

PERSEPSI KONSUMEN TERHADAP  
PELAYANAN UNIT RAWAT INAP  
PAVILIUN RSUD. DR. MOEWARDI  
SURAKARTA

*Tesis*

*Diajukan kepada Pengelola Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro  
untuk memenuhi sebagian syarat  
memperoleh derajat Sarjana S-2 Magister Manajemen*



Diajukan oleh :

Nama : Sungkono

NIM. : C 102 94 0044

*Kepada*

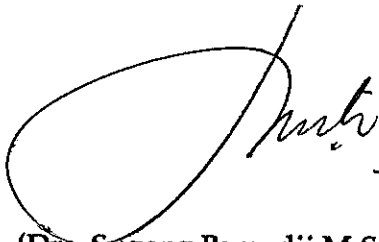
**PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN  
PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
1998**

**PERSEPSI KONSUMEN TERHADAP  
PELAYANAN UNIT RAWAT INAP  
PAVILIUN RSUD. DR. MOEWARDI  
SURAKARTA**

yang dipersiapkan dan disusun oleh :  
Sungkono  
telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 8 Oktober 1998  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

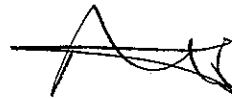
**Pembimbing :**

**Pembimbing I**



**(Drs. Sugeng Pamudji M.Si. Akt.)**

**Pembimbing II**



**(Drs. Rahardjo M.Si. Akt.)**

## K A T A P E N G A N T A R

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Yang Maha Kuasa, karena hanya dengan rahmat, karunia serta ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis yang merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Magister Manajemen Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.

Segegap kesabaran dan sepeoleh ketekunan telah penulis curahkan untuk dapat menyelesaikan tugas yang mungkin masih sangat jauh dari sempurna untuk sebuah karya ilmiah ini, namun demikian mudah-mudahan semua ini dapat sedikit memberikan arti bagi mereka yang membutuhkan.

Panjangnya waktu yang penulis butuhkan untuk menyelesaikan tugas terakhir dari Program Pendidikan ini telah memberikan arti dan kesan moral yang lebih mendalam bagi batin penulis akan arti pentingnya suatu usaha tanpa akhir dan makna ungkapan tiada batas usia untuk belajar.

Penulisan tesis ini pun penulis yakini tidak akan pernah bisa selesai tanpa adanya bantuan maupun dukungan pihak lain baik selaku kelompok maupun pribadi, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada siapa pun yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu terselesaikannya tugas penyusunan tesis ini.

Selanjutnya pada kesempatan ini secara khusus penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. Sugeng Pamudji M.Si., Akt., dan Bapak Drs. Rahardjo M.Si., Akt., selaku Pembimbing I dan Pembimbing II atas segala bantuan dan bimbingannya dari sejak awal penyusunan sampai selesainya tesis ini.
2. Direktur beserta seluruh Staf Pengelola Program Studi Magister Manajemen pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
3. Seluruh Staf Pengajar Program Studi Magister Manajemen Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
4. Pemerintah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah c.q. Biro Kepegawaian yang telah memberikan Ijin Belajar serta Biro Keuangan yang telah memberikan bantuan Biaya Belajar.
5. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah yang telah memproses ijin belajar serta memberikan data-data pada saat dilakukan penelitian.

6. Direktur RSUD Dr. Moewardi di Surakarta yang telah memberikan ijin awal untuk mengikuti pendidikan dan memberikan ijin pada saat melakukan penelitian.
7. Semua Kepala Bagian / Bidang serta Sub Bagian / Seksi pada RSUD Dr. Moewardi atas segala bantuan partisipasi serta pemberian data/informasi pada saat diadakan penelitian.
8. Penanggungjawab Unit Paviliun RSUD Dr. Moewardi yang secara terus menerus dan secara terbuka mengarahkan serta memberikan masukan-masukan yang sangat berguna bagi penyusunan tesis ini.
9. Semua rekan-rekan mahasiswa di Program Studi Magister Manajemen Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.

Yang tidak akan terlupakan juga kepada isteri, anak serta menantu disampaikan penghargaan yang tidak terhingga atas semua pengertian dorongan pengorbanan dan doa yang tiada henti hingga tercapainya akhir pendidikan. Kepada almarhum cucu pertamaku yang telah meninggalkan dunia fana disaat penulis sedang mengikuti pendidikan, hanya doa yang dikirimkan semoga arwahnya langsung diterima disisi-Nya, dan kami keluarga yang ditinggalkan senantiasa mendapat ridho dan bimbingan dari-Nya.

Atas segala kekurangan, kekeliruan dan ketidakcermatan yang terjadi pada penulisan tesis ini, kami mohon dapat dimaklumi oleh semua pihak, semua itu terjadi karena kekurangmampuan serta kelemahan dari penulis.

Semarang, Oktober 1998

## DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
<i>Halaman Judul</i> .....	i
<i>Halaman Pengesahan</i> .....	ii
<i>Kata Pengantar</i> .....	iii
<i>Daftar Isi</i> .....	v
<i>Daftar Tabel</i> .....	vii
<i>Daftar Gambar</i> .....	ix
<i>Daftar Lampiran</i> .....	x
<i>Abstrak</i> .....	xi
<i>Abstract</i> .....	xiii
BAB I : PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	7
1.3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian .....	8
BAB II : TELAAH PUSTAKA DAN PERTANYAAN PENELITIAN .....	9
2.1. Telaah Pustaka dan Penelitian Terdahulu .....	9
2.1.1. Telaah Pustaka .....	9
2.1.1.1. Kualitas Pelayanan Konsumen .....	9
2.1.1.2. Pengertian Kinerja .....	16
2.1.2. Penelitian Terdahulu .....	22
2.2. Kerangka Pemikiran Tesis .....	25
2.3. Pertanyaan Penelitian .....	27
2.4. Definisi Operasional Variabel .....	29
BAB III : METODE PENELITIAN .....	30
3.1. Jenis dan Sumber Data .....	30
3.2. Populasi dan Sampel .....	31
3.3. Metode Pengumpulan Data .....	31
3.4. Teknik Analisis Data .....	32
BAB IV : GAMBARAN UMUM OBYEK PENELITIAN .....	34
4.1. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi .....	34
4.1.1. Kedudukan .....	34
4.1.2. Tugas Pokok .....	35

	4.1.3. Fungsi .....	35
4.2.	Pengorganisasian dan Kegiatan Pelayanan .....	36
	4.2.1. Pengorganisasian .....	36
	4.2.1.1. Struktur Organisasi .....	37
	4.2.1.2. Uraian Tugas .....	39
	4.2.1.3. Sumber Daya Manusia .....	39
	4.2.2. Kegiatan Pelayanan .....	40
4.3.	Lokasi dan Produk Kegiatan Pelayanan .....	41
	4.3.1. Lokasi .....	41
	4.3.2. Produk Kegiatan Pelayanan .....	43
	4.3.2.1. Kegiatan Pelayanan Rawat Inap .....	43
	4.3.2.2. Kegiatan Pelayanan Rawat Jalan .....	44
	4.3.2.3. Kegiatan Pelayanan Penunjang Medik .....	45
4.4.	Prasarana dan Sarana .....	46
	4.4.1. Prasarana .....	46
	4.4.2. Sarana .....	47
4.5.	Keuangan .....	48
	4.5.1. Penerimaan Fungsional .....	48
	4.5.2. Sumber Dana Anggaran .....	49
	4.5.3. Sistem Keuangan .....	50
BAB V	: PEMBAHASAN DAN HASIL PENELITIAN .....	51
5.1.	Uji Validitas dan Realibilitas Kuesioner .....	51
5.2.	Identifikasi Responden .....	53
5.3.	Analisis deskriptif Persepsi Konsumen dan Kualitas Pelayanan ...	60
5.4.	Analisis Kuantitatif Persepsi Konsumen dan Kualitas Pelayanan ..	70
	5.4.1. Analisis dengan Uji Kesenjangan .....	70
	5.4.2. Analisis dengan Uji t .....	73
BAB VI	: PENUTUP .....	80
6.1.	Kesimpulan .....	80
6.2.	Saran .....	82
DAFTAR PUSTAKA	.....	84
LAMPIRAN-LAMPIRAN	.....	86

## DAFTAR TABEL

	<i>halaman</i>
1. Tabel 1.1 : Pendapatan RSUD Dr. Moewardi Surakarta .....	4
2. Tabel 1.2 : Pendapatan Paviliun RSUD Dr. Moewardi per bulan pada tahun 1996/1997 .....	5
3. Tabel 1.3 : Pendapatan Paviliun RSUD Dr. Moewardi per bulan pada tahun 1997/1998 .....	5
4. Tabel 1.4 : Indikator Penampilan Kerja Unit Paviliun RSUD Dr. Moewardi tahun 1996/1997 dan 1997/1998 .....	6
5. Tabel 2.1 : Perusahaan dengan budaya yang relatif kuat tetapi dengan kinerja yang relatif lemah .....	19
6. Tabel 2.2 : Perusahaan dengan budaya relatif lemah tetapi dengan kinerja relatif kuat .....	19
7. Tabel 4.1 : Jumlah Pegawai menurut jenis ketenagaan tahun 1992, 1995 dan 1998 .....	40
8. Tabel 4.2 : Luas wilayah dan jumlah penduduk di wilayah kerja Rujukan RSUD Dr. Moewardi Surakarta .....	42
9. Tabel 4.3 : Kelas perawatan, kapasitas tempat tidur dan besarnya tarif biaya perawatan rawat inap .....	43
10. Tabel 4.4 : Tarif Biaya Rawat Jalan/Poliklinik .....	45
11. Tabel 4.5 : Luas tanah dan gedung RSUD Dr. Moewardi di Mangkubumen dan gedung baru di Jebres .....	46
12. Tabel 5.1 : Skor korelasi antara tiap-tiap item kuesioner dengan nilai total .....	52
13. Tabel 5.2 : Karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal .....	53
14. Tabel 5.3 : Karakteristik responden berdasarkan pendidikan .....	54
15. Tabel 5.4 : Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan ..	55
16. Tabel 5.5 : Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan .....	55
17. Tabel 5.6 : Karakteristik responden berdasarkan penghasilan per bulan .....	56
18. Tabel 5.7 : Karakteristik responden berdasarkan usia .....	57
19. Tabel 5.8 : Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin .....	57
20. Tabel 5.9 : Karakteristik responden berdasarkan penanggung biaya ..	58
21. Tabel 5.10 : Karakteristik responden berdasarkan pernah/tidak dirawat .....	59
22. Tabel 5.11 : Karakteristik responden berdasarkan alasan memilih .....	60
23. Tabel 5.12 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel proses	

	pelayanan administrasi masuk .....	61
24.	Tabel 5.13 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan petugas administrasi masuk .....	61
25.	Tabel 5.14 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kesiapan ruangan .....	62
26.	Tabel 5.15 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan petugas ruangan .....	62
27.	Tabel 5.16 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kecepatan pelayanan dokter .....	63
28.	Tabel 5.17 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan pelayanan dokter .....	63
29.	Tabel 5.18 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kecepatan pelayanan perawat .....	64
30.	Tabel 5.19 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan pelayanan perawat .....	64
31.	Tabel 5.20 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kemampuan memberikan informasi oleh perawat .....	65
32.	Tabel 5.21 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel menu makanan .....	65
33.	Tabel 5.22 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel ketepatan waktu makan .....	66
34.	Tabel 5.23 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan petugas penyaji .....	66
35.	Tabel 5.24 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kecepatan pelayanan penunjang .....	67
36.	Tabel 5.25 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan petugas pelayanan penunjang .....	67
37.	Tabel 5.26 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel manfaat pelayanan penunjang .....	68
38.	Tabel 5.27 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel tarif pelayanan penunjang .....	68
39.	Tabel 5.28 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kecepatan proses administrasi pulang .....	69
40.	Tabel 5.29 : Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan petugas administrasi pulang .....	69
41.	Tabel 5.30 : Standard kesenjangan kualitas pelayanan .....	71
42.	Tabel 5.31 : Hasil Uji Z dengan rerata harapan 2 .....	74
43.	Tabel 5.32 : Hasil Uji Z dengan rerata harapan .....	75
44.	Tabel 5.33 : Hasil Uji Z dengan rerata harapan 1,5 .....	76

## DAFTAR GAMBAR

	<i>halaman</i>
1. Gambar 2.1 : Organisasi dan Manajemen tentang Kualitas Pelayanan dari Donabedian (1988) .....	10
2. Gambar 2.2. : Model Kualitas Pelayanan Jasa .....	15

## DAFTAR LAMPIRAN

	<i>halaman</i>
1. Lampiran 1 : Kuesioner .....	86
2. Lampiran 2 : Struktur Organisasi RSUD Dr. Moewardi .....	91
3. Lampiran 3 : Jumlah Pegawai RSUD Dr. Moewardi .....	92
4. Lampiran 4 : Tarif Biaya Penunjang Medis .....	93
5. Lampiran 5 : Daftar Peralatan Kedokteran di RSUD Dr. Moewardi .....	96
6. Lampiran 6 : Ikhtisar Penerimaan dan Penyetoran Pendapatan RSUD Dr. Moewardi tahun 1997/1998 .....	102
7. Lampiran 7 : Rincian Anggaran Belanja Rutin RSUD Dr. Moewardi tahun 1997/1998 .....	103
8. Lampiran 8 : Hasil Komputasi Data Uji Validitas .....	104
9. Lampiran 9 : Daftar Kerjasama RSUD Dr. Moewardi dengan Perusahaan Swasta .....	107
10. Lampiran 10 : Hasil Komputasi Data masing-masing butir pelayanan .....	108
11. Lampiran 11 : Hasil Komputasi Data Uji t .....	109
12. Lampiran 12 : Surat Keterangan Penelitian .....	124
13. Lampiran 13 : Daftar Riwayat Hidup .....	125

# ABSTRAK

RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang sejak tahun 1996 menempati bangunan baru yang terletak di jalan Kolonel Soetarto no. 132 Surakarta adalah rumah sakit milik pemerintah Propinsi Dati I Jawa Tengah dan merupakan satu-satunya rumah sakit pendidikan milik Pemerintah Daerah yang ada di Jawa Tengah.

Rumah sakit ini memiliki fasilitas pelayanan kelas Paviliun baik untuk Rawat Jalan maupun Rawat Inap, dimana seperti kelas Paviliun pada umumnya maka fasilitas pelayanan yang ada di kelas Paviliun ini sudah barang tentu serba lebih dibanding kelas yang lain.

Dari penelitian awal yang dilakukan terhadap penampilan kerja Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi ternyata bahwa berdasarkan indikator baku yang telah ditetapkan, penampilan kerja Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi ini berada dibawah penampilan RSUD Dr. Moewardi secara keseluruhan apalagi jika dibanding dengan nilai idealnya.

Oleh karena itu penelitian lebih lanjut di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi diarahkan untuk mengetahui sampai seberapa jauh gambaran penilaian konsumen (pasien) terhadap kualitas pelayanan yang diterima di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi.

Penelitian dilakukan dengan mengambil sampel sejumlah 120 responden dari populasi sebanyak 2096 pasien yaitu pasien yang dirawat sejak dibukanya fasilitas paviliun pada bulan Agustus 1996 sampai dilakukannya penelitian pada bulan Juni 1998.

Identifikasi terhadap responden berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa 54,17 % pasien berasal dari luar wilayah Kodya Dati II Surakarta, 81,46 % pasien berpendidikan SLTA keatas, 46,67 % pasien bekerja sebagai Pegawai Negeri, sedangkan pasien yang membiayai sendiri hanya 39,17 % dan pasien baru jumlahnya seimbang dengan pasien lama.

Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kualitas pelayanan menunjukkan bahwa sebagian besar variabel kualitas pelayanan (17 variabel) mendapat nilai cukup lebih dari 50 %, sedang satu variabel yaitu variabel tarif pelayanan penunjang yang mendapat nilai cukup (medium) kurang dari 50 %.

Analisis kualitas butir pelayanan spesifik berdasarkan teori kesenjangan (gap) memberikan hasil bahwa dari 7 (tujuh) butir pelayanan spesifik terdapat 6 (enam) butir pelayanan spesifik yang mendapat nilai sedang (medium) dan 1 (satu) butir pelayanan spesifik yaitu butir pelayanan penunjang dinilai kurang (satu tingkat dibawah nilai medium).

Hasil uji t terhadap 18 (delapan belas) variabel kualitas pelayanan menunjukkan bahwa 16 (enam belas) variabel menunjukkan bahwa kualitas pelayanan belum mencapai rerata harapan cukup (nilai medium) tetapi sudah diatas separuh jalan antara nilai cukup dan nilai kurang (satu tingkat dibawah nilai medium) ; sedang 2 (dua) variabel masih berada dibawah separuh jalan antara nilai cukup dan nilai kurang.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk menyusun rencana program pemasaran maupun program peningkatan kualitas pelayanan baik untuk Unit Rawat Inap Paviliun maupun Unit Rawat Inap keseluruhan.

## A B S T R A C T

"Dr. Moewardi" Local General Hospital (RSUD) Surakarta that has occupied a new building complex on Jl. Kolonel Sutarto 132 since 1996 is a hospital owned by the Provincial Government of central Java province and is the only education hospital in Central Java owned by the Municipal Government.

This Hospital has service facilities called "Pavillion" class for both in-patients and out-patients. Like other "Pavillion" Classes in other hospitals, the service and facilities offered here are much better in many ways than those in common classes.

From the preliminary research done on the performance of the In-Patient Unit of the Pavillion Class of "Dr. Moewardi" Hospital we can see that, based on the predetermined standard indicators, the performance of this In-Patient Unit of the Pavillion Class is under the general performance of "Dr. Moewardi" Hospital as a whole, let alone if compared with the ideal value.

Therefore further research in In-Patient Unit of the Pavillion Class is aimed at obtaining the data of how the patients think of the service quality they received when they were hospitalized and treated in this Pavillion Class.

The research was done by taking samples, namely 120 respondents out of 2096 patients treated since the opening of Pavillion Class on August 1996 up to the time when the research was carried out in June 1998.

Respondent identification, based on the result of the research, show that 54,17% of the patients came from outside of Surakarta Municipality, 81,46 % have Senior High School education or higher, 46,67 % are Civil Servants working in

Government Offices, 39,17 % paid their hospital expenses themselves, and old and new patients number the same.

The spread of the response frequency on the variables of service quality show that most variables of service quality (17 variables) that got "fair" grade number than 50 %. One variable, namely the variable of supporting service rate, that got "fair" grade numbers less than 50 %.

The quality analysis of the specific service based on Gap Theory shows that out of 7 (seven) items of the spesific servicee, 6 (six) got "fair" grade and only 1 (one), namely the items of supporting service, got "poor" grade (one grade below "fair").

The result of t test on 18 variables of service quality shows that 16 variables indicate that the quality of the service has not reached the desired "fair" grade, although the have been half-way over between "fair" and "poor". While 2 variables are half-way under between "fair" and "poor".

The result of this research can be used as to the design marketing programs or improvement programs for service quality, concerning the special In-Patient Pavillion Class as well as In-Patient Class in general.

# BAB I

## PENDAHULUAN

### **1.1. Latar belakang Masalah**

Perubahan yang telah terjadi di masyarakat dewasa ini yang meliputi perubahan epidemiologi, demografi, sosial ekonomi, iptek, kompetisi pasar, kebijaksanaan pemerintah maupun kebijaksanaan perubahan harapan masyarakat terhadap kualitas pelayanan adalah merupakan suatu hal yang harus dipertimbangkan dan dianalisis oleh manajemen rumah sakit agar eksistensinya dapat diakui dan diterima oleh masyarakat sekelilingnya. Dengan demikian maka rumah sakit perlu melakukan analisis kekuatan, kelemahan, kesempatan dan tantangan dimasa mendatang untuk menyusun strategi dalam menghadapi perubahan yang terjadi dan mengantisipasi segala kemungkinan yang terjadi.

Proses perubahan yang terjadi di lingkungan rumah sakit baik internal maupun eksternal saat ini cukup pesat, terutama perubahan permintaan masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu manajemen rumah sakit harus membuka diri untuk menerima perubahan ataupun penggeseran yang menyangkut sudut pandang (paradigma), pengembangan strategi, pengembangan struktur dan peningkatan kompetisi.

Perubahan utama yang perlu dilakukan secara meningkat adalah perubahan tentang penilaian kualitas pelayanan, dimana pola lama ditentukan oleh penyedia pelayanan sedang pola baru kualitas pelayanan ditentukan oleh dasar tata nilai penerima pelayanan (pasien), sedangkan keberhasilan rumah sakit dimulai dari

mutu, bukan biaya, jika mutu terjamin biaya akan turun, permintaan pasar dan produktivitas akan naik, hasilnya adalah kepuasan pelanggan dan meningkatnya pendapatan rumah sakit (Kuntjoro, 1995).

Rumah sakit perlu dikelola secara efisien dan efektif untuk meningkatkan mutu, cakupan pelayanan dan dikelola dengan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai bentuk produksi jasa pelayanan kesehatan harus dapat ditingkatkan mutunya, dalam kaitan ini rumah sakit harus dilengkapi dengan perangkat organisasi yang lebih sesuai sebagai instansi sosial ekonomi (Wasisto, 1994).

Pelayanan rumah sakit semakin mengarah ke barang komoditi yang mengacu kepada kekuatan pasar dalam perekonomian masyarakat. Sebagai suatu organisasi, rumah sakit mulai berubah dari organisasi yang normatif (organisasi sosial) ke arah organisasi yang utilitarian (Trisnantoro, 1995).

Pasien secara individual menuntut agar diperlakukan secara individual dan menjadi sangat memilih oleh karena itu salah satu syarat agar rumah sakit menjadi sukses dalam persaingan dimasa yang akan datang adalah berusaha mencapai tujuan dengan menciptakan dan mempertahankan pelanggan (Levit, 1987).

Dari hasil evaluasi kotak saran yang disediakan oleh RSUD Dr. Moewardi Surakarta, banyak keluhan penderita terhadap pelayanan yang diberikan dari beberapa unit tertentu antara lain administrasi masuk, pelayanan dokter, perawat, kebersihan dan lain-lain. Dengan adanya keluhan tersebut, pemilik rumah sakit dalam hal ini Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Tengah sudah barang tentu menghendaki agar pihak penyelenggara rumah sakit dapat menghasilkan jasa pelayanan dengan kualitas yang setinggi-tingginya baik pelayanan medis maupun non-medis, memenuhi standart yang terukur dan biaya se-efisien mungkin.

Menurut Soejadi (1996)<sup>4</sup>, untuk mewujudkan harapan-harapan pasien sebagai konsumen jasa pelayanan rumah sakit, pihak manajemen rumah sakit harus memiliki data tentang kepuasan pasien, bagaimana kualitas pelayanan yang diharapkan pasien, efisiensi pelayanan rumah sakit, pegawai rumah sakit dan kualitas pengelolaan limbah rumah sakit, untuk dapat menyusun konsep peningkatan mutu pelayanan dan pelaksanaan manajemen tersebut baik struktural maupun fungsional.

Rumah sakit yang sukses dimasa mendatang adalah rumah sakit yang mempunyai sifat daya saing. Untuk memenangkan persaingan tersebut rumah sakit harus memberikan nilai dan kepuasan kepada pelanggan atau pasien melalui produk atau jasa yang berkualitas dengan biaya bersaing (Kotler,1994).

Dengan demikian manajemen RSUD Dr. Moewardi harus dapat mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan, kepuasan pasien menerima pelayanan dan memahami minat dan perilaku konsumen/pasien untuk menggunakan jasa rumah sakit yang sama bila membutuhkan pelayanan dikemudian hari. Hal ini dilakukan oleh rumah sakit agar dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen/pasien. Pada akhirnya pasien merasa puas sehingga rumah sakit dapat bertahan dan berkembang dalam situasi persaingan yang ketat.

Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan, RSUD Dr. Moewardi Surakarta membangun fasilitas pelayanan Paviliun dengan maksud agar disamping meningkatkan pelayanan, juga bisa meningkatkan revenue yang lebih besar bagi rumah sakit.

Pendapatan RSUD Dr. Moewardi selama tujuh (7) tahun terakhir dapat dilihat pada tabel 1.1., sedangkan pendapatan Paviliun sendiri sejak dioperasionalkannya pada bulan Agustus 1996 adalah sebagaimana tabel 1.2. dan tabel 1.3.

Tabel 1.1. Pendapatan RSUD Dr. Moewardi Surakarta

T a h u n	Jumlah Penerimaan	% Kenaikan
Tahun 1991/1992	Rp. 1.244.996.597,-	-
Tahun 1992/1993	Rp. 1.643.372.491,-	31,99 %
Tahun 1993/1994	Rp. 1.937.814.064,-	17,92 %
Tahun 1994/1995	Rp. 2.671.829.887,-	37,88 %
Tahun 1995/1996	Rp. 3.320.918.458,-	24,29 %
Tahun 1996/1997	Rp. 4.130.658.696,-	24,38 %
Tahun 1997/1998	Rp. 5.643.288.099,-	36,62 %

Sumber: Bidang Keuangan RSUD. Dr. Moewardi Surakarta.

Sementara itu biaya pembangunan Paviliun itu sendiri sampai selesai dan dapat dioperasionalkan, membutuhkan dana sebesar Rp.4.217.955.000,- dengan perincian :

Bangunan fisik	Rp. 3.473.479.000,-
Perabotan	<u>Rp. 744.476.000,-</u>
Jumlah	Rp. 4.217.955.000,-

Dengan biaya yang sedemikian besar, nampaknya Unit Paviliun ini dapat memberikan revenue yang cukup berarti bagi rumah sakit yaitu dengan memberikan kontribusi pendapatan sebesar rata-rata  $\pm 13$  % per bulan pada tahun anggaran 1996/1997 dan rata-rata  $\pm 26$  % pada tahun anggaran 1997/1998.

( Periksa Tabel 1.2 dan Tabel 1.3 )

**Tabel 1.2. Pendapatan Paviliun RSUD Dr. Moewardi  
per bulan pada Tahun 1996/1997**

Bulan	Pendapatan Fungsional diluar Paviliun (Rp.)	Pendapatan Fungsional Paviliun (Rp.)	Kontribusi Paviliun
September 1996	319.529.835	48.920.725	13,27 %
Oktober 1996	342.361.870	55.035.550	13,85 %
Nopember 1996	344.572.258	49.423.825	12,54 %
Desember 1996	342.718.465	61.221.425	15,16 %
Januari 1997	359.782.700	59.608.875	14,21 %
Februari 1997	311.279.200	39.531.200	11,27 %
Maret 1997	368.563.320	59.038.425	13,81 %

Sumber: Bidang keuangan RSUD. Dr. Moewardi Surakarta.

**Tabel 1.3. Pendapatan Paviliun RSUD Dr. Moewardi  
per bulan pada Tahun 1997/1998**

Bulan	Pendapatan Fungsional diluar Paviliun ( Rp. )	Pendapatan Fungsional Paviliun ( Rp. )	Kontribusi Paviliun
April 1997	456.142.382	81.521.650	15,16 %
Mei 1997	443.796.376	107.952.875	19,57 %
Juni 1997	332.170.215	127.996.900	27,82 %
Juli 1997	423.941.353	95.902.825	18,45 %
Agustus 1997	383.794.993	84.867.875	18,11 %
September 1997	396.370.333	86.973.588	17,99 %
Oktober 1997	449.634.398	145.089.875	25,69 %
November 1997	357.300.760	145.181.800	28,89 %
Desember 1997	464.537.483	132.524.150	22,20 %
Januari 1998	404.794.300	143.191.825	26,13 %
Februari 1998	381.426.230	140.275.500	26,89 %
Maret 1998	441.097.258	127.042.800	22,36 %

Sumber : Bidang Keuangan RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Namun demikian untuk gambaran penampilan kerja berdasarkan indikator yang lazim digunakan, maka penampilan kerja Unit Paviliun RSUD Dr. Moewardi selama dua tahun (1996/1997 dan 1997/1998) adalah sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 1.4.

**Tabel 1.4. : Indikator Penampilan Kerja Unit Paviliun RSUD Dr. Moewardi tahun 1996/1997 dan 1997/1998.**

Indikator	1996/1997		1997/1998		Nilai Ideal
	Seluruh R.S	Unit Paviliun	Seluruh R.S	Unit Paviliun	
B.O.R	50,48 %	28 %	60,05 %	31 %	( 60 - 85 ) %
L.O.S	7,69 hari	7,48 %	7,06 hari	7,29 %	( 6 - 9 ) hari
B.T.O	26,07 kali	12,52 kali	31,67 kali	15,43 kali	( 40 - 50 ) kali/th
T.O.I	6,93 hari	19,12 hari	4,55 hari	16,38 hari	( 1 - 3 ) hari
N.D.R	43,63 ‰	66,75 ‰	40,73 ‰	57,91 ‰	< 25 ‰
G.D.R	63,26 ‰	87,01 ‰	66,23 ‰	83,84 ‰	< 40 ‰

Sumber : Bagian Perencanaan dan Rekam Medik RSUD Dr. Moewardi.

Dari tabel 1.4 tersebut jika kita bandingkan gambaran penampilan kerja RSUD Dr. Moewardi secara keseluruhan dengan penampilan kerja Unit Paviliun akan nampak bahwa kinerja Unit Paviliun secara parsial sangat rendah sekali dibandingkan kinerja RSUD Dr. Moewardi secara keseluruhan, terutama kinerja pemakaian tempat tidur (BOR), apalagi jika dibandingkan dengan nilai idealnya.

Hal tersebut sudah barang tentu menimbulkan pertanyaan, kenapa suatu unit pelayanan Paviliun yang fasilitasnya serba lebih dibandingkan pelayanan yang lain tetapi kinerjanya justru demikian rendah.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Berdasarkan apa yang diuraikan pada latar belakang masalah yaitu terjadinya perubahan lingkungan eksternal maupun internal rumah sakit, perubahan sudut pandang tentang kualitas pelayanan yang semula ditentukan oleh pemberi pelayanan kini ditentukan penerima pelayanan (pasien) maka hal ini memaksa manajemen rumah sakit untuk berpikir secara produktif yaitu berusaha menyusun suatu konsep perencanaan strategis dengan memperhatikan dan memperhitungkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tujuan rumah sakit yaitu kualitas pelayanan, kepuasan pasien dimana hal tersebut akan dapat meningkatkan kinerja.

Dari pertimbangan rational maka, suatu pelayanan yang baik pasti akan memberikan kepuasan yang tinggi kepada konsumen (pasien) dan hal tersebut akan meningkatkan kinerja secara signifikan.

Pimpinan rumah sakit telah memberikan pelayanan yang baik pada Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi, akan tetapi kinerjanya masih sangat rendah karena itu perlu diteliti persepsi konsumen (pasien) terhadap pelayanan yang diberikan tersebut. Permasalahan inilah yang akan dijadikan titik tolak dari pembahasan tesis ini yaitu apakah pelayanan yang diberikan di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi tersebut jelek.

Untuk menjawab pertanyaan tersebut maka penelitian ini akan mengarah pada analisis tentang pelayanan yang diberikan pada Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi.

### **1.3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Penelitian**

Penelitian yang dilakukan di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi ini bertujuan untuk :

- a. Untuk mengetahui sifat dan karekteristik dari pasien Unit Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi.
- b. Untuk mengetahui gambaran (persepsi) dari pasien Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi terhadap pelayanan yang diterima.

#### **1.3.2. Kegunaan Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan oleh managemen RSUD Dr. Moewardi untuk :

- a. Meningkatkan pangsa pasar Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi, jika karekteristik dari pasien dapat diketahui dengan pasti.
- b. Menyesuaikan fasilitas yang disediakan dengan kebutuhan pasien berdasarkan pemahaman yang mendalam terhadap identitas responden.
- c. Mengadakan langkah-langkah peningkatan kualitas pelayanan seandainya kualitas pelayanan perlu ditingkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan jika kualitas pelayan sudah baik atau memenuhi harapan konsumen.
- d. Mengadakan langkah-langkah bagi perbaikan kinerja Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi.

## B A B II

# TELAAH PUSTAKA DAN PERTANYAAN PENELITIAN

### **2.1. Telaah Pustaka dan Penelitian Terdahulu**

#### **2.1.1. Telaah Pustaka**

##### **2.1.1.1 Kualitas Pelayanan Konsumen.**

Pengertian kualitas pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari tiga sudut yaitu, yaitu kualitas dipandang dari sudut pemakai pelayanan kesehatan (pasien dan keluarganya), kualitas dipandang dari sudut penyelenggara pelayanan kesehatan (pihak rumah sakit dan dokter serta petugas lainnya), serta kualitas ditinjau dari sudut pembiayaan .

Dari segi pemakai jasa pelayanan, pengertian kualitas terutama berhubungan erat dengan ketanggapan dan kemampuan petugas rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan pasien dan komunikasi pasien dan petugas, termasuk didalamnya sifat ramah, rendah hati, dan kesungguhan.

Dari sudut penyelenggara pelayanan kesehatan, (termasuk didalamnya para dokter dan petugas lainnya), derajat kualitas pelayanan terkait pada pemakaian yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi. Selain itu terkait juga pada otonomi profesi dokter dan perawat serta profesi kesehatan lainnya yang ada dirumah sakit.

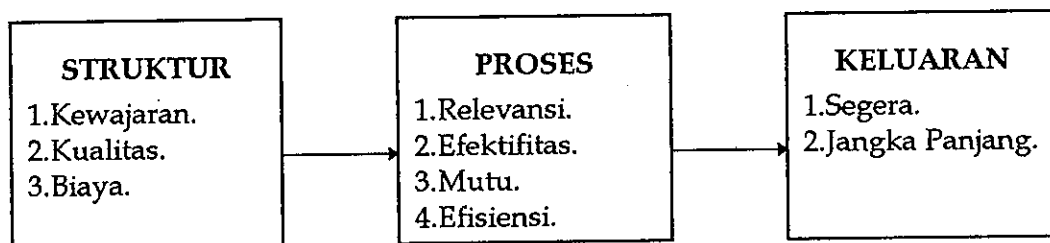
Dari segi pembiayaan maka derajat kualitas pelayanan terkait pada segi-segi efisiensi pemakaian sumber dana serta kewajaran pembiayaan kesehatan.

Rumah sakit dalam upayanya untuk memenuhi kepuasan pasien tidak boleh memberikan pelayanan yang berlebihan (over treatment), dan tidak melanggar kode etik.

Karena itu pengertian kualitas pelayanan kesehatan harus dilakukan pembatasan-pembatasan yang secara umum dapat disebutkan :

“Kualitas pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan” (Azwar, 1994).

Kualitas pelayanan rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Menurut Donabedian (1988) aspek-aspek pelayanan rumah sakit yang berhubungan dengan kualitas pelayanan digolongkan menjadi : struktur, proses dan keluaran. Secara skematik hubungan antara aspek-aspek atau komponen-komponen tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



**Gambar 2.1. Organisasi dan Manajemen tentang Kualitas Pelayanan dari Donabedian (1988).**

Dari organisasi dan manajemen hal hal yang berhubungan dengan kualitas pelayanan antara lain :

- a) Aspek struktur adalah sarana fisik, perlengkapan, peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya yang ada di rumah sakit.
- b) Aspek proses adalah semua kegiatan dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya serta petugas administratif dalam interaksinya dengan pasien, yang meliputi apa dan bagaimana kegiatan profesional dan tenaga administratif itu dilaksanakan. Dalam proses ini tercakup antara lain :
1. Penilaian tentang pasien.
  2. Penegakan diagnose,
  3. Rencana pengobatan.
  4. Indikasi tindakan
  5. Prosedur asuhan keperawatan
  6. Prosedur tindakan pengobatan dan
  7. Segi-segi teknis tindakan itu sendiri serta penanganan yang dilakukan.
- c) Aspek keluaran adalah dari hasil kegiatan dan tindakan dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya serta pelayanan bagian administratif terhadap pasien dalam, arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya, baik positif maupun sebaliknya, karena keluaran dapat juga berupa hal-hal yang tidak diinginkan seperti penyulit dan kejadian lainnya yang tidak diharapkan. Keluaran dapat dirasakan oleh pasien dalam jangka pendek atau segera maupun jangka panjang. Keluaran jangka pendek atau segera dirasakan oleh pasien adalah hasil suatu prosedur atau tindakan tertentu yang dilakukan oleh dokter, perawat atau tenaga profesional lainnya. Sedangkan keluaran yang bersifat jangka panjang yang dirasakan oleh pasien adalah status kesehatan dan kemampuan fungsionalnya. Keluaran dapat juga dikatakan sebagai petunjuk

efektif-tidaknya proses pelayanan dokter, perawat, dan profesi kesehatan lainnya melaksanakan tugas yang berkaitan dengan tanggung jawab profesionalnya.

Secara umum dapat diasumsikan bahwa kualitas hasil akhir atau keluaran yang baik untuk sebagian besar pelayanan di rumah sakit tergantung pada kualitas struktur dan atau kualitas proses pelayanan. Sebaliknya kualitas hasil akhir atau keluaran yang kurang baik adalah kelanjutan struktur dan atau proses yang juga kurang baik. Kualitas pelayanan dapat diukur dengan membandingkan persepsi antara pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan oleh konsumen (Gronroos, 1982 ; Lewis & Broms, 1983 ; Parasuraman *et al.* 1986).

Secara operasional kualitas pelayanan dapat diketahui dengan melakukan pertanyaan, apakah pelayanan yang diberikan berbeda dengan yang diharapkan ? apakah pelayanan yang didapatkan sama dengan yang diharapkan, lebih baik atau lebih jelek dari yang diharapkan ?

Menurut Wyckof (dalam Tjiptono, 1996) kualitas pelayanan adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Dengan demikian ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan, yaitu *expected service* dan *perceived service* (Parasuraman *et al.*, 1985). Apabila jasa yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika kualitas pelayanan yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika kualitas pelayanan yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik tidaknya kualitas

pelayanan tergantung pada kemampuan penyedia pelayanan jasa dalam memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten.

Persepsi terhadap kualitas pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Kotler, 1994). Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa, melainkan berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Pelangganlah yang mengkonsumsi dan menikmati jasa dari penyedia, sehingga merekalah yang seharusnya menentukan kualitas pelayanan. Persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu pelayanan.

Dalam bidang pelayanan kesehatan pengukuran kualitas pelayanan yang teliti adalah sangat penting terutama pelayanan yang berkesan baik bagi pasien pada umumnya dan khususnya bagi pasien yang pernah dirawat (Woodside *et al.*, 1989).

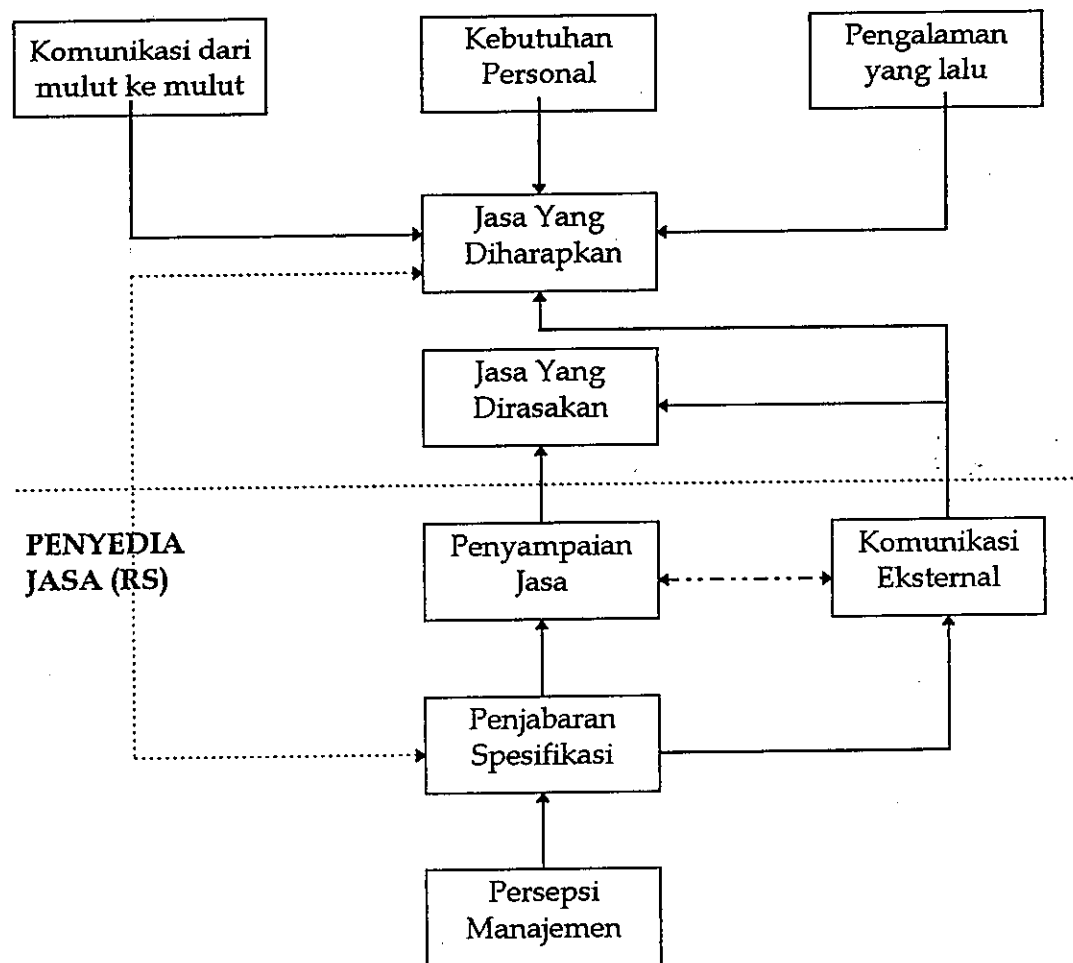
Dimensi kualitas pelayanan dapat digunakan sebagai kerangka perencanaan strategis dan analisis, ada beberapa pakar pemasaran jasa, seperti Parasuraman, Zeithaml, dan Berry yang melakukan penelitian khusus terhadap beberapa jenis jasa dan berhasil mengidentifikasi sepuluh faktor utama yang menentukan kualitas pelayanan. Kesepuluh faktor tersebut meliputi (Parasuraman *et al.*, 1985) : (1) *reliabilitas* (kehandalan); (2) *responsiveness* (daya tanggap); (3) *competensi* (kemampuan); (4) *access* (kemudahan untuk dihubungi); (5) *courtesy* (keramahan); (6) *communication* (informasi adekuat); (7) *credibilitas* (jujur, kepercayaan); (8) *security* (keamanan), bebas dari bahaya resiko atau kesangsian ; (9) *understanding* (penuh pengertian); (10) *tangibles* (jelas dan bisa dibuktikan).

Dalam perkembangan selanjutnya Parasuraman *et al*; (dalam Tjiptono, 1996) menemukan bahwa sepuluh dimensi yang ada dapat dirangkum menjadi hanya lima dimensi pokok yang meliputi :

1. Bukti langsung (*tangibles*) yaitu bukti yang nyata dapat dilihat, meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
2. Keandalan (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
3. Daya tanggap (*responciveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, resiko atau keragua-raguan.
5. *Empati*, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Penyedia pelayanan jasa dalam hal ini rumah sakit dapat berpedoman pada lima dimensi pokok kualitas pelayanan tersebut dan dapat dijabarkan dalam spesifikasi manajemen pelayanan rumah sakit, sebagai pedoman untuk penyampaian jasa dalam bentuk protap-protap pelayanan jasa pada pasien. Penyampaian jasa pelayanan diharapkan dapat lebih baik dari harapan pasien, seperti model kualitas pelayanan jasa pada gambar 2.2.

## KONSUMEN (PASIEN)



**Gambar 2.2. Model kualitas Pelayanan Jasa.**

Sumber : Parasuraman *et al.*; (dalam Tjiptono, 1996).

Semua dimensi kualitas pelayanan merupakan “kekayaan pengalaman” yang hanya bisa dikenali apabila konsumen membeli atau memakai (mengalami) pelayanan serupa yang diberikan oleh penyedia pelayanan, meliputi ; akses, keramahan, kehandalan, cepat tanggap, penuh pengertian, dan komunikatif terhadap konsumen (Parasuraman *et al.*, 1985).

### **2.1.2.2. Pengertian Kinerja**

Pengertian kinerja berdasarkan Kamus Umum Bahasa Indonesia terbitan Balai Pustaka yang disusun oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan diartikan sebagai :

1. Sesuatu yang dicapai.
2. Prestasi yang diperlihatkan.
3. Kemampuan kerja.

Sementara itu menurut Mulyadi dalam buku "Akuntansi Manajemen, Konsep Manfaat dan Rekayasa" menyebutkan bahwa penilaian kinerja adalah penentuan secara periodik efektivitas operasional antar organisasi, bagian dari karyawannya berdasarkan saran, standart dan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya.

Tujuan pokok penilaian kinerja adalah untuk memotivasi karyawan dalam mencapai sasaran organisasi dan dalam menentukan standar perilaku yang telah ditetapkan sebelumnya, agar memberikan tindakan dan hasil yang diinginkan.

Standar perilaku dapat berupa kebijakan manajemen atau rencana formal yang dituangkan dalam anggaran. Penilaian kinerja dilakukan untuk menghindari perilaku yang tidak semestinya dan untuk merangsang serta menegakkan perilaku yang diinginkan melalui umpan balik hasil kinerja pada waktunya serta penghargaan baik yang bersifat instrinsik maupun ekstrinsik.

Lebih lanjut dikatakan pula bahwa penilaian kinerja dapat dimanfaatkan oleh manajemen untuk :

- a) Mengelola operasi organisasi secara efektif dan efisien melalui motivasi karyawan secara maksimum.

- b) Membantu pengambilan keputusan yang bersangkutan dengan karyawan seperti promosi, transfer dan pemberhentian.
- c) Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dan pengembangan dan untuk menyediakan kriteria seleksi dan evaluasi program pelatihan karyawan.
- d) Menyediakan umpan balik bagi karyawan mengenai bagaimana menilai kinerja mereka.
- e) Menyediakan suatu dasar bagi distribusi penghargaan.

Dalam suatu organisasi yang menitikberatkan pada keuntungan (laba), peningkatan revenue yang dapat meningkatkan laba dapat dipakai sebagai ukuran kinerjanya.

Namun demikian pada perkembangan dewasa ini laba bukanlah satu-satunya ukuran kinerja manajemen. Banyak faktor atau variabel lain yang dapat dipakai untuk mengukur kinerja tersebut antara lain adalah pangsa pasar, pemanfaatan SDM, citra perusahaan di masyarakat dan juga keunggulan produk.

Kotter *et. al.* (1997) dalam penelitiannya mengenai pengaruh budaya perusahaan terhadap kinerja; mengukur kinerja perusahaan dengan menggunakan indeks :

- a. Pertumbuhan pendapatan tahunan (peningkatan laba perusahaan).
- b. R.O.I. (Return of Investment).
- c. Rata-rata pertumbuhan nilai saham tahunan.

Dari ketiga pengukur indeks kinerja tersebut Kotter *et. al.* (1997) menyatakan bahwa indeks pertama (pertumbuhan pendapatan tahunan) adalah yang paling kurang absah (valid) karena angka ini paling rawan terhadap manipulasi akunting dan dapat diubah oleh kegiatan merger atau akuisisi.

Penelitian tersebut lebih lanjut menyimpulkan bahwa “terdapat suatu korelasi yang positif antara budaya perusahaan dan kinerja ekonomi jangka panjang, tetapi seperti yang dengan jelas ditunjukkan oleh diagram, korelasi itu bukan termasuk yang sangat kuat”.

Dalam penelitiannya terhadap sekitar dua ratus perusahaan di Amerika pada tahun 1977 s/d 1988 Kotter *et. al.* (1997) menemukan 7 (tujuh) perusahaan dengan budaya relatif kuat tetapi kinerjanya relatif lemah, dan sebaliknya ditemukan 5 (lima) perusahaan dengan budaya relatif lemah tetapi kinerjanya relatif kuat. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel 2.1. dan tabel 2.2.

Kekuatan budaya yang berhubungan erat dengan kinerja itu sendiri meliputi tiga pemikiran yaitu :

- a. Pernyataan tujuan perusahaan.
- b. Penciptaan tingkat motivasi yang tinggi.
- c. Memberikan struktur dan kontrol yang dibutuhkan tanpa harus bersandar pada birokrasi formal.

Peneliti lain yakni Kaplan *et. al.* (1997) dalam bukunya “Balanced Scorecard” menyatakan bahwa ada beberapa variabel yang bisa dipakai sebagai pengukur kinerja organisasi, antara lain :

- Financial Perspective.
- Customer Perspective.
- Internal Business Process Perspective.
- Learning and Growth Perspective.

**Tabel 2.1. Perusahaan dengan budaya yang relatif kuat tetapi dengan kinerja yang relatif lemah.**

	Skor Budaya Perusahaan	Pertumbuhan Pendapatan Bersih Tahunan	Rata-rata ROI (%)	Rata-rata Pertumbuhan Nilai Saham Tahunan (%)
	1=Kuat 5=Sangat Lemah	Kinerja yang Kuat : 27 - 170	Kinerja yang Kuat : 13 - 40	Kinerja yang Kuat : 17 - 47
H.F Ahmanson	1,68	12,4	4,49	12,80
Citicorp	1,52	18,2	4,98	10,30
Coors	1,67	9,2	7,69	4,20
Goodyear	1,75	17,0	6,72	8,21
K. Mart	1,86	15,6	9,19	8,72
J.C. Penney	1,95	16,0	8,90	10,65
Procter & Gamble	1,18	16,4	13,00	6,42

Sumber : Corporate Cultur And Performance by John P. Kotter and James L. Hashett alih bahasa : Drs. Benyamin Molan, hal 25., 1997.

**Tabel 2.2. Perusahaan dengan budaya relatif lemah tetapi dengan kinerja relatif kuat.**

	Skor Budaya Perusahaan	Pertumbuhan Pendapatan Bersih Tahunan	Rata-rata ROI (%)	Rata-rata Pertumbuhan Nilai Saham Tahunan (%)
	1=Kuat 5=Sangat Lemah	Kinerja yang Kuat : 27 - 170	Kinerja yang Kuat : 13 - 40	Kinerja yang Kuat : 17 - 47
McGraw - Hill	3,38	26,4	19,76	18,57
Smith Kline	3,59	48,8	24,76	13,46
General Cinema	3,67	37,3	11,98	22,80
Pitney Bowes	3,93	48,2	14,40	25,68
Cooper Tire	2,00	43,0	10,83	30,88

Sumber : Corporate Cultur And Performance by John P. Kotter and James L. Hashett alih bahasa : Drs. Benyamin Molan, hal 28., 1997.

Dengan demikian menurut Kaplan *et. al.* (1997), keberhasilan kinerja suatu organisasi atau perusahaan tidak hanya diukur dari penampilan finansialnya saja (pertumbuhan laba, R.O.I., pertumbuhan nilai saham) tetapi juga harus dipertimbangkan faktor-faktor lain, antara lain :

- a. Kepuasan pelanggan.
- b. Proses internal perusahaan
- c. Pendidikan dan pengembangan karyawan.

Sementara itu khusus untuk penilaian kinerja rumah sakit di Indonesia (khususnya rawat inap), secara umum telah digunakan indikator-indikator sebagai berikut :

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

Rumus :

$$\text{B.O.R} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah T.T} \times \text{Jumlah hari dalam satuan waktu}} \times 100\%$$

Nilai ideal B.O.R : (60 - 85) %

- b. Length of Stay (L.O.S) 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 :

$$\text{L.O.S} = \frac{\text{Jumlah hari lama pasien dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

Nilai ideal L.O.S : (6 - 9) hari

c. Bed Turn Over (B.T.O) yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu (biasanya satu tahun) indikator ini memberikan gambaran efisiensi pemakaian tempat tidur.

Rumus :

$$\text{B.T.O} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

Nilai ideal B.T.O : (40 - 50) kali per tahun

d. Turn Over Interval (T.O.I) yaitu rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati (kosong) dari saat pasien pulang sampai tempat tidur itu terisi kembali. Indikator ini juga menggambarkan efisiensi pemakaian tempat tidur.

Rumus :

$$\text{T.O.I} = \frac{(\text{Jumlah TT} \times \text{hari}) - \text{hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah pasien (hidup + mati)}}$$

T.O.I ideal : tempat tidur kosong (1 - 3) hari

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

Rumus :

$$\text{N.D.R} = \frac{\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000 \text{ per mil}$$

N.D.R ideal : kurang dari 25 per mil

f. Gross Death Rate (G.D.R) yaitu angka kematian umum setiap 1000 pasien. Indikator ini juga memberikan gambaran mutu pelayanan rawat inap di rumah sakit.

Rumus :

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

G.D.R ideal : kurang dari 45 per mil

### **2.1.2. Penelitian Terdahulu**

Penelitian serupa pernah dilakukan di rumah sakit umum Banyumas (Diptianto, 1994) yaitu analisis sikap pasien rawat inap terhadap mutu asuhan perawatan sebagai dasar strategi pemasaran rumah sakit. Penelitian juga pernah dilakukan di Rumah Sakit Islam Samarinda (Lamri, 1997) yang mengukur pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan dan perilaku pasien. Hal yang sama telah dilakukan di RS. Telogorejo Semarang (Murtjwanto W., 1997) yaitu analisis persepsi masyarakat terhadap mutu pelayanan dan fasilitas rawat inap.

Penelitian yang dilakukan oleh Diptianto (1994) hanya menyoroti mutu (kualitas) asuhan keperawatan sebagai titik tolak untuk menetapkan strategi pemasaran rumah sakit. Penelitian ini menyimpulkan bahwa untuk meningkatkan pemasaran rumah sakit, maka mutu asuhan keperawatan mutlak harus ditingkatkan.

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Lamri (1997) di Rumah Sakit 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 RS. Telogorejo salah satunya adalah menguji apakah kondisi dan fasilitas layanan Rumah Sakit telah memenuhi harapan

konsumen atau belum. Variabel dan fasilitas layanan pada penelitian ini dibagi dalam sejumlah item yaitu :

- Tarif kamar
- Kebersihan
- Kenikmatan sajian
- Jumlah makanan
- Kecepatan petugas administrasi
- Keramahan petugas administrasi
- Kecepatan pelayanan paramedis
- Keramahan petugas paramedis
- Kecepatan pelayanan dokter
- Keramahan pelayanan dokter

Untuk analisis terhadap kesepuluh item tersebut dilakukan analisis Uji Z dengan hasil bahwa dari sepuluh item tersebut hanya ada satu item yang sudah di atas rerata harapan cukup (nilai medium) yaitu item jumlah makanan, sedang item yang lainnya semuanya masih di bawah rerata harapan cukup.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian tersebut diatas adalah bahwa pada penelitian ini hanya dititikberatkan pada penelitian unit Paviliun, dimana unit ini yang dianggap oleh manajemen rumah sakit sebagai unit provit centrenya rumah sakit, karenanya faktor revenue turut dipertimbangkan.

Jika penelitian yang dilakukan di RS. Islam Samarinda menggunakan uji analisis dengan Teori Kesenjangan dan penelitian di RS. Telogorejo menggunakan analisis Uji Z, maka penelitian yang akan dilakukan di RSUD. Dr. Moewardi menggunakan gabungan dari kedua teori tersebut yaitu :

- a. Analisis dengan Teori Kesenjangan untuk menganalisis butir pelayanan spesifik (7 butir).

- b. Analisis dengan Uji t untuk menganalisis variabel kualitas pelayanan (18 variabel).

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

Sasaran penelitian ditujukan pada usaha untuk mengetahui berapa besar kadar kualitas pelayanan yang diberikan oleh Unit Paviliun RSUD Dr. Moewardi.

Dari penelitian ini, diharapkan akan diperoleh hasil analisis yang dapat memberikan gambaran situasi kualitas pelayanan berdasarkan persepsi pasien sehingga dapat menjadi acuan untuk menilai tingkat kinerja di Paviliun RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

## **2.2. Kerangka Pemikiran Tesis**

Dalam penelitian tesis yang berjudul "Persepsi Konsumen terhadap Kualitas Pelayanan Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi", ditempuh pola pikir yang mengacu pada analisis deskriptif yaitu penggambaran dari apa dan bagaimana pelayanan yang diterima dan dirasakan oleh para konsumen.

Penelitian terhadap kualitas pelayanan ini dilakukan terhadap para responden, yaitu konsumen yang telah lama ataupun baru keluar (selesai dirawat) dari Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Dengan demikian, populasi dari penelitian ini adalah semua pasien di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi Surakarta sejak fasilitas ini dibuka bulan Agustus 1996 sampai akhir bulan Juni 1998.

Sample diambil dengan cara random sampling bersyarat yaitu dengan syarat :

- a. Telah dirawat minimal 3 (tiga) hari, dengan pertimbangan pasien sudah bisa mengambil sikap terhadap layanan yang diterima.
- b. Berusia di atas 12 (dua belas) tahun, dengan pertimbangan pada usia tersebut telah mampu mengungkapkan sendiri mengenai persepsi yang dirasakan.

- c. Telah mengurus dan membayar biaya perawatan, baik yang dibiayai sendiri ataupun dibiayai asuransi/perusahaan.

Kuesioner yang disiapkan untuk penelitian ini dibuat sedemikian rupa sehingga jawaban yang diberikan cukup dengan memilih dari alternatif jawaban yang ada.

Kuesioner dibagi dalam dua kelompok pertanyaan, yaitu kelompok pertama untuk meneliti karakteristik sosial ekonomi responden, sedang kelompok kedua untuk meneliti persepsi konsumen terhadap kualitas pelayanan yang diterimanya.

Pertanyaan kelompok pertama terdiri dari 10 (sepuluh) pertanyaan menyangkut masalah sosial ekonomi, sedang kelompok kedua terdiri dari 7 (tujuh) butir pelayanan yaitu butir A sampai dengan G, di mana tiap butir terdiri dari 2 sampai 4 item pelayanan dengan total item ada 18 item pelayanan (X1 sampai dengan X18).

Penilaian terhadap analisis kualitas pelayanan akan menggunakan metode rating (methode of summated rating) dengan skala Likert 5 (lima) derajat yaitu :

- nilai 4 untuk sangat "x"
- nilai 3 untuk "x"
- nilai 2 untuk cukup "x"
- nilai 1 untuk kurang "x"
- nilai 0 untuk sangat kurang "x"

dimana "x" tersebut bisa berarti cepat, ramah, tepat, siap, murah, membantu, jelas dan menarik.

Dari penilaian yang dilakukan akan dilanjutkan dengan analisis statistik deskriptif untuk mengetahui rerata dan simpang bakunya.

Untuk mengetahui sampai seberapa jauh persepsi konsumen terhadap pelayanan, dilakukan :

- a. Analisis pelayanan dengan menggunakan teori kesenjangan dari Kronin dan Taylor dengan titik berat analisis pada butir pelayanan (ada 7 butir pelayanan).
- b. Analisis pelayanan dengan analisis kuantitatif uji t untuk menganalisis masing-masing item pelayanan sebanyak 18 item.

### **2.3. Pertanyaan Penelitian**

Menurut Pendapat Achmad Watik Pratiknya (1993) menyatakan bahwa setelah suatu rumusan permasalahan tersusun, peneliti akan menilai permasalahan tersebut setelah tersedia cukup informasi ilmiah untuk mengembangkan jawaban yang bersifat dugaan atau tentatif. Apabila informasi ilmiah tersebut tidak cukup tersedia, maka tidak perlu peneliti mengembangkan hipotesis sehingga atas dasar pendapat tersebut maka peneliti dapat memilih bentuk pertanyaan penelitian.

Berdasarkan judul yang telah diajukan untuk penelitian ini maka secara garis besar maksud penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pendapat konsumen (dalam hal ini adalah pasien) yang menggunakan fasilitas pelayanan Paviliun RSUD Dr. Moewardi mengenai kualitas pelayanan yang diterimanya.

Secara lebih rinci penelitian ini ditujukan untuk mencari jawaban atas pertanyaan :

1. Apakah pelayanan administrasi masuk di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi memenuhi harapan konsumen yang menggunakan fasilitas tersebut.
2. Apakah pelayanan ruangan di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi memenuhi harapan konsumen yang menggunakan fasilitas tersebut.
3. Apakah pelayanan medis di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi memenuhi harapan konsumen yang menggunakan fasilitas tersebut.
4. Apakah pelayanan paramedis (perawatan) di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi memenuhi harapan konsumen yang menggunakan fasilitas tersebut.
5. Apakah pelayanan makanan di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi memenuhi harapan konsumen yang menggunakan fasilitas tersebut.
6. Apakah pelayanan penunjang di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi memenuhi harapan konsumen yang menggunakan fasilitas tersebut.
7. Apakah pelayanan administrasi pulang di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi memenuhi harapan konsumen yang menggunakan fasilitas tersebut.

Ketujuh butir pertanyaan tersebut dalam analisis penelitian selanjutnya dikembangkan dalam variabel-variabel pelayanan sehingga keseluruhan menjadi 18 (delapan belas) variabel.

## **2.4. Definisi Operasional Variabel**

Dalam penelitian ini akan ditentukan beberapa variabel penelitian sebagai bahan kajian (Lamri, 1997), antara lain :

- a. Pelayanan Admission, adalah kualitas pelayanan administrasi masuk yaitu keramahan dan kecepatan petugas penerima pasien .
- b. Pelayanan ruangan, adalah kualitas pelayanan/kesiapan ruangan untuk ditempati pasien yang akan rawat inap dan keramahan petugasnya.
- c. Pelayanan Medis, adalah kualitas pelayanan dari tenaga medis yang melayani menyangkut masalah kecepatan dan keramahan pelayanan dokter.
- d. Pelayanan perawat, adalah kualitas pelayanan asuhan keperawatan menyangkut masalah keramahan, kemampuan, komunikasi dan kecepatan dari tenaga perawat yang merawat pasien.
- e. Pelayanan makanan, adalah kualitas pelayanan makanan yang disajikan menyangkut masalah menu makanan, ketepatan waktu penyajian makanan dan keramahan petugas penyaji makanan.
- f. Pelayanan penunjang, adalah kualitas pelayanan penunjang diagnostik (laboratorium, radiologi, farmasi) menyangkut masalah kecepatan dan keramahan petugas, manfaat dan tarif pelayanan penunjang.
- g. Pelayanan administrasi pulang adalah kualitas pelayanan saat proses pasien pulang rumah sakit menyangkut masalah keramahan petugas dan lamanya proses.

## B A B III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1. Jenis dan Sumber Data

Jenis dan sumber data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Data primer yaitu data yang diperoleh dari :
  - a.1. Wawancara yang dilakukan terhadap para pejabat struktural maupun fungsional yang ada RSUD Dr. Moewardi. Dari wawancara ini diperoleh data yang berkaitan dengan struktur dan tata kerja rumah sakit serta mekanisme maupun operasional rumah sakit sehari-harinya.
  - a.2. Menyebarkan Kuesioner kepada para pasien yang pernah dirawat di rumah sakit tersebut. Dari kuesioner ini diharapkan dapat memperoleh data yang obyektif tentang karakteristik pasien yang dirawat inap di rumah sakit dan juga dapat memperoleh penilaian yang obyektif tentang kualitas pelayanan yang diterimanya.
- b. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari catatan-catatan yang ada di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada umumnya dan Bagian Perencanaan dan Rekam Medis pada khususnya. Data sekunder ini pada umumnya adalah data tand berupa tabel-tabel statistik baik menyangkut masalah administrasi maupun medik

### **3.2. Populasi dan Sample**

Jumlah populasi yang menjadi daerah penelitian meliputi :

a. Pasien pada tahun 1996 sebanyak 432 orang.

( Tahun 1996 Paviliun RSUD Dr. Moewardi baru mulai dioperasikan pada bulan Agustus ).

b. Pasien pada tahun 1997 sebanyak 1.075 orang.

c. Pasien pada tahun 1998 sebanyak 589 orang.

( Tahun 1998 adalah keadaan saat penelitian pada akhir bulan Juni ).

Dari populasi tersebut akan diambil sample sebanyak  $\pm 120$  orang atau sebesar 5,7 % dan dari sample  $\pm 120$  orang ini, yang  $\pm 45$  orang atau sepertiganya akan disampling dari pasien yang baru keluar dari rumah sakit dengan pertimbangan dapat memperoleh data yang yang betul-bnetul masih segar karena mereka baru saja merasakan pelayanan tersebut.

Pengambilan sample sebesar 5,7 % ini mengacu pada syarat minimal berdasarkan buku Metode Penelitian Masyarakat dari Koentjaraningrat dan Masri Singarimbun.

### **3.3. Metode Pengumpulan Data**

Pengumpulan data akan dilakukan dengan cara mengadakan wawancara dan menyebarkan Kuesioner kepada responden. Wawancara dilakukan langsung dengan para pejabat di rumah sakit untuk mencari data yang sifatnya policy dan memberikan gambaran secara menyeluruh terhadap keberadaan RSUD Dr. Moewardi maupun

unit paviliunnya, sedang pengumpulan data dari responden dilakukan dengan menyebarkan Kuesioner kepada pasien baik yang telah lama keluar maupun baru saja keluar dari rumah sakit.

Bagi pasien yang telah lama keluar (selesai dirawat) maka penyampaian dan pengumpulan Kuesioner dilakukan dengan didatangi langsung oleh peneliti, ataupun menggunakan tenaga-tenaga mahasiswa praktek yang ada di RSUD Dr. Moewardi.

Daftar pertanyaan dalam Kuesioner yang akan disebarakan adalah sebagaimana lampiran 1.

### **3.4. Tehnik dan Analisis Data**

Jika data telah dikumpulkan, akan dilakukan analisis data yang meliputi :

- a. Analisis Uji Validitas dan Realibilitas Kuesioner yang dimaksud untuk menguji lebih dahulu tingkat kecermatan dan kepercayaan dari kuesioner yang digunakan. Uji validitas menggunakan metode Pearson Product Moment Corelation, sedang uji realibilitas menggunakan rumus Alpha.
- b. Analisis tentang Identifikasi Responden, dimaksudkan untuk mengetahui secara lebih mendalam tentang karakteristik responden berkaitan dengan masalah ekonominya. Dengan analisis ini diharapkan bisa diketahui secara tepat segmen pasar yang bisa dikembangkan di masa mendatang.
- c. Analisis statistik deskriptif, dimaksudkan untuk mengetahui sebaran (distribusi) dari frekuensi jawaban responden terhadap kuesioner yang telah diisi. Dari analisis ini diharapkan dapat diketahui rerata dan simpang bakunya.

- d. Analisis kualitas pelayanan terhadap butir pelayanan spesifik yang diterima konsumen dengan menggunakan Teori Gap (kesenjangan) dari Kronin dan Taylor yang formulasinya adalah :

$$KP = \sum_{j=1}^n (SK_j - SH_j)$$

dimana :

KP = Persepsi tentang kualitas pelayanan / kepuasan pasien.

SK = Skor kualitas pelayanan / kepuasan pasien dari pelayanan yang diterima / dirasakan pasien ( responden ).

SH = Skor harapan yang semestinya diterima oleh pasien ( responden ) yang diambil dari skor tertinggi butir pelayanan di tiap bagian pelayanan.

n = Jumlah responden

- e. Analisis Kuantitatif Uji t dengan tujuan untuk menguji sampai seberapa jauh persepsi konsumen terhadap masing-masing variabel kualitas pelayanan yang diterimanya. Analisis uji t ini dimaksudkan untuk menguji apakah butir-butir pelayanan yang diterima konsumen telah memenuhi harapan konsumen atau belum.

## B A B IV

### GAMBARAN UMUM OBYEK PENELITIAN

#### 4.1. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi

##### 4.1.1. Kedudukan

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Moewardi Surakarta adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah yang terletak di Daerah Tingkat II Kotamadya Surakarta, dan ditetapkan sebagai rumah sakit kelas B berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 51/Menkes/SK/1979 tanggal 22 Februari 1979.

Berdasarkan Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan serta Menteri Dalam Negeri No. 554/Menkes/SKB/K/1981, No. 0430 A th. 1981 Mendikbud, No. 3241 A th 1981 Mendagri, RSUD Dr. Moewardi Surakarta ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan (teaching hospital) bagi calon dokter untuk Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta. Disamping itu rumah sakit ini merupakan tempat pendidikan siswa Sekolah Perawat Kesehatan, Akademi Gizi, Akademi Perawat, dan Akademi Penata Rontgen, serta tempat pendidikan calon dokter spesialis dari Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta.

Sebagai rumah sakit kelas B, RSUD Dr. Moewardi Surakarta merupakan rumah sakit rujukan untuk rumah sakit di wilayah kerja Pembantu Gubernur di Surakarta dan Jawa Timur bagian Barat.

#### **4.1.2. Tugas Pokok**

Tugas Pokok RSUD Dr. Moewardi Surakarta sebagai rumah sakit umum adalah melaksanakan pelayanan kesehatan yang meliputi upaya penyembuhan penderita, pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang spesialistik, disamping upaya pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan, serta menyediakan fasilitas pendidikan, penataran, penelitian dan atau latihan bagi calon dokter umum, calon dokter spesialis, dokter spesialis serta tenaga kesehatan lainnya.

#### **4.1.3. Fungsi**

Untuk dapat menyelenggarakan tugas pokoknya RSUD Dr. Moewardi mempunyai fungsi :

Melaksanakan pengurusan tata usaha rumah sakit; upaya pelayanan medik; upaya rehabilitasi medik; upaya pencegahan penyakit, pencegahan akibat penyakit dan peningkatan pemulihan kesehatan; melaksanakan asuhan perawatan; membantu dan melaksanakan upaya pendidikan dan atau latihan medik, para medik dan tenaga lainnya; melaksanakan sistem rujukan; sebagai tempat penelitian dan melaksanakan penelitian dalam rangka pengembangan ilmu dan teknologi dibidang kesehatan.

Untuk dapat melaksanakan fungsi tersebut, telah ditetapkan visi dan misi RSUD Dr. Moewardi yaitu :

- a. Visi RSUD Dr. Moewardi adalah mewujudkan Rumah Sakit Pendidikan sebagai unit penyelenggara pelayanan kesehatan dan tempat pendidikan tenaga kesehatan yang bermutu dan mampu berkompetisi dengan rumah sakit lainnya

baik dalam tingkat wilayah maupun tingkat nasional , serta mampu melaksanakan pendidikan kesehatan yang dapat dipertanggungjawabkan.

b. Misi RSUD Dr. Moewardi adalah :

1. Melaksanakan tugas kemanusiaan berdasarkan ke-Tuhanan Yang Maha Esa dengan menghormati dan memperlakukan penderita sebagai manusia seutuhnya dengan tidak dipengaruhi oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuaan, adat istiadat, perbedaan kelamin, politik kepertaian serta kedudukan sosial.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
3. Melaksanakan pendidikan tenaga kesehatan yang mampu menghadapi tantangan masa depan serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

## **4.2. Pengorganisasian dan Kegiatan Pelayanan**

### **4.2.1. Pengorganisasian**

Untuk dapat menyelenggarakan fungsinya sesuai perkembangan jaman, struktur organisasi dan tata kerja RSUD Dr. Moewardi Surakarta telah diatur dengan Perartuan Daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah No. 3 Tahun 1997 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Tingkat I Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah, yang antara lain menetapkan bahwa RSUD Dr. Moewardi Surakarta adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah.

Berdasarkan Peraturan Daerah No. 3 Tahun 1997, RSUD Dr. Moewardi Surakarta dipimpin oleh seorang Direktur yang secara teknis fungsional bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah, sedang taktis operasional bertanggung jawab kepada Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Tengah.

#### **4.2.1.1. Struktur Organisasi**

Struktur Organisasi RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang terakhir telah ditetapkan dengan Peraturan Daerah Pemerintah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah Nomor 3 Tahun 1997.

Peraturan yang mengatur struktur organisasi ini diatur dengan suatu Peraturan Daerah karena institusi RSUD Dr. Moewardi ini merupakan suatu rumah sakit milik Pemerintah Daerah Jawa Tengah.

Berdasarkan Peraturan Daerah tersebut maka susunan organisasi RSUD Dr. Moewardi terdiri dari :

- a. Direktur.
- b. Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan.
- c. Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan.
- d. Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- e. Komite Medik dan Staf Medis Fungsional.
- f. Satuan Pengawas Intern.
- g. Dewan Penyantun.
- h. Para Medis Fungsional dan Tenaga Non Medis.

(Pasal 5 ayat 1 Perda Nomor 3 Tahun 1997)

Para Wakil Direktur dalam melaksanakan tugas berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dan jabatan ini merupakan jabatan struktural di RSUD Dr. Moewardi.

Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Perawatan membawahi 2 (dua) Bagian yang dipimpin oleh Kepala Bagian sebagai jabatan struktural dan 8 (delapan) Instalasi yang dipimpin oleh Kepala Instalasi sebagai jabatan fungsional.

Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan juga membawahi 2 (dua) Bagian yang dipimpin oleh Kepala Bagian sebagai jabatan struktural dan 8 (delapan) Instalasi yang dipimpin oleh Kepala Instalasi sebagai jabatan fungsional.

Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahi 4 (empat) Bagian yang dipimpin oleh Kepala Bagian sebagai jabatan struktural dan 1 (satu) Instalasi yang dipimpin oleh Kepala Instalasi sebagai jabatan fungsional.

Komite Medik adalah sekelompok tenaga medis yang keanggotaannya terdiri dari Ketua-ketua Kelompok Staff Medis Fungsional (Pasal 79 ayat 1 Perda Nomor 3 tahun 1997).

Satuan Pengawas Intern adalah Kelompok Fungsional yang bertugas melakukan pengawasan, bertanggung jawab langsung kepada Direktur sebagaimana halnya Komite Medik, dengan masa bhakti selama 3 (tiga) tahun, sebagaimana juga halnya dengan Komite Medik.

Dewan Penyantun adalah Kelompok Pengarah/Penasehat yang dibentuk dengan Surat Keputusan Gubernur yang anggotanya terdiri dari unsur pemilik rumah sakit dan tokoh masyarakat dan diangkat untuk masa bhakti 3 (tiga) tahun.

Untuk lebih jelasnya struktur organisasi RSUD Dr. Moewardi dapat dilihat pada lampiran 2.

#### **4.2.1.2. Uraian Tugas**

Pedoman kerja bagi para pejabat dan seluruh pegawai di RSUD Dr. Moewardi Surakarta adalah keputusan Direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta Nomor : 800/506/1993, Tentang Pedoman Kerja Pejabat Struktural di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Dalam Pedoman kerja tersebut disamping berisi uraian tugas, juga memuat mengenai wewenang dan tanggung jawab masing-masing pejabat di lingkungan RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Selanjutnya berdasarkan pedoman tersebut, dijabarkan lebih lanjut oleh masing-masing pejabat untuk membagi habis tugas-tugasnya kepada para staf.

#### **4.2.1.3. Sumber Daya Manusia**

Jumlah Pegawai di RSUD Dr. Moewardi Surakarta sebanyak 1.195 orang (per 30 Juni 1998) yang terdiri dari 134 orang tenaga medis, 463 orang tenaga paramedis perawatan, 154 orang tenaga para medis non perawatan, dan 444 orang tenaga non medik.

Perincian Jumlah pegawai berdasarkan jenis dan tingkat pendidikan selengkapnya dapat dilihat pada lampiran 3, sedangkan perkembangan jumlah pegawai RSUD Dr. Moewardi Surakarta dari tahun 1992, 1995 dan 1998 dapat dilihat pada Tabel 4.1. di bawah ini.

**Tabel 4.1. Jumlah Pegawai Menurut Jenis Ketenagaan Tahun 1992, 1995 dan 1998**

No.	Jenis Ketenagaan	Tahun		
		1992	1995	1998
1.	Medis	129	131	134
2.	Para medis	477	453	463
3.	Para medis non perawatan	117	120	154
4.	Non medis	459	448	444
	Jumlah	1.182	1.152	1.195

Sumber : RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 1992, 1995, 1998.

Pengembangan Sumber Daya Manusia, direncanakan dan dilaksanakan oleh Bidang Diklat. Untuk pendidikan jangka pendek (kurang dari 1 tahun) dilaksanakan dengan menyelenggarakan kursus pelatihan, ketrampilan, penataran, seminar dan lain-lain, disamping itu RSUD Dr. Moewardi Surakarta juga mengirimkan pegawai untuk mengikuti kegiatan ketrampilan, seminar, kursus, pelatihan/penataran dan lain-lain ke Departemen Dalam Negeri/Pemerintah Daerah.

Untuk pendidikan jangka panjang dilaksanakan antara lain dengan mengirimkan beberapa pegawai untuk mengikuti tugas belajar baik program D3, Strata 1, Strata 2 dan Spesialisasi dan memberi ijin belajar kepada pegawai yang berminat melanjutkan belajar.

#### **4.2.2. Kegiatan Pelayanan**

Kegiatan Pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta meliputi kegiatan rawat jalan dan rawat inap.

Kegiatan rawat jalan terdiri dari dua (2) jenis pelayanan kesehatan yaitu :

- 1) Pelayanan pemeriksaan medis/diagnostik
- 2) Pelayanan penunjang medis /penunjang diagnostik dan terapi.

Pelayanan pemeriksaan medis dilaksanakan oleh 16 poliklinik, baik umum maupun spesialis dan sub spesialis, sedangkan Penunjang Diagnosis dan Terapi dilayani oleh 16 Unit-unit Pelaksana Fungsional dan Instalasi.

RSUD Dr. Moewardi Surakarta untuk pelayanan rawat inap menyediakan 473 tempat tidur yang dibagi dalam berbagai kelas perawatan, yaitu :

a. Kelas III/b	: 110 TT (23,25%)
b. Kelas III/a	: 102 TT (21,56%)
c. Kelas II	: 114 TT (24,10%)
d. Kelas I	: 16 TT (3,38%)
e. Kelas Utama	: 22 TT (4,65%)
f. Kelas Cendana Pratama	: 54 TT (11,42%)
g. Kelas Cendana Madya	: 17 TT (3,59%)
h. Kelas Cendana Utama	: 4 TT (0,85%)
i. Perinatologi, ICU, ICCU dll.	: 34 TT (7,20%)

### **4.3. Lokasi dan Produk Kegiatan Pelayanan**

#### **4.3.1. Lokasi**

Wilayah kerja RSUD Dr. Moewardi Surakarta meliputi seluruh Wilayah Karesidenan Surakarta yang terdiri dari Kabupaten Klaten, Wonogiri, Sukoharjo, Boyolali, Sragen, Karanganyar dan Kodya Surakarta serta wilayah Jawa Timur Bagian Barat, yang terdiri dari Kabupaten Ngawi, Ponorogo dan Pacitan. Luas wilayah kerjanya adalah 7.622 km<sup>2</sup> dan jumlah penduduk sebesar 7.735.794. Secara rinci gambaran pasar, luas wilayah dan jumlah penduduk dapat dilihat pada Tabel 4.2.

RSUD Dr. Moewardi Surakarta disamping sebagai rumah sakit rujukan, sesuai Surat Keputusan Bersama mengenai Asuransi Kesehatan, RSUD Dr. Moewardi Surakarta berkewajiban menerima pasien dari P.T Asuransi Kesehatan.

Surakarta sebagai kota industri dan perdagangan, dimana banyak pabrik dan perusahaan berdiri, memungkinkan RSUD Dr. Moewardi Surakarta untuk bekerja sama dalam rangka pemeliharaan kesehatan, pada tahap awal telah dilakukan kerja sama dengan P.T Batik Keris/Danliris dan pabrik Plastik Diana Plastik untuk pemeliharaan kesehatan pegawai di perusahaan tersebut.

**Tabel 4.2. Luas Wilayah dan jumlah Penduduk di Wilayah Kerja Rujukan RSUD Dr. Moewardi Surakarta**

No.	Kabupaten/Kotamadya	Luas Wilayah	Jumlah Penduduk
1.	Sragen	946	844.737
2.	Karanganyar	772	708.289
3.	Sukoharjo	466	695.732
4.	Wonogiri	1.822	1.025.964
5.	Klaten	655	1.179.512
6.	Boyolali	946	446.560
7.	Surakarta	44	516.967
8.	Ponorogo	727	863.412
9.	Ngawi	568	712.260
10.	Pacitan	676	742.260
	Jumlah	7.622	7.735.794

Sumber : Dinas Kesehatan Propinsi Dati I Jateng Thn. 1998

Lokasi RSUD Dr. Moewardi Surakarta berada di bagian timur kota Surakarta yaitu di Kelurahan Jebres Kecamatan Jebres Kotamadya Surakarta.

Dari pusat pemerintahan dan Pasar Klewer lebih kurang berjarak 2 km dan disamping itu pada lokasi Jebres mudah dijangkau dengan kendaraan umum, karena terletak di pinggir jalan protokol yaitu Jl. Kol. Sutarto.

Pada lokasi yang baru ditempati pada pertengahan 1996 ini akan dapat mudah dijangkau masyarakat, karena letaknya pada poros jalan raya Solo - Surabaya tersebut, sehingga pasien/masyarakat baik dari Timur (Karanganyar, Ngawi, Ponorogo, Pacitan) maupun Barat (Klaten, Sukoharjo, Boyolali) mudah dan dapat lebih cepat mencapai lokasi RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

#### **4.3.2. Produk Kegiatan Pelayanan**

Produk Kegiatan pelayanan yang ditawarkan kepada konsumen/masyarakat meliputi pelayanan rawat inap dan rawat jalan.

##### **4.3.2.1. Kegiatan Pelayanan Rawat Inap**

Kegiatan pelayanan Rawat Inap dibagi dalam delapan kelas perawatan yaitu Cendana Utama, Cendana Madya, Cendana Pratama, Kelas Utama, Kelas I, Kelas II, Kelas III A, Kelas III B, yang perincian jumlah tempat tidur serta tarif masing-masing kelas dapat dilihat pada Tabel 4.3.

**Tabel 4.3. Kelas Perawatan, Kapasitas Tempat Tidur dan Besarnya Tarif Biaya Perawatan Rawat Inap**

No	Kelas Perawatan	Kapasitas Tempat Tidur	Tarif (Rp.)
1.	Cendana Utama	4	120.000
2.	Cendana Madya	17	90.000
3.	Cendana Pratama	54	60.000
4.	Kelas Utama	22	46.000
5.	Kelas I	16	15.000
6.	Kelas II	114	7.000
7.	Kelas III A	102	2.250
8.	Kelas III B	110	1.000

Sumber : RSUD Dr. Moewardi Surakarta, data diolah.

#### **4.3.2.2. Kegiatan Pelayanan Rawat Jalan/Poliklinik**

Jasa Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta terdiri dari jasa pelayanan pemeriksaan dokter dan penunjang medik meliputi :

##### **1. Pelayanan Rawat Jalan :**

###### **a. Pemeriksaan/tindakan Medis**

- (1) Penyakit Dalam
- (2) Bedah
- (3) Kesehatan Anak
- (4) Obstetri dan Ginekologi
- (5) Keluarga Berencana
- (6) Saraf
- (7) Jiwa
- (8) Telinga Hidung Tenggorokan
- (9) Mata
- (10) Kulit dan Kelamin
- (11) Gigi dan Mulut
- (12) Kardiologi
- (13) Paru-paru
- (14) Umum
- (15) Pengujian Kesehatan
- (16) Unit Gawat Darurat

Untuk pelayanan Sub Spesialis sudah disiapkan pelayanan sub spesialis :

1. Bedah thorax
2. Bedah digestif
3. Bedah urologi
4. Bedah mulut
5. Bedah plastik
6. Bedah tulang
7. Bedah syaraf

Tarif biaya Kegiatan Rawat Jalan adalah sebagaimana Tabel 4.4.

**Tabel 4.4. Tarif Biaya Rawat Jalan/Poliklinik**

No	POLIKLINIK	TARIF
1.	Umum	Rp. 600
2.	Spesialis	Rp. 1.500
3.	Gawat Darurat	Rp. 3.000
4.	Poliklinik Paviliun	Rp. 13.000

Sumber : RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 1998.

#### **4.3.2.3. Kegiatan Pelayanan Penunjang Medik**

1. ECG (Electro Cardiograph) yaitu alat untuk pemeriksaan Jantung.
2. EEG (Electro Encephalograph) yaitu alat untuk pemeriksaan nyeri kepala.
3. EMG (Electro Miograph) yaitu alat untuk pemeriksaan gangguan otot.
4. ECT (Electro Consulteraphy)
5. Laboratorium Klinik
6. Radioterapi
7. Radiodiagnostik
8. Fisioterapi
9. Gizi
10. Anestesi
11. Audiometri
12. Haemodialisa (alat untuk cuci darah)
13. Endoscopi/Sinoscopy
14. Coloscopi
15. Tread Mill
16. USG (Ultrasonograph) yaitu alat untuk pemeriksaan/deteksi kehamilan.
17. Dan lain-lain.

Tarif Biaya Kegiatan Pelayanan Penunjang Medik adalah sebagaimana lampiran 4.

#### 4.4. Prasarana dan Sarana

##### 4.4.1. Prasarana

Sebelum tahun 1996 RSUD Dr. Moewardi Surakarta menempati gedung yang sudah tua (dibangun tahun 1938), terletak di Kelurahan Mangkubumen Kodya Surakarta, oleh karena itu sesuai rencana pengembangan RSUD Dr. Moewardi Surakarta telah dibangun gedung baru yang terletak di desa Jebres Kotamadya Surakarta.

Gedung baru dimaksudkan agar lebih representatif dalam penyelenggaraan pelayanan jasa kesehatan, baik dari segi estetika maupun tata ruang rumah sakit.

Luas tanah dan gedung yang ada di Mangkubumen dibandingkan luas gedung baru di Jebres, dapat dilihat pada Tabel 5.

**Tabel 4.5. Luas Tanah dan Gedung Rumah Sakit di Mangkubumen dan Gedung Baru di Jebres**

No	URAIAN	MANGKUBUMEN	JEBRES
1.	Luas Tanah	41.530 m <sup>2</sup>	39.915 m <sup>2</sup>
2.	Luas Gedung	15.683 m <sup>2</sup>	26.197 m <sup>2</sup>
3.	Luas Koridor	3.771 m <sup>2</sup>	1.800 m <sup>2</sup>
4.	Lain-lain	21.929 m <sup>2</sup>	11.918 m <sup>2</sup>
	Total	82.913 m <sup>2</sup>	79.830 m <sup>2</sup>

Sumber : RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Dari angka pada tabel 4.5. dapat diketahui bahwa walau luas tanah di kompleks Rumah Sakit yang baru lebih kecil, tetapi luas bangunan jauh lebih besar

daripada di kompleks Rumah Sakit yang lama. Demikian juga luas koridor di Rumah Sakit yang baru lebih sedikit karena semua bangunan di gedung baru berlantai tiga.

#### 4.4.2. Sarana

Jenis peralatan kesehatan dapat dibagi 2 (dua) yaitu peralatan kedokteran dan penunjang diagnostik dan terapi.

Peralatan kedokteran dan kesehatan yang ada di rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta berada pada masing-masing Unit Pelayanan Fungsional serta Instalasi-instalasi.

Jumlah peralatan di masing-masing UPF dan Instalasi adalah sebagai berikut :

1. UPF Penyakit Dalam sebanyak 5 buah
2. UPF Bedah sebanyak 21 buah
3. UPF Kesehatan Anak sebanyak 16 buah
4. UPF Obstetri dan Ginekologi sebanyak 41 buah
5. UPF Syaraf sebanyak 3 buah
6. UPF Jiwa sebanyak 4 buah
7. UPF Telinga Hidung Tenggorokan sebanyak 15 buah
8. UPF Mata sebanyak 13 buah
9. UPF Kulit dan Kelamin sebanyak 5 buah
10. UPF Gigi dan Mulut sebanyak 12 buah
11. UPF Kardiologi (Jantung) sebanyak 13 buah
12. UPF Paru-paru sebanyak 13 buah
13. Poliklinik Umum dan Pengujian Kesehatan, UGD sebanyak 18 buah
14. Radiologi sebanyak 32 buah
15. Rehabilitasi Medik sebanyak 11 buah
16. Laborat klinik sebanyak 43 buah
17. Industri Farmasi sebanyak 15 buah
18. Renal Unit sebanyak 2 buah.

Keadaan dan jumlah peralatan kedokteran/kesehatan secara rinci dapat dilihat pada lampiran 5.

#### **4.5. Keuangan**

Pembahasan masalah keuangan di RSUD Dr. Moewardi akan ditekankan pada tiga hal yaitu tentang Penerimaan Fungsional, Sumber Dana Anggaran dan Sistem Keuangan.

##### **4.5.1. Penerimaan Fungsional**

Penerimaan RSUD Dr. Moewardi Surakarta berdasarkan Perda terdiri dari Komponen Bahan dan Alat, Jasa Rumah Sakit dan Jasa Medis, sedang dalam sistem penyeteroran dikelompokkan dalam Komponen Jasa Rumah Sakit dan Jasa Medis karena komponen Bahan dan Alat masuk ke dalam komponen Jasa Rumah Sakit.

Rincian komponen berdasarkan sistem penyeteroran adalah :

a. Komponen Jasa Rumah Sakit terdiri dari :

- Administrasi
- Tindakan Medik
- Perawatan
- Obat-obatan
- Laboratorium
- Radioterapi
- Rehab Medik
- Elektro Medik
- Jasa Askes
- Lain-lain

b. Komponen Jasa Medik terdiri dari :

- Kontrol dan Visite
- Tindakan Medik
- Obat-obatan
- Laboratorium
- Radiologi
- Rehab Medik
- Elektro Medik

Ikhtisar penerimaan dan penyetoran pendapatan RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun anggaran 1997/1998 dapat dilihat dalam lampiran 4.

#### **4.5.2. Sumber Dana Anggaran**

Sumber dana RSUD Dr. Moewardi Surakarta berasal dari Anggaran Pusat (APBN) dan Anggaran Daerah Tingkat I (APBD I).

Anggaran Pusat (APBN) terdiri dari SBBO (Sumbangan Subsidi Bantuan Operasional), OPRS (Operasional dan Pemeliharaan Rumah Sakit) dan Proyek APBN. Dana OPRS dan Proyek APBN adalah dana yang bersumber dari Departemen Kesehatan dan dalam bentuk Proyek ( tidak rutin ), sedang dana SBBO bersumber dari Departemen Dalam Negeri dan dimasukkan menjadi satu dengan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Dana yang murni berasal dari Anggaran Daerah Tingkat I (APBD I) terdiri dari Anggaran Rutin dan Anggaran Proyek. Anggaran Rutin terdiri dari 5 (lima ) jenis kelompok pengeluaran yaitu : Belanja Pegawai, Belanja Barang, Belanja Pemeliharaan, Belanja Perjalanan Dinas dan Belanja Lain-lain.

Pengelolaan Keuangan dan Pelaksanaan Anggaran didasarkan pada Keppres no. 16 tahun 1994 Tentang Pelaksanaan Anggaran dan Belanja Negara dan Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 903 - 433 tahun 1981.

Rincian Anggaran Belanja Rutin RSUD Dr. Moewardi selama tiga tahun berturut-turut dapat dilihat sebagaimana pada lampiran 7.

#### **4.5.3. Sistem Keuangan**

Sistem Keuangan (akuntansi) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta saat ini menggunakan sistem akuntansi tunggal (single entry accounting).

Dalam sistem ini setiap pencatatan tidak memperhatikan efek dari transaksi yang dipengaruhinya, dimana pencatatan dilakukan pada waktu penerimaan atau pengeluaran kas.

Sistem pencatatan demikian biasa disebut cash basis, yaitu penerimaan dan pengeluaran dihitung pada saat diterima atau dibayarkan sejumlah uang, sehingga akan sulit diketahui secara pasti mengenai kekayaan dan hasil operasional.

Namun demikian dalam rangka mempersiapkan implementasi konversi RSUD Dr. Moewardi Surakarta menjadi Rumah Sakit Swadana, telah dilakukan uji coba dan persiapan menggunakan sistem akuntansi secara accrual.

## BAB V

### PEMBAHASAN DAN HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Uji Validitas dan Realibilitas Kuesioner

Untuk dapat memberikan keyakinan bahwa kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini masih memiliki kecermatan yang tinggi dan mengetahui tingkat kepercayaannya, dilakukan uji coba instrumen sebelum dilakukan penelitian yang sebenarnya.

##### 1) *Uji Validitas Kuesioner*

Uji validitas kuesioner dilakukan untuk mencari korelasi antara skor masing-masing pertanyaan dengan skor total dari 120 responden. Perhitungan dilakukan dengan menggunakan Metode Pearson Product Moment Correlation.

Dari uji validitas dapat diperoleh koefisien validitas masing-masing variabel kualitas pelayanan dari mulai butir administrasi masuk (2 variabel), pelayanan kebersihan ruangan (2 variabel), pelayanan medis (2 variabel), pelayanan perawat (3 variabel), pelayanan makanan (3 variabel), pelayanan penunjang (4 variabel) dan pelayanan administrasi pulang (2 variabel).

Data selengkapnya dari uji validitas kuesioner ini dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 5.1.**  
**Skor Korelasi antara tiap-tiap item kuesioner dengan nilai total**

Pertanyaan Nomor	Uji Validitas			Pertanyaan Nomor	Uji Validitas		
	Skor	P. Value	Hasil		Skor	P. Value	Hasil
X1	0,3914	0,000	valid	X10	0,5392	0,000	valid
X2	0,4376	0,000	valid	X11	0,5442	0,000	valid
X3	0,4577	0,000	valid	X12	0,4534	0,000	valid
X4	0,3531	0,000	valid	X13	0,4625	0,000	valid
X5	0,5291	0,000	valid	X14	0,4948	0,000	valid
X6	0,5600	0,000	valid	X15	0,5054	0,000	valid
X7	0,2026	0,023	valid	X16	0,6828	0,000	valid
X8	0,5930	0,000	valid	X17	0,5460	0,000	valid
X9	0,1744	0,057	valid	X18	0,5398	0,000	valid

Sumber : data primer yang diolah

Dengan menggunakan batasan baku bahwa kuesioner dianggap valid jika  $p = 0,05$  ; maka dari 18 kuesioner dapat dianggap valid semuanya, kecuali pertanyaan X9 yang nilai  $p$ -nya adalah 0,057 agak rendah tingkat kevaliditasannya, tetapi masih dalam batas wajar untuk digunakan.

## 2) Uji Realibilitas Kuesioner

Uji realibilitas kuesioner dilakukan untuk mengetahui tingkat kepercayaan, terhadap alat pengumpul data. Instrumen yang sudah dapat dipercaya (reliabel) akan menghasilkan data yang dapat dipercaya juga.

Pada penelitian ini butir-butir kuesioner telah dilakukan uji realibilitasnya dengan menggunakan rumus Alpha dengan hasil 0,7905; dengan demikian maka instrumen penilaian cukup reliabel atau dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data.

Komputasi data untuk uji validitas dan reabilitas ini dapat dilihat pada lampiran 8.

## 5.2. Identifikasi Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 120 responden, diperoleh data-data karakteristik responden sebagai berikut :

### 1) *Karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal*

**Tabel 5.2**  
Karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal

No	Daerah Tempat Tinggal	Jumlah	%
1	Kodya dati II Surakarta	55	45,83
2	Kabupaten Dati II di wilayah Surakarta	47	39,17
3	Diluar wilayah Surakarta tapi masih Jawa tengah	14	11,67
4	Diluar Jawa tengah	4	3,33
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dari tabel tersebut merupakan bahwa asal responden yang terbesar adalah di Kodya Dati II Surakarta tapi ini tidak sampai 50% dari keseluruhan responden. Untuk kedua asal responden adalah dari Kabupaten Dati II di luar Kodya Dati II Surakarta tetapi masih di lingkungan Karesidenan Surakarta yaitu sebanyak 47 orang atau 39,17%.

Angka ini memberi gambaran bahwa RSUD Dr. Moewardi sebagai rumah sakit rujukan wilayah Surakarta cukup berhasil. Untuk responden yang berasal dari wilayah Karesidenan Surakarta tetapi masih di Jawa Tengah adalah responden yang berasal dari Kabupaten/Kodya yang berbatasan dengan wilayah Surakarta misalnya Kabupaten Dati II Semarang, Kabupaten Dati II Grobogan dan Kodya Dati II Salatiga. Sedang responden yang berasal dari luar Jawa Tengah sebanyak 4 orang (3,33%) adalah berasal dari Jawa Jawa Timur dan Daerah Istimewa Yogyakarta.

## 2) Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

**Tabel 5.3**  
**Karakteristik responden berdasar pendidikan**

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
1.	Berijazah SD / tak berijazah	5	4,17
2.	Berijazah SLTP	17	14,17
3.	Berijazah SLTA	55	45,83
4.	Berijazah Sarjana Muda	23	19,17
5.	Berijazah Sarjana	19	15,83
6.	Berijazah Pasca Sarjana	1	0,83
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data peimer yang diolah

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan SLTA adalah paling banyak yaitu 55 orang (45,83%), kemudian Sarjana Muda sebanyak 23 orang (19,87%) dan Sarjana 19 orang (15,83%).

Dari angka-angka tersebut nampak bahwa pengunjung Paviliun RSUD Dr. Moewardi mayoritas adalah berpendidikan menengah ke atas (SLTA ke atas) yaitu sebanyak 98 orang (81,66%). Hal ini memberikan arti bahwa sebagian besar pasien adalah berstatus sosial menengah ke atas, oleh karenanya dalam memberikan informasi maupun pelayanan kepada mereka harus lebih hati-hati dan waspada.

Kelompok sosial menengah ke atas ini mempunyai potensi membuat citra positif maupun negatif terhadap rumah sakit, karena dari kelompok ini banyak terdapat pribadi-pribadi yang menjadi panutan di lingkungan kerja maupun tempat tinggalnya.

### 3) Karakteristik responden berdasar status perkawinan

**Tabel 5.4**  
Karakteristik responden berdasar status perkawinan

No	Status Perkawinan	Jumlah	%
1.	Belum Kawin	19	15,83
2.	Kawin	94	78,34
3.	Janda/Duda	7	5,83
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dari hasil penelitian terhadap responden mengenai status perkawinan, diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 94 orang (78,34%) berstatus kawin, kemudian sisanya sebanyak 26 orang terdiri dari status belum kawin sebanyak 19 orang (15,83%) dan janda/duda sebanyak 7 orang (5,83%).

Angka tersebut menunjukkan bahwa status kawin dan pernah kawin (janda dan duda) merupakan jumlah yang dominan dari responden.

### 4) Karakteristik responden berdasar pekerjaan

**Tabel 5.5**  
Karakteristik responden berdasar pekerjaan

No	Pekerjaan	Jumlah	%
1.	Belum bekerja	12	10,00
2.	Petani	1	0,83
3.	Pedagang/wiraswasta mandiri	28	23,33
4.	Pegawai swasta	23	19,17
5.	Pegawai Negeri	56	46,67
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dari Tabel 5.5 nampak bahwa karakteristik pekerjaan yang terbanyak adalah pegawai negeri yaitu sebanyak 56 orang (46,67%), kemudian pedagang/wiraswasta mandiri sebanyak 28 orang (23,33%), selanjutnya pegawai swasta 23 orang (19,17%), yang belum bekerja (biasanya usia sekolah ) sebanyak 12 orang (10%) dan terakhir petani 1 orang (0,83%).

Yang menarik dari angka tersebut adalah responden yang pekerjaannya petani yang hanya 1 (satu) orang, ini memberikan indikasi kepada kita semua bahwa warga negara yang pekerjaan sehari-harinya sebagai petani masih rendah kemampuan sosial ekonominya.

#### 5) Karakteristik responden berdasarkan penghasilan

Tabel 5.6  
Karakteristik responden berdasarkan penghasilan perbulan

No.	Penghasilan	Jumlah	%
1.	Belum berpenghasilan	12	10,00
2.	Kurang dari Rp. 100.000	3	2,50
3.	Antara Rp. 100.000 s/d Rp. 250.000	11	9,17
4.	Antara Rp. 250.000 s/d Rp. 500.000	62	51,67
5.	Antara Rp. 500.000 s/d Rp. 1.000.000	31	25,83
6.	Di atas Rp. 1.000.000	1	8,33
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dengan melihat karakteristik penghasilan para responden, maka kita dapat memperkirakan bahwa sebagian besar pasien rawat inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi adalah berpenghasilan di atas Rp. 250.000,-/bulan yaitu sebanyak 94 orang (78,33%).

Hal tersebut menunjukkan bahwa kelompok masyarakat yang menggunakan unit rawat inap Paviliun Dr. Moewardi adalah kelompok menengah ke atas, sesuai dengan tujuan disediakanya fasilitas ini, yaitu untuk

menjaring kelompok sosial ekonomi kelas menengah ke atas yang ada di Surakarta dan sekitarnya.

Kelompok yang belum berpenghasilan di sini ada 12 responden dan ini sejalan dengan karakteristik sebelumnya (karakteristik berdasarkan pekerjaan) yaitu yang belum bekerja juga ada 12 orang.

#### 6) Karakteristik responden berdasarkan kelompok usia.

**Tabel 5.7**  
Karakteristik responden berdasarkan usia

No.	Kelompok Usia	Jumlah	%
1.	( 12 - 17 ) tahun	3	2,50
2.	( 18 - 30 ) tahun	13	10,82
3.	( 31 - 45 ) tahun	48	40,00
4.	( 46 - 60 ) tahun	40	33,33
5.	Di atas 60 tahun	16	13,34
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dari penelitian terhadap karakteristik responden berdasarkan usia, nampak bahwa dominasi usia pasien yang dirawat di unit rawat inap paviliun RSUD Dr. Moewardi adalah usia antara 31 s/d 60 tahun yaitu sebanyak 88 orang atau 73,33%.

Usia ini merupakan usia kerja yang produktif dan pada umumnya manusia pada usia ini (31 s/d 60 tahun) telah menunjukkan kematangan dalam hidupnya.

#### 7) Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.

**Tabel 5.8**  
Karakteristik responden berdasar jenis kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	%
1.	Laki-laki	79	65,83
2.	Perempuan	41	34,17
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Karakteristik responden pasien rawat inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi Surakarta menunjukkan bahwa pasien laki-laki jauh lebih banyak dari perempuan yaitu 79 orang (65,83%) untuk laki-laki dan 41 orang (34,17%) untuk perempuan.

### 8) Karakteristik responden berdasarkan penanggung biaya

Tabel 5.9  
Karakteristik pasien berdasar penanggung biaya

No.	Beban Biaya	Jumlah	%
1.	Dibiayai sendiri	47	39,17
2.	Dibiayai Askes seluruhnya	5	4,17
3.	Dibiayai Askes tapi tambah biaya	61	50,83
4.	Dibiayai Perusahaan sepenuhnya	5	4,17
5.	Dibiayai perusahaan sebagian	2	1,66
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Karakteristik responden berdasarkan penanggung biaya menunjukkan bahwa pasien unit rawat inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi yang beban biaya perawatan ditanggung sendiri adalah 47 orang atau 39,17%, sedang yang dibiayai Askes baik seluruhnya maupun tambah biaya ada 66 orang atau 55 % dan yang dibiayai perusahaan swasta baik sepenuhnya maupun sebagian ada 7 orang atau 5,83%.

Untuk pasien yang dibiayai Askes yaitu 66 orang ini jumlahnya cocok dengan karakteristik responden berdasarkan pekerjaannya pada Tabel 5.6. yaitu responden yang pekerjaannya Pegawai Negeri juga 66 orang.

Untuk pasien yang dibiayai Perusahaan jumlahnya hanya 7 orang atau 6,43%, padahal berdasar Tabel V.6. jumlah pasien yang dirawat di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi yang pekerjaannya di Perusahaan Swasta ada 18 orang. Hal ini bisa terjadi karena untuk karyawan perusahaan swasta jaminan

pelayanan kesehatannya biasanya tidak di kelas Paviliun, tetapi di kelas yang lebih banyak.

Berdasarkan data yang ada ternyata cukup banyak perusahaan swasta yang melakukan kerjasama pelayanan kesehatan dengan RSUD Dr. Moewardi (Periksa Lampiran 9), tetapi untuk pelayanan rawat inap dari perusahaan swasta tersebut kelas yang disetujui untuk memberi pelayanan adalah kelas di bawah Paviliun.

### 9) Karakteristik reponden berdasar pernah/tidaknya dirawat sebelumnya.

Tabel 5.10

Karakteristik responden berdasar pernah/tidak dirawat sebelumnya

No.	Pernah/belum pernah	Jumlah	%
1.	Pernah dirawat sebelumnya	62	51,67
2.	Belum pernah dirawat sebelumnya	58	48,33
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dari karakteristik ini nampak bahwa pasien yang dirawat di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr, Moewardi dan merupakan perawatan kedua dan seterusnya adalah berjumlah 62 orang atau 51,67% dan yang baru pertama kali dirawat ada 58 orang atau 48,33%.

Angka-angka ini menunjukkan bahwa pasien yang dirawat di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi yang merupakan perawatan lanjutan jumlahnya lebih besar dari pasien baru, tetapi tidak terlalu banyak bedanya. Hal ini memberi arti lebih lanjut bahwa dalam promosi pemasaran Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi, kedua kelompok ini (pasien lama maupun baru) berpotensi sama untuk dijaring.

### 10) Karakteristik responden berdasarkan alasan memilih

Tabel 5.11  
Karakteristik responden berdasarkan alasan memilih

No.	Alasan Memilih	Jumlah	%
1.	Mengetahui bahwa pelayanan baik	44	36,67
2.	Mendengar bahwa pelayanan baik	20	16,67
3.	Biaya lebih murah dibanding swasta	34	28,33
4.	Pilihan dari perusahaan	22	18,33
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dari pertanyaan yang mengarah pada alasan memilih Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi sebagai tempat dirawat, lebih dari separo yaitu 64 orang (53,34%) menyatakan bahwa mereka minta dirawat di sini karena menyadari bahwa pelayanannya baik, entah itu mengetahui secara langsung sendiri ataupun mendengar dari pihak lain. Selanjutnya responden yang memilih pelayanan di sini karena faktor biaya lebih murah dibanding swasta ada 34 orang (28,33%) dan yang pilihannya adalah secara pasif (dipilih dari perusahaan) hanya 22 orang (18,33%).

Dengan demikian maka faktor pelayanan yang baik merupakan faktor dominan sebagai alasan untuk memilih Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi sebagai tempat dirawat.

### 5.3. Analisis Deskriptif Persepsi Konsumen dan Kualitas Pelayanan

Untuk mengetahui sebaran (distribusi) jawaban kuesioner dalam bentuk histogram dilakukan analisis statistik deskriptif. Dari analisis ini akan diketahui rerata (mean) dan simpang bakunya (standard deviation), median dan simpang

ratanya (average deviation), modusnya serta variant (skor) terendah (minimum) dan tertinggi (maximum).

Hasil sebaran jawaban dari masing-masing skor yang terendah dan tertinggi dari analisis deskriptif terhadap hasil kuesioner adalah sebagai berikut :

**Tabel 5.12**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel Pelayanan Administrasi Masuk (X1)

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat cepat	1	0,83
2.	Cepat	2	1,67
3.	Cukup Cepat	90	75,00
4.	Kurang Cepat	19	15,83
5.	Sangat tidak cepat	8	6,67
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa mayoritas jawaban responden menyatakan bahwa proses pelayanan administrasi masuk cukup cepat yaitu sebanyak 90 orang (75%), yang menyatakan cepat dan sangat cepat hanya 3 orang (2,5%) sedang yang menyatakan kurang cepat dan sangat tidak cepat cukup banyak yaitu sebanyak 27 orang (22,5%).

**Tabel 5.13**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan petugas administrasi masuk.

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat ramah	2	1,67
2.	Ramah	9	7,50
3.	Cukup ramah	95	79,16
4.	Kurang ramah	12	10,00
5.	Sangat tidak ramah	2	1,67
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Jawaban responden terhadap pertanyaan keramahan petugas administrasi masuk menyatakan bahwa dominasi jawaban ada pada kelompok cukup ramah yaitu

sebanyak 95 orang (79,16%), sedang yang menyatakan ramah dan sangat ramah ada 11 orang (9,17%), sedang yang menyatakan kurang ramah dan sangat tidak ramah ada 14 orang (11,67%).

**Tabel 5.14**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kesiapan ruangan

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat siap	4	3,33
2.	Siap	5	4,17
3.	Cukup siap	99	82,15
4.	Kurang siap	10	8,33
5.	Sangat tidak siap	2	1,67
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dari jawaban responden tentang kesiapan ruangan didapat data bahwa kesiapan ruangan pada saat pasien masuk, secara mayoritas menyatakan cukup siap yaitu 99 orang (82,5%) dan yang menyatakan siap dan sangat siap ada 9 orang (7,5%), sedang yang menjumpai kenyataan kurang siap dan sangat tidak siap ada 12 orang (10%).

**Tabel 5.15**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan petugas ruangan

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat ramah	2	1,67
2.	Ramah	7	5,83
3.	Cukup ramah	84	70,00
4.	Kurang ramah	20	16,67
5.	Sangat tidak ramah	7	5,83
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Terhadap keramahan petugas ruangan jawaban responden menyatakan bahwa 84 orang (70%) cukup ramah dan 9 orang (7,5%) menyatakan ramah dan sangat ramah, sedang yang menjumpai perlakuan kurang ramah dan sangat tidak ramah cukup banyak yaitu 27 orang (22,5%).

**Tabel 5.16**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kecepatan pelayanan dokter

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat cepat	3	2,50
2.	Cepat	10	8,33
3.	Cukup cepat	55	45,83
4.	Kurang cepat	35	29,17
5.	Sangat tidak cepat	17	14,17
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dalam hal variabel kecepatan pelayanan dokter, responden yang menyatakan cukup cepat tidak sampai 50 % atau hanya (45,83%) yaitu sebanyak 55 orang, sedang yang mendapatkan pelayanan cepat dan sangat cepat terdapat 13 orang atau 10,83%, sedang yang mendapatkan pelayanan kurang cepat dan sangat lambat cukup banyak yaitu sebanyak 52 orang atau 43,34%.

**Tabel 5.17**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan pelayanan dokter

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat ramah	4	3,33
2.	Ramah	15	12,50
3.	Cukup ramah	61	50,84
4.	Kurang ramah	24	20,00
5.	Sangat tidak ramah	16	13,33
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Penilaian responden terhadap keramahan pelayanan tenaga dokter memberikan data bahwa 61 orang (50,84%) menyatakan cukup ramah, 19 orang (15,83%) merasakan perlakuan ramah dan sangat ramah, sedang selebihnya 40 orang (33,34%) kebetulan mendapatkan perlakuan yang kurang ramah dan sangat tidak ramah dari dokter yang melayaninya.

**Tabel 5.18**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel pelayanan perawat

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat cepat	3	2,53
2.	Cepat	6	5,00
3.	Cukup cepat	84	70,00
4.	Kurang cepat	23	19,17
5.	Sangat tidak cepat	4	3,33
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dalam hal menjawab pertanyaan tentang kecepatan pelayanan perawat, jawaban responden yang dominan menyatakan cukup cepat yaitu 84 orang atau 70%, selanjutnya 9 orang (7,5%) menyatakan pelayanan perawat cepat dan sangat cepat, sedang 27 orang atau 22,5% mendapatkan pelayanan perawat kurang cepat dan sangat lambat.

**Tabel 5.19**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan pelayanan perawat

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat ramah	5	4,17
2.	Ramah	9	7,50
3.	Cukup ramah	86	71,67
4.	Kurang ramah	18	15,00
5.	Sangat tidak ramah	2	1,66
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Berkaitan dengan keramahan perawat, jawaban responden yang masuk secara mayoritas juga menjawab cukup ramah yaitu 86 orang atau 71,67%, kemudian 14 orang (11,67%) menyatakan ramah dan sangat ramah, sedang selebihnya 20 orang (16,66%) menyatakan kurang ramah dan sangat tidak ramah.

**Tabel 5.20**  
**Sebaran frekuensi jawaban terhadap**  
**variabel kemampuan memberikan informasi**

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat jelas	3	0,83
2.	Jelas	6	5,00
3.	Cukup jelas	81	67,50
4.	Kurang jelas	20	16,67
5.	Sangat tidak jelas	12	10,00
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Kemampuan menyampaikan informasi maupun petunjuk oleh perawat kepada pasien dinilai oleh responden dengan nilai cukup jelas sebanyak 81 orang atau 67,5%, kemudian 7 responden menilai jelas dan sangat jelas (5,83%) dan sebagian lainnya sebanyak 32 orang (26,67%) menilai kurang jelas dan sangat tidak jelas.

**Tabel 5.21**  
**Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel menu makanan**

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat menarik	3	2,50
2.	Menarik	5	4,17
3.	Cukup jmenarik	70	58,33
4.	Kurang menarik	35	29,17
5.	Sangat tidak menarik	7	5,83
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Penyajian menu makanan dinilai dari menarik atau tidaknya bagi pasien, dari 120 responden terdapat 70 orang (58,33%) menyatakan cukup menarik, 8 orang (6,67%) menyatakan menarik dan sangat menarik, sedang selebihnya 42 orang (35%) menyatakan bahwa penyajian menu makanan kurang menarik atau sangat tidak menarik.

**Tabel 5.22**  
**Sebaran frekuensi jawaban terhadap**  
**variabel ketepatan waktu penyajian makanan**

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat tepat	3	2,50
2.	Tepat	5	4,17
3.	Cukup tepat	70	58,33
4.	Kurang tepat	30	25,00
5.	Sangat tidak tepat	12	10,00
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Ketepatan waktu penyajian makanan oleh petugas penyaji dari dapur dinilai sebagai cukup tepat oleh 70 orang atau 58,33%, dan dinilai tepat dan sangat tepat oleh 8 orang atau 6,67%, sedang responden yang lain sebanyak 42 orang atau 35% menyatakan penyajiannya kurang tepat dan sangat tidak tepat.

**Tabel 5.23**  
**Sebaran frekuensi jawaban terhadap**  
**variabel keramahan petugas penyaji makanan.**

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat ramah	4	3,33
2.	Ramah	5	4,17
3.	Cukup ramah	68	56,66
4.	Kurang ramah	35	29,17
5.	Sangat tidak ramah	8	6,67
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Keramahan petugas penyaji makanan dalam tugasnya dinilai cukup ramah oleh 68 orang atau 56,66%, dinilai ramah dan sangat ramah oleh 9 orang (7,5%) dan dinilai kurang ramah serta sangat tidak ramah oleh 43 orang (35,84%).

**Tabel 5.24**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel kecepatan pelayanan penunjang

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat cepat	3	2,50
2.	Cepat	5	4,17
3.	Cukup cepat	81	67,50
4.	Kurang cepat	20	16,67
5.	Sangat tidak cepat	11	9,16
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Dalam hal pelayanan penunjang di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi, dari hasil penelitian menyatakan bahwa dua pertiga responden atau 81 orang menilai cukup cepat (67,5%). Sedangkan 8 orang (6,67%) menyatakan cepat dan sangat cepat dan selebihnya 31 orang (25,83%) menilai pelayanan penunjang sebagai kurang cepat dan sangat lambat.

**Tabel 5.25**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel keramahan petugas penunjang

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat ramah	4	3,33
2.	Ramah	6	5,00
3.	Cukup ramah	89	74,17
4.	Kurang ramah	11	9,17
5.	Sangat tidak ramah	10	8,33
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Keramahan petugas pelayanan penunjang yaitu radiologi, laboratorium dan farmasi dinilai oleh responden sebagai cukup ramah sebanyak 89 orang atau 74,17%, dinilai ramah dan sangat ramah oleh 10 orang atau 8,33% dan sebaliknya dinilai kurang ramah dan sangat tidak ramah oleh 21 orang atau 17,5%.

**Tabel 5.26**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel manfaat pelayanan penunjang

No.	Tanggapan Responden	Jumlah	%
1.	Sangat membantu	1	0,83
2.	Membantu	5	4,17
3.	Cukup membantu	64	53,33
4.	Tidak membantu	27	22,50
5.	Sangat tidak membantu	23	19,70
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Manfaat pelayanan penunjang terhadap proses penyembuhan penyakit yang dirasakan, hanya 6 responden (5%) yang menyatakan membantu dan sangat membantu, sementara 64 orang (53,33%) menyatakan cukup membantu proses penyembuhan, sedang 50 orang (41,67%) menyatakan tidak membantu dan sangat tidak membantu.

**Tabel 5.27**  
Sebaran frekuensi jawaban terhadap variabel terhadap tarif pelayanan penunjang

No.	Tanggapan Responden	Jumlah	%
1.	Sangat murah	-	-
2.	Murah	1	0,83
3.	Cukup murah	48	40,00
4.	Mahal	50	41,67
5.	Sangat mahal	21	17,50
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Tarif pelayanan penunjang (radiologi, laboratorium dan farmasi) dinilai murah hanya oleh 1 orang (0,83%) sementara tidak ada yang menilai sangat murah. Ada 48 orang (40%) yang menilai cukup murah tetapi mayoritas penilaian menyebutkan mahal dan sangat mahal yaitu dinilai oleh 71 orang (59,17%)

**Tabel 5.28**  
**Sebaran frekuensi jawaban terhadap**  
**variabel kecepatan administrasi pulang**

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat cepat	2	1,67
2.	Cepat	2	1,67
3.	Cukup cepat	45	79,16
4.	Kurang cepat	19	15,83
5.	Sangat lambat	2	1,60
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Untuk penanganan administrasi pulang, penilaian para responden sebagian besar menyatakan cukup cepat penyelesaian administrasinya, yaitu dijawab oleh 95 orang (79,16%), sedangkan 4 orang (3,34%) menilai cepat dan sangat cepat, selebihnya sebanyak 21 orang (17,5%) menilai kurang cepat dan sangat lambat.

**Tabel 5.29**  
**Sebaran frekuensi jawaban terhadap**  
**variabel keramahan petugas administrasi pulang**

No.	Pendapat Responden	Jumlah	%
1.	Sangat ramah	3	2,50
2.	Ramah	4	3,33
3.	Cukup ramah	92	76,67
4.	Kurang ramah	12	10,00
5.	Sangat ramah	9	7,50
	Jumlah	120	100,00%

Sumber : data primer yang diolah

Untuk pertanyaan tentang keramahan petugas administrasi pulang, diperoleh jawaban responden bahwa yang menilai petugasnya cukup ramah ada 92 orang (76,67%), 7 orang (5,83%) menilai ramah dan sangat ramah, sedangkan yang menilai negatif yaitu klasifikasi kurang ramah dan sangat tidak ramah ada 21 orang atau 17,5%.

## 5.4. Analisis Kuantitatif Persepsi Konsumen dan Kualitas Pelayanan

### 5.4.1. Analisis dengan Uji Kesenjangan

Pengukuran kualitas pelayanan menurut Cronin dan Taylor (Tjiptono, 1996) dapat menggunakan teori kesenjangan (gap), yaitu menghitung selisih (perbedaan) antara pelayanan yang seharusnya diterima dan pelayanan yang senyatanya diterima atau dirasakan oleh konsumen. Jika perbedaan ini banyak, berarti kesenjangannya besar dan ini artinya persepsi konsumen terhadap kualitas pelayanan kurang atau persepinya buruk. Sebaliknya jika perbedaan atau kesenjangannya ini kecil atau tidak ada kesenjangan berarti persepsi konsumen terhadap kualitas pelayanan adalah baik.

Untuk menentukan batas gap atau kesenjangan ini digunakan standard kesenjangan, sedang formulasi dari pengukuran tingkat kualitas pelayanan adalah :

$$KP = \sum_{j=1}^n (SK_j - SH_j)$$

KP : Persepsi tentang kualitas pelayanan

SK : Skor kualitas pelayanan yaitu skor pelayanan yang diterima atau dirasakan konsumen dimasing-masih bagian pelayanan spesifik j

SH : Skor harapan yang seharusnya diterima atau dirasakan oleh konsumen yang diambil dari skor tertinggi butir pelayanan di setiap bagian pelayanan spesifik j

n : jumlah subyek penelitian

Perhitungannya adalah jumlah dari skor kualitas pelayanan dibagi jumlah subyek untuk mendapatkan skor rata-rata kualitas pelayanan, dikurangi skor

harapan yang diambil dari skor butir pelayanan tertinggi, kemudian selisih nilai skor tersebut dibandingkan dengan standar kesenjangan sebagaimana tertera pada Tabel 5.28

**Tabel 5.30**  
Standard kesenjangan kualitas pelayanan

Nilai Kualitas Pelayanan	Skor tertinggi dan standard kesenjangan		
	8	12	16
Baik	$0 < 1,6$	$0 < 2,4$	$0 < 3,2$
Cukup	$\geq 1,6 < 3,2$	$\geq 2,4 < 4,8$	$\geq 3,2 < 6,4$
Sedang	$\geq 3,2 < 4,8$	$\geq 4,8 < 7,2$	$\geq 6,4 < 9,6$
Kurang	$\geq 4,8 < 6,4$	$\geq 7,2 < 9,6$	$\geq 9,6 < 12,8$
Sangat kurang	$\geq 6,4 < 8$	$\geq 9,6 < 12$	$\geq 12,8 < 16$

Sumber : Soejadi, 1996a disesuaikan

Hasil analisis masing-masing butir pelayanan adalah sebagai berikut :

a) Pelayanan Adminiatriasi Masuk (A).

Skor rata-rata pelayanan administrasi masuk (A) adalah 3,70, sedang skor tertinggi butir pelayanan administrasi masuk adalah  $X_1 + X_2 = 4 + 4 = 8$ , sehingga kesenjangannya adalah  $3,70 - 8 = [4,30]$  atau kurang dari 4,8 dan lebih dari 3,2 sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan di butir pelayanan administrasi masuk adalah sedang.

b) Pelayanan Ruangan Perawatan (B).

Skor rata-rata pelayanan ruangan perawatan (B) adalah 3,80, sedang skor tertinggi butir pelayanan ruangan perawatan adalah  $X_3 + X_4 = 4 + 4 = 8$ , sehingga kesenjangannya adalah  $3,80 - 8 = [4,20]$  atau kurang dari 4,8 dan lebih dari 3,2, sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan di butir pelayanan ruangan perawatan adalah sedang.

## c) Pelayanan Medis (C)

Skor rata-rata pelayanan medis (C) adalah 3,35, sedang skor tertinggi butir pelayanan medis adalah  $X_5 + X_6 = 4 + 4 = 8$ , sehingga kesenjangannya adalah  $3,35 - 8 = [4,65]$  atau kurang dari 4,8 dan lebih dari 3,2, sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan butir pelayanan medis adalah sedang.

## d) Pelayanan Perawat (D)

Skor rata-rata pelayanan perawat (D) adalah 5,53, sedang skor tertinggi butir pelayanan perawat adalah  $X_7 + X_8 + X_9 = 4 + 4 + 4 = 12$ , sehingga kesenjangannya adalah  $5,53 - 12 = [6,47]$  atau kurang dari 7,2 dan lebih dari 4,8, sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan butir pelayanan perawat adalah sedang.

## e) Pelayanan Makanan (E)

Skor rata-rata butir pelayanan makanan (E) adalah 5,02, sedang skor tertinggi butir pelayanan makanan adalah  $X_{10} + X_{11} + X_{12} = 4 + 4 + 4 = 12$ , sehingga kesenjangannya adalah  $5,02 - 12 = [6,98]$  atau kurang dari 7,2 dan lebih dari 4,8, sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan butir pelayanan makanan adalah sedang.

## f) Pelayanan Penunjang (F)

Skor rata-rata butir pelayanan penunjang (F) adalah 6,29, sedang skor tertinggi butir pelayanan penunjang adalah  $X_{13} + X_{14} + X_{15} + X_{16} = 4 + 4 + 4 + 4 = 16$ , sehingga kesenjangannya adalah  $6,29 - 16 = [9,71]$  atau kurang dari 12,8 dan lebih dari 9,6, sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan butir pelayanan penunjang adalah kurang.

#### g) Pelayanan Administrasi Pulang (G)

Skor rata-rata butir pelayanan administrasi pulang (G) adalah 3,75, sedang skor tertinggi butir pelayanan administrasi pulang adalah  $X_{17} + X_{18} = 4 + 4 = 8$ , sehingga kesenjangan adalah  $3,75 - 8 = [4,25]$  atau kurang dari 4,8 dan lebih dari 3,2, sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan butir pelayanan administrasi pulang adalah sedang.

Komputasi data dari keseluruhan butir pelayanan  $X_4$  sampai dengan  $X_6$  tersebut di atas dapat diperiksa pada Lampiran 10.

#### 5.4.2. Analisis dengan Uji t

Untuk menguji apakah kondisi masing-masing variabel kualitas pelayanan di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi telah memenuhi harapan konsumen atau belum, dilakukan analisis kuantitatif uji t.

Jika analisis kesenjangan dilakukan terhadap butir-butir pelayanan spesifik (7 butir) yaitu pelayanan administrasi masuk, pelayanan ruangan, pelayanan medis, pelayanan perawat, pelayanan makanan, pelayanan penunjang dan pelayanan administrasi pulang ; maka analisis uji t dilakukan terhadap masing-masing variabel kualitas pelayanan yang terdiri dari 18 variabel.

Terdapat tiga tahap analisis yang dilakukan yaitu :

Tahap I : Rerata harapan ditentukan mediumnya antara nilai yang paling rendah (0) dan yang paling tinggi (4) yaitu nilai 2 atau nilai cukup baik.

Hasilnya adalah :

**Tabel 5.31**  
**Hasil uji t dengan rerata harapan 2**

No.	Variabel	t	p
X1	Kecepatan proses administrasi masuk	- 4,41	0,000
X2	Keramahan petugas administrasi masuk	- 0,78	0,437
X3	Kesiapan ruangan perawatan	- 0,16	0,874
X4	Keramahan petugas ruang perawatan	- 2,29	0,003
X5	Kecepatan pelayan dokter	- 5,24	0,000
X6	Keramahan pelayanan dokter	- 2,52	0,013
X7	Kecepatan pelayanan perawat	- 2,81	0,006
X8	Keramahan pelayanan perawat	- 0,27	0,787
X9	kemampuan komunikasi perawat	- 4,22	0,000
X10	Menu makanan	- 4,48	0,000
X11	Ketepatan waktu pelayanan makanan	- 4,80	0,000
X12	Keramahan petugas penyaji makanan	- 4,34	0,000
X13	Kecepatan pelayanan penunjang	- 3,61	0,000
X14	Keramahan pelayanan penunjang	- 2,01	0,046
X15	Manfaat pelayanan penunjang	- 6,86	0,000
X16	Tarif pelayanan penunjang	- 11,16	0,000
X17	Kecepatan proses administrasi pulang	- 2,88	0,005
X18	Keramahan petugas administrasi pulang	- 2,01	0,047

Hasilnya adalah semua variabel belum memenuhi rerata harapan konsumen.

Tahap II : Rerata harapan diturunkan dari 2 menjadi 1 yaitu dari nilai cukup baik (2) menjadi nilai kurang baik (1).

Hasilnya adalah :

**Tabel 5.32**  
**Hasil uji t dengan rerata harapan 1**

No.	Variabel	t	p
X1	Kecepatan proses administrasi masuk	12,66	0,000
X2	Keramahan petugas administrasi masuk	17,93	0,000
X3	Kesiapan ruangan perawatan	18,98	0,000
X4	Keramahan petugas ruang perawatan	12,62	0,000
X5	Kecepatan pelayan dokter	6,62	0,000
X6	Keramahan pelayanan dokter	9,57	0,000
X7	Kecepatan pelayanan perawat	13,25	0,000
X8	Keramahan pelayanan perawat	16,00	0,000
X9	kemampuan komunikasi perawat	10,67	0,000
X10	Menu makanan	10,05	0,000
X11	Ketepatan waktu pelayanan makanan	8,59	0,000
X12	Keramahan petugas penyaji makanan	9,37	0,000
X13	Kecepatan pelayanan penunjang	10,37	0,000
X14	Keramahan pelayanan penunjang	12,21	0,000
X15	Manfaat pelayanan penunjang	5,62	0,000
X16	Tarif pelayanan penunjang	3,55	0,000
X17	Kecepatan proses administrasi pulang	17,44	0,000
X18	Keramahan petugas administrasi pulang	16,52	0,000

Hasilnya adalah semua variabel telah memenuhi rerata harapan konsumen pada nilai tersebut.

Tahap III : Rerata harapan dicoba dinaikkan separuh jalan anantara nilai 1 (kurang baik) dan nilai 2 (cukup baik) atau diuji pada nilai 1,5.

Hasilnya adalah :

**Tabel 5.33**  
**Hasil uji t dengan rerata harapan 1,5**

No.	Variabel	t	P
X1	Kecepatan proses administrasi masuk	4,13	0,000
X2	Keramahan petugas administrasi masuk	8,58	0,000
X3	Kesiapan ruangan perawatan	9,41	0,000
X4	Keramahan petugas ruang perawatan	4,81	0,000
X5	Kecepatan pelayan dokter	0,69	0,491
X6	Keramahan pelayanan dokter	3,52	0,001
X7	Kecepatan pelayanan perawat	5,22	0,000
X8	Keramahan pelayanan perawat	7,68	0,000
X9	kemampuan komunikasi perawat	3,23	0,002
X10	Menu makanan	2,79	0,006
X11	Ketepatan waktu pelayanan makanan	1,90	0,060
X12	Keramahan petugas penyaji makanan	2,51	0,013
X13	Kecepatan pelayanan penunjang	3,38	0,001
X14	Keramahan pelayanan penunjang	5,10	0,000
X15	Manfaat pelayanan penunjang	- 0,62	0,534
X16	Tarif pelayanan penunjang	- 3,80	0,000
X17	Kecepatan proses administrasi pulang	7,28	0,000
X18	Keramahan petugas administrasi pulang	7,26	0,000

Hasilnya adalah sebanyak 15 variabel telah memenuhi rerata harapan sedang selebihnya sebanyak 2 variabel belum memenuhi rerata harapan yaitu variabel manfaat pelayanan penunjang dan tarif pelayanan penunjang.

Hasil komputasi data masing-masing tahap dapat dilihat pada lampiran 11.

Dari tiga tahap tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa persepsi pasien (konsumen) terhadap pelayanan di Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi adalah :

- a) Terhadap variabel kecepatan proses administrasi masuk (X1) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- b) Terhadap variabel keramahan petugas administrasi masuk (X2) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- c) Terhadap variabel kesiapan ruangan perawatan (X3) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- d) Terhadap variabel keramahan petugas ruang perawatan (x4) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- e) Terhadap variabel kecepatan pelayanan dokter (X5) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- f) Terhadap variabel keramahan pelayanan dokter (X6) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- g) Terhadap variabel kecepatan pelayanan perawat (X7) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.

- h) Terhadap variabel keramahan pelayanan perawat (X8) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- i) Terhadap variabel kemampuan komunikasi perawat (X9) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- j) Terhadap variabel menu makanan (X10) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- k) Terhadap variabel ketepatan waktu pelayanan makanan (X11) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- l) Terhadap variabel keramahan petugas penyaji makanan (X12) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- m) Terhadap variabel kecepatan pelayanan penunjang (X13) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- n) Terhadap variabel keramahan petugas pelayanan penunjang (X14) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- o) Terhadap variabel manfaat pelayanan penunjang (X15) : masih dibawah rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.

- p) Terhadap variabel tarif pelayanan penunjang (X16) : masih dibawah rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- q) Terhadap variabel kecepatan proses administrasi pulang (X17) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.
- r) Terhadap variabel keramahan petugas administrasi pulang (X18) : belum mencapai rerata harapan cukup tetapi sudah diatas rerata harapan separuh jalan antara cukup dan kurang.

# B A B VI

## P E N U T U P

### 6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan hasil analisis yang telah dilakukan, diperoleh kesimpulan :

1. Dilihat dari penampilan kerja berdasarkan indikator yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan maka Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi sejak dioperasionalkan pada tahun 1996 sampai saat dilakukan penelitian, penampilan kerjanya selalu dibawah penampilan kerja RSUD Dr. Moewardi secara keseluruhan, apalagi jika dibandingkan dengan nilai idealnya.
2. Identifikasi terhadap pasien Unit Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi, memperoleh data sebagai berikut :
  - a. Asal domisili pasien sebagian besar berasal dari luar wilayah Kodya Dati II Surakarta yaitu sebesar 54,17 %.
  - b. Pasien dengan tingkat pendidikan SLTA ke atas jumlahnya mencapai 81,46 %.
  - c. Pasien yang pekerjaanya Pegawai Negeri jumlahnya hanya 46,67 %.
  - d. Dari segi pembiayaan maka sebagian besar dibiayai pihak lain baik seluruhnya ataupun sebagian, sedang yang dibiayai sendiri sepenuhnya hanya 39,17%.
  - e. Jumlah antara pasien baru dan pasien lama (pernah dirawat) hampir seimbang yaitu 48,33 % untuk pasien baru dan 51,67 % untuk pasien lama.

3. Dari hasil analisis berdasarkan Teori Kesenjangan terhadap tujuh butir kualitas pelayanan menyimpulkan bahwa 6 (enam) butir pelayanan mencapai nilai cukup, sedang 1 (satu) butir yaitu butir pelayanan penunjang hanya mencapai nilai kurang.
  4. Dari hasil analisis Uji t terhadap rincian butir pelayanan yaitu 18 (delapan belas) variabel pelayanan, dengan menetapkan nilai medium (2) semua variabel pelayanan bernilai negatif dalam arti semua variabel belum memenuhi rerata harapan cukup. Jika nilai diturunkan ke skala nilai 1 (kurang) maka semua variabel pelayanan bernilai positif dalam arti semua variabel hanya mencapai nilai rerata harapan kurang. Untuk mengetahui lebih jauh letak rerata harapan tersebut, dilakukan analisis dengan menetapkan nilai tengah antara cukup dan kurang atau nilai 1,5, di mana pada nilai ini menghasilkan 16 (enam belas) variabel mencapai nilai positif dan 2 (dua) variabel masih bernilai negatif.
  5. Dari kesimpulan nomor 3 dan nomor 4 dapat disimpulkan kembali 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.

## 6.2. Saran - saran

Dari hasil penelitian dan analisis yang telah dilakukan dapat disampaikan saran-saran sebagai berikut :

1. Mengingat bahwa penampilan kerja berdasarkan indikator baku sangat rendah, disarankan agar manajemen RSUD Dr. Moewardi khususnya pengelola Paviliun mengambil langkah-langkah untuk memperbaiki nilai penampilan kerja ini dengan upaya diantaranya adalah meninjau kembali alokasi tempat tidur yang disediakan untuk Unit Rawat Inap Paviliun tersebut. Hal tersebut disebabkan karena sebagian indikator baku nilainya akan sangat dipengaruhi oleh jumlah tempat tidur yang disediakan.

2. Berdasarkan identifikasi pasien yang telah diperoleh selama penelitian, manajemen RSUD Dr. Moewardi dapat mengarahkan potensi pemasaran sosial pada segmen pasar yang diperkirakan dapat meningkatkan konsumen Unit Rawat Inap Paviliun ini.

Dengan peningkatan konsumen pada Unit Rawat Inap ini akan diperoleh manfaat :

- a. Nilai kinerja Paviliun menjadi lebih baik.
- b. Pendapatan rumah sakit secara keseluruhan akan meningkat karena unit ini merupakan "profit unit" dari RSUD Dr. Moewardi.

3. Mengingat hasil analisis berdasarkan teori kesenjangan maupun uji t memberikan nilai maksimum cukup (nilai medium) baik terhadap butir pelayanan spesifik maupun variabel pelayanannya, maka disarankan agar manajemen RSUD Dr. Moewardi mengambil langkah-langkah untuk

meningkatkan kualitas pelayanan khususnya kualitas SDM-nya, karena kualitas fasilitas sudah sangat memadai.

4. Bagi pihak lain yang berkeinginan untuk mengadakan penelitian sejenis, penelitian ini masih dapat dikembangkan pada obyek yang lebih luas lagi antara lain mengenai kualitas pelayanan secara keseluruhan di RSUD Dr Moewardi Surakarta.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A., 1994, *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta.
- Churchil, and Suprenant, 1982, An Investigation In to Determinant of Customer Satisfaction : *Journal of Marketing Research*, Liberty, Yogyakarta.
- Dharmmesta, B.S., dan Handoko, H., 1987, *Manajemen Pemasaran, Analisa Perilaku Konsumen*, Liberty, Yogyakarta.
- Diptianto, H., 1994, *Analisis Sikap Pasien Rawat Inap Terhadap Mutu Asuhan Keperawatan Sebagai Dasar Strategi Pemasaran di RSUD Banyumas*, Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta.
- Donabedian, A., 1988, The Quality of Care : *JAMA*, 23/20 : 260. (12).
- Howard, and Seth, J., 1969, *The Theory of Buyer Behavior*, New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Howard, 1977, *Consumer Behavior : Application of Theory*, Mc Graw - Hill Book Company.
- Kaplan, Robert, S., and Norton, David, P., 1996, *Balanced Scorecard*, Harvard Bussiness School Press, Boston, Massachusetts.
- Kotler, P., and Clarke, R., 1987, *Marketing for Health Care Organization*.
- Kotler, P., 1988, *Marketing for Nonprofit Organization*, Prentice Hall, Englewood - New Jersey.
- Kotler, John, P., and Heskett, James, L., 1992, *Corporate Culture and Performance*, Alih Bahasa Benyamin Mulan, 1977, Dampak Budaya Perusahaan Terhadap Kinerja, P.T. Prenhalindo, Simon & Schuster (Asia) Pte, Ltd.
- Kuntjoro, T., 1995, *Total Quality Management, Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit* : Seminar Manajemen Mutu Terpadu, Bapelkes Gombong.
- Lamri, 1997, *Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap kepuasan, Minat Perilaku Penderita Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Samarinda*, Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta.
- Levit, T., 1987, *Imanijasi Pemasaran*, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Lewis, dan Broms, 1983, The Marketing Aspect of Service Quality, In Emerging Perspective Marketing, *American Marketing Association*.
- Lisliyantotot, A.M., 1997, *Analisis Minat Konsumen dalam Memilih/ Menggunakan Rumah Sakit St. Borromeus sebagai Dasar Perencanaan Strategis Pemasaran*, Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta.

- Murtjwanto Widjojo, 1997, *Analisis Persepsi Masyarakat terhadap Mutu Pelayanan dan Fasilitas Rawat Inap Rumah Sakit Telogorejo Semarang*, Tesis Magister Manajemen UNDIP, Semarang.
- Parasuraman, Ahli., Zeithaml, V., and Barry, L., 1985, A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research, *Journal of Marketing*, 49 (Fall), 41 - 50.
- Soejadi, 1996<sup>a</sup>, *Pedomen Penilaian Kinerja Rumah Sakit*, Katiga Bina, Jakarta.
- Solomon, M.R., 1985, A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions : The Service Encounter, *Journal of Marketing*, 49 (Winter) : 99 - 111.
- Tjiptono, F., 1996, *Manajemen Jasa*, Andi, Yogyakarta.
- Trisnantoro, L., 1995, *Pengantar Ilmu Manajerial : Modul Kuliah Ekonomi Manajerial Semester I Tahun 1995/1996*, MMR - UGM, Yogyakarta.
- Wasisto, B., 1994, *Transformasi Rumah Sakit, Tantangan Manajemen Rumah Sakit pada PJPT II*, Kuliah Perdana Magister Rumah Sakit Tahun 1993 - 1994 UGM, Yogyakarta.
- Winardi, 1991, *Marketing dan Perilaku Konsumen*, C.V. Bandar Maju Bandung.
- Woodside, Frey, L.L., and Dali, R.T., Linking Service Quality Customer Satisfaction, and Behavior Intention : *Journal of Health Care Marketing*, 9 : (4).

## Lampiran 1

### DAFTAR PERTANYAAN KUESIONARE

Dalam rangka : Persepsi Konsumen terhadap Kualitas Pelayanan Unit  
Rawat Inap Paviliun RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

#### PRAKATA :

Bapak/Ibu/Sdr yang kami hormati :

Berdasarkan data yang ada, Bapak/Ibu/Sdr atau keluarga pernah atau sedang mendapatkan perawatan karena gangguan kesehatan di Unit Paviliun RSUD Dr. Moewardi Surakarta, untuk itu kami turut mendoakan semoga lekas sembuh, sehat walafiat dan kembali efektif ke lingkungan keluarga.

Selanjutnya dalam rangka penelitian untuk bahan peningkatan kualitas pelayanan di waktu yang akan datang, kami mohon dengan kerendahan hati atas kesediaan Bapak/Ibu/Sdr atau keluarga untuk menjawab/mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut ini secara jujur dan lugas, semua ini semata-mata demi kepentingan kemanusiaan peningkatan kualitas rumah sakit, dan kepentingan kita bersama, tidak usah menyebutkan identitas secara jelas karena semua jawaban akan dirahasiakan dan digunakan semata-mata hanya untuk kepentingan ilmiah.

Atas bantuan dan partisipasi Bapak/Ibu/Sdr sebelum dan sesudahnya kami sampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Surakarta, Mei 1998

Peneliti

I. Untuk pertanyaan ini dimohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr untuk memberi tanda silang (X) atau lingkaran (O) pada jawaban yang paling tepat.

1. Bapak/Ibu/Sdr tinggal di :

- |  |   |
|--|---|
| a. Kodya Dati II Surakarta.                            | c. Di luar wilayah Karesidenan Surakarta tapi masih di Jawa Tengah. |
| b. Kabupaten Dati II di wilayah Karesidenan Surakarta. | d. Di luar wilayah Jawa Tengah.                                     |

2. Pendidikan :

- |                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| a. Berijasah SD.   | d. Berijasah Sarjana Muda.  |
| b. Berijasah SLTP. | e. Berijasah Sarjana.       |
| c. Berijasah SLTA. | f. Berijasah Pasca Sarjana. |

3. Status Perkawinan :

- a. Belum Kawin.  
b. Kawin.  
c. Janda/Duda.

4. Pekerjaan :

- |                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| a. Belum bekerja.               | d. Pegawai Swasta. |
| b. Petani.                      | e. Pegawai Negeri. |
| c. Pedagang/Wiraswasta mandiri. |                    |

5. Penghasilan rata-rata per bulan :

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| a. Belum berpenghasilan.            | d. Antara Rp 250.000 - Rp. 500.000.    |
| b. Kurang dari Rp. 100.000.         | e. Antara Rp. 500.000 - Rp. 1.000.000. |
| c. Antara Rp. 100.000 - Rp 250.000. | f. Di atas Rp. 1000.000.               |

6. Usia saat dirawat :

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| a. (12 - 17) tahun. | d. (46 - 60) tahun.  |
| b. (18 - 30) tahun. | e. Di atas 60 tahun. |
| c. (31 - 45) tahun. |                      |

7. Jenis kelamin :

- a. Laki-laki.  
b. Perempuan.

8. Dirawat di Unit Paviliun atas tanggungan :

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| a. Dibiayai sendiri.                             | d. Dibiayai perusahaan sepenuhnya. |
| b. Beban Asuransi Kesehatan sepenuhnya.          | e. Dibiayai perusahaan sebagian.   |
| c. Beban Asuransi Kesehatan tetapi tambah biaya. |                                    |

9. Sebelum ini apakah pernah dirawat di rumah sakit (tidak harus di sini).

- a. Pernah  
b. Belum pernah.

10. Alasan memilih Unit Paviliun RSUD Dr. Moewardi sebagai tempat perawatan adalah :

- |  |   |
|--|---|
| a. Mengetahui bahwa pelayanan di sana baik.                | c. Biaya lebih murah dibanding RS Swasta.               |
| b. Mendengar dari orang lain bahwa pelayanan di sana baik. | d. Pilihan dari perusahaan/tempat kerja termasuk Askes. |

II. Terhadap pelayanan yang telah Bapak/Ibu rasakan, mohon Bapak/Ibu memberikan penilaian dengan menjawab pertanyaan berikut :

A. Variabel Pelayanan Administrasi Masuk :

X1. Apakah proses administrasi masuk cepat :

- a. sangat cepat ( < 10 menit ).
- b. cepat ( 10 - 20 ) menit.
- c. cukup cepat ( 20 - 30 ) menit.
- d. kurang cepat ( 30 - 60 ) menit.
- e. sangat lambat ( > 60 menit ).

X2. Apakah petugas administrasi penerimaan ramah :

- a. sangat ramah
- b. ramah
- c. cukup ramah
- d. kurang ramah
- e. sangat tidak ramah

B. Variabel Pelayanan Ruang Perawatan :

X3. Apakah Ruang Perawatan dalam keadaan bersih dan siap digunakan :

- a. sangat siap
- b. siap
- c. cukup siap
- d. kurang siap
- e. sangat tidak siap

X4. Apakah petugas Ruang Perawatan menerima dengan ramah :

- a. sangat ramah
- b. ramah
- c. cukup ramah
- d. kurang ramah
- e. sangat tidak ramah

C. Variabel Pelayanan Tenaga Medis (Dokter) :

X5. Apakah dokter cepat datang pada saat dibutuhkan :

- a. sangat cepat ( < 30 menit ).
- b. cepat ( 30 - 60 ) menit.
- c. cukup cepat ( 60 - 120 ) menit.
- d. kurang cepat ( 120 - 180 ) menit.
- e. sangat lambat ( > 180 menit ).

X6. Apakah dokter melayani dengan ramah :

- a. sangat ramah
- b. ramah
- c. cukup ramah
- d. kurang ramah
- e. sangat tidak ramah .

D. Variabel Pelayanan Perawat :

X7. Apakah perawat cepat datang pada saat dibutuhkan :

- a. sangat cepat ( < 5 menit ).
- b. cepat ( 5 - 10 ) menit.
- c. cukup cepat ( 10 - 20 ) menit.
- d. kurang cepat ( 20 - 30 ) menit.
- e. sangat lambat ( > 30 menit ).

X8. Apakah perawat melayani dengan ramah :

- a. sangat ramah
- b. ramah
- c. cukup ramah
- d. kurang ramah
- e. sangat tidak ramah

X9. Apakah perawat memberikan informasi/ petunjuk dengan jelas :

- a. sangat jelas
- b. jelas
- c. cukup jelas
- d. kurang jelas
- e. sangat tidak jelas

E. Variabel Pelayanan Makanan :

X10. Apakah makanan yang disajikan menarik selera :

- a. sangat menarik
- b. menarik
- c. cukup menarik
- d. kurang menarik
- e. sangat tidak menarik

X11. Apakah jam pelayanan makanan tepat waktu :

- a. sangat tepat
- b. tepat
- c. cukup tepat
- d. kurang tepat
- e. sangat tidak tepat

X12. Apakah petugas penyaji makanan ramah :

- a. sangat ramah
- b. ramah
- c. cukup ramah
- d. kurang ramah
- e. sangat tidak ramah

F. Variabel Pelayanan Penunjang (Radiologi, Laboratorium dan Farmasi) :

X13. Apakah kegiatan penunjang cepat dilaksanakan :

- a. sangat cepat
- b. cepat
- c. cukup cepat
- d. kurang cepat
- e. sangat lambat

X14. Apakah petugas pelayanan penunjang ramah :

- a. sangat ramah
- b. ramah
- c. cukup ramah
- d. kurang ramah
- e. sangat tidak ramah

X15. Apakah kegiatan penunjang membantu kesembuhan :

- a. sangat membantu
- b. membantu
- c. cukup membantu
- d. kurang membantu
- e. sangat tidak membantu

X16. Apakah biaya untuk kegiatan penunjang mahal :

- a. sangat murah
- b. murah
- c. cukup murah
- d. mahal
- e. sangat mahal

G. Variabel Pelayanan Administrasi keluar :

X17. Apakah proses administrasi pulang cepat :

- a. sangat cepat ( $< 10$  menit).
- b. cepat (10 - 20) menit.
- c. cukup cepat (20 - 30) menit.
- d. kurang cepat (30 - 60) menit.
- e. sangat lambat ( $> 60$  menit).

X18. Apakah petugas administrasi pulang ramah :

- a. sangat ramah
- b. ramah
- c. cukup ramah
- d. kurang ramah
- e. sangat tidak ramah