk organisasi pelayanan kesehatan khususnya terkait dengan upaya kesehatan rujukan yang mendukung upaya kesehatan Puskesmas. Ditinjau dari fungsi pelayanan mula-mula rumah sakit memberikan pelayanan yang mengutamakan penyembuhan belaka, tetapi sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi serta sosial budaya, maka fungsi tersebut berkembang ke arah pelayanan yang komprehensif dan terintegrasi yang mencakup upaya penyembuhan dan pemulihan yang didukung oleh upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan yang berarti. Selain itu masih terdapat fungsi pendidikan dan penelitian yang dapat menunjang peningkatan fungsi pelayanan secara keseluruhan.

Secara lebih spesifik gambaran kegiatan rumah sakit ditunjukkan dalam indikator pelayanan yang memiliki keekatan hubungan dengan kegiatan pelayanan rawat inap sebuah rumah sakit.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1993), terdapat empat indikator yang menjadi tolok ukur dan faktor penentu keberhasilan kinerja unit rawat inap sebuah rumah sakit, yaitu :

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR) → nilai impas : 60 % dan nilai ideal : 85 %
2. *Average Length Of Stay* (Av. LOS) → ideal : 6 s/d 9 hari
3. *Bed Turn Over* (BTO) → ideal : 40 – 50 kali / tahun
4. *Turn Over Internal* (TOI) → ideal : tempat tidur kosong 1 – 3 hari

Pendapat Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI (1995) menyatakan bahwa untuk menilai tingkat keberhasilan adalah dengan memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit, biasanya dilihat dari berbagai segi, yaitu :

1. tingkat pemanfaatan sarana pelayanan
2. mutu pelayanan
3. tingkat efisiensi pelayanan

sehingga dibutuhkan indikator untuk menjadi tolok ukur penilaian di atas.

Pada tabel di bawah ini memperlihatkan empat indikator kinerja unit rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

Tabel 1.1. Rekapitulasi Kegiatan Rawat Inap Berdasarkan Hari Rawat Inap, BOR, BTO, TOI, LOS, NDR, Dan GDR RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Desember 1998

Ket. Bulan	Hari Rawat	BOR (%)	BTO (kali / th)	TOI (hari)	LOS (hari)	NDR (per mil)	GDR (per mil)
Januari	1574	70,5	7,21	3,26	3,03	0	5,78
Febuari	1197	55,4	5,66	4,29	5,93	0	1047
Maret	1044	48,3	5,01	5,19	2,89	2,77	5,54
April	1026	47,5	5,05	4,93	2,81	5,49	5,54
Mei	1197	55,4	5,56	4,57	2,99	2,5	12,5
Juni	856	39,6	4,15	6,22	2,86	3,34	6,68
Juli	1026	47,5	6,56	5,41	2,94	2,87	5,74
Agustus	1117	51,7	5,07	4,91	3,06	8,22	7,49
September	735	24,1	3,97	6,8	2,56	3,5	10,5
Oktober	698	28,7	4,18	6,65	2,23	0	23,2
November	815	37,7	4,57	5,56	2,82	3,04	15,2
Desember	982	43,9	5,13	5,02	2,65	8,11	18,9
Jumlah	12247						
Rata-rata	1020,6	45,86	5,177	5,23	2,81	3,32	9,88

Sumber : RS. PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta

Tabel 1.2. Rekapitulasi Kegiatan Rawat Inap Berdasarkan BOR, BTO, TOI, LOS, NDR, Dan GDR RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Desember 1999

Ket. Bulan	BOR (%)	BTO (kali / th)	TOI (hari)	LOS (hari)	NDR (per mil)	GDR (per mil)
Januari	53,5	6,25	3,01	3,08	8,89	31,1
Febuari	50,45	5,39	3,28	3,35	7,73	18
Maret	51,84	5,58	3,24	3,32	7,46	17,4
April	50,4	5,18	3,35	3,43	5,36	8,1
Mei	49,87	5,4	3,3	3,38	12,85	20,5
Juni	51,65	5,54	3,2	3,28	2,51	17,5
Juli	50,49	5,56	3,24	3,32	17,5	25
Agustus	57,91	5,76	3,42	3,49	9,6	19,3
September	56,23	5,6	3,48	3,57	10,2	20,4
Oktober	56,85	5,45	3,65	3,74	5,2	31,4
November	79,41	7,7	3,37	3,43	3,7	11,13
Desember	89,2	8,6	3,49	3,54	3,32	13,3
Rata-rata	58,15	6	3,34	3,41	7,86	19,43

Sumber : RS. PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta

Dari tabel di atas terlihat bahwa sepanjang tahun 1998 rata-rata BOR hanya 45,86 % dan BOR tahun 1999 naik menjadi 58,15 %. Walaupun demikian BOR RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta belum mencapai nilai impas BOR standar sehingga hal ini merupakan kendala utama bagi rumah sakit tersebut. Bahkan tingkat rata-rata BOR yang rendah tersebut, juga diperburuk dengan tingkat fluktuasi yang tinggi dan kecenderungan menurun dari bulan ke bulan. Rata-rata BTO 1998 hanya 5,177 kali dan BTO 1999 naik menjadi 6 kali, hal ini disebabkan karena rata-rata BOR yang dicapai juga rendah. Nilai TOI 1998 melebihi dari nilai ideal yang diharapkan. Hal ini menunjukkan jumlah pasien rawat inap yang masuk rumah sakit berfluktuasi menurun atau jarang, karena tempat tidur tidak ditempati lebih dari 3 hari. TOI 1999 telah menurun hampir mencapai nilai ideal. Nilai rata-rata LOS hanya mencapai 2,81 hari dan LOS 1999 menjadi 3,41 hari. Hal tersebut dikarenakan RS PKU Muhammadiyah hanya menerima pasien dengan keluhan yang ringan-ringan saja, sedangkan pasien yang sakit parah akan dirujuk ke rumah sakit lain yang lebih lengkap peralatan dan fasilitas rumah sakitnya. Dari analisis diatas, menunjukkan bahwa indikator yang menjadi tolok ukur kinerja unit rawat inap belum mencapai nilai standar yang telah ditetapkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Tetapi nilai rata-rata Net Death Rate dan Gross Death Rate telah memenuhi syarat ideal.

Seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan, taraf hidup serta perkembangan ilmu pengetahuan masyarakat menjadi lebih kritis dalam menilai penampilan rumah sakit dan mereka menuntut pelayanan yang bermutu. Mereka menganggap persepsi konsumen mengenai kepuasan adalah hak yang harus mereka

terima. Dari uraian diatas menunjukkan bahwa penelitian tentang kualitas pelayanan kesehatan, dalam hal ini untuk kepuasan pasien rawat inap rumah sakit merupakan salah satu dasar untuk implementasi strategi pemasaran yang perlu dikerjakan oleh rumah sakit, karena hidup matinya sebuah rumah sakit sangat tergantung pada diterima atau tidaknya produk yang ditawarkan kepada pasien. Produk yang dapat memenuhi selera pasien secara otomatis akan dibeli oleh pasien. Produk rumah sakit adalah pelayanan kesehatan yang berupa jasa, yang sangat beraneka ragam, dimana selalu diproduksi dan dikonsumsi pada saat yang bersamaan, konsumen akan terlibat secara aktif dalam proses pertukaran tersebut, jasa tersebut dapat dinikmati setelah proses produksi dan konsumsi yang harus diselenggarakan secara bersamaan itu selesai, setiap pasien memerlukan pelayanan kesehatan yang berbeda dengan pasien lainnya. Hampir seluruh pasien memakai produk jasa bukan atas kemauannya sendiri. Mereka datang karena keadaan yang terpaksa disertai perasaan khawatir atas kesehatan bahkan atas kelangsungan hidupnya.

Dalam usaha mengetahui kebutuhan dan keinginan masyarakat akan pelayanan rumah sakit yang semakin meningkat, perlu dilaksanakan penelitian mengenai kualitas pelayanan jasa pada sebuah rumah sakit. Dengan latar belakang inilah penulis mengangkat judul dalam penelitian: “Analisis Kualitas Pelayanan (*Service Performance Quality*) Pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar – Surakarta”, yang merupakan suatu tinjauan strategi pemasaran.

1.2. Perumusan Masalah

Salah satu dari empat indikator yang menjadi tolok ukur dan faktor penentu keberhasilan kinerja unit rawat inap sebuah rumah sakit adalah *Bed Occupancy Rate* (BOR). BOR tersebut mencerminkan tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit dimana menunjukkan jumlah pasien yang telah dirawat. Dengan kata lain BOR mencerminkan jumlah konsumen yang memilih menggunakan jasa pelayanan rumah sakit yang bersangkutan.

Berdasarkan laporan tahunan rumah sakit, BOR merupakan pendapatan kedua terbesar setelah obat-obatan. BOR dan obat-obatan sangat erat kaitannya, oleh karena itu BOR sebagai dampak dari kepuasan pasien rawat inap merupakan hal utama bagi peningkatan pendapatan di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar.

BOR yang menurun belum tentu menunjukkan adanya penurunan kinerja manajemen pihak rumah sakit. Hal ini mungkin dapat disebabkan karena pasien berpaling pada rumah sakit swasta lain yang sederajat atau rumah sakit pemerintah lainnya yang dianggap lebih baik dari rumah sakit yang bersangkutan. Atau juga dapat dikarenakan semakin meningkatnya pendidikan kesehatan masyarakat sehingga kondisi kesehatan masyarakat yang semakin meningkat. RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta mendapat ijin tetap sebagai rumah sakit dari Departemen Kesehatan RI pada pertengahan tahun 1998 sehingga pada usia yang relatif muda tersebut RS PKU Muhammadiyah Karanganyar masih terdapat banyak kekurangan baik dari segi materi maupun segi kualitas pelayanannya. Berdasarkan pra-survey yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kualitas pelayanan RS PKU

Muhammadiyah Karanganyar Surakarta masih kurang baik. Hal ini terlihat dari keadaan fisik dan kebersihan ruang rawat kelas IIA dan kelas III, serta kebersihan kamar mandi dan wc yang tidak terjaga. Untuk itu rumah sakit perlu mengetahui :

1. Bagaimana tingkat kepuasan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar terhadap pelayanan jasa yang dilakukan di rumah sakit tersebut.
2. Seberapa erat hubungan antara tingkat kepuasan pasien rawat inap melalui kualitas pelayanan RS dengan faktor-faktor pelayanan saat masuk RS, pelayanan paramedis, fasilitas RS dan menu makanan, serta pelayanan saat keluar RS.

1.3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1.3.1. Tujuan Penelitian :

1. Mengidentifikasi tingkat kepuasan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar terhadap pelayanan jasa yang dilakukan di rumah sakit tersebut.
2. Menganalisis seberapa erat hubungan antara tingkat kepuasan pasien rawat inap melalui kualitas pelayanan RS dengan faktor – faktor pelayanan saat masuk RS, pelayanan paramedis, fasilitas RS dan menu makanan, serta pelayanan saat keluar RS.

1.3.2. Kegunaan Penelitian :

Hasil penelitian ini dapat berguna :

1. Bagi RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan untuk mengambil keputusan dalam menentukan kualitas pelayanan pada rumah sakit tersebut.
2. Hasil penelitian ini dapat juga dijadikan sebagai masukan untuk menentukan strategi pemasaran khususnya dalam hal segmentasi, targeting, dan posisi pasar.
3. Bagi pihak lain, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi mengenai Kualitas Pelayanan (*Service Performance Quality*) Pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

BAB II

TELAAH PUSTAKA DAN HIPOTESIS

2.1. Telaah Pustaka

2.1.1. Pengertian Pemasaran

Pemasaran merupakan suatu rangkaian kegiatan manusia yang berhubungan langsung dengan pasar, dalam rangka mewujudkan suatu pertukaran potensial dengan tujuan memuaskan kebutuhan dan keinginan konsumen. Pemasaran merupakan suatu proses yang berlangsung sejak sebelum produk itu dibuat sampai produk siap dipasarkan atau sampai mencapai konsumen.

Pemasaran menurut Kotler (1989) mendefinisikan kegiatan pemasaran sebagai kegiatan manusia yang diarahkan untuk memuaskan kebutuhan dan keinginan melalui proses pertukaran.

Pengertian ini menunjukkan bahwa inti kegiatan pemasaran di rumah sakit adalah terjadinya proses pertukaran yang menguntungkan antara rumah sakit dan pasien. Proses pertukaran terjadi apabila kedua belah pihak yang mempunyai kebutuhan dan keinginan yang berbeda itu mendapatkan kepuasan dalam aktifitas pertukaran tersebut. Rumah sakit mempunyai kepentingan menjual jasa untuk meraih laba, sedangkan pasien membeli jasa untuk memenuhi kebutuhan dan keinginannya. Keberhasilan suatu kegiatan pemasaran sangat tergantung kepada bagaimana konsumen menilai produk yang dihasilkan oleh perusahaan. Perusahaan yang jeli adalah perusahaan yang mampu mengantisipasi penilaian konsumen terhadap produk

yang dihasilkan. Konsep pemasaran bertujuan memberikan kepuasan terhadap keinginan dan kebutuhan pembeli / konsumen / pasien. Konsep pemasaran ini merupakan suatu filsafat bisnis yang menjadi pegangan bagi para manager pemasaran dalam melaksanakan pemasaran.

Konsep pemasaran menurut Kotler (1991), adalah kunci untuk mencapai tujuan organisasi terdiri dari penentuan kebutuhan dan keinginan pasar, sasaran, dan penyerahan produk yang memuaskan secara lebih efektif dan efisien dibandingkan para pesaing.

Dengan memperhatikan pengertian tersebut, maka konsep pemasaran sebagai suatu filsafat bisnis terutama harus bertujuan untuk memuaskan kebutuhan dan keinginan konsumen atau pasar sasaran dengan menentukan terlebih dahulu apa kebutuhan dan keinginan atau pasar sasaran untuk mencapai sukses bagi perusahaan.

Untuk memberikan kepuasan konsumen secara optimal, semua elemen-elemen pemasaran yang ada harus dikoordinasikan dan diintegrasikan. Disamping itu, juga harus dihindari adanya pertentangan didalam perusahaan maupun antar perusahaan dengan pasarnya. Jadi dapat disimpulkan bahwa didalam perusahaan setiap orang dan setiap bagian harus turut berkecimpung dalam usaha yang terkoordinir untuk memberikan kepuasan kepada konsumen, sehingga tujuan perusahaan dapat direalisasi.

Tujuan menggunakan konsep pemasaran supaya hubungan dengan konsumen menjadi erat dan lebih baik, sehingga dapat meningkatkan volume penjualan dan dapat mengoptimalkan laba. Dengan laba perusahaan dapat tumbuh dan

berkembang, dapat menggunakan kemampuan yang lebih besar, dapat memberikan tingkat kepuasan yang lebih besar pada konsumen, serta dapat memperkuat kondisi perekonomian secara keseluruhan. Jadi tanpa laba, perusahaan akan sulit untuk berkembang. Perlu diingat bahwa semua tujuan sosial dari sebuah organisasi sangat tergantung pada kelangsungan hidup dan pertumbuhan jangka panjang. Hal ini tidak mungkin dilaksanakan tanpa adanya laba. Laba itu sendiri merupakan pencerminan dari usaha-usaha perusahaan yang berhasil memberikan kepuasan kepada konsumen.

2.1.2. Pengertian Jasa

Menurut Tjiptono (1994), jasa adalah setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Produksi jasa bisa berhubungan dengan produk fisik maupun tidak.

Perbedaan secara tegas antara barang dan jasa seringkali sukar dilakukan. Hal ini dikarenakan pembelian suatu barang seringkali disertai dengan jasa-jasa tertentu (misalnya pemberian garansi, pelatihan dan bimbingan operasional, serta reparasi) dan sebaliknya pembelian suatu jasa seringkali juga melibatkan barang-barang yang melengkapinya (misalnya telpon dalam jasa telekomunikasi). Dalam mengkonsumsi jasa, peranan *contact personnel* antara pembeli dan penjual secara langsung sangatlah penting dalam menentukan kualitas jasa tersebut, oleh karena itu setiap perusahaan memerlukan *service excellence* atau jasa yang baik sekali. Dalam hal ini

jasa yang diberikan kepada konsumen harus memuaskan konsumen tersebut. Secara garis besar ada empat unsur pokok dalam konsep ini, yaitu :

1. Kecepatan
2. Ketepatan
3. Keramahan
4. Kenyamanan

Ke empat komponen tersebut merupakan satu kesatuan pelayanan yang terintegrasi, maksudnya pelayanan atau jasa menjadi tidak *excellence* bila ada komponen yang kurang.

2.1.2.1. Pengertian Kualitas Jasa

Menurut Goetsh & Davis (1994), yaitu bahwa kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Definisi kualitas jasa berpusat pada upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan pelanggan serta ketepatan penyampaiannya untuk mengimbangi harapan pelanggan. Menurut Wyckof (dalam Lovelock, 1988), kualitas jasa adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Dengan kata lain ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas jasa, yaitu *expected service* dan *perceived service* (Parasuraman, et al.(1985)).

Apabila jasa yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika jasa yang

diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik tidaknya kualitas jasa tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten.

2.1.3. Pengertian Perilaku Konsumen

Menurut Darminta (1986), perilaku adalah suatu perbuatan yang layak bagi manusia. Perilaku konsumen menurut Engel (1994) didefinisikan sebagai tindakan yang langsung terlibat dalam mendapatkan, mengkonsumsi, dan menghabiskan produk dan jasa, termasuk proses keputusan yang mendahului dan menyusuli tindakan ini.

Perilaku konsumen memiliki kepentingan khusus bagi orang yang, karena berbagai alasan, berhasrat mempengaruhi atau mengubah perilaku itu, termasuk mereka yang kepentingan utamanya adalah pemasaran, pendidikan, dan perlindungan konsumen serta kebijakan umum.

Kedaulatan konsumen menyajikan tantangan yang berat, tetapi pemasaran yang terampil dapat mempengaruhi baik motivasi maupun perilaku bila produk atau jasa yang ditawarkan didesain untuk memenuhi kebutuhan pelanggan. Keberhasilan penjualan terjadi karena permintaan memang sudah ada atau masalah *laten* dan menunggu aktivitas oleh tawaran pemasaran yang tepat.

2.1.4. Kepuasan Pelanggan

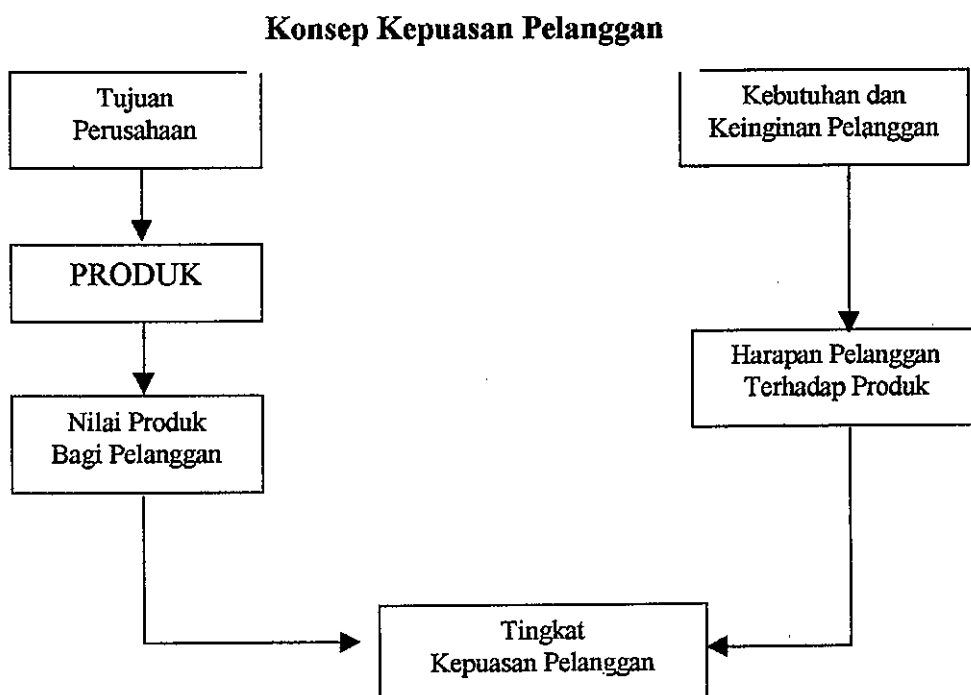
Sebenarnya konsep kepuasan pelanggan masih bersifat abstrak. Pencapaian kepuasan dapat merupakan proses yang sederhana, maupun kompleks dan rumit. Dalam hal ini peranan setiap individu dalam *service encounter* sangatlah penting dan berpengaruh terhadap kepuasan yang dibentuk. Untuk dapat mengetahui tingkat kepuasan pelanggan secara lebih baik, maka perlu dipahami pula sebab-sebab kepuasan. Pelanggan tidak cuma lebih banyak kecewa pada jasa daripada barang, tetapi mereka juga jarang mengeluh. Salah satu alasannya adalah karena mereka juga ikut terlibat dalam proses penciptaan jasa.

Banyak pakar yang memberikan pengertian mengenai kepuasan pelanggan. Day dalam Tse dan Wilton (1988) menyatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian/*diskonfirmasi* yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Engel, et al. (1990) mengungkapkan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya memberikan hasil (*outcome*) sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil yang diperoleh tidak memenuhi harapan pelanggan.

Ada kesamaan di antara beberapa pengertian di atas, yaitu menyangkut komponen kepuasan pelanggan (harapan dan hasil kinerja yang dirasakan). Umumnya harapan pelanggan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya bila ia membeli atau mengkonsumsi suatu produk

(barang atau jasa). Sedangkan kinerja yang dirasakan adalah persepsi pelanggan terhadap apa yang ia terima setelah mengkonsumsi produk yang dibeli. Secara konseptual, kepuasan pelanggan dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.1. : Konsep Kepuasan Pelanggan



Sumber : Tjiptono (1995)

Dari konsep kepuasan pelanggan tersebut, di satu sisi perusahaan mempunyai tujuan yang akan dicapai, kemudian perusahaan tersebut menciptakan suatu produk yang akan memiliki nilai produk tersendiri bagi pelanggan. Di sisi lain, pelanggan mempunyai suatu kebutuhan dan keinginan yang akan dipenuhi. Oleh karena itu pelanggan mencari produk yang sesuai dengan harapannya, yaitu sesuai dengan

kebutuhan dan keinginan pelanggan. Apabila nilai produk sesuai dengan harapan pelanggan maka kepuasan pelanggan akan tercapai.

Dalam penelitian ini pelanggan dari rumah sakit adalah pasien. Oleh karena itu kepuasan pelanggan diartikan sebagai kepuasan pasien yang dirawat di rumah sakit tersebut. Menurut Yacobalis (1989), kepuasan pasien adalah suatu ukuran yang merefleksikan antara *outcome*, proses dan struktur dari pelayanan.

Kepuasan pasien dipandang sebagai konsep multidimensional yang melibatkan biaya, kemudahan sarana, aspek teknis dan *interpersonal* dari asuhan serta *outcome* dari asuhan. Kepuasan dapat juga dipertimbangkan sebagai hubungan antara harapan dan pengalaman, semakin dekat dengan kenyataan, semakin puas pasiennya.

Kepuasan ini terjadi sebagai hasil saling berpengaruhnya antara ketrampilan, pengetahuan, perilaku, sikap dan penyedia sarana. Tingkat kepuasan juga sangat subyektif, dimana pasien yang satu berlainan dengan pasien yang lain, yang terjadi karena pengaruh dari faktor-faktor pangkat, umur, kedudukan sosial, tingkat ekonomi, pendidikan, budaya, suku, jenis kelamin, sikap mental, dan kepribadian. Kepuasan pasien dengan mutu pelayanan sangat erat hubungannya, sehingga dapat menggerakkan pelanggan. Mutu pelayanan dapat pula dinilai, apakah dapat memenuhi harapan pasien atau tidak. Apabila harapannya terpenuhi, maka mutu pelayanannya akan dirasakan memuaskan, demikian juga sebaliknya, apabila mutu pelayanan tidak memenuhi harapan maka akan dirasakan sebagai tidak memuaskan, sedangkan apabila harapan yang dipenuhi melampaui ekspektensi maka mutu pelayanan akan dirasakan sebagai sangat memuaskan.

Pasien dalam menyatakan kepuasan atau ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan pasien tergantung kepada pengalamannya baik sebelum maupun sesudah pasien merasakan pelayanan di rumah sakit. Pengalaman yang diharapkan pasien (sebelum merasakan pelayanan di rumah sakit), sangat dipengaruhi oleh :

1. Kebutuhan pribadi
2. Komunikasi dari mulut ke mulut
3. Pengalaman di masa lampau

Pengalaman yang diterima sangat dipengaruhi oleh persepsi tentang mutu pelayanan yang berasal dari proses dan hasil akhir. Persepsi yang paling utama bagi pasien adalah kepuasan fisik dan mental. Dari perbandingan antara harapan sebelum dan sesudah menerima pelayanan yang sebenarnya, pasien akan menilai mutu pelayanan di rumah sakit. Mutu pelayanan yang baik adalah pelayanan yang memenuhi keinginan dan kebutuhan pasiennya.

Dengan dilakukannya penilaian terhadap kepuasan pasien, maka dapat diketahui tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, mutu pelayanan rumah sakit dilihat dari aspek kepuasan pasien dan juga dapat dikenali harapan dari pasien. Kegiatan pelayanan kesehatan yang menuju ke kepuasan pasien menyangkut tiga unsur, yaitu :

- a. Manusia : seleksi, pelatihan, motivasi, penghargaan, insentif, dan sebagainya.
- b. Sistem : *standard*, pengukuran, monitoring, prosedur, sarana, teknologi, dan sebagainya.
- c. Strategi : tempat, produk atau mutu, harga, dan promosinya.

Ketiga unsur tersebut saling mempengaruhi pelayanan yang akhirnya akan mempengaruhi tingkat kepuasan dari masing-masing pasiennya.

2.1.5. Pengertian Pelayanan Rawat Inap

2.1.5.1. Pelayanan

Menurut Mulyawati (1994) pelayanan adalah suatu kegiatan yang sifatnya membantu atau mengarahkan, sehingga dapat bermanfaat bagi orang lain. Dalam pelayanan ini setiap orang sebenarnya melayani dan dilayani, dan pelayanan ini sangat mempengaruhi berhasil tidaknya penjualan suatu produk maupun jasa karena menyangkut keinginan dan kebutuhan serta tuntutan pelanggan.

Dalam mengemukakan pelayanan yang baik atau pelayanan yang buruk kepada pasien, tergantung kepada pengalaman dalam mengevaluasinya.

Menurut Kotler (1989), terdapat lima tipe tuntutan atau harapan calon pasien tentang personil pemberi pelayanan adalah :

1. Responsif : - Mereka harus bersedia dan siap untuk melayani.
 - Cepat.
 - Dapat mengatur perjanjian dengan tepat.
2. Kompeten : Mereka harus mengetahui, apa tugas mereka dan bagaimana cara melaksanakannya.
3. Kesopanan : Ramah tamah, hormat, beretika baik, sopan dan fleksibel.
4. Kredibilitas : Dapat dipercaya dan jujur.
5. Sensitivitas : - Mengerti akan kebutuhan pasien.

- Memberikan perhatian kepada pasien.
- Peka terhadap lingkungan.

Tuntutan tentang proses lebih lanjut dikatakan :

1. Dapat dipercaya (reliabilitas) : kemampuan menyediakan apa yang telah dijanjikan.
2. Komunikasi.

Kepuasan total dari pasien hanya dapat berkembang terhadap hubungan yang dapat dipercaya antara penyedia layanan dan pasien. Salah satu hambatan dalam memberikan pelayanan yang memuaskan adalah di bidang komunikasi.

Terdapat lima titik kelemahan yang harus dihindari :

1. Janji yang berlebihan.
2. Kegagalan kontak apabila terdapat permasalahan.
3. Kegagalan dalam mendengarkan keluhan pasien.
4. Memberitahukan tanpa memberikan penjelasan.
5. Berkomunikasi tanpa memberikan etika.

Hambatan lain yang sering dijumpai adalah karena adanya kesenjangan antara persepsi dan penampilan.

2.1.5.2. Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap menurut Soeprapto (1985) adalah kegiatan penderita yang berkunjung ke rumah sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung selama kurang lebih 24 jam.

Rawat inap menurut Akademi Perawatan Departemen Kesehatan Jawa Barat (1986), merupakan salah satu perawatan dimana pasien dirawat di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu atau pasien tinggal di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan dalam jangka waktu tertentu.

Pasien yang mendapatkan pelayanan rawat inap jelas mempunyai masalah mengenai kesehatannya. Untuk keperluan menegakkan diagnosa, tindakan medik maupun rencana keperawatan diperlukan data-data status kesehatannya. Data-data tersebut perlu juga dilengkapi dengan data sosial, fisiologis, dan psikologis dari pasien. Pasien datang ke rumah sakit dapat dengan jalan : datang sendiri ke rumah sakit tanpa rujukan, datang dengan rujukan dari luar. Pasien yang datang di rumah sakit pertama kali diterima di bagian penerimaan pasien. Bagian penerimaan pasien akan meneruskan ke ruang perawatan untuk secara terperinci dan spesifik diperiksa masalah kesehatannya. Berdasarkan atas diagnosa maka pasien dengan indikasi rawat akan dimasukkan ke dalam program pengobatan rawat inap.

Di dalam ruang perawatan pelayanan yang didapat adalah :

1. Pelayanan penerimaan pasien

Bagian penerimaan pasien merupakan wajah dari sebuah rumah sakit, pusat informasi pelayanan, serta merupakan tempat dimana kesan pertama tentang rumah sakit yang didapati oleh pasien.

2. Pelayanan oleh tenaga medis

Tenaga medis merupakan unsur yang memberikan pengaruh yang paling besar dalam menentukan kualitas dari pelayanan yang diberikan kepada pasien di

rumah sakit. Tenaga medis diharapkan dapat memberikan pelayanan medik kepada pasien dengan mutu yang sebaik-baiknya, dengan menggunakan tata cara dan tehnik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan.

3. Pelayanan oleh tenaga paramedis atau perawat

Tenaga perawat atau paramedis merupakan satu-satunya orang yang lebih kuat hubungannya dengan pasien apabila dibandingkan dengan tenaga lainnya di rumah sakit. Dengan demikian kualitas perawat sangat menentukan mutu pelayanan perawatan yang diberikan pada pasien. Pasien mengharapkan perawat yang mahir dan trampil dalam profesinya, serius dalam melakukan pekerjaan, penuh tanggung jawab, pengertian dalam menerima pasien, dan pasien akan cenderung meragukan kemampuan perawat yang tampak kurang menguasai peralatan yang dipergunakan.

4. Lingkungan

Lingkungan yang langsung pada pasien merupakan daerah atau tempat dimana pasien banyak menghabiskan waktunya. Lingkungan ini sedapat mungkin harus memperhatikan faktor-faktor penyediaan ruangan atau tempat, kesenangan, kenyamanan, keamanan, keselamatan, dan kemudahan bagi pasiennya.

5. Penyediaan sarana medik, non medik, dan obat-obatan

Tergantung kepada tipe rumah sakit, ada standar peralatan yang harus dimiliki oleh rumah sakit sebagai penunjang untuk menegakkan diagnosa, pengobatan,

perawatan, dan sebagainya. Untuk penyediaan sarana non medik seperti AC, televisi, lemari es, dan sebagainya merupakan fasilitas yang memberikan kenyamanan bagi pasien dan merupakan salah satu segi pengambilan keputusan pasien untuk memilih rumah sakit. Pemberian pelayanan obat-obatan dan semua alat yang untuk melakukan pengobatan, tidak dapat dipisahkan dari rumah sakit dan tersedianya obat-obatan merupakan suatu keharusan yang mutlak. Bagian farmasi bertanggung jawab atas kualitas dan kuantitas. Persediaan harus cukup, penyimpanan yang efektif, memperhatikan tanggal kadaluwarsa dan sebagainya. Penyaluran kepada pasien harus tepat pada waktu yang ditentukan dan tersedia pada setiap saat apabila diperlukan serta memenuhi standar yang diwajibkan.

6. Pelayanan makanan dan minuman

Pelayanan makanan dan minuman serta menu harus dibawah pengawasan ahli gizi. Makanan yang dihidangkan harus dalam jumlah perkiraan kebutuhan, baik dalam penyajian maupun rasa, mudah dicerna, bersih, kualitas baik, bebas dari kontaminasi kuman penyakit, serta penyajian pada waktu yang tepat dan teratur.

7. Pelayanan administrasi dan keuangan

Pada bagian ini merupakan tempat dimana dilakukan prosedur penerimaan uang. Penerimaan berupa uang muka perawatan, penagihan berkala, penyelesaian rekening yang berupa biaya kamar, perawatan, pengobatan yang diperoleh selama menggunakan jasa pelayanan dari rumah sakit.

Di dalam ruang perawatan, pasien secara kontinu diamati bagaimana pengaruh dan respon terhadap pengobatannya, dan berdasarkan hasil analisis. Apabila kondisinya sudah membaik maka pasien dinyatakan dokter boleh pulang. Setelah dinyatakan boleh pulang, maka pasien mendapatkan pelayanan di bagian administrasi dan keuangan untuk menyelesaikan pembayaran dan administrasinya.

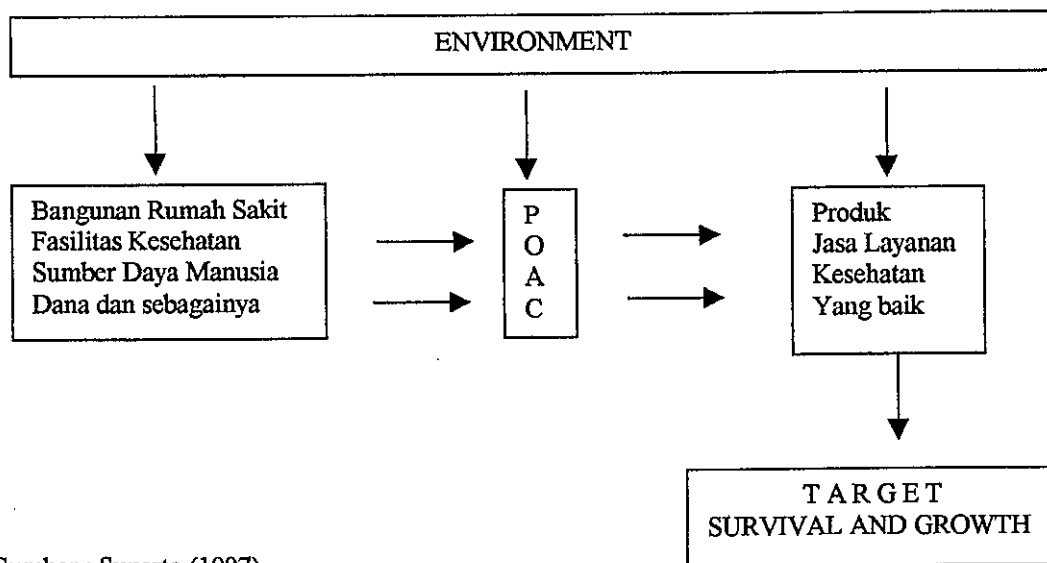
2.1.6. Manajemen Rumah Sakit

Mengelola rumah sakit baik swasta, BUMN, maupun pemerintah sama dengan mengelola organisasi lain yang membutuhkan pengetahuan manajemen.

Untuk mengelola rumah sakit ada hal-hal yang berbeda dengan usaha lain, di antaranya masih harus mengemban fungsi sosial. Oleh karena itu di masa lalu organisasi rumah sakit kebanyakan tidak *profit oriented*.

Untuk mengelola rumah sakit dengan baik dan berusaha untuk “tidak rugi” tentu diperlukan pengetahuan tentang manajemen rumah sakit. Teori tentang manajemen rumah sakit dapat memakai dengan dasar manajemen pada umumnya. Teori sederhana manajemen rumah sakit yang sudah banyak dipakai, yaitu :

Gambar 2.2. : Manajemen Rumah Sakit



Sumber : Suparto (1997).

Dari bagan ini dapat dilihat bahwa dari bangunan rumah sakit dan fasilitasnya, alat-alat kesehatan sumber daya manusia, dana yang tersedia dan sebagainya melalui proses manajemen yang baik (*planning, organizing & staffing, actuating, controlling*) diharapkan menghasilkan produk jasa layanan kesehatan yang baik dan di sini diharapkan menjadikan rumah sakit itu mencapai tujuan *survival and growth*. POAC akan dipaparkan satu per satu dengan dimodifikasi untuk disesuaikan pada keadaan saat ini.

Manajemen rumah sakit harus mempersiapkan rumah sakit dalam menghadapi hal-hal yang akan datang baik sudah diramalkan maupun yang tidak terduga sebelumnya.

Perencanaan menspesifikasi apa yang harus dicapai atau dilakukan di masa datang dan bagaimana hal tersebut dapat dilaksanakan. Beberapa faktor untuk perencanaan antara lain :

- Sasaran-sasaran
- Tindakan-tindakan
- Sumber-sumber daya yang diperlukan
- Implementasi

Perusahaan yang memutuskan untuk beroperasi dalam pasar yang luas menyadari bahwa ia biasanya tidak dapat melayani seluruh pelanggan dalam pasar tersebut. Para pelanggan terlalu banyak dan berbeda-beda dalam persyaratan pembelian mereka. Daripada bersaing di semua segmen, perusahaan perlu mengidentifikasi segmen pasar yang dapat dilayaninya paling efektif.

Untuk memilih pasar dan melayani mereka dengan baik, banyak perusahaan menerapkan pemasaran sasaran. Dalam pemasaran sasaran penjual membedakan segmen-segmen pasar utama, membidik satu atau dua segmen itu, dan mengembangkan produk dan program pemasaran yang dirancang khusus bagi setiap segmen. Daripada menghamburkan usaha pemasaran, mereka dapat memusatkan perhatian pada pembeli yang paling mungkin dapat mereka puaskan.

Pemasaran sasaran mengharuskan pemasar melakukan 3 langkah utama, yaitu:

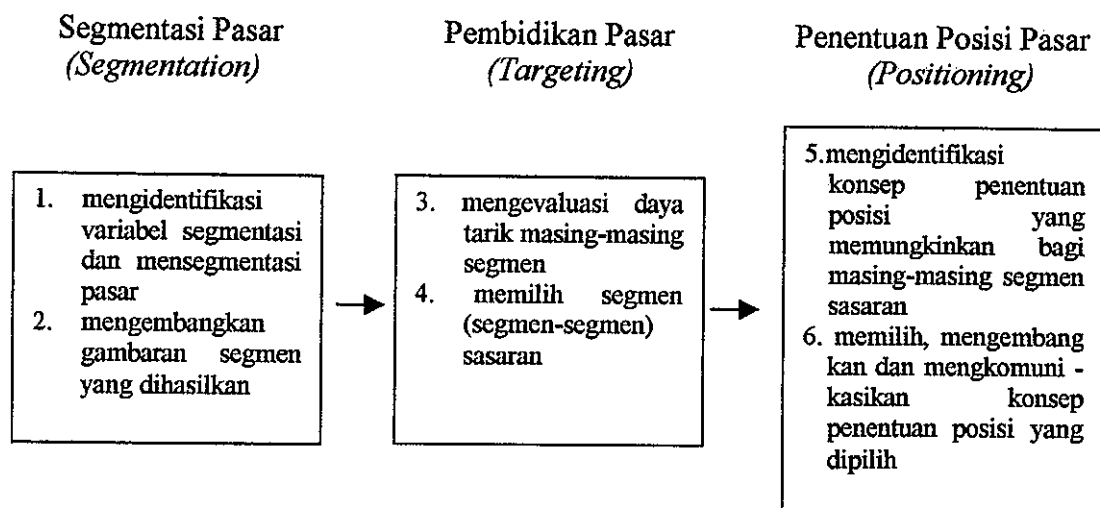
1. Segmentasi Pasar (*Segmentation*)
2. Pembisikan Pasar (*Targeting*)
3. Penentuan Posisi Pasar (*Positioning*)

Strategi *Segmentation, Targeting, dan Positioning* tersebut adalah :

1. Mengidentifikasi pasar (*segmentation*) meliputi siapa yang dilayani, dengan cara apa, dan mengapa memilih segmen pasar tersebut.
2. Membidik pasar (*targeting*) meliputi apakah pasar tersebut bisa dilayani.
3. Memposisikan (*positioning*) meliputi penanaman *image* dengan keunggulan kompetitif, harga, dan lain-lain.

Tiga langkah utama pasar sasaran menurut Kotler (1996) ini dapat dilihat pada Gambar 2.3.

Gambar 2.3. : Tiga Langkah Utama Pasar Sasaran



Sumber : Kotler (1996).

Dari Gambar 2.3. dapat dijelaskan langkah-langkah dalam segmentasi pasar, pembidikan pasar, dan penentuan posisi.

Segmentasi pasar : mengidentifikasi dan membentuk kelompok pembeli yang berbeda yang mungkin meminta produk dan / atau bauran pemasaran tersendiri.

Penetapan pasar sasaran : memilih satu atau lebih segmen pasar untuk dimasuki.

Penetapan posisi di pasar : membentuk dan mengkomunikasikan manfaat utama yang membedakan produk dalam pasar.

Menurut Kotler (1996), variabel-variabel yang biasa digunakan untuk memilah segmentasi pasar konsumen dapat berpedomen pada karakteristik konsumen. Peneliti biasanya menggunakan karakteristik geografis, demografis, psikografis dan perilaku. Kemudian mereka melihat apakah segmen-segmen konsumen ini menunjukkan tanggapan-tanggapan yang berbeda pada produk.

Segmentasi geografis merupakan pembagian pasar menjadi unit-unit geografis yang berbeda seperti bangsa, negara, wilayah, kecamatan (*county*), kota atau lingkungan pemukiman, dengan memperhatikan berbagai variasi setempat berdasarkan kebutuhan dan *preferensi* geografis.

Segmentasi demografis terdiri dari pembagian masyarakat menjadi kelompok-kelompok yang berdasarkan pada variabel-variabel demografis seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan, tempat tinggal, pendidikan, agama, ras dan kebangsaan.

Dalam segmentasi psikografis, pembeli dibagi dalam kelompok-kelompok yang berbeda berdasarkan kelas sosial, gaya hidup, dan/atau karakteristik kepribadian.

Pada segmentasi perilaku, pembeli dibagi menjadi kelompok-kelompok berdasarkan pada pengetahuan, sikap penggunaan atau tanggapan terhadap sebuah produk. Banyak pemasar percaya bahwa variabel-variabel perilaku adalah titik awal terbaik untuk membentuk segmen pasar.

Indikator kinerja unit rawat inap rumah sakit :

- a. Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu persentase pemakaian tempat tidur (TT) pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari TT di rumah sakit.

Rumus :

$$\text{BOR} = \frac{\Sigma \text{ hari perawatan RS}}{\Sigma \text{ TT} \times \Sigma \text{ hari dalam satuan waktu}} \times 100 \%$$

Nilai ideal (BOR) : (60 – 85) %

- b. Bed Turn Over (BTO) yaitu frekwensi pemakaian TT pada satu satuan waktu (biasanya 1 tahun). Indikator ini memberikan gambaran efisiensi pemakaian TT.

Rumus :

$$\text{BTO} = \frac{\Sigma \text{ pasien keluar}}{\Sigma \text{ TT}}$$

Nilai ideal : (40 – 50) kali per tahun.

- c. Turn Over Internal (TOI) yaitu rata – rata hari TT tidak ditempati (kosong) dari saat pasien pulang sampai TT tersebut diisi kembali. Indikator ini juga menggambarkan efisien pemakaian TT.

Rumus :

$$\text{TOI} = \frac{(\Sigma \text{ TT} \times \text{ hari}) - \text{ hari perawatan RS}}{\Sigma \text{ pasien (hidup + mati)}}$$

TOI ideal : TT kosong (1 – 3) hari

- d. Length Of Stay (LOS) yaitu rata-rata lamanya seorang pasien dirawat. Indikator ini memberi gambaran untuk pelayanan jika diterapkan pada diagnosis tertentu yang dijadikan *tracer* (perlu pengamatan lebih lanjut).

Rumus :

$$\text{LOS} = \frac{\sum \text{hari lama pasien dirawat}}{\sum \text{pasien keluar (hidup + mati)}}$$

LOS merupakan rata – rata lamanya seorang pasien dirawat

Nilai ideal LOS : (6 – 9) hari

- e. Net Death Rate (NDR) yaitu angka kematian setelah 48 jam dirawat untuk tiap 1000 pasien keluar. Indikator ini menggambarkan mutu pelayanan rawat inap di rumah sakit.

Rumus :

$$\text{NDR} = \frac{\sum \text{pasien mati} > 48 \text{ jam dirawat}}{\sum \text{pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000 \text{ per mil}$$

NDR ideal : < 25 per mil

- f. Gross Death Rate (GDR) yaitu angka kematian umum setiap 1000 pasien.

Indikator ini juga memberikan gambaran mutu pelayanan rawat inap di rumah sakit.

Rumus :

$$\text{GDR} = \frac{\sum \text{semua pasien mati}}{\sum \text{pasien keluar (mati + hidup)}} \times 1000 \text{ per mil}$$

GDR ideal : < 45 per mil

2.2. Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai analisis kualitas pelayanan RS dengan tujuan kepuasan konsumen telah dilakukan baik pada obyek penelitian di perusahaan maupun pada rumah sakit di beberapa tempat. Penelitian serupa pernah dilakukan di RSU Karanganyar Surakarta oleh Siti Mulyawati (1994) yaitu analisis kepuasan pasien atas jasa pelayanan rawat inap : suatu tinjauan pemasaran. Penelitian juga pernah dilakukan di RS Islam Samarinda oleh Lamri (1997) yang mengukur pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan dan perilaku pasien. Hal yang sama telah dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta oleh Sungkono (1998) yaitu persepsi konsumen terhadap pelayanan unit rawat inap.

Penelitian yang dilakukan oleh Siti Mulyawati (1994) di RSU Karanganyar dengan menggunakan rumus *Chi Square* untuk menguji hipotesa tingkat kepuasan pasien terhadap jasa pelayanan rawat inap di RSU Karanganyar yang mempunyai rata-rata tinggi dan menggunakan Teknik Korelasi *Product Moment* dari Pearson untuk melihat korelasi antara variabel kepuasan pasien (variabel X) dengan variabel minat pembelian ulang (variabel Y). Variabel-variabel tersebut dituangkan dalam 4 butir pertanyaan dalam kuesioner, yaitu :

1. Pertanyaan yang menyangkut minat pasien untuk pembelian ulang
2. Pertanyaan mengenai lingkungan fisik rumah sakit
3. Pertanyaan mengenai fasilitas rumah sakit
4. Pertanyaan mengenai pemberian pelayanan

Dari penelitian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa tingkat kepuasan pasien sangat subyektif, dimana pasien yang satu berlainan dengan pasien yang lainnya. Tingkat kepuasan pasien secara rata-rata terhadap fasilitas RSU dinilai cukup puas dengan skor 3,27. Skor rata-rata tingkat kepuasan terhadap lingkungan fisik RSU cukup memuaskan dengan skor 3,13. Pemberian pelayanan baik medis / paramedis / tenaga lainnya di RSU rata-rata baik dengan skor 3,53. Sedangkan minat pasien untuk pembelian ulang jasa rawat inap di RSU baik dengan skor 3,85.

Penelitian yang dilakukan oleh Lamri (1997) di RS Islam Samarinda dengan menggunakan Teori Kesenjangan menyimpulkan bahwa tingkat kualitas pelayanan spesifik yang terdiri dari :

- pelayanan pasien masuk
- pelayanan perawat
- pelayanan kebersihan
- pelayanan dokter
- pelayanan pulang
- pelayanan makanan

adalah baik dan ini mempunyai pengaruh yang kuat dan positif terhadap tingkat kepuasan.

Penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta oleh Sungkono (1998) adalah menguji apakah pelayanan yang diberikan di unit rawat inap tersebut jelek. Dalam penelitian tersebut menggunakan Teori Kesenjangan untuk menganalisis butir pelayanan spesifik dan Uji t untuk menganalisis variabel kualitas pelayanan.

Butir kualitas pelayanan terdiri dari :

1. pelayanan administrasi masuk (A)
2. pelayanan ruang perawatan (B)
3. pelayanan medis (C)
4. pelayanan perawatan (D)
5. pelayanan makanan (E)
6. pelayanan penunjang (F)
7. pelayanan administrasi pulang (G)

Sedang variabel pelayanan adalah rincian dari butir kualitas pelayanan, terdiri dari 18 variabel yaitu :

1. variabel kecepatan proses administrasi masuk
2. variabel keramahan petugas administrasi masuk
3. variabel kesiapan ruangan perawatan
4. variabel keramahan petugas ruang perawatan
5. variabel kecepatan pelayanan dokter
6. variabel keramahan pelayanan dokter
7. variabel kecepatan pelayanan perawat
8. variabel keramahan pelayanan perawat
9. variabel kemampuan komunikasi perawat
10. variabel menu makanan
11. variabel ketepatan waktu pelayanan makanan
12. variabel keramahan petugas penyaji makanan

13. variabel kecepatan pelayanan penunjang
14. variabel keramahan pelayanan penunjang
15. variabel manfaat pelayanan penunjang
16. variabel tarif pelayanan penunjang
17. variabel kecepatan proses administrasi pulang
18. variabel keramahan petugas administrasi pulang

Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan analisis kesenjangan terhadap butir pelayanan (pengujian semua kelompok) menghasilkan nilai cukup tetapi dengan uji t terhadap variabel pelayanan (pengujian secara rinci) menghasilkan nilai yang semuanya masih di bawah cukup. Jadi pengujian dengan uji t hasilnya lebih detail daripada uji kesenjangan.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian tersebut di atas adalah bahwa pada penelitian ini menitikberatkan pada seluruh bagian ruang rawat inap khususnya kelas VIP, kelas I, kelas II A/B, dimana unit ini yang dianggap oleh manajemen rumah sakit sebagai *profit centrenya* rumah sakit, karena faktor *revenue* turut dipertimbangkan. Penelitian ini dilakukan hanya sampai menganalisis kualitas pelayanan RS untuk menyarankan implementasi strategi pemasaran saja, tidak sampai pada kepuasan konsumen secara total maupun minat konsumen untuk pembelian ulang.

Jika penelitian yang dilakukan di RSUD Karanganyar menggunakan uji hipotesa *Chi Square* dan Teknik Korelasi *Product Moment*, penelitian di RS Islam Samarinda menggunakan uji analisis dengan Teori Kesenjangan, dan penelitian di

RSUD Dr. Moewardi menggunakan analisis Uji t, maka penelitian yang akan dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta ini menggabungkan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan RS dari ketiga penelitian tersebut dengan menggunakan pembobotan nilai (skor) dan uji analisis non-parameter Chi-Square, yaitu :

I. Pelayanan saat masuk rumah sakit :

1. prosedur *check-in*
2. sikap petugas
3. kecepatan pelayanan petugas
4. sikap dokter jaga
5. kecepatan penanganan dokter jaga

II. Pelayanan Paramedis :

6. sikap perawat
7. kecepatan perawat ketika dibutuhkan
8. ketrampilan perawat
9. kemudahan menghubungi dokter bila dibutuhkan oleh pasien
10. sikap dokter yang merawat

III. Fasilitas rumah sakit dan menu makanan :

11. kelengkapan obat di apotik rumah sakit
12. kelengkapan peralatan untuk perawatan
13. kebersihan peralatan perawatan
14. kebersihan kamar mandi dan wc

15. kebersihan lingkungan rumah sakit
16. kesegaran ruang rawat inap
17. penggantian seprei dan sarung bantal
18. kelengkapan peralatan ruang rawat inap
19. kebersihan ruang rawat inap
20. variasi menu makanan

IV. Pelayanan saat keluar rumah sakit :

21. sikap petugas selain perawat
22. prosedur *check-out*
23. sikap petugas administrasi
24. kecepatan pelayanan administrasi
25. kemudahan pembayaran biaya perawatan
26. fasilitas untuk pulang

Dari penelitian ini, diharapkan akan diperoleh hasil analisis yang dapat memberikan gambaran kualitas pelayanan RS berdasarkan persepsi pasien sehingga dapat menjadi acuan untuk mengimplementasikan ke dalam strategi pemasaran pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

2.3. Kerangka Pemikiran Teoritis

Kepuasan pasien merupakan keseimbangan antara harapan persepsi dan yang dialami, sehingga dapat terpenuhinya harapan-harapan pasien dari penyedia layanan. Bagi pasien, kepuasan selalu dikaitkan dengan lingkungan rumah sakit, kenyamanan,

kebersihan, kecepatan pelayanan, keramahan, kesopanan, perhatian dan sebagainya. Kepuasan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan persepsi harapan dan yang telah dialaminya akan menimbulkan ketidakpuasan yang sering diungkapkan dalam bentuk keluhan, pengaduan, protes, kemarahan, perbuatan surat terbuka di media masa, dimana akan dapat menarik perhatian masyarakat luar dan dapat merusak citra dan posisi rumah sakit. Hal ini menyebabkan rumah sakit dan sumber daya manusianya sering menjadi sumber ketidakpuasan dari pemakai jasa pelayanan rumah sakit.

Dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dan persiapan rumah sakit menjadi lembaga swadaya maka rumah sakit perlu terus meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berangsur-angsur. Dengan peningkatan mutu pelayanan maka rumah sakit dapat memperoleh beberapa keuntungan antara lain : peningkatan kepuasan dan harapan-harapan pasien, kesetiaan (*loyalty*) pasien serta kemampuan pasar (*marketability*) rumah sakit dan juga perbaikan pemanfaatan pelayanan rumah sakit termasuk kelas VIP, kelas I, kelas II A/B yang dapat meningkatkan hasil pendapatan sebagai *profit center* dimana tambahan hasil pendapatan tersebut dapat digunakan untuk subsidi silang bagi kelas III sebagai *cost center*.

Seperti telah dijelaskan pada perumusan masalah dimana jumlah pasien rawat inap yang semakin menurun dapat dilihat dari BOR yang menurun. Persentase BOR yang menurun salah satunya dapat dilihat dari segi kepuasan pasien yang menurun, oleh karena itu dalam penelitian ini akan menganalisis persepsi pasien mengenai

faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan RS (*service performance quality*) yang nantinya bertujuan untuk kepuasan pasien.

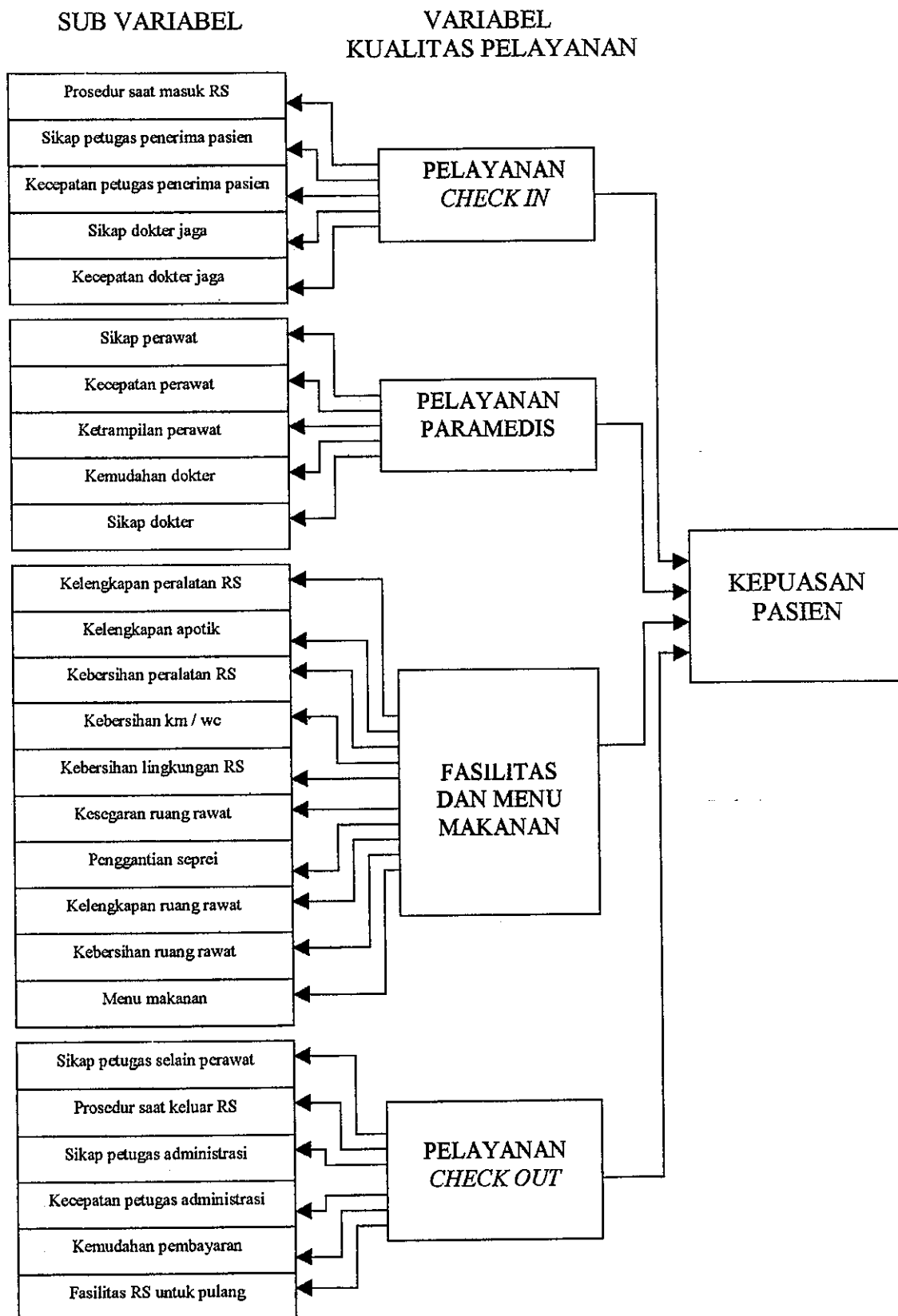
Dalam penelitian tesis yang berjudul “Analisis Kualitas Pelayanan (*Service Performance Quality*) Pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta”, ditempuh pola pikir yang mengacu pada penggambaran dari apa dan bagaimana pelayanan yang diterima dan dirasakan oleh para konsumen, yang dalam hal ini adalah para pasien rawat inap.

Berdasarkan penelitian Lamri (1997), tingkat kualitas pelayanan spesifik rumah sakit terdiri dari enam faktor. Faktot tersebut dijadikan acuan untuk variabel kualitas pelayanan pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta yang disesuaikan dengan kondisi rumah sakit tersebut. Berdasarkan penelitian Sungkono (1998), variabel kualitas pelayanan yang merupakan rincian dari butir kualitas pelayanan terdiri dari delapan belas variabel. Variabel ini juga dijadikan acuan untuk sub variabel dari kualitas pelayanan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta dimana penentuan sub variabel tersebut juga disesuaikan dengan apa yang diperlukan di rumah sakit tersebut.

Kerangka pemikiran teoritis yang mendasari penelitian ini adalah faktor-faktor kualitas pelayanan rumah sakit yang terdiri dari empat variabel. Pertama, variabel pelayanan saat masuk rumah sakit diukur melalui 5 pertanyaan sebagai sub variabelnya, yaitu prosedur *check-in*, sikap petugas, kecepatan pelayanan petugas, sikap dokter jaga, dan kecepatan penanganan dokter jaga. Kedua, variabel pelayanan paramedis diukur melalui 5 pertanyaan sebagai sub variabel, yaitu sikap perawat,

kecepatan perawat ketika dibutuhkan, ketrampilan perawat, kemudahan menghubungi dokter bila dibutuhkan oleh pasien, dan sikap dokter yang merawat. Ketiga, fasilitas rumah sakit dan menu makanan diukur melalui 10 pertanyaan sebagai sub variabel, yaitu kelengkapan obat di apotik rumah sakit, kelengkapan peralatan untuk perawatan, kebersihan peralatan perawatan, kebersihan kamar mandi dan wc, kebersihan lingkungan rumah sakit, kesegaran ruang rawat inap, penggantian seprei dan sarung bantal, kelengkapan peralatan ruang rawat inap, kebersihan ruang rawat inap, dan variasi menu makanan. Keempat, pelayanan saat keluar rumah sakit diukur melalui 6 pertanyaan sebagai sub variabelnya, yaitu sikap petugas selain perawat, prosedur check-out, sikap petugas administrasi, kecepatan pelayanan administrasi, kemudahan pembayaran biaya perawatan, dan fasilitas untuk pulang. Dengan menganalisis keempat variabel tersebut sebagai faktor kualitas pelayanan rumah sakit, diharapkan dapat mencapai tujuan rumah sakit yaitu kepuasan pasien. Dimana keempat variabel tersebut sebagai atribut dari kepuasan pasien dan dapat mempengaruhi kepuasan pasien sebagai konsumen rumah sakit.

Gambar 2.4. : Kerangka Pemikiran Teoritis



2.4. Hipotesis dan Definisi Operasional Variabel

2.4.1. Hipotesis penelitian ini adalah :

1. Terdapat hubungan yang signifikan antara pelayanan saat masuk rumah sakit (*check-in*) dengan kepuasan pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar
2. Terdapat hubungan yang signifikan antara pelayanan paramedis dengan kepuasan pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara fasilitas dan makanan rumah sakit dengan kepuasan pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara pelayanan saat keluar rumah sakit (*check-out*) dengan kepuasan pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar

2.4.2. Definisi Operasional Variabel

Variabel-variabel kepuasan konsumen :

- I. Pelayanan saat masuk rumah sakit, yaitu : pelayanan rumah sakit yang diterima oleh pasien pada saat masuk UGD sampai pendaftaran untuk dirawat inap di rumah sakit tersebut. Pelayanan ini meliputi sikap dokter jaga dan petugas saat melayani atau menerima pasien yang akan masuk rumah sakit.

Pelayanan saat masuk rumah sakit yang baik adalah setiap petugas baik perawat, dokter jaga maupun petugas selain perawat melayani dan menangani pasien

dengan cepat, ramah, tanggap, dan tidak membiarkan pasien menunggu lama untuk ditangani.

II. Pelayanan Paramedis, yaitu : pelayanan paramedis yang diterima pasien selama dirawat di rumah sakit. Pelayanan ini meliputi sikap paramedis ketika melayani dan merawat pasien rawat inap.

Pelayanan paramedis yang baik adalah pelayanan dan perawatan dokter atau perawat yang selalu siap menangani keluhan pasien. Dokter mendiagnosa secara tepat mengenai penyakit pasien, melakukan *visite* atau kunjungan terhadap pasien selalu tepat waktu dan apabila pasien memerlukan dokter atau perawat dapat dihubungi dengan cepat.

III. Fasilitas dan menu makanan rumah sakit, yaitu : fasilitas yang disediakan oleh pihak rumah sakit untuk keperluan pasien selama dirawat di rumah sakit. Fasilitas tersebut meliputi kelengkapan dan kebersihan fasilitas rumah sakit serta menu makanan yang disediakan untuk pasien rawat inap .

Fasilitas rumah sakit yang baik adalah fasilitas rumah sakit baik secara kebersihan lingkungan fisik rumah sakit, menu makanan yang disajikan, dan kebersihan serta kelengkapan peralatan untuk perawatan di rumah sakit tersebut teratur dan terjaga dengan baik.

IV. Pelayanan saat keluar rumah sakit, yaitu : pelayanan rumah sakit yang diterima oleh pasien pada saat pasien akan meninggalkan rumah sakit atau pulang. Pelayanan ini meliputi kecepatan dan sikap petugas administrasi pada saat melayani pasien yang akan pulang dari rumah sakit.

Pelayanan saat keluar rumah sakit yang baik adalah apabila pasien dan keluarga pasien mudah dan cepat dalam mengurus administrasi. Petugas selain perawat bersikap tanggap dan ramah dalam membantu pasien yang akan pulang.

Analisis kualitas pelayanan rumah sakit :

Reliabilitas : sejauhmana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya.

→ apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama diperoleh hasil yang relatif sama, selama aspek yang diukur dalam diri subyek memang belum berubah.

Validitas : sejauhmana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya.

→ bila alat tersebut menjelaskan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur, yang sesuai dengan maksud dilakukannya pengukuran tersebut.

Profil konsumen :

Mengenai karakteristik masing-masing pasien rawat inap sebagai responden yang dipengaruhi oleh :

- Daerah tempat tinggal responden : menunjukkan keadaan sosial lingkungan tempat tinggal responden yang mana dapat mempengaruhi pola hidup responden
- Usia $17 \leq n \leq 80$ tahun : pada usia tersebut diperkirakan pasien atau responden dapat merasakan dan berpendapat mengenai pertanyaan-pertanyaan yang diajukan pada kuesioner

- Pendidikan terakhir : pendidikan terakhir dari responden tersebut akan mempengaruhi tingkat berpikir dan berpendapat tentang rumah sakit tersebut
- Pendapatan per bulan : penghasilan responden per bulannya yang dapat dilihat dari jenis pekerjaan responden, hal ini dapat mempengaruhi responden dalam memilih kelas kamar rawat inap dan jenis rumah sakit
- Jumlah tanggungan : berapa jumlah keluarga atau orang yang menjadi tanggungan responden dalam kehidupan setiap bulannya

Analisis statistik

Pada penelitian ini menggunakan pemberian bobot nilai (skor) pada kepuasan pasien yang digunakan sebagai dasar untuk menentukan dan mengukur tingkat kepuasan konsumen terhadap pelayanan jasa yang dilakukan di rumah sakit tersebut. Untuk menganalisis keeratan hubungan yang signifikan antara tingkat kepuasan konsumen dengan faktor-faktor pelayanan saat masuk RS, pelayanan paramedis, fasilitas RS dan menu makanan, serta pelayanan saat keluar RS menggunakan teknik analisis statistik non-parameter *Chi Square* atau Chi Kuadrat. Sedangkan untuk menganalisis kualitas pelayanan terhadap butir pelayanan spesifik yang diterima oleh pengguna jasa rawat inap di rumah sakit tersebut menggunakan Teori GAP (Kesenjangan).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis data yang akan digunakan berdasarkan sumbernya :

1. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari obyek penelitian, yaitu :
 - 1.1. Wawancara yang dilakukan terhadap para pejabat struktural maupun fungsional yang ada di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar. Dari wawancara ini diperoleh data yang berkaitan dengan struktur dan tata kerja RS serta mekanisme maupun operasional RS sehari-harinya.
 - 1.2. Menyebarkan kuesioner kepada para pasien yang pernah dirawat di RS tersebut. Dari kuesioner ini diharapkan dapat memperoleh data yang obyektif tentang karakteristik pasien yang dirawat inap di RS dan juga dapat memperoleh penilaian yang obyektif tentang kualitas pelayanan yang diterimanya.
2. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari catatan-catatan yang ada di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar pada umumnya dan Bagian Perencanaan, Bagian Personalia dan Rekam Medik pada khususnya. Data sekunder ini pada umumnya adalah data tabel berupa tabel-tabel statistik baik menyangkut masalah administrasi maupun medik.

3.2. Populasi dan sampel

Populasi

Populasi penelitian ini adalah pasien yang pernah dan atau sedang menjalani perawatan inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar.

Sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini secara *Purposive Random Sampling*, dimana sampel yang dipilih berdasarkan atas pertimbangan-pertimbangan peneliti dengan kriteris-kriteria tertentu, yaitu pasien yang pernah dan atau sedang menjalani perawatan inap minimal 3 x 24 jam, tidak sedang sakit parah (dalam taraf penyembuhan dan dapat berkomunikasi dengan baik), usia $17 \leq n \leq 80$ tahun, dan pasien yang sudah membayar administrasi selama periode penelitian. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara memilih anggota sampel yang mempunyai sifat yang dapat mewakili populasinya, yaitu sebanyak 100 sampel. Perkiraan jumlah sampel tersebut sudah melampaui jumlah minimum yang diperhitungkan melalui rumus :

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{D^2}$$

Sumber : Mulyawati (1994)

dimana :

n : jumlah sampel (= 95,38 → 100 sampel)

p : proporsi (BOR) pengguna layanan rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta (BOR = 45,86 %)

q : 1 - p (= 54,14 %)

z : standar deviasi (= 1,96)

D : persentase perkiraan kemungkinan membuat kekeliruan (= 10 %)

3.3. *Metode pengumpulan data*

3.3.1. Rancangan penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yang bertujuan menggambarkan keadaan atau untuk mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan keadaan itu. Arikunto (1989).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan *cross sectional* (pendekatan silang). Pendekatan ini merupakan pendekatan lapangan yang dilaksanakan untuk pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar.

3.3.2. Bahan-bahan yang digunakan

Merupakan bahan penelitian berupa kuesioner yang disebarakan kepada responden yang terpilih dan diisi oleh responden pada hari tersebut.

Daftar pertanyaan terdiri dari 3 bagian, yaitu :

1. Kuesioner untuk mengetahui karakteristik responden, meliputi :

Nama / alamat, jenis kelamin, usia, status, pendidikan terakhir, pekerjaan, pendapatan keluarga tiap bulan, jumlah tanggungan, penanggung pengobatan, pilihan kelas rawat inap, sumber informasi rumah sakit, apakah sebelumnya responden pernah dirawat, dan pengantar responden ke rumah sakit

2. Kuesioner untuk menganalisis faktor-faktor mengenai kualitas pelayanan RS, dengan memperhatikan persepsi dari responden, meliputi:

Pelayanan saat masuk rumah sakit, pelayanan paramedis, fasilitas dan menu makanan dari rumah sakit, dan pelayanan saat keluar rumah sakit. Pada setiap pertanyaan dalam kuesioner ini terdapat lima pilihan jawaban berdasarkan pengukuran Skala Likert, yaitu :

- sangat puas = 5
- puas = 4
- cukup puas = 3
- tidak puas = 2
- sangat tidak puas = 1

3. Kuesioner yang bersifat terbuka, meliputi :

Hal-hal yang paling tidak disukai pasien rawat inap, hal-hal yang paling disukai pasien rawat inap, dan saran-saran dari pasien rawat inap untuk pengembangan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar.

3.4. Teknis Analisis

Teknik analisis yang akan digunakan beserta aturan pengambilan kesimpulannya :

Kuesioner sebelum digunakan untuk penelitian, alat ukurnya diujicobakan terlebih dahulu kepada 35 responden, kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya.

1. Uji Validitas

Validitas adalah ukuran kecermatan suatu test melakukan fungsi ukurnya. Uji validitas adalah prosedur pengujian untuk melihat apakah alat ukur atau pertanyaan yang dipakai dalam kuesioner dapat mengukur dengan cermat atau tidak. Dalam penelitian ini uji validitas akan dapat dipakai untuk memilih item-item pertanyaan yang relevan untuk dianalisis.

Uji validitas dilakukan dengan melihat korelasi antara skor dari masing-masing item pertanyaan dibandingkan dengan skor total. Perhitungan dilakukan dengan rumus tehnik korelasi *Product Moment* yaitu sebagai berikut :

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(N\sum X^2 - (\sum X)^2)(N\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Sumber : Azwar (1997)

dimana :

r : koefisien validita

X : skor subyek pada item no. 1.

Y : skor total subyek

XY : skor pertanyaan no. 1. dikalikan skor total

N : banyaknya subyek

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kestabilan alat ukur. Suatu alat ukur dikatakan *reliabel* apabila dapat memberikan hasil yang sama pada saat dipakai untuk mengukur ulang obyek yang sama. Uji reliabilitas adalah suatu cara untuk melihat apakah alat ukur, dalam hal ini daftar pertanyaan yang digunakan konsisten atau tidak. Pengujian reliabilitas dilakukan dengan menggunakan formula alpha atau disebut koefisien alpha. Secara umum koefisien alpha / α lebih besar dari 0,6 dan apabila α lebih kecil dari 0,6 menunjukkan tidak adanya konsistensi. Indeks reliabilitas dalam penelitian ini dengan menggunakan tehnik pengukuran ulang. Peneliti meminta responden yang mempunyai ciri-ciri yang sama dengan responden yang awal bersedia menjawab semua pertanyaan dalam kuesioner. Ciri-ciri responden pada penelitian ulang adalah : jumlah 35 responden, memenuhi kriteria yang sudah ditentukan (ciri-ciri subyek yang diteliti), menempati pada kelas yang sama, pekerjaan, penghasilan, jenis kelamin diperkirakan sama. Hasil pengukuran yang pertama dikorelasikan dengan tehnik korelasi product moment dengan hasil pengukuran kedua. (Azwar (1997))

Teknik analisis yang akan digunakan untuk penelitian ini adalah :

1. Pemberian bobot nilai (skor) kepuasan pasien, yang mempunyai tujuan untuk mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan jasa yang dilakukan di rumah sakit tersebut.

Langkah-langkah penentuan skor tingkat kepuasan untuk masing-masing variabel pelayanan menurut Pany (1999) adalah sebagai berikut :

- a). Mencari nilai koefisien korelasi masing-masing item dari seluruh pertanyaan kuesioner
- b). Memberikan bobot kepada masing-masing item tersebut berdasarkan nilai total koefisien korelasi setiap variabelnya.
- c). Mencari masing-masing nilai item dengan jumlah observasinya
- d). Menghitung *score* melalui perkalian antara bobot setiap item dengan nilai setiap item.

Hasil dari perhitungan *score* kemudian dapat dilihat dengan skala kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan jasa kesehatan yang dilakukan di rumah sakit tersebut. Lima Skala Likert yang terdapat pada kuesioner dibuat menjadi tiga *range* dalam Skala Kepuasan, Pany (1999). Sehingga masing-masing *range* mempunyai penambahan 1,67.

2. Analisis statistik non-parameter Chi Kuadrat atau *Chi - Square*, yang mempunyai tujuan untuk melihat hubungan yang signifikan antar variabel. Rumus pengujian statistik yang dipakai menurut Rangkuti (1997) tersebut, adalah :

$$CS = \sum_{\substack{\text{Semua} \\ \text{Sel}}} \left\{ \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \right\}$$

dimana :

O_{ij} : nilai sel yang diamati (*observed*)

E_{ij} : nilai sel yang diharapkan (*expected*)

r : baris (*row*)

c : kolom (*column*)

$$E_{ij} = Pr \times Pc \times n$$

dimana :

Pr : proporsi baris

Pc : proporsi kolom

n : jumlah data

Kesimpulan : CS Hitung > CS Tabel \rightarrow H_0 Ditolak

Cara untuk mengetahui kekuatan hubungan antar variabel (> 2 variabel)

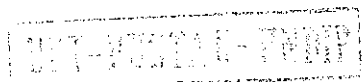
dipergunakan Koefisien Kontingensi (*Contingency Coefficient*) :

$$C = \frac{\sqrt{X^2}}{\sqrt{X^2 + n}}$$

dimana :

N : jumlah frekuensi yang didapat dari pengamatan

Koefisien Kontingensi berkisar dari 0 – 1, makin kuat hubungan antara faktor-faktor tersebut diatas, makin besar nilai C.



Kriteria Koefisien Kontingensi :	0 – 0,3999	lemah
	0,4 – 0,7999	sedang
	0,8 – 1,0000	kuat

Kuat atau lemahnya hubungan yang ada di antara faktor-faktor, dilihat dengan cara membandingkan nilai koefisien (C) dengan nilai koefisien maksimum (C maks). Jadi makin dekat nilai C kepada C maks, makin kuat hubungan antara faktor-faktor.

$$C \text{ maks} = \frac{m-1}{\sqrt{m}}$$

dimana :

m : banyaknya kategori yang paling kecil di antara kedua faktor yang diketahui.

3. Teori GAP (Kesenjangan) mempunyai tujuan untuk mengetahui seberapa besar gap atau kesenjangan antara kepuasan konsumen yang diterima dengan kepuasan konsumen yang diharapkan. Teori GAP (Kesenjangan) menurut Soerjadi (1996) tersebut adalah :

$$Kp = \sum_{j-i}^n (Skj - Shj)$$

dimana :

Kp : kepuasan pasien

Skj : skor butir pelayanan / kepuasan yang diterima pasien

Shj : skor harapan yang semestinya diterima oleh pasien yang diambil dari skor tertinggi pada pelayanan di setiap butir variabel

Standar Kesenjangan menurut Soerjadi (1996) dalam Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Adalah :

No.	Kriteria Kualitas Pelayanan	Standar Kesenjangan
1.	Sangat Puas	$0 < 1$
2.	Puas	$\geq 1 < 2$
3.	Cukup Puas	$\geq 2 < 3$
4.	Tidak Puas	$\geq 3 < 4$
5.	Sangat Tidak Puas	$\geq 4 < 5$

Berdasarkan analisis tersebut dapat diambil kesimpulan dimana akan dihubungkan dengan strategi pemasaran dan nantinya akan diimplikasikan sebagai pengembangan strategi pemasaran rumah sakit untuk meningkatkan dan memperbaiki kondisi RS PKU Muhammadiyah Karanganyar.

BAB IV

GAMBARAN UMUM RS PKU MUHAMMADIYAH

4.1. Sejarah RS PKU Muhammadiyah Karanganyar

Tanggal 1 Agustus 1989

Rumah Bersalin – Balai Pengobatan PKU yang merupakan embrio RS PKU Muhammadiyah Karanganyar resmi berdiri di rumah Bapak H. Soenardi, Bsc. di Badranasri – Karanganyar. RB –PB PKU memiliki jumlah pegawai sebanyak 17 orang, yang terdiri dari : 5 orang Bidan, 2 orang Pembantu Bidan, 5 orang pegawai Administrasi, 2 orang Dokter Umum, dan 3 orang Dokter Spesialis yang terdiri dari Kebidanan, THT, dan Bedah Umum.

Bulan Mei 1993

RB – PB PKU Muhammadiyah Karanganyar pindah ke gedung baru di Badranasri RT 10 RW I Badranasri – Karanganyar. Jumlah pegawai bertambah menjadi 57 orang, yang terdiri dari : 5 orang Bidan, 5 orang Pembantu Bidan, 12 orang Perawat, 10 orang Pembantu Perawat, 16 orang Pegawai Non Medis, 3 orang Dokter Umum, 6 orang Dokter Spesialis yang terdiri dari Kebidanan, THT, Bedah Umum, Anak, Penyakit Dalam, dan Spesialis Syaraf. RB – PB PKU Muhammadiyah Karanganyar ini memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 30 tempat tidur.

Bulan April 1996

RB – PKU Muhammadiyah Karanganyar pindah lagi menempati gedung baru di Desa Papahan, Tasikmadu – Karanganyar, di atas tanah seluas ± 12.000 M². Karena perkembangan yang cukup pesat, sambutan masyarakat juga menggembirakan, maka Pimpinan Daerah Muhammadiyah (PDM) Karanganyar berupaya meningkatkan status RB – PB PKU Muhammadiyah Karanganyar menjadi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar. Pada tanggal 28 Agustus 1998 Ijin Tetap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar telah dikeluarkan dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

4.2. Jenis Pelayanan

RS PKU Muhammadiyah Karanganyar di tahun 2000 ini sudah saatnya berbenah diri untuk meningkatkan pelayanan guna mengantisipasi persaingan yang semakin berat di tahun-tahun berikutnya. Pembinaan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar salah satunya dengan meningkatkan manajemen untuk mendapatkan keuntungan, dimana telah dilakukan restrukturisasi organisasi, pengelolaan mutu SDM, mengembangkan informasi, meningkatkan kerjasama, efisiensi yang menyeluruh serta pemasaran rumah sakit yang berorientasi kepada pasien.

Aspek pengembangan SDM selama tahun 1999 telah dilakukan berbagai kegiatan untuk menunjang peningkatan wawasan keilmuan dan ketrampilan SDM RS PKU Muhammadiyah Karanganyar, yang memiliki 150 orang karyawan.

Dengan penyamaan persepsi akan visi, misi serta tujuan yang harus dicapai RS PKU Muhammadiyah Karanganyar berdasarkan SK. MPK PDM NO : 02/SK – MPK/V/1999, akan menjadikan staf pelaksana memiliki kreatifitas dan inovasi sendiri sehingga akan dapat membantu didalam menyelesaikan permasalahan. Diharapkan SDM akan berdaya dan terbiasa untuk menjalankan tugas tanpa ada perintah dari atasan. Harapan-harapan ini akan tercapai dengan memberikan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan ilmu dan ketrampilan.

Falsafah rumah sakit ini menyatakan bahwa RS PKU Muhammadiyah Karanganyar merupakan salah satu amal usaha Muhammadiyah di bidang kesehatan yang berlokasi di Jalan Papahan – Tasikmadu - Karanganyar – Surakarta.

Misi rumah sakit ini terdiri dari empat, yakni :

1. Misi pelayanan : RS PKU Muhammadiyah Karanganyar mengupayakan pelayanan kesehatan yang Islami, profesional, dan berkualitas
2. Misi sosial : RS PKU Muhammadiyah Karanganyar peduli dan ikut meringankan beban kaum Dhuafa
3. Misi Syiar dan Dakwah : RS PKU Muhammadiyah Karanganyar dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat berpedoman pada syariat ajaran agama Islam yang bersumber pada Al Qur'an dan Hadist Nabi
4. Misi Ekonomi : RS PKU Muhammadiyah Karanganyar dalam menyelenggarakannya mengutamakan optimalisasi, efektifitas dan efisiensi kerja demi kesejahteraan umat

Motto RS PKU Muhammadiyah Karanganyar adalah bekerja sebagai ibadah, ikhlas dalam memberikan pelayanan, berlomba-lomba dalam kebaikan.

Sedangkan tujuan rumah sakit ini adalah mewujudkan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar sebagai pusat pelayanan paripurna dengan mengutamakan upaya-upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai kaidah ilmu kedokteran dan teknologi profesional, ajaran hukum, ekonomi dan manajemen profesional, syariat ajaran agama Islam serta peraturan dan perundangan yang berlaku, dengan tidak membedakan agama, golongan maupun kedudukan. (RS PKU Muhammadiyah Karanganyar)

Aspek sarana dan prasarana rumah sakit telah diadakan renovasi bangunan, dengan jumlah luas bangunan 1.801 M² yang terdiri dari bangunan lantai 1 untuk Ruang UGD, Kasir, Apotik, Poliklinik Gigi, Laboratorium, Ruang Rekam Medik, dan Personalia serta lantai 2 untuk *Zal* Kelas II Atas (II A) dan Kelas III seluas 580 M². Bangunan kamar operasi dan *Verloss Kamer* seluas 250 M², bangunan bangsal kelas I dan VIP seluas 350 M², bangunan bangsal kelas II B (*Zal* Bedah) seluas 350 M², dan bangunan untuk Paviliun, dapur, gudang, dan kamar mayat seluas 271 M². RS PKU Muhammadiyah Karanganyar memiliki 72 tempat tidur rawat inap dengan BOR (*Bed Occupancy Rate*) 45,86 % (rata-rata tahun 1998) dan jumlah karyawan sebanyak 150 orang. Perincian asset tempat tidur (*Bed*) adalah sebagai berikut :

- | | |
|--------------|-------|
| 1. Kelas VIP | 2 TT |
| 2. Kelas I | 10 TT |

3. Kelas II Atas	16 TT
4. Kelas II Bedah	28 TT
5. Kelas II Anak	6 TT
6. Kelas III	6 TT
7. Kelas III Anak	4 TT
Jumlah TT :	<u>72 TT</u>

Bed Operation Kamer 2 TT

Bed Ruang Bedah kelas I & II 3 TT

Bed Verloss Kamer 1 TT

Fasilitas pelayanan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar ini adalah :

1. Instalasi Gawat Darurat 24 jam
2. Spesialis Penyakit Dalam
3. Spesialis Bedah Umum
4. Spesialis Anak
5. Spesialis THT
6. Spesialis Kulit & Kelamin
7. Spesialis Kebidanan & Kandungan
8. Spesialis Bedah Orthopedi
9. Spesialis Syaraf
10. Spesialis Mata
11. Spesialis Paru
12. Spesialis Bedah Gigi Mulut

13. Spesialis Anestesi
14. Dokter Umum (Poli Umum buka jam 07.00 – 14.00 WIB)
15. Dokter Gigi
16. Farmasi 24 jam
17. Laboratorium 24 jam (malam *on call*)
18. Rontgen 24 jam (siang, malam *on call*)
19. Fisiotherapi
20. Ambulance 24 jam

Fasilitas pelayanan yang sedang dalam perintisan adalah Spesialis Jantung dan Spesialis Bedah Urologi.

4.3. Struktur Organisasi

Struktur organisasi RS PKU Muhammadiyah Karanganyar berdasarkan Surat Keputusan Majelis Pembina Kesehatan, Pimpinan Daerah Muhammadiyah Karanganyar No. : 01/SK – MPK/II 1999, tentang Peraturan Susunan Organisasi dan Tata Kerja RS PKU Muhammadiyah Karanganyar sebagai berikut : (Bagan Struktur Organisasi pada Lampiran)

Adapun secara garis besarnya tanggung jawab dari Pimpinan Daerah Muhammadiyah, Majelis Pembina Kesehatan, Direktur, Komite Medik, Satuan Pengendali Intern, dan Direktur Medik adalah sebagai berikut :

Pimpinan Daerah Muhammadiyah (PDM)

- Tugas :

Menyelenggarakan pengelolaan rumah sakit berdasarkan peraturan dan ketentuan yang berlaku, serta kebijaksanaan Pimpinan Pusat Muhammadiyah.

Pengurus dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Pimpinan pusat Muhammadiyah.

Majelis Pembina Kesehatan (MPK)

- Tugas : melaksanakan tugas operasional dari tugas pengurus

Direktur

- Bertanggung jawab atas :

Terselenggaranya manajemen RS PKU Muhammadiyah Karanganyar secara berhasil guna dan berdaya guna dan terjaganya mutu pelayanan.

- Ruang Lingkup :

penanggung jawab utama manajemen RS PKU Muhammadiyah Karanganyar

- Tugas :

1. Menjabarkan kebijakan pengurus RS PKU Muhammadiyah Karanganyar ke dalam kebijaksanaan operasional RS PKU Muhammadiyah Karanganyar
2. Melakukan koordinasi pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen agar berhasil guna dan berdaya guna
3. Mengambil keputusan tertinggi / keputusan akhir
4. Melakukan koordinasi penjaminan mutu layanan
5. Mengawasi, koordinasi pemeliharaan akidah, syariah dan akhlaqul karimah

- **Wewenang :**

1. Menetapkan keputusan akhir dengan menerapkan prinsip musyawarah dan mufakat
2. Melakukan hubungan dengan pihak lain, pemerintah maupun non pemerintah, dalam maupun luar negeri
3. Sesuai ketentuan yang berlaku, bersama Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai otorisasi pembelian barang dengan harga tertentu serta dalam pengeluaran uang

Komite Medik

- **Bertanggung jawab atas :**

1. Menjaga mutu pelayanan medis rumah sakit
2. Menegakkan etik profesi
3. Menegakkan nilai profesi
4. Merumuskan kebijakan profesi

- **Tugas dan Wewenang :**

1. Memberikan sarana kepada pimpinan baik diminta maupun tidak dalam pengendalian mutu yang menilai konsep, hasil kerja dan proses pelayanan medis yang meliputi antara lain :
 - a. Telaah kasus, statistik infeksi, mordibitas, dan audit perinatal
 - b. Telaah pemakaian obat tradisional, obat generik, dan terapi termasuk darah

- c. Efisiensi pemakaian sarana rumah sakit, lama perawatan, pemanfaatan fasilitas, dan sebagainya
 - d. Telaah kerja sama multidisiplin / rujukan konsultasi, perawatan intensif, dan rehabilitasi
2. Memantau kegiatan pelayanan medis
 3. Membuat rekomendasi tentang masalah pelayanan medis
 4. Mengamati aspek etik dari pelayanan rumah sakit
 5. Membentuk panitia-panitia seperti panitia farmasi, panitia rekam medik, panitia nosokomial, panitia gizi, dan panitia kredensial yang turut menyeleksi dan membina tenaga dokter umum / gigi dan spesialis

Satuan Medik Fungsional (SMF)

- Bertanggung jawab atas :
 1. Menjaga mutu pelayanan medis sesuai disiplin ilmu keahlian dan standar profesi yang telah ditentukan
 2. Pelaksanaan kode etik kedokteran
- Tugas dan wewenang :
 1. Mengkoordinir jadwal penugasan dokter seprofesi
 2. Pengembangan pelayanan di bidang disiplin keahlian / profesinya

Satuan Pengendali Intern (SPI)

- Bertanggung jawab atas :

Pelayanan secara aktif kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan dalam hal penelaahan sistem pengendalian intern dalam pengelolaan keuangan di lingkungan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar yang memerlukan perbaikan.

- Ruang lingkup :

1. Menelaah sistem pengendalian intern dalam pengelolaan keuangan
2. Melakukan investigasi mengenai indikasi terjadinya ketidakekonomisan, ketidakefisienan serta ketidakefektifan pelaksanaan kegiatan pengelolaan keuangan.
3. Penelaahan laporan-laporan berkala yang menyangkut aspek pengelolaan keuangan

- Tugas :

A. Perencanaan :

1. Merencanakan program kerja dan anggaran tahunan SPI RS PKU Muhammadiyah Karanganyar
2. Bersama staf merencanakan sistem kerja, khususnya yang berkaitan dengan pengelolaan keuangan yang efektif dan efisien

B. Organisasi dan Penggerakan :

1. Memberikan masukan kepada Direktur c.q. Wadir Umum dan Keuangan khususnya yang berkaitan dengan pengendalian pengelolaan keuangan
2. Memberi motivasi kepada staf untuk bekerja lebih produktif
3. Mengikuti rapat yang diadakan oleh Wadir Umum dan Keuangan

4. Melakukan evaluasi sistem yang berlaku di bidang / bagian tertentu yang memerlukan perbaikan, khususnya yang berkaitan dengan sistem pengendalian intern
5. Memberikan penyuluhan mengenai sistem pengendalian intern kegiatan yang ideal dalam hubungannya dengan pengelolaan keuangan
6. Membina hubungan baik dengan semua pihak di lingkungan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar

C. Koordinasi :

Melakukan koordinasi dengan seluruh bagian yang terkait maupun unit kerja yang membawahnya

D. Evaluasi :

1. Mengawasi kelancaran pelaksanaan tugas dari para staf yang dikoordinasikannya
 2. Mengendalikan pelaksanaan kerja sesuai dengan jadwal yang direncanakan
 3. Menelaah / memberikan koreksi atas hasil pelaksanaan kegiatan yang dilakukan para staf
 4. Memberikan laporan pelaksanaan tugas kepada Wadir Umum dan Keuangan
- Wewenang :
1. Meminta penjelasan, termasuk melihat administrasi, mengenai pelaksanaan sistem yang berlaku di suatu bagian dari pejabat yang bertanggung jawab
 2. Mengatur pola kerja di lingkungan SPI

3. Memberi perintah / teguran kepada staf SPI yang berada di bawah koordinasinya
4. Mengusulkan peningkatan kemampuan SDM di lingkungan SPI kepada Direktur melalui Wadir Umum dan Keuangan

Direktur Medik

- Bertanggung jawab atas :
 1. Terselenggaranya pengelolaan pelayanan medik dan keperawatan rumah sakit
 2. Pengembangan pelayanan dan peningkatan mutu pelayanan medik dan perawatan rumah sakit
 3. Pengembangan mutu SDM di lingkungan pelayanan medik
- Ruang lingkup :
 1. Pengelolaan bidang medik dan keperawatan
 2. Administrasi di lingkungan Wadir Pelayanan medik
- Tugas : melaksanakan fungsi manajemen bagian medik dan perawatan, meliputi :
 - * Perencanaan
 - * Pengorganisasian
 - * Pengawasan
 - * Koordinasi
 - * Penganggaran
 - * Evaluasi

- Wewenang :
 1. Mengambil keputusan yang berhubungan dengan pelayanan medik dan pelayanan keperawatan
 2. Membuat keputusan yang bersifat darurat yang menyangkut bidang medik dan pelayanan keperawatan
 3. Membuat usulan yang menyangkut bidang medik dan keperawatan

Keterangan Bagan Struktur Organisasi :

- PDM : Pimpinan Daerah Muhammadiyah
- MPK : Majelis Pembina Kesehatan
- KOM MED : Komite Medik
- SMF : Staff Medis Fungsional
- SPI : Satuan Pengendali Intern
- SE : Sekretaris Executive
- UKA : Umum dan Keuangan
- VK : *Verloss Kamer*
- IGD : Instalasi Gawat Darurat
- POLI : Poliklinik
- RM : Rekam Medik
- AP : Administrasi Pasien
- HS : Hygiene Salinitas
- G.RT : Gudang Rumah Tangga

BAB V

PEMBAHASAN DAN HASIL PENELITIAN

Untuk mengidentifikasi tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar dibutuhkan informasi dari pasien sebagai responden. Informasi yang dibutuhkan tersebut berupa tanggapan atau persepsi pasien rawat inap terhadap kepuasan akan jasa pelayanan kesehatan rawat inap yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Tanggapan tersebut didapat dari jawaban atas kuesioner yang diberikan penulis dengan populasi yang digunakan sebagai sampel dan harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

- Pasien yang pernah dan atau sedang menjalani perawatan inap minimal 3 x 24 jam
- Tidak sedang sakit parah (dalam taraf penyembuhan)
- Dapat berkomunikasi dengan baik
- Sudah bayar administrasi
- Usia $17 \leq n \leq 80$ tahun

Sampel tersebut diambil secara acak terhadap pasien-pasien yang mewakili seluruh pasien rawat inap di setiap kelas ruang rawat inap dan disesuaikan dengan keadaan pasien pada saat periode penelitian (pengambilan kuesioner). Pertanyaan yang dijawab oleh responden diberi bobot nilai :

a. sangat puas = 5

- | | | |
|----------------------|---|---|
| b. puas | = | 4 |
| c. cukup puas | = | 3 |
| d. tidak puas | = | 2 |
| e. sangat tidak puas | = | 1 |

5.1. Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas

Kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian ini diuji validitasnya terlebih dahulu untuk mengetahui valid tidaknya setiap item kuesioner. Apabila terdapat item kuesioner yang tidak valid maka kuesioner tersebut tidak akan digunakan atau dibuang. Dari kuesioner awal yang direncanakan terdapat variabel pelayanan *check in* rumah sakit dengan lima pertanyaan, variabel pelayanan paramedis dengan sepuluh pertanyaan, variabel fasilitas rumah sakit dan menu makanan dengan sebelas pertanyaan, serta variabel pelayanan *check out* rumah sakit dengan lima pertanyaan sehingga semuanya berjumlah tiga puluh satu pertanyaan. Setelah diuji validitasnya ternyata tersisa dua puluh enam pertanyaan sehingga terdapat lima pertanyaan yang gugur dan tidak dapat digunakan. (Hasil Validitas setiap item kuesioner terdapat pada lampiran I)

Reliabilitas

Hasil dari Reliability Analysis – Scale (Alpha) dengan menggunakan SPSS for Windows Release 7.5 menunjukkan bahwa Alpha = 0,9348. Menurut Uma Sekaran (1992), Alpha dibawah 0,6 tidak bisa diterima dan Alpha antara

0,6 – 0,8 bisa diterima, sedangkan Alpha 0,8 keatas adalah sangat baik. Sehingga hasil Reliabilitas adalah sangat baik karena masuk pada skala 0,8 keatas.

5.2. Analisis Kualitatif

Sampel sebanyak 100 pasien rawat inap sebagai responden dikelompokkan atas dasar kelas rawat inap, jenis kelamin, usia, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, jumlah tanggungan, penanggung pengobatan, sumber informasi rumah sakit, pernah atau belum pernah dirawat di RS PKU Muhammadiyah, pernah atau belum pernah dirawat di rumah sakit swasta lain, keluarga pernah atau belum pernah dirawat di RS PKU Muhammadiyah, keluarga pernah atau belum pernah dirawat di rumah sakit swasta lain, dan pengantar pasien ke rumah sakit.

Berdasarkan hasil pengamatan data berupa jawaban atas daftar pertanyaan yang diajukan di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar, dapat disimpulkan adanya suatu Analisis kualitatif terhadap profile konsumen yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

5.2.1. Kelas Rawat Inap yang Dipilih

Hasil dari pengamatan data berdasarkan kelas ruang rawat inap yang dipilih responden dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1. Kelas Rawat Inap Yang Dipilih Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

KELAS RAWAT INAP	JUMLAH (orang)	%
Kelas V I P	9	9
Kelas I	27	27
Kelas II B	19	19
Kelas II A	34	34
Kelas III	11	11
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Pada kelompok kelas II A merupakan kelompok kelas ruang rawat inap yang paling banyak dipilih oleh pasien sebagai responden, karena kelas tersebut mempunyai tarif yang relatif murah seharga Rp 20.000,- per hari dengan fasilitas : 1 kamar 2 *bed* dengan pintu korden, lemari kecil dan kotak obat, sedangkan kamar mandi di luar. Adapun fasilitas dan tarif kamar rawat inap untuk masing-masing kelas dapat dilihat pada Lampiran D dan E.

5.2.2. Jenis Kelamin

Adapun responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta berdasarkan jenis kelaminnya dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2. Jenis Kelamin Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

JENIS KELAMIN	JUMLAH (orang)	%
Pria	55	55
Wanita	45	45
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Responden pria RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta sebesar 55 % menunjukkan bahwa lebih banyak kaum pria yang berobat dirumah sakit tersebut. Pada dasarnya pria sebagai kepala keluarga mempunyai tanggung jawab yang lebih besar untuk mencari nafkah keluarga, sehingga beban keluarga dan kesibukan bekerja menjadikan mereka lupa akan menjaga kesehatannya. Oleh karena itu kaum pria saat ini cukup banyak terserang penyakit.

5.2.3. Usia

Hasil pengumpulan data berdasarkan usia responden dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3. Usia Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

USIA	JUMLAH (orang)	%
17 – 36 Tahun	47	47
37 – 51 Tahun	25	25
52 – 80 Tahun	28	28
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Pada kelompok 17 – 36 tahun yang merupakan kelompok usia terbanyak dalam memilih RS PKU Muhammadiyah Karanganyar dapat dikatakan sebagai konsumen potensial. Kelompok ini mempunyai nilai penting bagi para pemasar, karena kelompok usia ini kebanyakan adalah usia remaja dan masih bersifat kekanak-kanakan. Mereka masih suka mengendarai kendaraan dengan kecepatan tinggi dan tidak menghiraukan peraturan lalu lintas sehingga sering terjadi kecelakaan. Kemudian pada usia remaja ini biasanya sering makan di luar rumah sehingga tidak memperhatikan jenis makanan dan kebersihan makanannya. Oleh karena itu keluhan dari responden tersebut kebanyakan adalah *Appendix* atau usus buntu dan *Typhus*.

Kelompok usia kedua terbanyak adalah pada usia antara 52 – 80 tahun karena pada usia ini termasuk pada usia manula yang sudah rentan terhadap penyakit.

5.2.4. Status Perkawinan

Pada tabel 5.4. dapat dilihat hasil pengumpulan data berdasarkan atas status perkawinan masing-masing responden.

Tabel 5.4. Status Perkawinan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

STATUS	JUMLAH (orang)	%
Kawin	81	81
Tidak Kawin	19	19
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari sampel sebanyak 100 pasien ternyata 81 % berstatus telah menikah dan berkeluarga. Dimana dapat diartikan bahwa orang yang sudah berkeluarga biasanya tidak hanya memperhatikan dirinya sendiri melainkan memperhatikan anggota keluarganya juga, sehingga mereka secara tidak sadar telah mengalami penurunan stabilitas stamina kesehatan tubuhnya. Hal ini dapat dilihat dari kelelahan dalam mencari nafkah atau mengurus keluarga. Orang yang sudah menikah atau berkeluarga apabila sakit dan memerlukan perawatan yang intensif biasanya memilih dirawat di rumah sakit supaya tidak merepotkan anggota keluarga di rumah.

5.2.5. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil pengamatan, dapat diperoleh gambaran mengenai kelompok responden menurut tingkat pendidikan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5. Tingkat Pendidikan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

PENDIDIKAN	JUMLAH (orang)	%
Tidak Sekolah	25	25
SD	27	27
SMP	23	23
SMA	17	17
Akademi	4	4
Perguruan Tinggi	4	4
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa responden masih berpendidikan rendah dimana jumlah terbanyak sebesar 27 % hanya lulusan SD dan 25 % tidak sekolah sehingga mereka kurang memiliki pengetahuan tentang kesehatan dan kebersihan. Oleh karena itu mereka sebagian besar sering terkena penyakit dan mengharuskan mereka dirawat di rumah sakit. Mereka juga selalu bersikap menerima setiap fasilitas rumah sakit yang diberikan apa adanya sebagai haknya sesuai kelas ruang rawat inap yang dipilih.

5.2.6. Pekerjaan

Berdasarkan hasil pengamatan, dapat diperoleh data mengenai kelompok responden menurut pekerjaan responden yang menanggapi atas jasa pelayanan kesehatan pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta yang dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6. Pekerjaan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

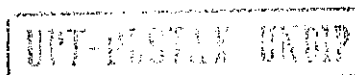
PEKERJAAN	JUMLAH (orang)	%
Ibu Rumah Tangga	27	27
Petani	29	29
Wiraswasta	26	26
Pegawai Negeri / ABRI /		
Pensiunan	9	9
Lain-lain	9	9
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari tabel diatas terlihat responden yang terbanyak sebesar 29 % adalah petani dimana sebagian besar penyakit yang diderita disebabkan oleh kelelahan dalam bekerja dan tidak menjaga kebersihan lingkungan serta makanan mereka karena mereka lebih banyak menghabiskan waktu untuk bekerja di ladang dan sawah. Sedangkan urutan kedua adalah ibu rumah tangga sebesar 27 %, wiraswasta sebesar 26 %, pegawai negeri dan pensiunan sebesar 9 %, dan yang terakhir lain-lain sebesar 9 % adalah pengangguran dan pelajar.

5.2.7. Tingkat Pendapatan

Tabel 5.7. di bawah ini merupakan tingkat pendapatan per bulan responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.



Tabel 5.7. Tingkat Pendapatan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

PENDAPATAN / BULAN	JUMLAH (orang)	%
< Rp 100.000,-	32	32
Rp 100.000,- -- Rp 199.000,-	22	22
Rp 200.000,- -- Rp 500.000,-	31	31
> Rp 500.000,-	15	15
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa kelompok potensial adalah kelompok responden dengan tingkat pendapatan per bulan kurang dari Rp 100.000,- sebesar 32 %. Dengan demikian mereka tidak mampu mencukupi kebutuhan keluarganya, sehingga keluarga mereka hidup seadanya saja tanpa memperhatikan kebutuhan akan gizi yang cukup. Hal ini dapat mengakibatkan tubuh sering terkena penyakit karena tubuh mereka tidak tercukupi kebutuhannya. Dan ini juga berarti bahwa keadaan sosial responden rendah karena mereka sebagian besar hanya berprofesi sebagai petani kecil saja. Dengan demikian dapat dimengerti bahwa mereka lebih condong untuk memilih kelas rawat inap II A yang relatif murah.

5.2.8. Jumlah tanggungan

Tabel 5.8. menunjukkan jumlah tanggungan setiap responden yang menjadi tanggung jawab responden dan beban keluarga mereka.

Tabel 5.8. Jumlah Tanggungan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

JUMLAH TANGGUNGAN (orang)	JUMLAH (orang)	%
0	28	28
1	18	18
2	14	14
3	15	15
4	12	12
5	5	5
6	5	5
7	3	3
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa kelompok terbesar adalah responden yang belum atau tidak mempunyai tanggungan keluarga yakni sebesar 28 % yang terdiri dari keluarga baru yang belum mempunyai anak dimana mereka sedang giat-giatnya memulai karir tanpa mempedulikan kesehatannya dan responden yang sudah tua dimana anaknya sudah berumah tangga sendiri. Responden yang sudah tua kadang luput dari perhatian anaknya dan mereka merasa tidak perlu memperhatikan kesehatannya lagi. Bagi mereka, usia yang lebih muda harus lebih memperhatikan kesehatan dan kebutuhannya karena hidup mereka masih panjang.

Pengertian jumlah tanggungan responden disini adalah jumlah orang yang menjadi beban keluarga dimana harus ditanggung seluruh biaya hidupnya oleh kepala keluarga, seperti anak, saudara, orang tua, ataupun orang lain yang masih menjadi tanggungan biaya keluarga terkecuali suami istri. Apabila ada anak yang sudah bekerja dan bisa membiayai hidupnya sendiri maka anak tersebut sudah tidak menjadi tanggungan keluarganya lagi.

5.2.9. Penanggung Pengobatan

Tabel 5.9. menunjukkan penanggung jawab seluruh biaya pengobatan responden selama dirawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

Tabel 5.9. Penanggung Jawab Biaya Pengobatan Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

TANGGUNGAN PENGOBATAN	JUMLAH (orang)	%
Sendiri	95	95
PT. ASKES	1	1
Lain-lain	4	4
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari data tersebut diatas dapat dilihat bahwa responden sebesar 95 % membayar sendiri seluruh biaya pengobatannya selama dirawat di rumah sakit, dimana pembayaran tersebut dapat ditanggung pribadi responden sendiri atau keluarga responden. Karena mereka sebagian besar

bekerja sebagai petani maka mereka tidak mempunyai jaminan kesehatan dari manapun. Sedangkan lain-lain sebesar 4 % ditanggung oleh tetangga dan orang lain penyebab kecelakaan responden.

5.2.10. Sumber Informasi

Tabel dibawah ini memberikan informasi kepada pihak rumah sakit tentang dari mana responden mengetahui RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

Tabel 5.10. Sumber Informasi Yang Didapat Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

SUMBER INFORMASI	JUMLAH (orang)	%
Sendiri	44	44
Keluarga	31	31
Dokter	12	12
Puskesmas	1	1
Tetangga	12	12
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Informasi yang didapat responden terbanyak bahwa mereka telah mengetahui sendiri keberadaan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta yaitu sebesar 44 % dari jumlah responden yang ada. Hal ini dikarenakan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar merupakan rumah sakit swasta terdekat dengan domisili mereka (Kabupaten Karanganyar). Sedangkan sebesar 31 % informasi didapat dari keluarga responden.

5.2.11. Pernah Dirawat pada Rumah Sakit yang Sama

Pada tabel 5.11. memberikan informasi pada pihak rumah sakit tentang responden sebagai pasien lama atau baru yang dirawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

Tabel 5.11. Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Pernah Atau Tidak Pernah Dirawat Di Rumah Sakit Yang Sama (Bulan Januari – Maret 2000)

PASIEN PERNAH DIRAWAT DI RS PKU	JUMLAH (orang)	%
Ya	27	27
Tidak	73	73
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa ternyata responden banyak yang baru sekali itu dirawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta yaitu sebesar 73 %. Mereka menyatakan bahwa baru pertama kali sakit yang terpaksa harus dirawat di rumah sakit. Sedangkan 27 % adalah pasien lama dan merasa puas dirawat di rumah sakit tersebut sehingga mereka memilih kembali rumah sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

5.2.12. Pernah Dirawat pada Rumah Sakit Swasta Lain

Pada tabel 5.12. memberikan informasi kepada pihak rumah sakit tentang pasien yang sedang atau pernah dirawat di RS PKU Muhammadiyah

Karanganyar Surakarta tersebut apakah pernah dirawat di rumah sakit swasta lainnya sebagai pembanding atau pesaing.

Tabel 5.12. Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Pernah Atau Tidak Pernah Dirawat Di Rumah Sakit Swasta Lain (Bulan Januari – Maret 2000)

PASIEN PERNAH DIRAWAT DI RS SWASTA LAIN	JUMLAH (orang)	%
Ya	28	28
Tidak	72	72
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari hasil pengamatan ternyata 72 % responden belum pernah dirawat di rumah sakit swasta lainnya. Karena rumah sakit swasta yang sekabupaten letaknya jauh dan mereka lebih memilih rumah sakit Kotamadya Surakarta yang lebih dekat dan lebih lengkap fasilitasnya. Sedangkan 28 % responden pernah dirawat di rumah sakit swasta lainnya dan responden tersebut berasal dari luar wilayah Karanganyar yang domisilinya berdekatan dengan rumah sakit swasta lain tersebut.

5.2.13. Keluarga Pernah Dirawat pada Rumah Sakit yang Sama

Tabel 5.13. memberikan informasi kepada responden tentang keluarga mereka apakah sebelumnya pernah atau belum pernah dirawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

Tabel 5.13. Keluarga Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Pernah Atau Tidak Pernah Dirawat Di Rumah Sakit Yang Sama (Bulan Januari – Maret 2000)

KEL. PERNAH DIRAWAT DI RS PKU	JUMLAH (orang)	%
Ya	58	58
Tidak	42	42
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari tabel tersebut menunjukkan 58 % responden menyatakan keluarga mereka pernah dirawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar dan berpendapat bahwa mereka merasa puas atas perawatan dan pengobatan rumah sakit tersebut. Kemudian mereka menyampaikan hal tersebut kepada responden.

5.2.14. Keluarga Pernah Dirawat pada Rumah Sakit Swasta Lain

Pada tabel 5.14. menunjukkan informasi mengenai apakah keluarga responden pernah atau belum pernah dirawat di rumah sakit swasta lainnya.

Tabel 5.14. Keluarga Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Pernah Atau Tidak Pernah Dirawat Di Rumah Sakit Swasta Lain (Bulan Januari – Maret 2000)

KEL. PERNAH DIRAWAT DI RS SWASTA LAIN	JUMLAH (orang)	%
Ya	55	55
Tidak	45	45
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari hasil data tabel tersebut menunjukkan 55 % responden menyatakan bahwa keluarga mereka pernah dirawat di rumah sakit swasta lainnya karena kondisi pasien yang parah dan membutuhkan fasilitas rumah sakit yang lebih lengkap.

5.2.15. Pengantar Pasien ke RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta

Tabel 5.15. Pembawa Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta Bulan Januari – Maret 2000

DATANG KE RS PKU	JUMLAH (orang)	%
Sendiri	23	23
Keluarga	60	60
Dokter	9	9
Puskesmas	1	1
Tetangga	7	1
JUMLAH	100	100

Sumber : Data primer yang diolah

Dari hasil data tabel 5.15. diatas menunjukkan pembawa pasien untuk dirawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta dan dapat diketahui bahwa 60 % responden dibawa oleh keluarganya untuk dirawat di rumah sakit tersebut. Hal ini disebabkan responden datang ke rumah sakit dalam keadaan terpaksa karena sakit dan tidak dapat pergi sendiri. Selain itu keluarga adalah faktor pendukung dalam menentukan pilihan rumah sakit.

5.3. Analisis Kuantitatif

Analisis Kuantitatif adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui besarnya peran informasi dari pasien sebagai responden dan konsumen rumah sakit terhadap pelayanan jasa kesehatan yang diberikan oleh pihak manajemen rumah sakit.

Dalam Analisis ini dilakukan perhitungan berdasarkan data kuesioner yang terkumpul dan layak untuk diperiksa atau dianalisis.

5.3.1. Penentuan *Score*

Langkah penentuan *score*, pertama mencari nilai koefisien korelasi masing-masing item dari seluruh pertanyaan kuesioner, kemudian memberikan bobot kepada masing-masing item tersebut berdasarkan nilai total koefisien korelasi setiap variabelnya. Mencari masing-masing nilai item dengan jumlah observasinya, selanjutnya menghitung *score* melalui perkalian antara bobot setiap item dengan nilai setiap item. Kemudian *score* tiap variabel dijumlahkan untuk mengetahui skala kepuasannya. (Dapat dilihat pada Tabel 5.16.)

Tabel 5.16. PERHITUNGAN SCORE

KUESIONER	R	BOBOT	NILAI MEAN	SCORE
A. PELAYANAN CHECK IN				
1. Prosedur saat masuk RS	0,6717	0,1952	3,8400	0,7496
2. Sikap petugas penerima pasien	0,7037	0,2045	3,7200	0,7607
3. Kecepatan petugas penerima pasien	0,6577	0,1912	3,7500	0,7170
4. Sikap dokter jaga	0,6429	0,1869	3,7800	0,7065
5. Kecepatan dokter jaga	0,7945	0,2222	3,7700	0,8377
				3,7715
B. PELAYANAN PARAMEDIS				
1. Sikap Perawat	0,7499	0,2184	3,6900	0,8059
2. Kecepatan perawat	0,6443	0,1876	3,7900	0,7110
3. Ketrampilan perawat	0,6678	0,1945	3,6100	0,7022
4. Kemudahan dokter	0,6878	0,2003	3,4200	0,6850
5. Sikap dokter	0,6840	0,1992	4,2900	0,8546
				3,7587
C. FASILITAS & MENU MAKANAN				
1. Kelengkapan apotik	0,4531	0,0821	3,6900	0,3030
2. Kelengkapan peralatan RS	0,6919	0,1254	3,3100	0,4151
3. Kebersihan peralatan RS	0,3511	0,0637	3,2900	0,2096
4. Kebersihan kamar mandi / wc	0,5091	0,0923	3,6500	0,3369
5. Kebersihan lingkungan RS	0,5969	0,1082	3,7200	0,4025
6. Kesegaran ruang rawat	0,6262	0,1135	3,6200	0,4109
7. Penggantian seprei	0,1851	0,0336	2,8100	0,0944
8. Kelengkapan ruang rawat	0,7736	0,1402	3,4500	0,4837
9. Kebersihan ruang rawat	0,7865	0,1426	3,7100	0,5291
10. Menu makanan	0,5427	0,0984	3,4500	0,3395
				3,5247
D. PELAYANAN CHECK OUT				
1. Sikap petugas selain perawat	0,1506	0,0446	3,1300	0,1396
2. Prosedur saat keluar RS	0,5931	0,1755	3,5800	0,6283
3. Sikap petugas administrasi	0,6470	0,1915	3,7500	0,7181
4. Kecepatan petugas administrasi	0,6151	0,1820	3,6200	0,6588
5. Kemudahan pembayaran	0,7744	0,2292	3,6500	0,8366
6. Fasilitas RS untuk pulang	0,5993	0,1773	3,2600	0,5780
				3,5594

Sumber : Data primer yang diolah

Hasil dari perhitungan *score* kemudian dapat dilihat dengan skala kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta terhadap pelayanan jasa kesehatan yang dilakukan di rumah sakit tersebut.

Skala kepuasan :

0,00 – 1,67 Sangat Tidak Puas

1,68 – 3,35 Cukup Puas

3,36 – 5,00 Sangat Puas

Sehingga dari hasil perhitungan *score* dapat mencerminkan tingkat kepuasan pasien rawat inap dan dapat mengetahui kekurangan pelayanan jasa kesehatan yang telah diberikan oleh pihak rumah sakit yang kemudian akan dilanjutkan dengan Uji *Chi Square*.

Hasil *score* tentang pelayanan saat masuk RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta menunjukkan *score* dengan angka 3,7715 sehingga masuk pada skala sangat puas antara 3,36 – 5,00. Dimana pelayanan saat masuk rumah sakit terdapat lima item penunjang yaitu prosedur saat masuk rumah sakit, sikap petugas jaga, kecepatan petugas jaga, sikap dokter jaga, dan kecepatan dokter jaga.

Hasil *score* tentang pelayanan paramedis RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta menunjukkan *score* dengan angka 3,7587. Hal ini menerangkan bahwa pelayanan paramedis rumah sakit tersebut mendapat

tanggapan sangat puas pada skala antara 3,36 – 5,00. Pelayanan paramedis tersebut ditunjang dengan lima item yaitu : sikap perawat, kecepatan perawat, ketrampilan perawat, kemudahan dokter bila diperlukan, dan sikap dokter yang memeriksa pasien.

Hasil score tentang fasilitas rumah sakit dan menu makanan yang disajikan oleh RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta menunjukkan score dengan angka 3,5247. Hal ini menunjukkan bahwa fasilitas dan menu makanan yang diberikan pihak rumah sakit mendapat tanggapan sangat puas pada skala antara 3,36 – 5,00. Dimana fasilitas dan menu makanan terdiri dari sepuluh item pertanyaan penunjang yaitu kelengkapan apotik, kelengkapan peralatan rumah sakit, kebersihan peralatan rumah sakit, kebersihan kamar mandi / wc, kebersihan lingkungan rumah sakit, kesegaran ruang rawat, penggantian seprei dan sarung bantal, kelengkapan ruang rawat, kebersihan ruang rawat, dan menu makanan yang disajikan. Walaupun tanggapan pasien rawat inap menunjukkan sangat puas namun masih ada keluhan dari pasien rawat inap mengenai fasilitas rumah sakit pada item penggantian seprei dan sarung bantal yang menunjukkan angka *score* terkecil yaitu 0,0944, item kebersihan peralatan rumah sakit yang dianggap masih kurang, kelengkapan kamar mandi / wc-nya masih kurang karena tidak ada bak mandi tetapi hanya ember saja, kebersihan kamar mandi yang tidak terjaga atau kotor, bau, dan sempit (pada ruang rawat kelas II A dan kelas III),

apabila malam hari petugas dan perawat jaga sepi padahal pasien yang sedang dirawat secara intensif perlu dijaga, tidak ada peraturan dan jadwal besuk sehingga pasien rawat inap merasa sangat terganggu oleh banyak dan ributnya para penjenguk pasien, tidak disediakan Musholla yang cukup mengingat bahwa rumah sakit tersebut adalah Rumah Sakit Islam. Kemudian keluhan terutama dari pasien ruang rawat inap kelas VIP, dimana kelengkapan ruang rawatnya dianggap masih kurang seperti kerusakan AC, tidak ada bel dan tidak ada telepon.

Hasil *score* tentang pelayanan saat keluar RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta menunjukkan angka 3,5594. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa pasien rawat inap di rumah sakit tersebut sangat puas dilihat dari skala kepuasan dengan angka antara 3,36 – 5,00. Pelayanan saat keluar rumah sakit ditunjang oleh enam item pertanyaan yaitu sikap petugas selain perawat, prosedur saat akan keluar rumah sakit, sikap petugas administrasi, kecepatan pelayanan petugas administrasi, kemudahan pembayaran biaya perawatan, dan fasilitas rumah sakit untuk pulang. Walaupun demikian masih ada keluhan dari pasien rawat inap mengenai sikap petugas selain perawat dan fasilitas rumah sakit untuk pulang yang berupa kendaraan sewaan.

5.3.2. Hasil Analisis Chi Square

Untuk mengetahui adanya hubungan yang signifikan antara tingkat kepuasan pasien rawat inap dengan karakteristik pasien rawat inap di RS

PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta digunakan alat analisis Chi Square sebagai alat Analisis kuantitatif.

Analisis kuantitatif Chi Square dalam penelitian ini dipergunakan untuk menguji hipotesis yang telah dikemukakan pada BAB II, dengan maksud untuk menguji apakah hipotesis yang telah dikemukakan tersebut diterima atau ditolak. Pengujian ini didasarkan pada jawaban dari kuesioner yang telah berhasil dikumpulkan.

Hasil dari pengujian Chi Square tersebut dapat dilihat pada tabel-tabel sebagai berikut :

Tabel 5.17. Pengujian Chi-Square Kelas Rawat Inap dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Tingkat Kepuasan Pasien	X	Prob	Kesimpulan
A. PELAYANAN <i>CHECK IN</i>			
1. Prosedur saat masuk RS	29,73101	0,0194	Ada hubungan
2. Sikap petugas penerima pasien	35,67533	0,0004	Ada hubungan
3. Kecepatan petugas penerima pasien	20,54625	0,0574	Tidak ada hubungan
4. Sikap dokter jaga	15,50440	0,2150	Tidak ada hubungan
5. Kecepatan dokter jaga	16,92285	0,3906	Tidak ada hubungan
B. PELAYANAN PARAMEDIS			
1. Sikap perawat	12,18036	0,4313	Tidak ada hubungan
2. Kecepatan perawat	20,25284	0,0625	Tidak ada hubungan
3. Ketrampilan perawat	24,64845	0,0763	Tidak ada hubungan
4. Kemudahan dokter	15,33891	0,5000	Tidak ada hubungan
5. Sikap dokter	23,99145	0,0023	Ada hubungan
C. FASILITAS & MENU MAKANAN			
1. Kelengkapan apotik	25,18054	0,0667	Tidak ada hubungan
2. Kelengkapan peralatan RS	17,13742	0,3768	Tidak ada hubungan
3. Kebersihan peralatan RS	12,49528	0,7092	Tidak ada hubungan
4. Kebersihan kamar mandi / wc	39,42564	0,0009	Ada hubungan
5. Kebersihan lingkungan RS	11,41542	0,4937	Tidak ada hubungan
6. Kesegaran ruang rawat	15,64243	0,4782	Tidak ada hubungan
7. Penggantian seprei	17,35355	0,3631	Tidak ada hubungan
8. Kelengkapan ruang rawat	31,91223	0,0103	Ada hubungan
9. Kebersihan ruang rawat	12,08922	0,4385	Tidak ada hubungan
10. Menu makanan	7,20778	0,9690	Tidak ada hubungan
D. PELAYANAN <i>CHECK OUT</i>			
1. Sikap petugas selain perawat	13,68550	0,6221	Tidak ada hubungan
2. Prosedur saat keluar RS	24,01918	0,0891	Tidak ada hubungan
3. Sikap petugas administrasi	17,44387	0,1336	Tidak ada hubungan
4. Kecepatan petugas administrasi	16,45351	0,4218	Tidak ada hubungan
5. Kemudahan pembayaran	15,69829	0,4742	Tidak ada hubungan
6. Fasilitas RS untuk pulang	33,28516	0,0068	Ada hubungan

Sumber : Data primer yang diolah

A. Hasil pengujian hubungan antara kelas rawat inap dengan pelayanan check in

Hubungan antara kelas ruang rawat inap yang dipilih pasien dengan prosedur saat masuk rumah sakit diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0194 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Sebagai standar untuk mengetahui terdapatnya hubungan yang signifikan adalah nilai Probabilitasnya harus kurang dari 0,05 ($P < 0,05$). Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 52 pasien rawat inap (52 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan prosedur saat masuk rumah sakit, dimana 17 pasien (50 %) dari kelas II A, 14 pasien (51,85 %) dari kelas I, 12 pasien (63,16 %) dari kelas II B, 5 pasien (45,45 %) dari kelas III, dan 4 pasien (44,44 %) dari kelas VIP. Prosedur saat masuk rumah sakit dilakukan sesuai dengan peraturan yang berlaku untuk setiap kelas ruang rawat inap. Sebagian besar responden memilih ruang rawat inap kelas II A dan prosedur saat masuk rumah sakit tersebut dirasakan kemudahannya oleh mereka, sehingga mereka berpendapat bahwa dengan tarif yang relatif murah ternyata mendapatkan pelayanan yang sama dengan kelas yang ada di atasnya.

Hubungan antara kelas ruang rawat inap yang dipilih pasien dengan sikap petugas penerima pasien diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0004 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 49 pasien (49 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan sikap petugas penerima pasien saat datang ke UGD, dimana 16 pasien (47,06 %) dari kelas II A, 15 pasien

(55,56 %) dari kelas I, 11 pasien (57,89 %) dari kelas II B, 4 pasien (44,44 %) dari kelas VIP, dan 3 pasien (27,27 %) dari kelas III. Sikap petugas penerima pasien memang dinilai ramah karena hal tersebut dapat memberikan kesan pertama yang baik dari pihak rumah sakit terhadap pasien dari kelas ruang rawat manapun. Seperti telah dikemukakan diatas bahwa sebagian besar responden memilih ruang rawat inap kelas II A maka sikap petugas penerima pasien saat datang ke UGD tersebut sangat dirasakan keramahannya oleh mereka, mereka berpendapat bahwa dengan tarif yang relatif murah ternyata mendapatkan perlakuan yang sama pula dengan kelas yang ada di atasnya.

Hubungan antara kelas ruang rawat inap yang dipilih pasien dengan kecepatan petugas penerima pasien, sikap dokter jaga, dan kecepatan dokter jaga diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0574, 0,2150, dan 0,3906 dimana menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara masing-masing faktor dengan kelas rawat inap yang dipilih karena nilai Probabilitasnya lebih besar dari 0,05 ($P > 0,05$). Hal ini berarti bahwa pasien dalam memilih kelas rawat inap tidak mementingkan faktor-faktor tersebut. Mereka lebih mempertimbangkan prosedur saat masuk RS dan sikap petugas penerima pasien. Demikian pula untuk variabel-variabel lain yang tidak mempunyai hubungan yang signifikan.

B. Hasil pengujian hubungan antara kelas rawat inap dengan pelayanan paramedis

Hubungan antara kelas ruang rawat inap yang dipilih pasien dengan sikap dokter yang menangani pasien rawat inap diuji dengan Chi Square (menggunakan

microstat) menghasilkan Prob. = 0,0023 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 47 pasien (47 %) dari 100 responden menyatakan sangat puas dengan sikap dokter yang menanganinya, dimana 18 pasien (52,94 %) dari kelas II A, 12 pasien (63,16 %) dari kelas II B, 10 pasien (37,04 %) dari kelas I, 5 pasien (45,45 %) dari kelas III, dan 2 pasien (22,22 %) dari kelas VIP. Karena sebagian besar responden memilih ruang rawat inap kelas II A maka sikap dokter yang menangani mereka tersebut sangat dirasakan keramahannya oleh mereka, mereka berpendapat bahwa dengan tarif yang relatif murah ternyata mendapatkan perlakuan dokter yang sama pula dengan kelas yang ada di atasnya.

C. Hasil pengujian hubungan antara kelas rawat inap dengan fasilitas rumah sakit dan menu makanan

Hubungan antara kelas ruang rawat inap yang dipilih pasien dengan kebersihan kamar mandi / wc diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0009 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 35 pasien (35 %) dari 100 responden menyatakan sangat puas dengan kebersihan kamar mandi / wc, dimana 12 pasien (35,29 %) dari kelas II A, 10 pasien (52,63 %) dari kelas II B, 10 pasien (37,04 %) dari kelas I, 2 pasien (22,22 %) dari kelas VIP, dan 1 pasien (9,09 %) dari kelas III. Sebagian besar responden memilih ruang rawat inap kelas II A yang relatif murah karena pendapatan mereka hanya kurang dari Rp 100.000,-, sehingga mereka dapat menerima fasilitas rumah sakit dengan

kebersihan kamar mandi / wc sesuai dengan kelas yang dipilih. Demikian pula pendapat pasien dari kelas yang lebih baik dimana kebersihan kamar mandi / wcnnya lebih terjamin sesuai dengan kelasnya.

Hubungan antara kelas ruang rawat inap yang dipilih pasien dengan kelengkapan ruang rawat diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0103 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 51 pasien (51 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan kelengkapan ruang rawat, dimana 16 pasien (59,26 %) dari kelas I, 15 pasien (44,12 %) dari kelas II A, 11 pasien (57,89 %) dari kelas II B, 5 pasien (55,55 %) dari kelas VIP, dan 4 pasien (36,36 %) dari kelas III. Mengenai kelengkapan ruang rawat inap kelas I di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta memang dinilai paling lengkap dibanding kelas-kelas lainnya. Sesuai tarif kamar kelas I per hari sebesar Rp 30.000,- dengan fasilitas ruangan yang terdiri dari *bed* (1 kamar sendiri), lemari makan dan kotak obat, meja dan kursi tamu (di beranda depan), sofa dan kursi tunggu, kamar mandi di dalam ruangan, dan kipas angin (Lampiran F) pasien merasa nyaman. Oleh karena itu apabila pasien menginginkan kelengkapan ruang rawat inap maka akan memilih kelas I.

D. Hasil pengujian hubungan antara kelas rawat inap dengan pelayanan check out

Hubungan antara kelas ruang rawat inap yang dipilih pasien dengan fasilitas rumah sakit untuk pulang diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0068 dimana menunjukkan ada hubungan

yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 41 pasien (41 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan fasilitas rumah sakit untuk pulang, dimana 14 pasien (41,18 %) dari kelas II A, 12 pasien (63,16 %) dari kelas II B, 11 pasien (40,74 %) dari kelas I, 3 pasien (27,27 %) dari kelas III, dan 1 pasien (11,11 %) dari kelas I. Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar sebagian besar memilih ruang rawat inap kelas II A dimana pendapatan mereka kurang dari Rp 100.000,- sehingga mereka tidak mempunyai kendaraan pribadi untuk keperluan pulang dari rumah sakit. Oleh karena itu mereka terpaksa menyewa kendaraan untuk pulang ke rumah. Pihak rumah sakit telah menyediakan untuk keperluan tersebut sehingga memudahkan pasien untuk mencari kendaraan. Namun bagi pasien kelas VIP, hal tersebut bahkan menyebabkan ketidakpuasan karena menyita sebagian tempat parkir kendaraan lainnya.

Tabel 5.18. Pengujian Chi-Square Jenis Kelamin dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Tingkat Kepuasan Pasien	X	Prob	Kesimpulan
A. PELAYANAN CHECK IN			
1. Prosedur saat masuk RS	8,53961	0,0737	Tidak ada hubungan
2. Sikap petugas penerima pasien	3,25891	0,3534	Tidak ada hubungan
3. Kecepatan petugas penerima pasien	5,27326	0,1528	Tidak ada hubungan
4. Sikap dokter jaga	3,52299	0,3178	Tidak ada hubungan
5. Kecepatan dokter jaga	3,63759	0,4573	Tidak ada hubungan
B. PELAYANAN PARAMEDIS			
1. Sikap perawat	1,70256	0,6364	Tidak ada hubungan
2. Kecepatan perawat	1,15806	0,7631	Tidak ada hubungan
3. Ketrampilan perawat	0,96351	0,9153	Tidak ada hubungan
4. Kemudahan dokter	2,92638	0,5702	Tidak ada hubungan
5. Sikap dokter	0,96971	0,6158	Tidak ada hubungan
C. FASILITAS & MENU MAKANAN			
1. Kelengkapan apotik	11,52477	0,0213	Ada hubungan
2. Kelengkapan peralatan RS	5,02249	0,2850	Tidak ada hubungan
3. Kebersihan peralatan RS	2,30251	0,6803	Tidak ada hubungan
4. Kebersihan kamar mandi / wc	0,81043	0,9370	Tidak ada hubungan
5. Kebersihan lingkungan RS	4,61020	0,2027	Tidak ada hubungan
6. Kesegaran ruang rawat	2,65354	0,6174	Tidak ada hubungan
7. Penggantian seprei	1,63973	0,8016	Tidak ada hubungan
8. Kelengkapan ruang rawat	6,95638	0,1382	Tidak ada hubungan
9. Kebersihan ruang rawat	3,33985	0,3421	Tidak ada hubungan
10. Menu makanan	5,15430	0,2718	Tidak ada hubungan
D. PELAYANAN CHECK OUT			
1. Sikap petugas selain perawat	6,19158	0,1853	Tidak ada hubungan
2. Prosedur saat keluar RS	4,13694	0,3878	Tidak ada hubungan
3. Sikap petugas administrasi	1,14971	0,7651	Tidak ada hubungan
4. Kecepatan petugas administrasi	3,02379	0,5539	Tidak ada hubungan
5. Kemudahan pembayaran	3,83985	0,4281	Tidak ada hubungan
6. Fasilitas RS untuk pulang	1,70361	0,7901	Tidak ada hubungan

Sumber : Data primer yang diolah

- A. Hasil pengujian hubungan antara jenis kelamin dengan pelayanan check in, pelayanan paramedis, dan pelayanan check out diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Probabilitas lebih dari 0,05 dimana menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel pertanyaan.
- B. Hasil pengujian hubungan antara jenis kelamin dengan fasilitas rumah sakit dan menu makanan

Hubungan antara jenis kelamin pasien sebagai responden dengan kelengkapan apotik RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0213 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 50 pasien (50 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan kelengkapan apotik rumah sakit tersebut, dimana 25 pasien (45,45 %) dari kaum pria dan 25 pasien (55,55 %) dari kaum wanita sama-sama berpendapat bahwa kelengkapan apotik merupakan salah satu faktor penunjang dalam pemilihan rumah sakit sebagai tempat untuk berobat. Kaum wanita biasanya berfikir secara emosional sehingga apabila dihadapkan dengan orang sakit maka akan cepat panik. Oleh karena itu mereka akan memilih fasilitas dan kelengkapan apotik dalam lingkungan rumah sakit demi kemudahan dan kepentingan pasien dan keluarganya.

Tabel 5.19. Pengujian Chi-Square Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Tingkat Kepuasan Pasien	X	Prob	Kesimpulan
A. PELAYANAN <i>CHECK IN</i>			
1. Prosedur saat masuk RS	39,121	0,006	Ada hubungan
2. Sikap petugas penerima pasien	16,345	0,359	Tidak ada hubungan
3. Kecepatan petugas penerima pasien	19,049	0,212	Tidak ada hubungan
4. Sikap dokter jaga	11,989	0,680	Tidak ada hubungan
5. Kecepatan dokter jaga	17,626	0,612	Tidak ada hubungan
B. PELAYANAN PARAMEDIS			
1. Sikap perawat	23,240	0,079	Tidak ada hubungan
2. Kecepatan perawat	28,318	0,020	Ada hubungan
3. Ketrampilan perawat	28,766	0,092	Tidak ada hubungan
4. Kemudahan dokter	25,190	0,194	Tidak ada hubungan
5. Sikap dokter	7,592	0,669	Tidak ada hubungan
C. FASILITAS & MENU MAKANAN			
1. Kelengkapan apotik	14,071	0,827	Tidak ada hubungan
2. Kelengkapan peralatan RS	14,346	0,813	Tidak ada hubungan
3. Kebersihan peralatan RS	20,100	0,452	Tidak ada hubungan
4. Kebersihan kamar mandi / wc	21,124	0,390	Tidak ada hubungan
5. Kebersihan lingkungan RS	12,914	0,609	Tidak ada hubungan
6. Kesegaran ruang rawat	15,970	0,718	Tidak ada hubungan
7. Penggantian seprei	20,471	0,429	Tidak ada hubungan
8. Kelengkapan ruang rawat	15,674	0,737	Tidak ada hubungan
9. Kebersihan ruang rawat	11,744	0,698	Tidak ada hubungan
10. Menu makanan	19,083	0,516	Tidak ada hubungan
D. PELAYANAN <i>CHECK OUT</i>			
1. Sikap petugas selain perawat	25,222	0,193	Tidak ada hubungan
2. Prosedur saat keluar RS	12,309	0,905	Tidak ada hubungan
3. Sikap petugas administrasi	8,293	0,911	Tidak ada hubungan
4. Kecepatan petugas administrasi	14,492	0,805	Tidak ada hubungan
5. Kemudahan pembayaran	11,787	0,923	Tidak ada hubungan
6. Fasilitas RS untuk pulang	21,047	0,394	Tidak ada hubungan

Sumber : Data primer yang diolah

A. Hasil pengujian hubungan antara tingkat pendidikan dengan pelayanan check in

Hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan prosedur saat masuk rumah sakit diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,006 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 52 pasien (52 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan prosedur saat masuk rumah sakit, dimana 16 pasien (59,26 %) lulusan SD, 13 pasien (52 %) tidak sekolah, 12 pasien (52,17 %) lulusan SMP, 10 pasien (58,82 %) lulusan SMA, dan 1 pasien (25 %) lulusan perguruan tinggi. Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar sebagian besar hanya lulusan SD tetapi walaupun demikian prosedur saat masuk rumah sakit tetap sama sesuai peraturan dimana tidak membedakan status apapun. Oleh karena itu responden selalu mempertimbangkan kemudahan prosedur tersebut.

B. Hasil pengujian hubungan antara tingkat pendidikan dengan pelayanan paramedis

Hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan kecepatan perawat diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,020 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 54 pasien (54 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan kecepatan perawat, dimana 16 pasien (59,26 %) lulusan SD, 16 pasien (69,57 %) lulusan SMP, 14 pasien (56 %) tidak sekolah, 6 pasien (35,29 %) lulusan SMA, dan 2 pasien (50 %) lulusan perguruan tinggi.

Responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar sebagian besar hanya lulusan SD tetapi walaupun demikian kecepatan perawat tetap baik apabila diperlukan oleh pasien. Hal ini berarti cara kerja perawat RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta tidak membedakan pasien dalam hal tingkat pendidikan. Sehingga responden merasa puas atas hal tersebut dan pada dasarnya pelayanan perawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta adalah baik.

UPT. POLIAK - UNWIP

Tabel 5.20. Pengujian Chi-Square Pekerjaan dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Tingkat Kepuasan Pasien	X	Prob	Kesimpulan
A. PELAYANAN CHECK IN			
1. Prosedur saat masuk RS	16,78543	0,3996	Tidak ada hubungan
2. Sikap petugas penerima pasien	21,53482	0,0431	Ada hubungan
3. Kecepatan petugas penerima pasien	17,12235	0,1451	Tidak ada hubungan
4. Sikap dokter jaga	16,19456	0,1825	Tidak ada hubungan
5. Kecepatan dokter jaga	14,59610	0,5544	Tidak ada hubungan
B. PELAYANAN PARAMEDIS			
1. Sikap perawat	18,39401	0,1042	Tidak ada hubungan
2. Kecepatan perawat	13,02350	0,3673	Tidak ada hubungan
3. Ketrampilan perawat	19,01143	0,2681	Tidak ada hubungan
4. kemudahan dokter	16,68069	0,4065	Tidak ada hubungan
5. Sikap dokter	10,37416	0,2397	Tidak ada hubungan
C. FASILITAS & MENU MAKANAN			
1. Kelengkapan apotik	10,19673	0,8562	Tidak ada hubungan
2. Kelengkapan peralatan RS	13,32289	0,6490	Tidak ada hubungan
3. Kebersihan peralatan RS	11,43685	0,7818	Tidak ada hubungan
4. Kebersihan kamar mandi / wc	10,45563	0,8418	Tidak ada hubungan
5. Kebersihan lingkungan RS	11,01093	0,5280	Tidak ada hubungan
6. Kesegaran ruang rawat	12,56803	0,7040	Tidak ada hubungan
7. Penggantian seprei	23,22655	0,1078	Tidak ada hubungan
8. Kelengkapan ruang rawat	32,21212	0,0094	Ada hubungan
9. Kebersihan ruang rawat	23,33769	0,0250	Ada hubungan
10. Menu makanan	11,00921	0,8089	Tidak ada hubungan
D. PELAYANAN CHECK OUT			
1. Sikap petugas selain perawat	13,59356	0,6290	Tidak ada hubungan
2. Prosedur saat keluar RS	18,29085	0,3071	Tidak ada hubungan
3. Sikap petugas administrasi	11,15891	0,5154	Tidak ada hubungan
4. Kecepatan petugas administrasi	22,05492	0,1414	Tidak ada hubungan
5. Kemudahan pembayaran	19,16256	0,2603	Tidak ada hubungan
6. Fasilitas RS untuk pulang	20,04057	0,2184	Tidak ada hubungan

Sumber : Data primer yang diolah

A. Hasil pengujian hubungan antara pekerjaan responden dengan pelayanan check in

Hubungan antara pekerjaan responden dengan sikap petugas penerima pasien saat datang ke UGD diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0431 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 49 pasien (49 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan sikap petugas penerima pasien saat datang ke UGD, dimana 15 pasien (57,69 %) sebagai wiraswasta, 13 pasien (44,83 %) sebagai ibu rumah tangga, 11 pasien (40,74 %) sebagai petani, 7 pasien (77,77 %) sebagai pelajar dan pengangguran (lain-lain), dan 3 pasien (33,33 %) sebagai pegawai negeri / ABRI / Pensiunan.

B. Hasil pengujian hubungan antara pekerjaan responden dengan pelayanan paramedis dan pelayanan check out diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Probabilitas lebih dari 0,05 dimana menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel pertanyaan.

C. Hasil pengujian hubungan antara pekerjaan responden dengan fasilitas rumah sakit dan menu makanan

Hubungan antara pekerjaan responden dengan kelengkapan ruang rawat inap diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0094 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 51 pasien (51 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan kelengkapan ruang rawat inap, dimana 17

pasien (62,96 %) sebagai petani, 15 pasien (57,69 %) sebagai wiraswasta, 14 pasien (48,28 %) sebagai ibu rumah tangga, 4 pasien (44,44 %) sebagai pelajar dan pengangguran (lain-lain), dan 1 pasien (11,11 %) sebagai pegawai negeri / ABRI / pensiunan. Kelengkapan ruang rawat inap merupakan faktor penunjang dalam pemilihan kelas ruang rawat inap. Bagi golongan pekerjaan menengah ke bawah arti kelengkapan ruang rawat inap tidak begitu berarti, oleh karena itu mereka mudah merasa puas atas fasilitas tersebut.

Hubungan antara pekerjaan responden dengan kebersihan ruang rawat inap diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0250 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 58 pasien (58 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan kebersihan ruang rawat inap, dimana 19 pasien (70,37 %) sebagai petani, 16 pasien (55,17 %) sebagai ibu rumah tangga, 14 pasien (53,85 %) sebagai wiraswasta, 7 pasien (77,77 %) sebagai pelajar dan pengangguran (lain-lain), dan 2 pasien (22,22 %) sebagai pegawai negeri / ABRI / pensiunan. Kebersihan ruang rawat inap merupakan salah satu cermin kebersihan rumah sakit. Seperti halnya profesi sebagai petani yang berkecimpung dengan tanah maka harus selalu menjaga kebersihan demi kesehatannya. Oleh karena itu petani berusaha untuk menjaga kebersihan dalam hal apapun termasuk dalam bertani sehingga mereka mementingkan kebersihan ruang rawat inap dalam memilih ruang rawat inap.

Tabel 5.21. Pengujian Chi-Square Pendapatan Keluarga dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Tingkat kepuasan Pasien	X	Prob	Kesimpulan
A. PELAYANAN CHECK IN			
1. Prosedur saat masuk RS	26,01816	0,0107	Ada hubungan
2. Sikap petugas penerima pasien	15,00772	0,0907	Tidak ada hubungan
3. Kecepatan petugas penerima pasien	15,45282	0,0792	Tidak ada hubungan
4. Sikap dokter jaga	7,05616	0,6313	Tidak ada hubungan
5. Kecepatan dokter jaga	9,56081	0,6544	Tidak ada hubungan
B PELAYANAN PARAMEDIS			
1. Sikap perawat	30,45903	0,0004	Ada hubungan
2. Kecepatan perawat	31,43055	0,0002	Ada hubungan
3. Ketrampilan perawat	23,15174	0,0265	Ada hubungan
4. kemudahan dokter	17,83812	0,1204	Tidak ada hubungan
5. Sikap dokter	13,39718	0,0371	Ada hubungan
C. FASILITAS & MENU MAKANAN			
1. Kelengkapan apotik	14,90123	0,2469	Tidak ada hubungan
2. Kelengkapan peralatan RS	11,46278	0,4897	Tidak ada hubungan
3. Kebersihan peralatan RS	11,89955	0,4538	Tidak ada hubungan
4. Kebersihan kamar mandi / wc	12,29042	0,4226	Tidak ada hubungan
5. Kebersihan lingkungan RS	8,02007	0,5321	Tidak ada hubungan
6. Kesegaran ruang rawat	14,65674	0,2607	Tidak ada hubungan
7. Penggantian seprei	8,69083	0,7291	Tidak ada hubungan
8. Kelengkapan ruang rawat	25,26458	0,0136	Ada hubungan
9. Kebersihan ruang rawat	16,7619	0,0594	Tidak ada hubungan
10. Menu makanan	15,39805	0,2204	Tidak ada hubungan
D. PELAYANAN CHECK OUT			
1. Sikap petugas selain perawat	16,33709	0,1763	Tidak ada hubungan
2. Prosedur saat keluar RS	21,50561	0,0434	Ada hubungan
3. Sikap petugas administrasi	13,74533	0,1317	Tidak ada hubungan
4. Kecepatan petugas administrasi	13,37738	0,3422	Tidak ada hubungan
5. Kemudahan pembayaran	11,80341	0,4616	Tidak ada hubungan
6. Fasilitas RS untuk pulang	27,75452	0,0060	Ada hubungan

Sumber : Data primer yang diolah

A. Hasil pengujian hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan pelayanan check in

Hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan prosedur saat masuk rumah sakit diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0107 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 52 pasien (52 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan prosedur saat masuk rumah sakit, dimana 20 pasien (64,52 %) berpendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, 17 pasien (53,13 %) berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 12 pasien (54,55 %) berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, dan 3 pasien (20 %) berpendapatan lebih dari Rp 500.000,-. Hal tersebut memperlihatkan bahwa sebagian besar pasien adalah golongan menengah ke bawah dan pihak rumah sakit tidak membedakan keadaan sosial pasien dalam melaksanakan prosedur saat masuk rumah sakit. Sehingga pasien merasa puas dengan keadilan tersebut.

B. Hasil pengujian hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan pelayanan paramedis

Hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan sikap perawat diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0004 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 53 pasien (53 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan sikap perawat, dimana 19 pasien (61,29 %)

berpendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, 16 pasien (50 %) berpendapatan kurang dari Rp 100.00,-, 14 pasien (63,64 %) berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, dan 4 pasien (26,67 %) berpendapatan lebih dari Rp 500.000,-.

Hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan kecepatan perawat diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0002 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 54 pasien (54 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan kecepatan perawat, dimana 20 pasien (62,50 %) berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 18 pasien (58,07 %) berpendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, 11 pasien (50 %) berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, dan 5 pasien (33,33 %) berpendapatan lebih dari Rp 500.000,-.

Hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan ketrampilan perawat diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0265 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 54 pasien (54 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan ketrampilan perawat, dimana 21 pasien (67,74 %) berpendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, 17 pasien (53,13 %) berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 12 pasien (54,54 %) berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, dan 4 pasien (26,67 %) berpendapatan lebih dari Rp 500.000,-.

Hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan sikap dokter yang menangani pasien diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0371 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 47 pasien (47 %) dari 100 responden menyatakan sangat puas dengan sikap dokter yang menangani pasien, dimana 20 pasien (62,50 %) berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 12 pasien (54,54 %) berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, 9 pasien (29,03 %) berpendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, dan 6 pasien (40 %) berpendapatan lebih dari Rp 500.000,-.

Hal tersebut memperlihatkan bahwa dokter dan perawat tidak membedakan tingkat sosial pasiennya. Seluruh pasien diperhatikan dan dirawat dengan seksama sesuai dengan kebutuhannya masing-masing, dengan demikian pasien golongan menengah ke bawah merasa puas karena dokter dan perawat memperlakukan hal yang sama dengan pasien golongan ekonomi menengah ke atas.

C. Hasil pengujian hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan fasilitas rumah sakit dan menu makanan

Hubungan antara pendapatan responden dengan kelengkapan ruang rawat inap diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0136 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 51 pasien (51 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan kelengkapan ruang rawat inap, dimana 16

pasien (51,61 %) berpendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, 15 pasien (46,88 %) berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 14 pasien (63,64 %) berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, dan 6 pasien (40 %) berpendapatan lebih dari Rp 500.000,-. Fasilitas sebuah rumah sakit sangat menentukan dalam pemilihan rumah sakit untuk rawat inap. Oleh karena itu pihak rumah sakit menentukan fasilitas rumah sakit sesuai dengan tarifnya, dan terutama pasien golongan menengah ke bawah merasa puas dengan fasilitas tersebut. Tetapi golongan menengah ke atas berpendapat tidak puas dengan fasilitas rumah sakit karena mereka merasa menempati kelas yang lebih baik walaupun biayanya memang tidak mahal.

D. Hasil pengujian hubungan antara pendapatan responden per bulan dengan pelayanan check out

Hubungan antara pendapatan responden dengan prosedur saat keluar rumah sakit diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0434 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 52 pasien (52 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan prosedur saat keluar rumah sakit, dimana 17 pasien (53,13 %) berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 16 pasien (72,73 %) berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, 15 pasien (48,39 %) berpendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, dan 4 pasien (26,67 %) berpendapatan lebih dari Rp 500.000,-. Hal ini menunjukkan prosedur saat keluar

rumah sakit tidak membeda-bedakan golongan ekonomi pasien sekalipun pasien tersebut adalah orang yang tidak mampu.

Hubungan antara pendapatan responden dengan fasilitas rumah sakit untuk pulang diuji dengan Chi Square (menggunakan microstat) menghasilkan Prob. = 0,0060 dimana menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Dilihat pada hasil Chi Square menunjukkan bahwa 41 pasien (41 %) dari 100 responden menyatakan puas dengan fasilitas rumah sakit untuk pulang, dimana 14 pasien (43,75 %) berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 13 pasien (41,94 %) berpendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, 10 pasien (45,45 %) berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, dan 4 pasien (26,67 %) berpendapatan lebih dari Rp 500.000,-. Fasilitas rumah sakit untuk pulang ini sangat membantu dan mempermudah pasien golongan bawah yang tidak memiliki kendaraan pribadi walaupun harus dengan menyewa kendaraan tersebut.

Untuk mengetahui kuat lemahnya hubungan yang ada di antara faktor-faktor, dilihat dengan cara membandingkan nilai koefisien kontingensi (C) dengan nilai koefisien maksimum (C maks). Jadi makin dekat nilai C dengan Nilai C maks, maka makin kuat hubungan antar faktor-faktor. Hasil pengujian koefisien kontingensi dan koefisien maksimum dapat dilihat pada tabel 5.22.

5.22. Tabel Pengujian Koefisien Kontingensi dan Koefisien Maksimum

KUESIONER	C	C maks	DERAJAT KEERATAN HUBUNGAN
Tingkat Kepuasan Pasien dengan Kelas Rawat Inap Yang Dipilih			
A. Pelayanan <i>Check In</i>			
1. Prosedur saat masuk RS	0,4787	0,9806	Sedang
2. Sikap petugas penerima pasien	0,5128	0,9806	Sedang
B. Pelayanan Paramedis			
1. Sikap dokter	0,4399	0,9806	Sedang
C. Fasilitas & Menu Makanan			
1. Kebersihan kamar mandi / wc	0,5318	0,9806	Sedang
2. Kelengkapan ruang rawat	0,4919	0,9806	Sedang
D. Pelayanan <i>Check Out</i>			
1. Fasilitas RS untuk pulang	0,4997	0,9806	Sedang
Tingkat Kepuasan Pasien dengan Jenis Kelamin			
A. Fasilitas & Menu Makanan			
1. Kelengkapan apotik	0,3215	0,9806	Lemah
Tingkat Kepuasan Pasien dengan Tingkat Pendidikan			
A. Pelayanan <i>Check In</i>			
1. Prosedur saat masuk RS	0,5303	0,9806	Sedang
B. Pelayanan Paramedis			
1. Kecepatan perawat	0,4698	0,9806	Sedang
Tingkat Kepuasan Pasien dengan Pekerjaan			
A. Pelayanan <i>Check In</i>			
1. Sikap petugas penerima pasien	0,4209	0,9806	Sedang
B. Fasilitas & Menu Makanan			
1. Kelengkapan ruang rawat	0,4936	0,9806	Sedang
2. Kebersihan ruang rawat	0,4350	0,9806	Sedang
Tingkat Kepuasan Pasien dengan Pendapatan Keluarga			
A. Pelayanan <i>Check In</i>			
1. Prosedur saat masuk RS	0,4544	0,9806	Sedang
B. Pelayanan Paramedis			
1. Sikap perawat	0,4832	0,9806	Sedang
2. Kecepatan perawat	0,4890	0,9806	Sedang
3. Ketrampilan perawat	0,4336	0,9806	Sedang
4. Sikap dokter	0,3437	0,9806	Lemah
C. Fasilitas & Menu Makanan			
1. Kelengkapan ruang rawat	0,4491	0,9806	Sedang
D. Pelayanan <i>Check Out</i>			
1. Prosedur saat keluar RS	0,4207	0,9806	Sedang
2. Fasilitas RS untuk pulang	0,4661	0,9806	Sedang

Sumber : Data primer yang diolah

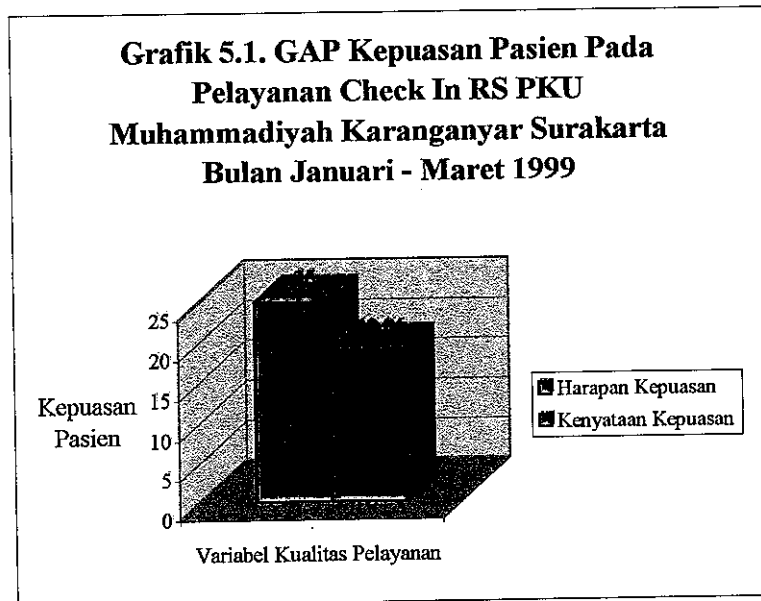
Hasil pengujian koefisien kontingensi dan koefisien maksimum memperlihatkan bahwa derajat keeratan hubungan antara faktor-faktor adalah sedang. Dimana nilai rata-rata koefisien kontingensi adalah 0,5 atau setengah dari koefisien maksimum. Walaupun demikian terdapat dua faktor yang mempunyai hubungan lemah yaitu hubungan antara tingkat kepuasan pasien dengan jenis kelamin pada sub variabel kelengkapan apotik dan hubungan antara tingkat kepuasan pasien dengan pendapatan keluarga pada sub variabel sikap dokter, dimana hanya mempunyai nilai masing-masing adalah 0,3.

5.3.3. Hasil Analisis Teori GAP (Kesenjangan)

Untuk menganalisis kualitas pelayanan terhadap butir pelayanan spesifik yang diterima oleh pengguna jasa rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta digunakan Teori GAP / Kesenjangan.

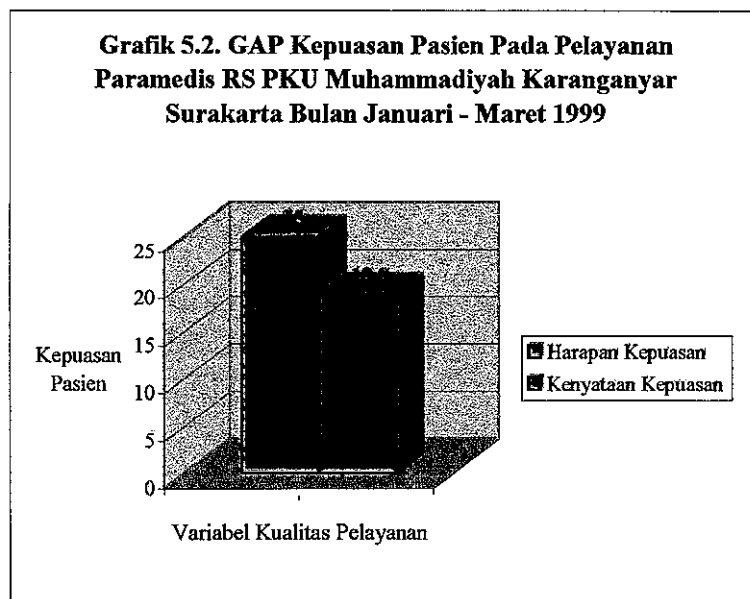
Teori GAP / Kesenjangan dalam penelitian ini dipergunakan untuk mengetahui seberapa besar gap / kesenjangan antara kepuasan yang diterima pasien dengan kepuasan yang diharapkan pasien.

Hasil Analisis Teori GAP / Kesenjangan tersebut dapat dilihat pada grafik-grafik di bawah ini :



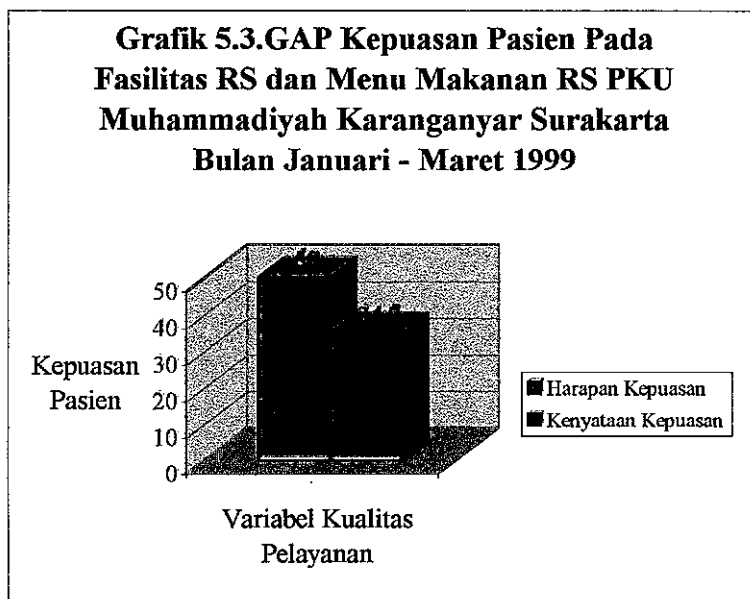
Sumber : Data primer yang diolah

Dari grafik 5.1. di atas menunjukkan bahwa pada pelayanan *check in* mempunyai nilai harapan kepuasan pasien 25 tetapi nilai kenyataan kepuasan pasiennya hanya 18,86. Sehingga terjadi nilai gap / kesenjangan sebesar 6,14. Hal ini menyatakan bahwa standar kesenjangan pada pelayanan *check in* tersebut adalah sangat tidak puas ($\geq 4 < 5$).



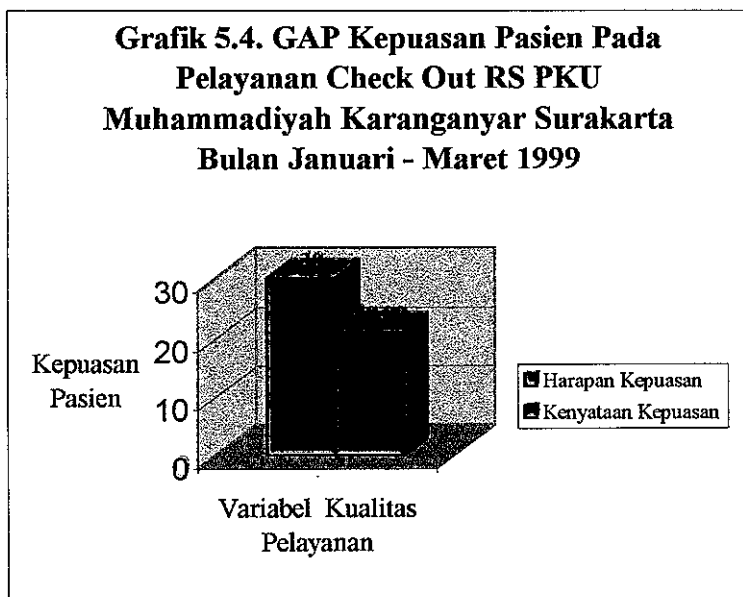
Sumber : Data primer yang diolah

Dari grafik 5.2. di atas menunjukkan bahwa pada pelayanan paramedis mempunyai nilai harapan kepuasan pasien 25 tetapi nilai kenyataan kepuasan pasiennya hanya 18,80. Sehingga terjadi nilai gap / kesenjangan sebesar 6,2. Hal ini menyatakan bahwa standar kesenjangan pada pelayanan paramedis tersebut adalah sangat tidak puas ($\geq 4 < 5$).



Sumber : Data primer yang diolah

Dari grafik 5.3. di atas menunjukkan bahwa pada fasilitas rumah sakit dan menu makanan yang disajikan mempunyai nilai harapan kepuasan pasien 50 tetapi nilai kenyataan kepuasan pasiennya hanya 34,70. Sehingga terjadi nilai gap / kesenjangan sebesar 15,30. Hal ini menyatakan bahwa standar kesenjangan pada fasilitas rumah sakit dan menu makanan yang disajikan tersebut adalah sangat tidak puas ($\geq 4 < 5$).



Sumber : Data primer yang diolah

Dari grafik 5.4. di atas menunjukkan bahwa pada pelayanan *check out* mempunyai nilai harapan kepuasan pasien 30 tetapi nilai kenyataan kepuasan pasiennya hanya 20,99. Sehingga terjadi nilai gap / kesenjangan sebesar 9,01. Hal ini menyatakan bahwa standar kesenjangan pada pelayanan *check out* tersebut adalah sangat tidak puas ($\geq 4 < 5$).

Secara keseluruhan Analisa Teori GAP / Kesenjangan menyatakan bahwa pasien merasa sangat tidak puas atas kualitas pelayanan rumah sakit tersebut. Ternyata keadaan tersebut sesuai dengan pra-survey yang telah dilakukan, hal ini berarti pasien memerlukan kualitas pelayanan yang baik dan mereka menginginkan kepuasan yang semestinya didapatkan dari pihak rumah sakit.

5.4. Implementasi Strategis

Penentuan pasar sasaran :

a. *Segmentation*

- **Secara geografis**, pasien yang datang ke RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta ini sebagian besar berasal dari wilayah sekitar Kabupaten Karanganyar Surakarta saja. Sehingga pasar sasaran RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta berkisar Kabupaten Karanganyar dan diposisikan pada pasien rawat inap yang bertempat tinggal pada daerah pinggiran Kabupaten Karanganyar seperti Kawedanan Karangpandan dan Tawangmangu.
- **Secara demografis**, terdiri dari :
 1. Pekerjaan dari pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta menunjukkan 29 % sebagai petani dan 27 % sebagai ibu rumah tangga. Dari hasil uji Chi Square, antara pekerjaan dengan pelayanan jasa kesehatan menunjukkan ada hubungan yang signifikan dan menyatakan puas.
 2. Tingkat pendapatan per bulan dari pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta sebanyak 32 % berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 31 % adalah pasien dengan pendapatan per bulan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, 22 % pasien berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, dan sisanya 15 % adalah

pendapatan pasien rawat inap yang lebih dari Rp 500.000,-. Dari pendapatan pasien rawat inap tersebut, pasien merasa puas dengan pelayanan jasa kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit.

3. Dengan melihat perbandingan jumlah tempat tidur antara kelas VIP, I, II B, II A, dan III dimana pasien memilih tempat tidur kelas II A lebih banyak, maka dapat disimpulkan bahwa rumah sakit ini mempunyai segmen kelas menengah ke bawah. Dengan rincian kelas VIP ada 2 tempat tidur, kelas I ada 10 tempat tidur, kelas II B terdapat 28 tempat tidur, kelas II A terdapat 22 tempat tidur, dan kelas III ada 10 tempat tidur.

- **Psikografis**

1. *Kelas sosial*, kelas sosial pasien rawat inap pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta termasuk pada kelas petani dan golongan ekonomi menengah kebawah.
2. *Gaya hidup* pasien rawat inap pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta termasuk pada kelompok pekerja keras.

- **Perilaku**

1. Pasien sebagai konsumen rumah sakit mengerti manfaat pelayanan jasa kesehatan.

2. Status pasien rawat inap sebagai konsumen termasuk pada dua golongan pasien lama atau pernah dirawat dan pasien baru pertama kali dirawat di rumah sakit tersebut.

Tingkat Pemakaian :

- termasuk pada peristiwa khusus karena terpaksa harus dirawat di rumah sakit
- masyarakat mulai sadar akan kebutuhan kesehatan
- Sikap terhadap produk pelayanan jasa positif sesuai kebutuhan yang diperlukan

Bedasarkan analisis, pengamatan, dan kesimpulan diatas maka dapat diambil penentuan pasar sasaran serta dipositioningkan.

b. Targeting

Target untuk RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta adalah :

1. Pasien dari kelas menengah ke bawah dengan pendapatan per bulannya kurang dari Rp 100.000,-.
2. Dari jenis pekerjaan menunjukkan pasien rawat inap dengan jenis pekerjaan sebagian besar sebagai petani dan ibu rumah tangga biasa.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta dapat melayani pasar golongan ekonomi menengah ke bawah dan sebagian besar masyarakatnya sebagai petani dan ibu rumah tangga biasa sesuai dengan target pasarnya.

c. Positioning

Setelah penetapan target pasien diatas maka perlu diterapkan positioning guna mendukung implementasi strategi tersebut. Positioning ini sebaiknya menggambarkan hal-hal sebagai berikut :

RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta merupakan kelas menengah kebawah dengan mutu pelayanan kelas menengah yang dapat dilihat dari posisi kelas rumah sakit tersebut. Berdasarkan Departemen Kesehatan RI (1993), RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta termasuk pada type rumah sakit jenis C (kelas menengah) dimana minimal mempunyai pelayanan dokter spesialis empat macam, yaitu Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Bedah Umum, Spesialis Anak, dan Spesialis Kebidanan dan Kandungan.

Image masyarakat terhadap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta tersebut adalah sebuah rumah sakit Islam terdekat dengan harga yang relatif murah, memiliki pelayanan jasa kesehatan yang baik, serta mempunyai fasilitas rumah sakit yang cukup dan bersih untuk kelas rumah sakit yang sama, sehingga mempunyai posisi di mata masyarakat untuk memilih rumah sakit tersebut sebagai tempat perawatan dan pengobatan.

Setelah melihat persepsi pasien rawat inap terhadap tingkat kepuasan pasien tersebut diatas, maka implementasi strategi yang diusulkan untuk diterapkan di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta ada tiga hal.

Pertama, rumah sakit diharapkan selalu memperbaiki fasilitas rumah sakit yang rusak dan meningkatkan kebersihan dan kelengkapan dari fasilitas rumah sakit tersebut dengan melihat kondisi standar rumah sakit untuk menguatkan posisinya dalam bersaing dengan pesaing utamanya. **Kedua**, perlu meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit baik *check in*, pelayanan paramedis atau *check out* sesuai dengan derajat keeratan hubungan antara koefisien kontingensi dan koefisien maksimum. **Ketiga**, meninjau kelas yang mempunyai pasien terbanyak (kelas II A) untuk dikembangkan dan ditingkatkan kualitas ruang rawatnya.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari penelitian dan hasil pembahasan tentang tingkat kepuasan pasien rawat inap atas jasa pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta, maka penulis memberikan kesimpulan dan mengimplementasikan serta memberikan saran-saran pada pihak manajemen rumah sakit demi kebaikan dan kemajuan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta khususnya bidang pemasaran.

6.1. Kesimpulan

Profil Konsumen

Dari kelas ruang rawat inap yang dipilih, menunjukkan kelas II A merupakan kelas ruang rawat inap yang tertinggi jumlah pasiennya diikuti oleh kelas I dan kelas II B.

Jenis kelamin terbanyak pada pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta 55 % adalah pria dan sisanya adalah wanita.

Hasil pengumpulan data berdasarkan atas kelompok usia responden menunjukkan bahwa pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta tergolong pada kelompok usia 17 – 36 tahun sebesar 47 %.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta sebesar 81 % telah menikah dan sisanya masih belum menikah.

Hasil pengumpulan data berdasarkan atas pendidikan menunjukkan bahwa 27 % pasien rawat inap berpendidikan hanya lulusan SD, 25 % tidak sekolah bahkan 48 % terdiri dari lulusan SMP, SMA, Akademi, dan Perguruan Tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan orang daerah setempat adalah sangat kurang.

Berdasarkan pekerjaan pasien rawat inap pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta adalah kelompok pekerja petani sesuai dengan wilayah setempat yaitu sebesar 29 %.

Tingkat pendapatan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta terdiri dari kelompok pendapatan kurang dari Rp 100.000,- serta urutan kedua adalah kelompok pendapatan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, kemudian kelompok pendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,- dan kelompok pendapatan lebih dari Rp 500.000,-. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi ekonomi daerah setempat adalah golongan menengah ke bawah.

Data berdasarkan jumlah tanggungan menunjukkan bahwa sebagian besar responden RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta tidak mempunyai tanggungan yakni sebesar 28 %.

Biaya seluruh perawatan dan pengobatan responden 95 % ditanggung sendiri oleh responden. Dalam arti biaya tersebut ditanggung oleh responden pribadi atau keluarganya.

Dari informasi rumah sakit menunjukkan bahwa pasien rawat inap sudah mengetahui keberadaan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta dari pribadi dan keluarganya sebesar 75 %.

Dan sebagian besar pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta termasuk pada pasien yang belum pernah dirawat di rumah sakit tersebut sebelumnya, tetapi 58 % keluarga mereka pernah dirawat di rumah sakit tersebut. Sehingga informasi untuk memilih RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta sebagian besar dipengaruhi oleh keluarga yang pernah merasakan perawatan di rumah sakit tersebut.

Hasil pengumpulan data sebanyak 72 % pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta belum pernah dirawat di rumah sakit swasta lainnya dan 55 % keluarga mereka sudah pernah dirawat di rumah sakit swasta lainnya.

Pasien yang membutuhkan perawatan dan pengobatan datang ke rumah sakit dalam keadaan terpaksa karena sakit, oleh karena itu sebagian besar (60 %) dari responden diantar oleh keluarganya ke rumah sakit tersebut.

Pemberian *Score*

Score pelayanan saat masuk rumah sakit menunjukkan angka 3,7715 dan masuk pada skala kepuasan 3,36 – 5,00 yang menunjukkan pasien rawat inap sangat puas pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

Dari pelayanan paramedis *score* menunjukkan angka 3,7587 dan masuk pada skala kepuasan 3,36 – 5,00 yang menunjukkan pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta menyatakan sangat puas atas pelayanan paramedisnya.

Score fasilitas rumah sakit dan menu makanan yang disajikan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta menunjukkan angka 3,5247 dan masuk pada skala kepuasan 3,36 – 5,00 dimana menyatakan bahwa pasien rawat inap pada rumah sakit tersebut sangat puas terhadap fasilitas tersebut.

Dari pelayanan saat keluar rumah sakit *score* menunjukkan angka 3,5594 dan masuk pada skala kepuasan 3,36 – 5,00 yang menunjukkan kepuasan pasien rawat inap pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

Hasil Teknik Analisis Chi-Square

Pelayanan saat masuk rumah sakit, dari hasil pengujian Chi Square variabel pelayanan saat masuk rumah sakit menunjukkan bahwa kelas ruang rawat inap yang dipilih terdapat hubungan yang signifikan dengan prosedur saat masuk rumah sakit dan sikap petugas penerima pasien. Tingkat pendidikan pasien menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan terhadap prosedur saat masuk rumah sakit, pekerjaan pasien mempunyai hubungan yang signifikan dengan sikap petugas penerima pasien. Begitu pula dengan pendapatan keluarga yang mempunyai hubungan yang signifikan juga dengan prosedur saat masuk rumah sakit.

Pelayanan paramedis, dari hasil pengujian Chi Square variabel pelayanan paramedis menunjukkan bahwa kelas ruang rawat inap yang dipilih terdapat hubungan yang signifikan dengan sikap dokter. Tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang signifikan dengan kecepatan perawat. Demikian pula dengan pendapatan pasien yang menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan terhadap sikap, kecepatan, dan ketrampilan perawat, serta sikap dokter.

Fasilitas rumah sakit dan menu makanan, dari hasil pengujian Chi Square variabel fasilitas rumah sakit dan menu makanan yang disajikan menunjukkan bahwa kelas ruang rawat inap yang dipilih terdapat hubungan yang signifikan dengan kebersihan kamar mandi / wc dan kelengkapan ruang rawat. Jenis kelamin pasien menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan terhadap kelengkapan apotik. Pekerjaan pasien mempunyai hubungan yang signifikan dengan kelengkapan dan kebersihan ruang rawat inap. Begitu pula antara pendapatan pasien dengan kelengkapan ruang rawat terdapat hubungan yang signifikan.

Pelayanan saat keluar rumah sakit, dari hasil pengujian Chi Square variabel pelayanan saat keluar rumah sakit menunjukkan bahwa kelas ruang rawat inap yang dipilih terdapat hubungan yang signifikan dengan fasilitas rumah sakit untuk pulang. Demikian pula dengan pendapatan pasien yang menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan pula terhadap prosedur saat keluar rumah sakit dan fasilitas rumah sakit untuk pulang.

Hasil pengujian koefisien kontingensi dan koefisien maksimum memperlihatkan bahwa derajat keeratan hubungan antara faktor-faktor adalah sedang. Dimana nilai rata-rata koefisien kontingensi adalah 0,5 atau setengah dari koefisien maksimum. Teknik analisis Chi-Square ini telah membuktikan hipotesis yang diduga.

Hasil Analisis Teori GAP / Kesenjangan

Standar Kesenjangan masing-masing keempat variabel kualitas pelayanan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta sebagai atribut yang mempengaruhi kepuasan pasien menunjukkan bahwa pasien merasa sangat tidak puas terhadap kualitas pelayanan rumah sakit tersebut. Karena nilai standar kesenjangan variabel tersebut adalah $\geq 4 < 5$.

Dari teknik analisis pembobotan dan teori gap dapat disimpulkan bahwa pemberian nilai bobot (skor) secara keseluruhan menyatakan bahwa pasien merasa sangat puas terhadap kualitas pelayanan rumah sakit tersebut. Tetapi dengan menggunakan teori gap / kesenjangan menyatakan bahwa pasien merasa sangat tidak puas terhadap kualitas pelayanan rumah sakit dengan melihat adanya nilai gap tersebut. Jadi teori gap / kesenjangan hasilnya lebih detail daripada pemberian nilai bobot (skor). Teori ini dianggap paling relevan dengan pra-survey, bahwa kualitas pelayanan rumah sakit memang kurang baik. Hal ini berarti RS PKU Muhammadiyah Karanganyar bukan berarti rumah sakit yang tidak *profit oriented* dengan kualitas seadanya tapi harus memperhatikan kualitas pelayanannya dan sangat manusiawi apabila pasien menuntut kepuasan pasien.

6.2. Implementasi

Penentuan pasar sasaran :

a. *Segmentation*

- **Secara geografis**, pasar sasaran RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta berkisar Kabupaten Karanganyar dan diposisikan pada pasien rawat inap yang bertempat tinggal pada daerah pinggiran Kabupaten Karanganyar seperti Kawedanan Karangpandan dan Tawangmangu.
- **Secara demografis**, terdiri dari :
 1. Pekerjaan dari pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta menunjukkan 29 % sebagai petani dan 27 % sebagai ibu rumah tangga. Dari hasil uji Chi Square, antara pekerjaan dengan pelayanan jasa kesehatan menunjukkan ada hubungan yang signifikan dan menyatakan puas.
 2. Tingkat pendapatan per bulan dari pasien rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta sebanyak 32 % berpendapatan kurang dari Rp 100.000,-, 31 % adalah pasien dengan pendapatan per bulan antara Rp 200.000,- - Rp 500.000,-, 22 % pasien berpendapatan antara Rp 100.000,- - Rp 200.000,-, dan sisanya 15 % adalah pendapatan pasien rawat inap yang lebih dari Rp 500.000,-. Dari pendapatan pasien rawat inap tersebut, pasien merasa puas dengan pelayanan jasa kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit.

3. Dengan melihat perbandingan jumlah tempat tidur antara kelas VIP, I, II B, II A, dan III dimana pasien peminat tempat tidur kelas II A lebih banyak, maka dapat disimpulkan bahwa rumah sakit ini mempunyai segmen kelas menengah ke bawah.

- **Psikografis**

1. *Kelas sosial*, kelas sosial pasien rawat inap pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta termasuk pada kelas petani dan golongan ekonomi menengah ke bawah.

2. *Gaya hidup* pasien rawat inap pada RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta termasuk pada kelompok pekerja keras.

- **Perilaku**

1. Pasien sebagai konsumen rumah sakit mengerti manfaat pelayanan jasa kesehatan.

2. Status pasien rawat inap sebagai konsumen termasuk pada dua golongan pasien lama atau pernah dirawat dan pasien baru pertama kali dirawat di rumah sakit tersebut.

b. Targeting

Dapat disimpulkan bahwa RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta dapat melayani pasar golongan ekonomi menengah ke bawah dan sebagian besar masyarakatnya sebagai petani dan ibu rumah tangga biasa sesuai dengan target pasarnya.

c. Positioning

Image masyarakat terhadap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta tersebut adalah sebuah rumah sakit Islam terdekat dengan harga yang relatif murah, memiliki pelayanan jasa kesehatan yang baik, serta mempunyai fasilitas rumah sakit yang cukup dan bersih untuk kelas rumah sakit yang sama, sehingga mempunyai posisi di mata masyarakat untuk memilih rumah sakit tersebut sebagai tempat perawatan dan pengobatan.

Implementasi strategi yang diusulkan untuk diterapkan di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta ada tiga hal. **Pertama**, rumah sakit diharapkan selalu memperbaiki fasilitas rumah sakit yang rusak dan meningkatkan kebersihan dan kelengkapan dari fasilitas rumah sakit tersebut dengan melihat kondisi standar rumah sakit untuk menguatkan posisinya dalam bersaing dengan pesaing utamanya. **Kedua**, perlu meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit baik *check in*, pelayanan paramedis atau *check out* sesuai dengan derajat keeratan hubungan antara koefisien kontingensi dan koefisien maksimum. **Ketiga**, meninjau kelas yang mempunyai pasien terbanyak (kelas II A) untuk dikembangkan dan ditingkatkan kualitas ruang rawatnya.

6.3. *Saran*

Hal yang paling utama pihak RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta disarankan untuk memperhatikan segmen, target, dan posisi pasar

yang telah dimiliki. Pihak rumah sakit diharapkan dapat memperluas pangsa pasar pada segmen yang sudah ditentukan dengan berusaha meningkatkan kualitas pelayanan jasa kesehatan. Mempertahankan *image* positif posisi rumah sakit di mata masyarakat walaupun *type* rumah sakit tersebut masih pada tingkat Kabupaten.

Teori Gap menghasilkan kesimpulan bahwa RS PKU Muhammadiyah Karanganyar bukan berarti rumah sakit yang tidak *profit oriented* dengan kualitas seadanya saja tapi harus memperhatikan kualitas pelayanannya, yaitu dengan meningkatkan pelayanan jasa kesehatan melalui perlakuan dan sikap yang ramah serta profesional oleh pihak rumah sakit kepada setiap pasien khususnya pasien rawat inap.

Bangunan RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta sebagian besar masih mempunyai lahan kosong, oleh karena itu maka sebaiknya dengan tidak meninggalkan kebersihan lingkungan dalam dan luar lokasi rumah sakit, diadakan ekspansi secara bertahap untuk kamar mandi / wc dan bangunan *Zal II A* dan *Zal III* agar terpisah dari Poli dan Kantor administrasi. Hal tersebut akan lebih menyamankan pasien yang dirawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

Membuat peraturan-peraturan seperti jadwal besuk, tata tertib, dan lain sebagainya untuk meningkatkan kenyamanan, ketertiban, dan kebersihan lingkungan rumah sakit khususnya bagi pasien rawat inap dan keluarganya sehingga dapat menambah *image* positif yang nantinya diharapkan dapat

meningkatkan jumlah pasien atau dapat meningkatkan persentase BOR diatas rata-rata. Dan diharapkan untuk pasien rawat inap yang pernah dirawat di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta dapat memilih kembali rumah sakit tersebut pada saat diperlukan.

Kelas III ruang rawat inap RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta merupakan kelas yang paling rendah di rumah sakit tersebut. Tarif kamar per hari, harga, dan fasilitas yang berlaku pada kelas III tidak jauh berbeda dengan kelas II A yang lebih baik. Oleh karena pasien rawat inap kelas II A selalu penuh maka sebaiknya kelas III dinaikkan menjadi kelas II A yang lebih layak sebagai ruang rawat inap dan untuk memenuhi permintaan kelas tersebut.

Untuk mengikuti perkembangan tingkat kepuasan pasien rawat inap, RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta diharapkan selalu memperhatikan keluhan yang disampaikan pasien maupun keluarga dan pengunjung yakni dengan mengadakan komunikasi antara pasien maupun keluarga pasien dengan pihak rumah sakit. Hal ini dimaksudkan agar selalu dapat beradaptasi dengan kebutuhan dan keinginan mereka dan berusaha selalu meningkatkan mutu pelayanan dan fasilitas RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Surakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S., 1989, *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*, Penerbit PT. Bima Aksara, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1993, *Informasi Rumah Sakit*, Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, Jakarta.
- Engel, James F., Roger D. Blackwell, Paul W. Miniard, Alih Bahasa : F.X. Budiyo, 1994, *Perilaku Konsumen*, Edisi Keenam, jilid 1, Penerbit Binarupa Aksara.
- Fandy Tjiptono, 1994, *Manajemen Jasa*, Penerbit ANDI, Yogyakarta.
- Freddy Rangkuti, 1997, *Riset Pemasaran*, Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Harry Soesanto, 1998, "Pengaruh Tarif Kamar Terhadap Kepuasan dan Minat Pasien Dalam Pembelian Jasa Rawat Inap di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta", *Jurnal Bisnis Strategi*, Volume 2 tahun I / 1998, Program Magister Manajemen Universitas Diponegoro.
- Kotler, P. Alih Bahasa : Adi Zakaria Afiff, 1996, *Manajemen Pemasaran Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*, Edisi keenam, jilid 1, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Lamri, 1997, "Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan, Minat Perilaku Penderita Rawat Inap di RS Islam Samarinda", *Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada*, Yogyakarta.
- Moh. Nazir, 1988, *Metode Penelitian*, Cetakan 3, Penerbit Jakarta Ghalia Indonesia.
- Pearce, John A. & Richard B. Robinson, Jr. Alih Bahasa : Agus Maulana, 1997, *Manajemen Strategik Formulasi, Implementasi, dan Pengendalian*, Jilid satu, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta Barat.
- Poerwa Darminta, WJS. 1986, *Kamus Umum Bahasa Indonesia*, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Penerbit Balai Pustaka, Jakarta.
- Saifuddin Azwar, April 1997, *Reliabilitas dan Validitas*, Edisi ke 3, cetakan Pertama, Penerbit Pustaka Pelajar (Anggota IKAPI), Yogyakarta.

- Sekaran, Uma, 1992, *RESEARCH METHODS FOR BUSINESS, A Skill Building Approach / Second Edition*, John Wiley & Sons, Inc. New York Chichester Brisbane Toronto Singapore.
- Siti Mulyawati, 1994, "Analisis Kepuasan Pasien Atas Jasa Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Karanganyar : Suatu Tinjauan Pemasaran", *Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta*.
- Soeprapto As, 1985, *Administrasi Rumah Sakit*, Penerbit Brata Jaya, Surabaya.
- Soerjadi, 1996, *Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit*, Ketiga, Bina Jakarta.
- Sungkono, 1998, "Persepsi Konsumen Terhadap Pelayanan Unit Rawat Inap Paviliun RSUD. Dr. Moewardi Surakarta", *Tesis Magister Manajemen Universitas Diponegoro, Semarang*.
- Suparto Adikoesoemo, 1997, *Manajemen Rumah Sakit*, Penerbit Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Suprpto, J. September 1997, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*, Cetakan Pertama, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Yacobalis, S., 1989, *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Quality Assurance)*, Jakarta.
- Yance Pany, 1999, "Analisis Tingkat kepuasan Pasien Atas Jasa Rawat Inap Rumah Sakit William Booth Surabaya", *Laporan Interenship Magister Manajemen Universitas Diponegoro, Semarang*.