



SKRIPSI

**ANALISIS PERBAIKAN KUALITAS LAYANAN SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KEPUASAN PELANGGAN: STUDI KASUS
PELAYANAN RAWAT INAP RSUD DR. ABDOER RAHEM SITUBONDO**

IKE AUDINA

NRP. 0911 1540 000 044

DOSEN PEMBIMBING:

Dr. Ir. BUSTANUL ARIFIN NOER, MSc.

KO-PEMBIMBING:

DEWIE SAKTIA ARDIANTORO, S.T., M.T.

DEPARTEMEN MANAJEMEN BISNIS

FAKULTAS BISNIS DAN MANAJEMEN TEKNOLOGI

INSTITUT TEKNOLOGI SEPULUH NOPEMBER

SURABAYA

2019



SKRIPSI

**ANALISIS PERBAIKAN KUALITAS LAYANAN SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KEPUASAN PELANGGAN: STUDI KASUS
PELAYANAN RAWAT INAP RSUD DR. ABDOER RAHEM SITUBONDO**

IKE AUDINA

NRP. 0911 1540 000 044

DOSEN PEMBIMBING:

Dr. Ir. BUSTANUL ARIFIN NOER, MSc.

KO-PEMBIMBING:

DEWIE SAKTIA ARDIANTORO, S.T., M.T.

DEPARTEMEN MANAJEMEN BISNIS

FAKULTAS BISNIS DAN MANAJEMEN TEKNOLOGI

INSTITUT TEKNOLOGI SEPULUH NOPEMBER

SURABAYA

2019

(Halaman ini sengaja dikosongkan)



UNDERGRADUATE THESIS

**ANALYSIS OF IMPROVING THE SERVICES QUALITY AS AN
EFFORTS TO IMPROVE CUSTOMER SATISFACTION: A CASE STUDY
OF RSUD DR. ABDOER RAHEM SITUBONDO INPATIENTS**

IKE AUDINA

NRP. 0911 1540 000 044

SUPERVISOR:

Dr. Ir. BUSTANUL ARIFIN NOER, MSc.

CO-SUPERVISOR:

DEWIE SAKTIA ARDIANTONO, S.T., M.T

DEPARTEMENT OF BUSINESS MANAGEMENT

FACULTY OF BUSINESS AND TECHNOLOGY MANAGEMENT

INSTITUT TEKNOLOGI SEPULUH NOPEMBER

SURABAYA

2019

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PERBAIKAN KUALITAS LAYANAN SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KEPUASAN PELANGGAN: STUDI KASUS
PELAYANAN RAWAT INAP RSUD DR. ABDOER RAHEM SITUBONDO**

Oleh :

Ike Audina
NRP 0911154000044

**Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh
Gelar Sarjana Manajemen Bisnis**

Pada

**Program Studi Sarjana Manajemen Bisnis
Departemen Manajemen Bisnis
Fakultas Bisnis dan Manajemen Teknologi
Institut Teknologi Sepuluh Nopember**

Tanggal Ujian: 25 Juli 2019

**Disetujui Oleh :
Dosen Pembimbing Skripsi**

Pembimbing

Ko-Pembimbing


Dr. Ir. Bustanul Arifin Noer, MSc.
NIP. 195904301989031001


Dewie Saktia Ardiantono, S.T., M.T
NIP. 1991201712064

Seluruh tulisan yang tercantum pada Skripsi ini merupakan hasil karya penulis sendiri, dimana isi dan konten sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis. Penulis bersedia menanggung segala tuntutan dan konsekuensi jika di kemudian hari terdapat pihak yang merasa dirugikan, baik secara pribadi maupun hukum.

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi Skripsi ini tanpa mencantumkan atau menyebutkan sumbernya. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh isi Skripsi dalam bentuk apa pun tanpa izin penulis.

**ANALISIS PERBAIKAN KUALITAS LAYANAN SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KEPUASAN PELANGGAN: STUDI KASUS
PELAYANAN RAWAT INAP RSUD dr. ABDOER RAHEM SITUBONDO**

ABSTRAK

Industri rumah sakit terus mengalami pertumbuhan menjadi semakin kompetitif dan diterapkannya program *Universal Health Coverage* (UHC) menuntut layanan rumah sakit yang berkualitas. RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo selalu berusaha memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat. Akan tetapi, masih terdapat catatan keluhan dan pengaduan dari pasien dan keluarga pasien pada Pusat Informasi dan Pengaduan (PIP). Keluhan utama terjadi pada pelanggan rawat inap. Selain itu, indeks kepuasan pelanggan rawat inap belum mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditargetkan dan jumlah kunjungan pelanggan rawat inap memiliki tren fluktuatif yang cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap setiap atribut kualitas layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo berdasarkan tingkat kepentingan dan kinerja, memprioritaskan atribut kualitas layanan, dan menganalisis upaya perbaikan yang dapat dilakukan. Desain penelitian yang digunakan adalah konklusif deskriptif *multiple cross-sectional* dengan pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner secara *offline*. Kuesioner disebar di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo kepada 278 sampel dengan kriteria pelanggan (pasien atau keluarga yang merawat pasien) unit rawat inap dalam 6 bulan terakhir. Data penelitian diolah menggunakan *Importance Performance Analysis* (IPA) dan *House of Quality* (HOQ). Hasil penelitian ini adalah penilaian pelanggan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo berdasarkan kelas rawat inap berbeda-beda dan semuanya berada dibawah 100% yang mengindikasikan bahwa persepsi pelanggan terhadap kinerja pelayanan rawat inap belum sepenuhnya memenuhi ekspektasi/kepentingan yang diharapkan. Terdapat 14 atribut yang masuk ke kuadran I pada diagram kartesius IPA dengan urutan prioritas X21, X6, X28, X19, X1, X25, X4, X8, X29, X10, X24, X11, X7, dan X15. Serta terdapat 21 respon teknis berdasarkan analisis HOQ dengan urutan prioritas TR1, TR2, TR7, TR5, TR12, TR13, TR3, TR4, TR 19, TR20, TR10, TR11, TR17, TR18, TR6, TR21, TR14, TR15, TR16, TR8, dan TR 9.

Kata Kunci: Unit Rawat Inap, Kualitas Layanan, Kepuasan, Kinerja, Kepentingan

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

**ANALYSIS OF IMPROVING THE SERVICES QUALITY AS AN EFFORTS
TO IMPROVE CUSTOMER SATISFACTION: A CASE STUDY OF RSUD dr.
ABDOER RAHEM SITUBONDO INPATIENTS**

ABSTRACT

The hospital industry continues to experience growth becoming increasingly competitive and the adoption of the Universal Health Coverage (UHC) program requires quality hospital services. RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo always tries to provide the best service to the customer. However, there are still records of complaints and complaints from patients and families of patients at the Information and Complaints Center (PIP). The main complaint occurs in hospitalized customers. In addition, the inpatient customer satisfaction index has not achieved the targeted Minimum Service Standards (SPM) and the number of inpatient customer visits has a fluctuating trend which tends to decline in the last three years. Therefore, this study was conducted with the aim to determine the level of customer satisfaction for each attribute of the quality of service inpatient units of RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo based on the level of importance and performance, prioritizing service quality attributes, and analyzing improvement efforts that can be done. The research design used was conclusive descriptive multiple cross-sectional data collection using an offline questionnaire. The questionnaire was distributed at the RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo to 278 samples with criteria for customers (patients or families caring for patients) inpatient units in the last 6 months. Research data is processed using Importance Performance Analysis (IPA) and House of Quality (HOQ). The results of this study are customer inpatient assessments at RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo is based on different inpatient classes and all are under 100% which indicates that customer perceptions of the performance of inpatient services have not fully met expected expectations / interests. There are 14 attributes that enter into quadrant I in the IP Cartesian diagram with priority order X21, X6, X28, X19, X1, X25, X4, X8, X29, X10, X24, X11, X7, and X15. And there are 21 technical responses based on HOQ analysis with priority sequences TR1, TR2, TR7, TR5, TR12, TR13, TR3, TR4, TR 19, TR20, TR10, TR11, TR17, TR18, TR6, TR21, TR14, TR15, TR16, TR8, and TR 9.

Keywords: *Inpatient Unit, Service Quality, Satisfaction, Performance, Importance*

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT atas segala limpahan karunia dan rahmat-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis Perbaikan Kualitas Layanan sebagai Upaya Meningkatkan Kepuasan Pelanggan: Studi Kasus Pelayanan Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo”, yang merupakan syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Sarjana Manajemen Bisnis.

Selama penulisan skripsi ini, penulis mendapat banyak dukungan dalam berbagai bentuk serta berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih atas segala bentuk dukungan yang diberikan. Adapun pihak-pihak yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini antara lain sebagai berikut.

1. Imam Baihaqi S.T., M.Sc., Ph.D selaku Kepala Departemen Manajemen Bisnis ITS.
2. Nugroho Priyo Negoro, S.T., S.E., M.T selaku Sekretaris Departemen Manajemen Bisnis ITS.
3. Berto Mulia Wibawa, S.Pi, M.M selaku Kepala Program Studi S-1 Departemen Manajemen Bisnis ITS.
4. Dr. Ir. Bustanul Arifin Noer M.Sc selaku Dosen Pembimbing yang selalu sabar dalam membimbing, memberikan segala arahan dan masukan yang bermanfaat, serta perhatiannya untuk membimbing penulisan tugas akhir ini sejak awal hingga akhir telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi penulis.
5. Dewie Saktia Ardiantono, S.T., M.T selaku Dosen Ko-Pembimbing yang telah memberikan kritik, saran, serta bantuan yang bermanfaat dalam penyelesaian skripsi penulis.
6. Bapak dan Ibu Dosen tim pengajar Departemen Manajemen Bisnis ITS yang telah banyak memberikan pembelajaran bagi penulis selama menjalani perkuliahan dan penyelesaian skripsi ini.
7. RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo yang telah membantu penulis dalam memperoleh informasi dan data penelitian.
8. Ibu, Bapak, dan Adek penulis yang selalu memberikan dukungan dan semangat selama berada di rumah.

9. Teman-teman Rhekara yang telah banyak membantu penulis, memberikan masukan, dan hiburan dikala pengerjaan skripsi.
10. Keluarga Mahasiswa Manajemen Bisnis ITS atas dukungannya.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas segala bantuan dan doanya kepada penulis selama pengerjaan skripsi ini.

Surabaya, 21 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.4.1 Manfaat Praktis	10
1.4.2 Manfaat Keilmuan	10
1.5 Ruang Lingkup	10
3.5.1 Batasan	11
3.5.2 Asumsi	11
1.6 Sistematika Penulisan	11
BAB II LANDASAN TEORI	13
2.1 Rumah Sakit	13
2.1.1 Definisi Rumah Sakit	13
2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	13
2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit	14
2.2 Persepsi.....	15
2.3 Ekspektasi	16
2.4 Kualitas Layanan	17
2.2.1 Dimensi Kualitas Layanan.....	18
2.2.2 Kualitas Layanan Rumah Sakit	21
2.5 Kepuasan Pelanggan	25
2.6 <i>Importance Performance Analysis (IPA)</i>	26
2.7 <i>Quality Function Deployment (QFD)</i>	29
2.8 Kajian Penelitian Terdahulu.....	36
2.9 <i>Research Gap</i>	40
BAB III METODE PENELITIAN.....	43
3.1 Desain Penelitian	43
3.4.1 Jenis Penelitian	43
3.4.2 <i>Applied Research</i>	44

3.4.3	Pengumpulan Data.....	44
3.4.4	Skala Pengukuran	45
3.4.5	Penyusunan Kuesioner	46
3.4.6	Populasi Target dan Sampel penelitian	47
3.4.7	Teknik Sampling dan Pengumpulan Data.....	47
3.2	Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	48
3.5.1	Analisis Deskriptif Demografi.....	48
3.5.2	Distribusi Frekuensi.....	49
3.5.3	Analisis <i>Crosstab</i>	50
3.5.4	Uji Validitas dan Reliabilitas	50
3.5.5	Pengolahan Data Menggunakan Metode IPA	50
3.5.6	Penyusunan Rumah Kualitas (HOQ)	53
3.3	Pengukuran dan Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	56
BAB IV	.....	61
ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN	.....	61
4.1	Gambaran Umum RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo	61
4.1.1	Sejarah Berdirinya dan Perkembangan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo	61
4.1.2	Fungsi dan Tugas Pokok RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo	61
	Berikut ini Standar Operasional Pelayanan yang diselenggarakan di RSUD dr. Abdoer Rahem Kabupaten Situbondo sebagai berikut;	63
4.1.3	Keadaan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo	64
4.1.4	Prosedur/Alur Pelayanan Kesehatan Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo	68
4.2	Pengumpulan Data	70
4.3	Identifikasi Atribut Penelitian	70
4.4	Analisis Deskriptif	72
4.5	Perbandingan Nilai Kepentingan dan Kinerja Tiap Kelas Rawat Inap	87
4.6	Analisis <i>Importance Performance Analysis</i> (IPA)	88
4.7	<i>Matriks Whats</i>	93
4.8	<i>Planning Matrix</i>	94
4.8.1	<i>Importance to Customer</i>	95
4.8.2	<i>Customer Satisfaction Performance</i> (CSP).....	96
4.8.3	<i>Goal</i>	96
4.8.4	<i>Improvement Ratio</i> (IR).....	97
4.8.5	<i>Sales Point</i> (SP).....	97

4.8.6	<i>Raw Weight dan Normalized Raw Weight</i>	97
4.9	Respon Teknis dan <i>Relationship Matrix</i>	98
4.10	<i>Technical Matrix</i>	100
4.11	<i>Implikasi Manajerial</i>	102
BAB 5	.....	115
SIMPULAN DAN SARAN	.....	115
5.1	Simpulan.....	115
5.2	Saran	117
Daftar Pustaka	.....	119

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1	Grafik Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Kelas di Jawa Timur	1
Gambar 2. 1	Kerangka Evaluasi Model Kualitas Layanan Kesehatan.....	24
Gambar 2. 2	Diagram Kartesius	28
Gambar 2. 3.	<i>House of Quality</i>	30
Gambar 4. 1	Struktur Organisasi RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo	63
Gambar 4. 2	Jenis Kelas dalam Ruang Rawat Inap	65
Gambar 4. 3	Jenis Kelamin Responden.....	73
Gambar 4. 4	Usia Responden	74
Gambar 4. 5	Pekerjaan Responden.....	75
Gambar 4. 6	Pekerjaan Responden.....	75
Gambar 4. 7	Status Responden	77
Gambar 4. 8	Kelas Rawat Inap.....	78
Gambar 4. 9	Ruang Rawat Inap	78
Gambar 4. 10	Metode Pembayaran	79
Gambar 4. 11	Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Keseluruhan	89
Gambar 4. 12	Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Kelas Utama	90
Gambar 4. 13	Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Kelas 1	91
Gambar 4. 14	Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Kelas 2	92
Gambar 4. 15	Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Kelas 3	92

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Daftar Rumah Sakit di Kabupaten Situbondo	2
Tabel 1. 2 Kunjungan Rawat Inap Tahun 2016-2018	3
Tabel 1. 3 Indikator Pelayanan Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Tahun 2018	4
Tabel 1. 4 Pengaduan dan Keluhan Pasien Tahun 2015-2018	5
Tabel 1. 5 Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo	6
Tabel 2. 1 Dimensi <i>Service Quality</i>	21
Tabel 2. 2 Nilai Hubungan Tiap Unsur antara Karakteristik Teknis	31
Tabel 2. 3 Kajian Penelitian Terdahulu	37
Tabel 2. 4 <i>Research Gap</i>	40
Tabel 3. 1 Data Primer dan Sekunder yang Dibutuhkan	45
Tabel 3. 2 Pengukuran Skala pada Penelitian	45
Tabel 3. 3 Kerangka Kuesioner	46
Tabel 3. 4 Jumlah Populasi dan Sampel Penelitian	47
Tabel 3. 5 Tabel Distribusi Frekuensi	49
Tabel 3. 6 Definisi Operasional Variabel Kualitas Layanan	56
Tabel 4. 1 Atribut Pelayanan	71
Tabel 4. 2 Demografi Responden	72
Tabel 4. 3 Analisis <i>Usage</i>	76
Tabel 4. 4 <i>Crosstab</i> Pekerjaan-Metode Pembayaran-Kelas Rawat Inap	80
Tabel 4. 5 Analisis Deskriptif Statistik	82
Tabel 4. 6 Hasil Uji Validitas	86
Tabel 4. 9 Tabel Hasil Uji Reliabilitas	87
Tabel 4. 7 Hasil Uji Z Kepentingan dan Kinerja	88
Tabel 4. 8 Atribut Kuadran I	93
Tabel 4. 9 Atribut <i>Voice of Customer</i>	94
Tabel 4. 10 <i>Planning Matrix</i>	95
Tabel 4. 11 Respon Teknis dan <i>Relationship Matrix</i>	98
Tabel 4. 12 Respon Teknis dan <i>Relationship Matrix</i> (Lanjutan)	98
Tabel 4. 13 <i>Technical Matrix</i>	100
Tabel 4. 14 Implikasi Manajerial	102

DAFTAR LAMPIRAN

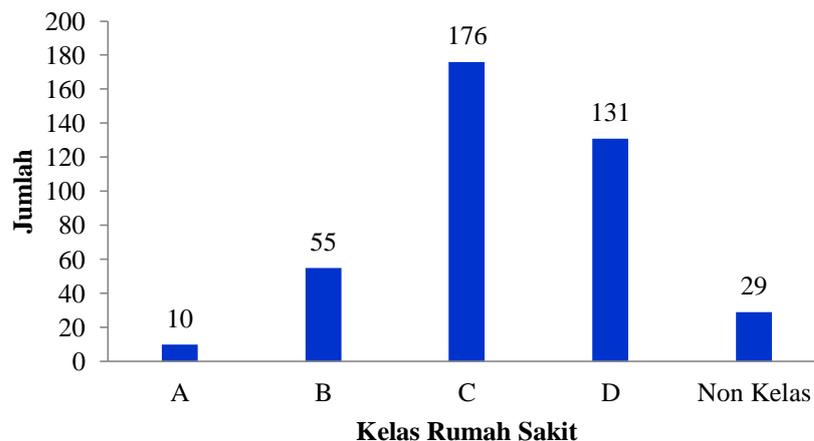
Lampiran 1 Kuesioner Penelitian	124
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian	130

BAB I PENDAHULUAN

Pada bab ini membahas mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, batasan dan asumsi serta mekanisme penulisan skripsi.

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan (Menkes, 2008). Rumah sakit memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Perkembangan rumah sakit di Indonesia dari sisi pertumbuhan jumlahnya terus meningkat. Sejak tahun 2012 sampai dengan 2018 terdapat peningkatan sebesar rata-rata 5,2%. Jumlah Rumah Sakit di Jawa Timur bertambah lebih agresif dibanding provinsi lain dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 7%-8%. Jumlah rumah sakit swasta dibandingkan pemerintah lebih banyak dengan rata-rata pertumbuhan swasta 7% dan pemerintah 3%. Gambar 1.1 menunjukkan grafik jumlah rumah sakit berdasarkan kelas di Jawa Timur.



Gambar 1. 1 Grafik Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Kelas di Jawa Timur

Sumber: <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/rsonline/report/>

Tabel 1. 1 Daftar Rumah Sakit di Kabupaten Situbondo

No.	Kode Rumah Sakit	Nama Rumah Sakit	Jenis	Kelas	Pemilik
1.	3512012	Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdoer Rahem Kabupaten Situbondo	RSU	C	Pemkab
2.	3512034	Rumah Sakit Elizabeth	RSU	C	Swasta
3.	3512036	RS Umum Daerah Besuki Kabupaten Situbondo	RSU	D	Pemkab
4.	3512037	RS Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo	RSU	D	Pemkab
5.	3512038	RS Umum Mitra Sehat Kabupaten Situbondo	RSU	D	Swasta
6.	3512039	RS Ibu dan Anak Jatimed	RSIA	C	Swasta

Sumber: <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/rsonline/data>

Di Kabupaten Situbondo terdapat 6 rumah sakit. Tiga diantaranya merupakan rumah sakit pemerintah dan tiga lainnya merupakan rumah sakit swasta. Tabel 1.1 menunjukkan daftar rumah sakit yang ada di Kabupaten Situbondo. Sedangkan jumlah puskesmas sebanyak 17 puskesmas yang dibagi berdasarkan kecamatan. Dalam lingkungan yang kompetitif saat ini, peran kualitas layanan sangat penting untuk keberhasilan dan kelangsungan hidup organisasi. Pelayanan kesehatan yang berkualitas akan memberikan nilai strategis bagi rumah sakit yaitu keunggulan kompetitif. Sehingga, rumah sakit harus meningkatkan produktivitas dan inovasi guna memberikan layanan yang lebih baik kepada pasien (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015).

RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Situbondo yang secara resmi menjadi rumah sakit tipe C berdasarkan perda Nomor 5 tahun 1985 tanggal 23 Februari 1985 dan SK Menkes RI Nomor 303/Menkes/SK/IV/1987 tanggal 30 April 1987. Adapun dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya berpedoman pada Peraturan Daerah Kabupaten Situbondo Nomor 08 tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah sakit umum daerah Kabupaten Situbondo. Dalam perjalanannya, RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo saat ini telah berstatus BLUD penuh. RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah rumah sakit terbesar dan

paling lengkap di Situbondo dan menjadi objek penelitian dalam skripsi ini khususnya pada unit rawat inap. RSUD dr. Abdoer rahem Situbondo menyediakan berbagai jenis pelayanan medis spesialistik dan medis umum yang dikategorikan menjadi instalasi gawat darurat, rawat inap, penunjang, dan rawat jalan. Jenis pelayanan Rawat Inap di RSUD terdiri atas Kelas Perawatan dengan klasifikasi Kelas III, Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama. Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari laporan tahunan 2016-2018 data kunjungan unit rawat inap RSUD dr Abdoer Rahem Situbondo adalah sebagai berikut.

Tabel 1. 2 Kunjungan Rawat Inap Tahun 2016-2018

No	Ruang Perawatan	Jumlah Kunjungan Pasien		
		2016	2017	2018
1	Bougenvile	1.677	1.439	1.326
2	Mawar	1.744	1.432	1.504
3	Teratai	2.297	1.516	1.072
4	Seruni	1.694	1.800	2.123
5	Seroja	889	917	803
6	Nusa indah	2.425	1.405	1.442
7	ICU	775	797	847
8	Dahlia	1.307	879	946
9	Melati	1.178	878	767
10	Flamboyan	1.108	801	730
11	Anggrek	685	853	1.054
12	Wijaya Kusuma	1.329	1.083	1.228
13	ICCU	0	482	546
14	Tulip	0	448	681
	TOTAL	17.108	14.730	15.069

Sumber: Data Sekunder Laporan Tahunan RSUD dr Abdoer Rahem Situbondo Tahun 2016-2018

Dari tabel 1.2 jumlah kunjungan pasien unit pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo secara keseluruhan memiliki tren fluktuatif dan cenderung menurun. Tercatat jumlah pasien yang masuk pada tahun 2016 sebanyak 17.108 pasien, tahun 2017 sebanyak 14.730 pasien, dan 2018 sebanyak 15.069 pasien. Hal ini bisa dikarenakan tingkat persaingan industri rumah sakit di kabupaten situbondo yang semakin meningkat sehingga pelanggan beralih pada rumah sakit lain. Jumlah pasien di masing-masing ruangan unit rawat inap memiliki tren yang berbeda-beda. Ruang perawatan yang memiliki tren jumlah

kunjungan pasien menurun adalah Bougenvile, Teratai, Melati, dan Flamboyan. Sedangkan ruang perawatan dengan tren kunjungan pasien meningkat adalah Seruni, Anggrek, Tulip, ICU, dan ICCU. Dan tren fluktuatif pada ruang perawatan Mawar, Seroja, Nusa Indah, Dahlia, dan Wijaya Kusuma. Hal ini menunjukkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RSUD dr Abdoer Rahem Situbondo yang merupakan rumah sakit pemerintah yang cukup lengkap di Situbondo. Akan tetapi, rumah sakit perlu waspada jika mendapatkan kunjungan yang terus menurun tiap tahunnya hal ini bisa dikarenakan pelanggan merasa tidak puas atas pelayanan yang diberikan sehingga beralih kepada rumah sakit lainnya.

Tabel 1. 3 Indikator Pelayanan Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Tahun 2018

No.	Indikator Pelayanan	Nilai
1	BOR	66
2	ALOS	4
3	TOI	2
4	NDR	25
5	GDR	51

Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%. Nilai BOR RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo menunjukkan rata-rata pemakaian tempat tidur rumah sakit sebesar 66 dari jumlah tempat tidur yang tersedia. *Average Length of Stay* (ALOS) merupakan pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu-satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Rata-rata ALOS yang menunjukkan rata-rata lama rawat pasien sebesar 4, berarti bahwa pasien rawat inap di RSUD dr. Abdoer Rahem dirawat selama hampir 4 hari. *Turn Over Interval* (TOI) merupakan rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari. Rata-rata TOI mengindikasikan bahwa rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari hari setelah diisi ke hari terisi berikutnya sebesar 2 hari. *Net Date Rate* (NDR) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan

gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Secara umum nilai NDR yang ideal adalah kurang dari 25/1000 penderita keluar (2,5/100 penderita keluar). Rata-rata NDR sebesar 25 yang menunjukkan rata-rata angka kematian pasien setelah 48 jam dirawat untuk setiap 1.000 pasien keluar. *Gross Date Rate* (GDR) merupakan angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Secara umum nilai GDR yang ideal adalah tidak lebih dari 45/1000 penderita keluar (4,5/100 penderita keluar). GDR yang menunjukkan angka kematian umum untuk setiap 1.000 pasien keluar adalah 51.

Tabel 1. 4 Pengaduan dan Keluhan Pasien Tahun 2015-2018

No.	Jenis Keluhan dan Pengaduan	2015	2016	2017	2018
1.	Waktu Pelayanan Medis oleh Dokter terlalu Lamban	✓	✓		
2.	Proses Penyelesaian Administrasi terlalu Lamban	✓		✓	✓
3.	Prosedur Pelayanan Medis tidak Konsisten		✓		✓
4.	Petugas Kesehatan tidak Ramah dan Kurang Berempati	✓	✓	✓	✓
5.	Tutur Kata Dokter Kurang Sopan		✓		✓
6.	Perawat Kurang Jelas dalam Melakukan Tindakan Medis dan Menyampaikan Informasi	✓	✓		✓
7.	Jadwal Visit Dokter tidak Menentu	✓	✓		✓
9.	Biaya yang Dibebankan tidak Sesuai	✓			✓
8.	Antrian tidak Tertib dan Terjadi Diskriminasi	✓		✓	✓
9.	Fasilitas Pasien Rawat Inap tidak Merata dan Kurang Berfungsi dengan Baik	✓		✓	✓
10.	Stok Obat sering Kosong	✓		✓	✓
11.	Jumlah Pasien Poli Penyakit dalam Dibatasi	✓	✓	✓	✓
12.	Adanya Faktor Eksternal yang Mengganggu Ketenangan Pasien	✓		✓	
13.	Terjadi Kasus Pencurian Barang	✓			✓

Sumber: Laporan Pusat Informasi dan Pengaduan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

Berdasarkan catatan dari Pusat Informasi dan Pengaduan (PIP) RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo tercatat pengaduan dan keluhan bahwa masyarakat masih merasa tidak puas dengan kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit. Tabel 1.3 menunjukkan jenis-jenis pengaduan dan keluhan yang dilaporkan pasien

ataupun keluarga pasien terhadap pelayanan RSUD dr. Abdoer Rahem Tahun 2015 sampai 2018. Selama empat tahun terakhir tercatat beberapa jenis keluhan yang sama terkait ketidakpuasan pelanggan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap tenaga medis, prosedur medis, persyaratan administrasi, biaya, sarana prasarana, jadwal, sistem antrian, stok obat, dan faktor eksternal. Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan yang ada masih terus berlanjut dan belum bisa diselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, penelitian ini akan mengidentifikasi dimensi dan atribut kualitas layanan sesuai dengan kebutuhan pelanggan guna menganalisis atribut kualitas layanan apa yang perlu diprioritaskan untuk ditingkatkan sesuai dengan harapan pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

Tabel 1. 5 Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

No.	Indikator	SPM/Standar	Realisasi 2018
	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap		
1.	adalah Dokter Spesialis dan Perawat Minimal D3	100%	100%
2.	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	100%
3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	4 Spesialis Dasar	100%
4.	Jam Visit Dokter Spesialis	100%	82,5%
5.	Kejadian Infeksi Pasca Operasi	$\leq 1,5\%$	0%
6.	Kejadian Infeksi Nosokomial	$\leq 1,5\%$	0,1%
7.	Tidak Adanya Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian	100%	100%
8.	Kematian Pasien ≥ 48 jam	$\leq 0,24\%$	1,3%
9.	Kejadian Pulang Paksa	$\leq 1,5\%$	0,04%
10.	Kepuasan Pelanggan	$\geq 90\%$	78,5%
11.	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	100%	100%

Sumber: Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

Berdasarkan realisasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Unit Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo Tahun 2018, masih terdapat indikator yang belum memenuhi target SPM. Tabel 1.4 menunjukkan target SPM dan realisasinya pada tahun 2018. Kepuasan pelanggan unit rawat inap sebesar 78,5% sedangkan target yang harus dicapai adalah $\geq 90\%$. Kemudian, visit dokter

spesialis sebesar 82,5% sedangkan target yang harus dicapai adalah 100%. Selain itu, tingkat kematian pasien juga belum mencapai target yang ditentukan. Permasalahan tingkat kepuasan pelanggan rawat inap yang belum mencapai target ini, menandakan bahwa kualitas layanan yang ditawarkan belum sesuai dengan harapan pelanggan. Oleh karena itu, penelitian ini akan merumuskan dan merancang usulan perbaikan yang strategis terkait kualitas layanan unit rawat inap dengan mempertimbangkan persepsi dan ekspektasi pelanggan serta respon teknis dari pihak manajemen RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Dengan demikian, akan dihasilkan rencana aksi yang dapat diaplikasikan untuk mencapai tingkat kepuasan pelanggan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo yang optimal.

Berdasarkan data-data yang diperoleh diatas, peneliti menemukan permasalahan yaitu catatan keluhan dan pengaduan pelanggan unit rawat inap menunjukkan beberapa permasalahan yang dialami memiliki jenis yang sama dan belum teratasi dengan baik mulai tahun 2015-2018. Kemudian, Standar Pelayanan Minimal (SPM) unit rawat inap menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan unit pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo masih belum mencapai target yang ditentukan. Selain itu, jumlah kunjungan pasien unit pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo secara keseluruhan memiliki tren fluktuatif dan cenderung menurun. Sementara saat ini, industri rumah sakit terus mengalami pertumbuhan menjadi semakin kompetitif dan diterapkannya program *Universal Health Coverage* (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta menuntut layanan kesehatan yang berkualitas.

Indonesia meluncurkan program *Universal Health Coverage* (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta pada awal 2014 dalam upaya untuk memastikan kondisi kehidupan yang layak bagi semua warga negaranya melalui asuransi kesehatan nasional. Program ini diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pasal 28 dan 34 dan juga selaras dengan program Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Pemerintah menargetkan Indonesia mencapai UHC pada 1 Januari 2019 dengan perkiraan target cakupan sebesar 257,5 juta penduduk pada tahun yang telah ditetapkan. Menurut WHO (<http://p2ptm.kemkes.go.id>), *Universal Health Coverage* (UHC) menjamin semua

orang mempunyai akses kepada layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dibutuhkan, dengan mutu yang memadai sehingga efektif, disamping menjamin pula bahwa layanan tersebut tidak menimbulkan kesulitan finansial penggunaannya. Kementerian Kesehatan RI menyatakan bahwa pencapaian UHC adalah layanan kesehatan yang berkualitas. Rumah sakit, sebagai salah satu penyedia layanan kesehatan, juga terlibat dalam implementasi UHC. Dengan demikian, meningkatkan kualitas layanan adalah penting untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Melihat permasalahan yang sedang terjadi, maka penelitian mengenai evaluasi kualitas layanan dan perancangan usulan perbaikan dalam upaya peningkatan kepuasan pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo ini menjadi penting dan dianggap perlu untuk dilakukan. Hal ini dikarenakan kondisi saat ini menunjukkan bahwa kualitas layanan yang ditawarkan oleh unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo belum dapat memenuhi harapan pasien dan tingkat kepuasan pelanggan unit rawat inap masih belum optimal. Sehingga penelitian ini akan mengevaluasi kualitas layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo untuk mengetahui dimensi dan atribut kualitas layanan yang perlu ditingkatkan berdasarkan persepsi dan ekspektasi pelanggan. Setelah itu, penelitian ini akan merumuskan dan merancang usulan perbaikan yang akan mempertimbangkan persepsi dan ekspektasi pelanggan serta respon teknis dari pihak manajemen RSUD dr. Abdoer rahem Situbondo. Hasil penelitian ini diharapkan akan membantu dalam memberikan rekomendasi alternatif yang dapat diaplikasikan oleh pihak manajemen unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo untuk meningkatkan kualitas layanan rawat inap rumah sakit dan mencapai tingkat kepuasan pelanggan yang optimal.

1.2 Perumusan Masalah

Permasalahan yang dihadapi oleh unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah indeks kepuasan pelanggan rawat inap belum mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditargetkan. Kemudian, laporan pengaduan dan keluhan pelanggan menunjukkan bahwa permasalahan yang dialami pelanggan sejak empat tahun terakhir belum bisa teratasi dengan baik dikarenakan permasalahan yang sama tetap muncul di tahun-tahun berikutnya.

Selain itu, jumlah kunjungan pelanggan rawat inap memiliki tren fluktuatif yang cenderung menurun. Permasalahan ini, menunjukkan adanya kualitas layanan yang kurang prima, sehingga berpotensi menurunkan kinerja instansi secara keseluruhan. Sementara itu, seiring berjalannya waktu pertumbuhan dan perkembangan industri rumah sakit semakin meningkat dan kompetitif diiringi tuntutan implementasi UHC yang mengharuskan rumah sakit untuk meningkatkan kualitas layanan. Kualitas layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo masih perlu ditingkatkan. Kualitas layanan yang diberikan pihak rumah sakit belum sepenuhnya mampu memberikan kualitas pelayanan seperti yang diharapkan oleh pelanggan. Perilaku pelanggan tersebut terjadi karena ketidakmampuan rumah sakit dalam mengklasifikasi layanan-layanan yang masih membutuhkan perhatian khusus dan layanan yang harus dipertahankan kualitasnya juga menjadi pemicu mengapa rumah sakit tidak mengetahui strategi dan taktik apakah yang dapat diambil untuk meningkatkan kualitas layanan. Pertanyaan penelitian yang diangkat pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana tingkat kesesuaian antara kepentingan dan kinerja setiap atribut kualitas layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo?
2. Manakah atribut kualitas layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo yang perlu mendapat prioritas untuk ditingkatkan agar sesuai dengan harapan pelanggan?
3. Apa saja upaya perbaikan yang dapat dilakukan atau respon teknis yang perlu diprioritaskan untuk meningkatkan kualitas layanan pada unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo?

1.3 Tujuan Penelitian

Sesuai dengan pertanyaan penelitian diatas, maka yang menjadi tujuan penelitian ini adalah:

1. Mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap setiap atribut kualitas layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo berdasarkan tingkat kepentingan dan kinerja.
2. Memprioritaskan atribut kualitas layanan yang perlu ditingkatkan agar sesuai dengan harapan pelanggan.

3. Menganalisis upaya perbaikan yang dapat dilakukan atau respon teknis yang perlu diprioritaskan untuk meningkatkan kualitas layanan pada unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang diharapkan dari pelaksanaan penelitian ini meliputi manfaat praktis dan manfaat keilmuan.

1.4.1 Manfaat Praktis

Hasil penelitian dapat digunakan untuk memberikan wawasan, pandangan, dan kesadaran bagi unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap pentingnya memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan melalui kualitas pelayanan yang ditawarkan sehingga mampu menciptakan kepuasan pelanggan. Hasil analisis mengenai tingkat kepuasan pelanggan berdasarkan kepentingan dan kinerja kualitas pelayanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo eksisting diharapkan dapat membantu merumuskan usulan strategis untuk meningkatkan kualitas layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Sehingga melalui penelitian ini, pihak manajemen RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo dapat mengaplikasikan usulan strategis yang dihasilkan karena telah didasarkan pada persepsi dan ekspektasi pelanggan serta respon teknis dari pihak manajemen RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Dapat memberi wawasan dan pengetahuan pada peneliti serta memberikan kesempatan bagi peneliti untuk menerapkan teori-teori yang didapat selama masa perkuliahan. Selain itu, penelitian ini juga dapat menjadi kontribusi teoritis terhadap penelitian perancangan usulan strategis dalam peningkatan kualitas layanan dan tingkat kepuasan berdasarkan persepsi dan ekspektasi konsumen selanjutnya. Dengan adanya hasil penelitian ini, unit rawat inap rumah sakit dapat memberikan kualitas layanan sesuai dengan harapan pelanggan sehingga tercapai kepuasan yang optimal.

1.5 Ruang Lingkup

Ruang lingkup pada penelitian ini terdiri dari batasan dan asumsi penelitian.

3.5.1 Batasan

Batasan yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Penelitian ini terbatas pada pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.
2. Tidak melakukan analisa biaya dalam usulan peningkatan kualitas pelayanan.
3. Tidak dipergunakannya *benchmarking* pada penggunaan *quality function deployment* (QFD).
4. Hasil implikasi manajerial penelitian hanya dapat diterapkan pada unit pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

3.5.2 Asumsi

Asumsi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Tidak terjadi perubahan informasi, kebijakan, serta proses bisnis selama periode penelitian ini dilakukan.
2. Sumber data yang digunakan didapatkan dari data internal RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo bagian tata usaha, bidang pelayanan, dan bidang penunjang periode tahun 2015-2018 yang dianggap valid dan akurat.

1.6 Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah penulisan, pembahasan dan penilaian skripsi ini, maka dalam pembuatannya akan dibagi menjadi beberapa bab dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini menjelaskan latar belakang permasalahan, rumusan permasalahan, tujuan penelitian, manfaat penelitian, batasan dan asumsi yang digunakan serta sistematika penulisan mengenai Evaluasi Kualitas Layanan dan Perancangan Usulan Perbaikan dalam Upaya Peningkatan Kepuasan Pelanggan Menggunakan *Importance Performance Analysis* (IPA) dan *House Of Quality* (HOQ): Studi Kasus Pelayanan Rawat Inap Rsud Dr. Abdoer Rahem Situbondo.

BAB II LANDASAN TEORI

Bab ini menyajikan teori-teori yang digunakan peneliti sebagai landasan pelaksanaan penelitian. Adapun teori yang akan dibahas adalah teori kualitas layanan, kepuasan pelanggan, dan metode yang digunakan. Pada bagian akhir dari

bab ini disertakan penelitian-penelitian terdahulu dan *research gap* yang berkaitan dengan penelitian ini.

BAB III METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan langkah-langkah dan prosedur yang dilakukan peneliti dalam melakukan penelitian yang berisi desain penelitian, waktu dan tempat penelitian, skala pengukuran dan variabel penelitian, teknik pengumpulan data, teknik sampling penelitian, responden penelitian, serta teknik pengolahan dan analisis data.

BAB IV ANALISIS DAN DISKUSI

Bab ini menampilkan mengenai tahapan pengumpulan dan pengolahan data. Pengolahan data akan terdiri dari analisis deskriptif, pengujian asumsi pada data, analisis *Importance Performance Analysis* (IPA) dan *House of Quality* (HOQ).

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan kesimpulan dari hasil penelitian yang sudah dilakukan dan saran yang dapat berguna bagi pihak manajemen Unit Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo dan penelitian selanjutnya.

BAB II

LANDASAN TEORI

Pada bab ini membahas mengenai landasan teori yang relevan sebagai dasar pembahasan penelitian yaitu konsep kualitas pelayanan, kepuasan pelanggan, dan metode yang digunakan. Pada bagian akhir dari bab ini disertakan penelitian-penelitian terdahulu dan *research gap* yang berkaitan dengan penelitian ini.

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan undang-undang tentang rumah sakit No. 44 tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Depkes RI 2006, fungsi rumah sakit adalah sebagai tempat penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis, administrasi dan manajemen, dan juga dapat digunakan sebagai tempat pendidikan/pelatihan dan pengembangan. Dalam melaksanakan tugasnya, rumah sakit mempunyai berbagai fungsi yaitu menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta administrasi umum dan keuangan (Siregar & Amalia, 2004)

Berdasarkan UU RI No.44 Tahun 2009, Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugasnya, Rumah Sakit mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit

- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan berdasarkan jenis pelayanan, kepemilikan, jangka waktu pelayanan, kapasitas tempat tidur dan fasilitas pelayanan, dan afiliasi pendidikan.

Berdasarkan jenis pelayanannya rumah sakit dapat digolongkan menjadi:

- **Rumah Sakit Umum**

Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisistik dan subspecialistik. Rumah sakit umum memberi pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis penyakit, memberi pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medic, seperti penyakit dalam, bedah, pediatric, psikiatrik, ibu hamil, dan sebagainya.

- **Rumah Sakit Khusus**

Rumah sakit yang mempunyai fungsi primer, memberikan diagnosis dan pengobatan untuk penderita yang mempunyai kondisi medic khusus, baik bedah atau non bedah, missal: Rumah Sakit Ginjal, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Bersalin dan Anak, dan lain-lain.

Berdasarkan kepemilikan rumah sakit dibagi atas:

- **Rumah Sakit Umum Pemerintah**

Rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum pemerintah dapat dibedakan berdasarkan unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum Kelas A, B, C, dan D.

- **Rumah Sakit Umum Swasta, terdiri atas:**

- Rumah Sakit Umum Swasta Pratama: rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medic bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D.
- Rumah Sakit Umum Swasta Madya: rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medic bersifat umum dan spesialistik dalam 4 cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas C.
- Rumah Sakit Umum Swasta Utama: rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medic bersifat umum, spesialistik dan subspecialistik, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

Berdasarkan fasilitas pelayanan dan kapasitas tempat tidur:

- Rumah Sakit Kelas A: rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dan subspecialistik luas, dengan kapasitas lebih dari 1000 tempat tidur.
- Rumah Sakit Kelas B, dibagi menjadi:
 - Rumah Sakit B1: rumah sakit yang melaksanakan pelayanan medik minimal 11 spesialistik dan belum memiliki sub spesialistik luas dengan kapasitas 300-500 tempat tidur.
 - Rumah Sakit B2: rumah sakit yang melaksanakan pelayanan medik spesialistik dan sub spesialistik terbatas dengan kapasitas 500-1000 tempat tidur.
- Rumah Sakit Kelas C: rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dasar, yaitu penyakit dalam, bedah, kebidanan atau kandungan, dan kesehatan, dengan kapasitas 100-500 tempat tidur.
- Rumah Sakit Kelas D: rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar, dengan kapasitas tempat tidur kurang dari 100.

2.2 Persepsi

Persepsi secara sederhana diartikan sebagai pemaknaan hasil pengamatan terhadap sesuatu obyek. Persepsi juga dapat diartikan sebagai pengalaman tentang obyek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan (Rakhmat, 1998). Sedangkan menurut

(Atkinson, Atkinson, & Hilgard, 1991) persepsi adalah proses di mana seseorang mengorganisasikan dan menafsirkan pola stimulus dalam lingkungan. Persepsi adalah suatu proses penggunaan pengetahuan yang telah dimiliki (yang disimpan di dalam ingatan) untuk mendeteksi atau memperoleh dan menginterpretasikan stimulus (rangsangan) yang diterima oleh alat indera seperti mata, telinga, dan hidung. Persepsi merupakan suatu proses yang membuat seseorang memilih, mengorganisasikan, dan menginterpretasikan rangsangan-rangsangan atau stimulus yang diterima menjadi suatu gambaran yang berarti dan lengkap tentang dunianya. Persepsi masing-masing individu atau konsumen pada satu produk atau jasa bisa berbeda-beda tergantung dengan cara seleksi, organisir dan intrepretasi masing-masing berdasarkan kebutuhan, nilai-nilai dan harapan setiap orang itu sendiri (Nitisusastro, 2013). Sehingga dapat disimpulkan bahwa persepsi adalah penggunaan pengetahuan untuk memaknai dan menginterpretasikan pengalaman atau stimulus yang diterima oleh alat indera sehingga dapat menyimpulkan informasi. Kualitas jasa sangat dipengaruhi oleh persepsi konsumen. Persepsi konsumen lebih mengacu pada perasaan konsumen terhadap jasa yang diterimanya berdasarkan apa yang dibayangkan akan diterimanya. Bila jasa yang diterimanya lebih besar dari yang dibayangkan, maka ia akan merasa puas dan kualitas jasa perusahaan akan dipersepsikan tinggi. Sebaliknya, jika ia merasa bahwa jasa yang diberikan tidak sesuai yang diharapkannya, maka terjadi ketidakpuasan dan kualitas jasa dipersepsikan rendah.

2.3 Ekspektasi

Menurut Zeithaml et al., dalam (Karami, Khademi, Dauda, & Atiyaye, 2014), harapan atau ekspektasi konsumen merupakan keyakinan konsumen terhadap standar tertentu tentang apa yang akan diterimanya. Harapan atau ekspektasi pelanggan selalu didasari oleh empat hal, meliputi : (1) *individual needs*, (2) *words of mouth*, (3) *past experiences* atau pengalaman masa lalu, (4) komunikasi eksternal. Ekspektasi atau harapan merupakan segala sesuatu yang diyakini oleh konsumen tentang apa yang akan didapatkannya terkait dengan suatu kinerja produk atau pelayanan tertentu (Anderson & Chambers, 1985). Ekspektasi didefinisikan oleh (Parasuraman, Zeithamal, & Berry, 1988) sebagai keinginan konsumen yang mereka rasa harus ditawarkan oleh penyedia layanan.

Parasuraman et al (1988) menekankan bahwa ekspektasi bukan hanya mengenai prediksi tentang apa yang penyedia layanan akan tawarkan akan tetapi juga apa yang mereka harus tawarkan berdasarkan keinginan konsumen. Konsep harapan layanan dimaksudkan untuk mengukur harapan normatif pelanggan dan menunjukkan bahwa harapan mewakili standar ideal sebuah kinerja (Parasuraman, 1990). (Carman, 1990) menyatakan bahwa munculnya suatu harapan terhadap kualitas layanan melibatkan norma yang didasarkan pada pengalaman masa lalu. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ekspektasi adalah harapan terkait dengan suatu kinerja produk atau pelayanan tertentu yang harusnya ditawarkan sesuai dengan keinginan konsumen.

2.4 Kualitas Layanan

Kualitas layanan telah menjadi topik penelitian penting di berbagai industri karena hubungannya yang signifikan dengan biaya, profitabilitas, kepuasan pelanggan, retensi pelanggan, dan jaminan layanan (Sohail, 2003). Dalam era persaingan yang ketat saat ini, pemantauan dan peningkatan kualitas layanan sangat penting untuk mengembangkan efisiensi dan volume bisnis (Anderson dan Zeithamal, 1984; Babakus dan Boller, 1992; dan Garvin, 1983). Baik di industri manufaktur dan jasa, peningkatan kualitas adalah faktor utama yang mempengaruhi kepuasan konsumen dan niat pembelian konsumen (Oliver, 1980).

(Sasongko & Subagio, 2013) menjelaskan bahwa kualitas layanan merupakan penilaian pelanggan terhadap proses penyediaan jasa. Menurut (Tjiptono, Chandra, & Andriana, 2008) kualitas layanan mencerminkan perbandingan antara tingkat layanan yang disampaikan perusahaan dibandingkan ekspektasi pelanggan. Menurut (Mangold & Babakus, 1991), Kualitas jasa merupakan perbandingan antara tingkat kepentingan yang diharapkan oleh pelanggan saat sebelum menggunakan jasa, dengan tingkat kepuasan diperoleh setelah menggunakan jasa. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas layanan dapat didefinisikan berdasarkan perspektif dan harapan konsumen dalam pengevaluasian terhadap proses produksi jasa dimana kualitas pelayanan adalah hal mutlak yang harus dimiliki oleh perusahaan atau instansi yang menawarkan jasa, karena dengan kualitas pelayanan kepada konsumen, perusahaan atau instansi dapat mengukur pencapaian tingkat kinerjanya. Suatu layanan

diasumsikan berkualitas apabila secara konsisten sesuai dengan harapan pelanggan.

Penilaian pasien terhadap kualitas ditentukan oleh dua hal, yaitu harapan pasien terhadap kualitas (*expected quality*) dan persepsi pasien atas kualitas (*perceived quality*) (Parasuraman dalam (Tjiptono F. , 1999)). Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka pengukuran keberhasilan suatu perusahaan jasa rumah sakit, lebih banyak ditentukan oleh penilaian dan persepsi pasien tentang kualitas pelayanan yang diberikan. Kualitas layanan yang lebih baik, kepuasan pelanggan serta tingkat loyalitas yang lebih tinggi akan mempertahankan posisi kompetitif suatu perusahaan di tengah ketatnya persaingan dan meningkatkan profitabilitas di bawah persaingan yang ketat (Kotler, 1991). Kualitas Layanan dapat diukur dan diketahui dengan cara membandingkan persepsi konsumen atas pelayanan yang mereka terima dan rasakan dengan ekspektasi dari layanan yang mereka inginkan (Deb & Ahmed, 2018).

2.2.1 Dimensi Kualitas Layanan

(Parasuraman, Zeithamal, & Berry, 1988) pertama kali mengemukakan pendekatan untuk mengukur suatu kualitas jasa menggunakan model SERVQUAL. Model SERVQUAL adalah alat yang bertujuan untuk menilai persepsi pelanggan tentang kualitas layanan dimana dimensi kualitas layanan tersebut secara umum dapat dimodifikasi menyesuaikan model jasa yang akan dianalisis. Lima dimensi kualitas layanan yaitu:

1) *Tangibles* (Komponen Fisik)

Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), *Tangibles* merupakan penampilan fisik dari layanan, peralatan, fasilitas, alat, dan staf. Terkait kemampuan perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya pada pihak luar. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perubahan serta keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa. Dimensi ini Berfokus pada elemen-elemen yang merepresentasikan pelayanan secara fisik yang meliputi fasilitas fisik, lokasi, perlengkapan dan peralatan yang dipergunakan (teknologi), serta penampilan pegawainya (Saidani & Arifin, 2012).

2) *Reliability* (Kehandalan)

Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), *Reliability* merupakan kemampuan untuk memberikan layanan yang dijanjikan dengan cara yang memadai dan dapat diandalkan. Kemampuan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang telah dijanjikan dengan tepat yang meliputi kesesuaian kinerja dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan, sikap simpatik dan akurasi (Saidani & Arifin, 2012).

3) *Responsiveness* (Performansi)

Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), *Responsiveness* merupakan kapasitas untuk memecahkan masalah pelanggan dan untuk melayani pelanggan dengan cepat. Menurut (Hart, Heskett, & Sasser, 1990), Responsif merupakan bagaimana penyampaian layanan serta *problem solving* yang ditawarkan oleh Perusahaan dapat ditunjukkan secara langsung oleh personel perusahaan kepada pelanggan, sehingga dapat diketahui bahwa layanan perusahaan tersebut memiliki kualitas yang baik. Kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (responsif) dan tepat kepada pelanggan dengan informasi yang jelas. Dimensi ini menekankan pada perilaku personel yang memberi pelayanan untuk memperhatikan permintaan, pertanyaan, dan keerratan dari para pelanggan (Saidani & Arifin, 2012).

4) *Assurance* (Kompetensi Personel)

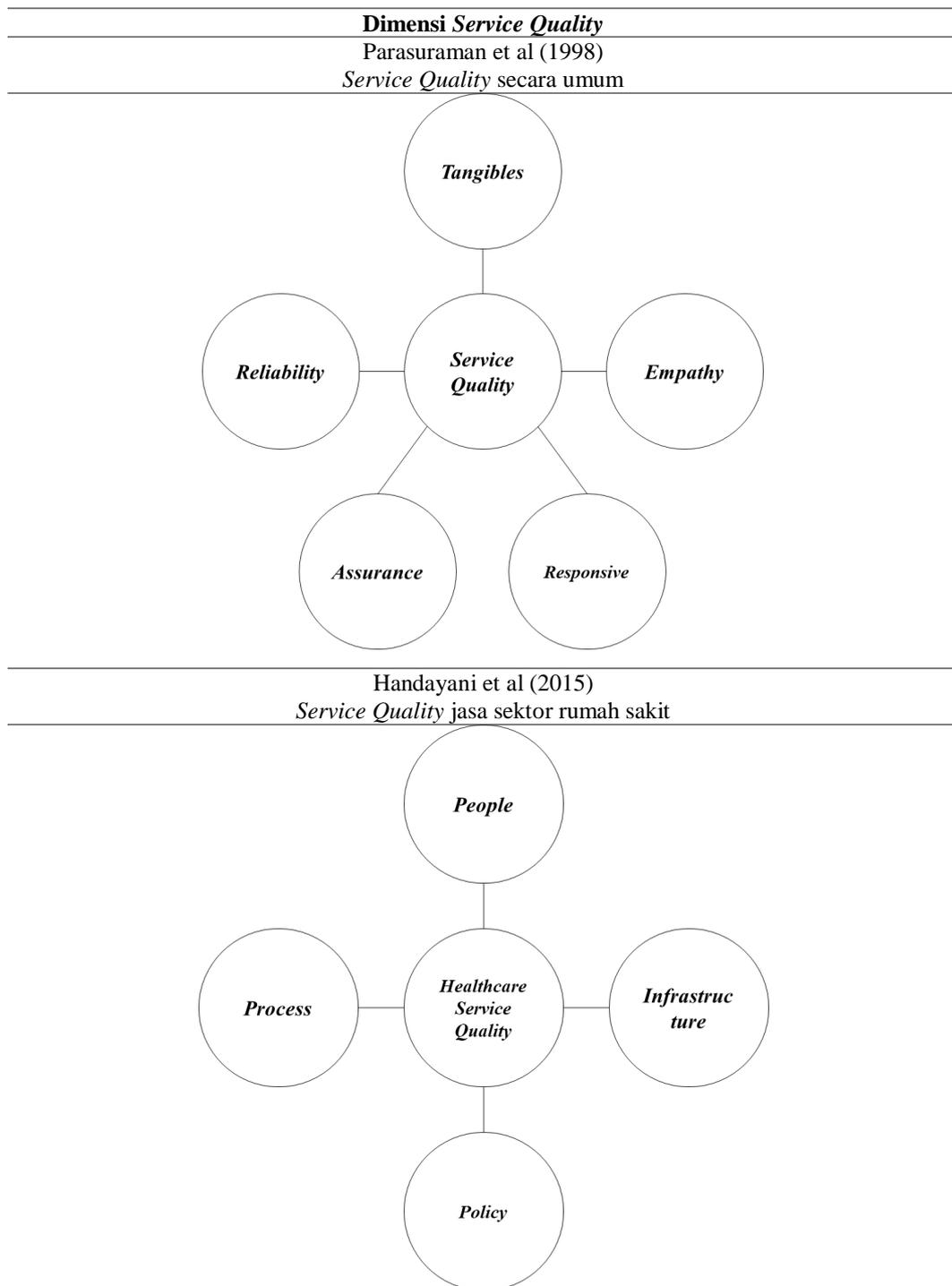
Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), *Assurance* merupakan pengetahuan, kesopanan, dan keandalan karyawan. kemampuan untuk melahirkan kepercayaan dan keyakinan pada diri pelanggan yang meliputi pengetahuan, kesopansantunan dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan (Saidani & Arifin, 2012). Hal ini meliputi beberapa komponen antara lain komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi, dan sopan santun. Selain kemampuan serta wawasan yang dibutuhkan pegawai saat menyampaikan layanan, perusahaan dan pegawai juga harus mampu menjamin bahwa layanan akan tersampaikan dengan baik dan tepat sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pelanggan (Parasuraman, 1988).

5) *Emphaty* (*Softskill* Personel)

Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), *Empathy* merupakan perhatian dan perhatian khusus yang diberikan oleh organisasi kepada pelanggan. Menekankan pada perlakuan konsumen sebagai individu yang meliputi syarat untuk peduli, memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan (Saidani & Arifin, 2012). Tidak hanya mengerti kebutuhan pelanggan dan memperhatikan pelanggan dengan baik, akan tetapi Perusahaan juga harus mengetahui secara spesifik apa yang diminta oleh pelanggan, sehingga kriteria jasa yang diinginkan oleh pelanggan nantinya akan diperoleh sesuai dengan yang diharapkan. *Empathy* erat kaitannya dengan personel perusahaan atau pegawai yang berinteraksi secara langsung dengan pelanggan .

Menurut (Parasuraman, Zeithamal, & Berry, 1988) dimensi kualitas layanan dapat dimodifikasi menyesuaikan model jasa yang akan dianalisis. Untuk itu, pada penelitian kali ini akan digunakan dimensi-dimensi yang dikemukakan oleh (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015) yang telah meringkas kerangka kerja atau *framework* kualitas layanan kesehatan dari 4 pakar peneliti yaitu Büyüközkan, Parasuraman, Mosadeghrad, serta Chaker & Al-Azzab menjadi suatu *framework* kualitas layanan kesehatan yang terdiri dari empat dimensi yaitu Sumber Daya Manusia (*Human Resources/People*), Proses (*Processes*), Infrastruktur (*Infrastructure*), dan Kebijakan (*Policy*). Model tersebut merupakan versi replikasi model *original* kualitas layanan milik Parasuraman. Perbedaan dimensi kualitas layanan (Parasuraman, Zeithamal, & Berry, 1988) dan (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015) disajikan pada Tabel 2.1 berikut.

Tabel 2. 1 Dimensi *Service Quality*



2.2.2 Kualitas Layanan Rumah Sakit

Penulis menggunakan dimensi *healthcare service quality* yang diadaptasi dari penelitian yang dilakukan oleh (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015) karena dimensi *service quality* yang diusulkan telah dimodifikasi menyesuaikan sektor rumah sakit yang juga menjadi objek

penelitian ini. Dimensi-dimensi pada *healthcare service quality*, yaitu sumber daya manusia, proses, infrastruktur, dan kebijakan, masing-masing memiliki atribut yang secara detail meninjau bagaimana komponen-komponen praktis yang diterima oleh pasien rumah sakit. Gambar 2.1 menunjukkan kerangka evaluasi model kualitas layanan kesehatan

1. *Human Resource* (Sumber Daya Manusia)

Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), dimensi SDM mengacu pada organisasi yang didukung oleh tenaga medis dan non-medis yang profesional. Pemerintah pusat serta pemerintah daerah harus lebih memperhatikan pengembangan staf medis, yang meliputi peningkatan jumlah, kompetensi, dan pengetahuan staf serta distribusi staf medis. Staf rumah sakit harus mencerminkan profesionalisme tinggi dengan empati untuk pasien yang menuntut agar petugas layanan kesehatan profesional memiliki keterampilan yang sangat baik dan pengalaman yang cukup, melakukan inovasi berkelanjutan sesuai dengan perkembangan teknologi dan ilmu kesehatan terbaru yang dapat diakses kapan saja dibutuhkan oleh pasien. Untuk membangun proses perawatan yang nyaman dan andal, tenaga kesehatan profesional harus dapat merawat pasien dengan tingkat perhatian yang tinggi, terlibat dalam komunikasi dua arah, dan memiliki kemampuan untuk menginspirasi kepercayaan pasien terhadap rumah sakit.

2. *Process* (Proses)

Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), dimensi proses menunjukkan bahwa organisasi harus memiliki tingkat respons yang tinggi dan dapat diandalkan untuk memberikan layanan yang dijanjikan. dimensi proses harus mencerminkan daya tanggap dan keandalan. Untuk memberikan layanan publik yang sangat baik, rumah sakit harus dapat menyediakan operasi dan layanan yang dijanjikan tepat waktu, membantu pasien dengan rela, menyediakan proses otomatis, dan dapat menyediakan semua jenis layanan yang dibutuhkan oleh pasien. Menyediakan proses otomatis menunjukkan bahwa kegiatan rumah sakit harus dioptimalkan melalui teknologi informasi, seperti Sistem Informasi Rumah Sakit. Dengan keakuratan data dan informasi yang dihasilkan dari Sistem Informasi Rumah Sakit, citra rumah sakit akan

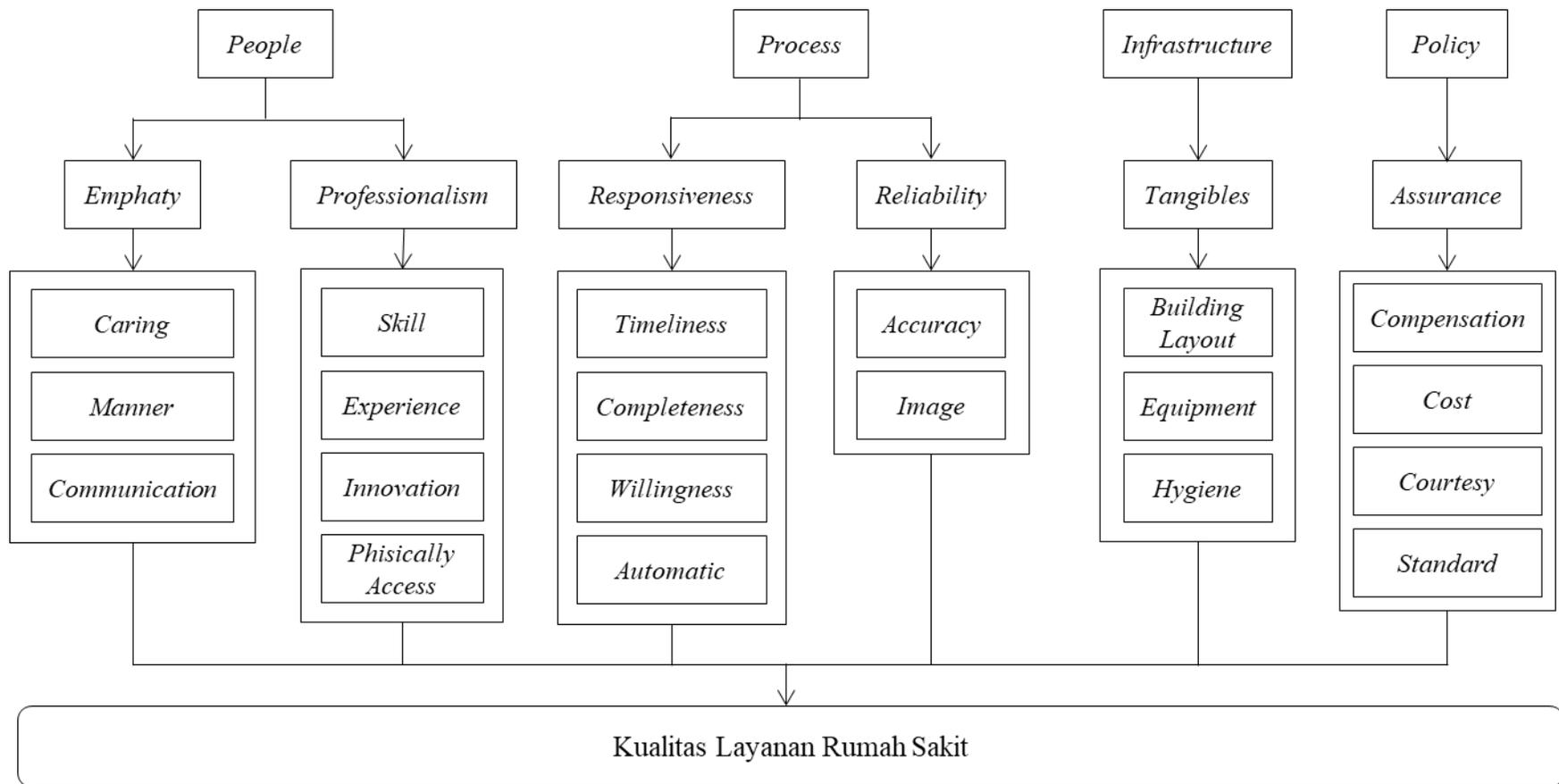
meningkat akibat peningkatan kecepatan layanan kesehatan yang diberikan (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

3. *Infrastructure* (Teknologi)

Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), dimensi infrastruktur berarti bahwa fasilitas harus memiliki bangunan dan peralatan yang memadai. Dimensi infrastruktur juga memainkan peran penting dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit, dan dimensi ini juga harus diukur. Sub-kriteria yang termasuk dalam dimensi ini adalah (1) keberadaan infrastruktur higienis, termasuk bangunan, peralatan medis, dan tenaga kesehatan, (2) ketersediaan peralatan medis (kapasitas kamar dan tempat tidur, instrumen bedah, obat-obatan, dll.), dan (3) tata letak bangunan yang estetis dan nyaman (misalnya, simbol dan tanda yang mudah ditemukan untuk memberikan arahan yang jelas bagi pasien).

4. *Policy* (Kebijakan)

Menurut (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015), dimensi kebijakan mengacu pada memberikan jaminan untuk semua layanan yang dijanjikan. Dua dimensi, sumber daya manusia dan proses, tidak dapat dijalankan dengan lancar tanpa kebijakan yang jelas, menyeluruh, terstandarisasi, dan formal. Diperlukan kebijakan untuk mengatur implementasi sumber daya manusia, proses, dan perencanaan infrastruktur. Dimensi kebijakan juga harus mencakup jaminan sesuai dengan prinsip kesopanan untuk meningkatkan kepercayaan pasien, meningkatkan standar yang berlaku di Indonesia, dan memberikan layanan yang terjangkau untuk semua pasien serta kompensasi atau garansi yang diberikan kepada pasien setiap kali timbul masalah.



Gambar 2. 1 Kerangka Evaluasi Model Kualitas Layanan Kesehatan

Sumber: Handayani et al (2015)

2.5 Kepuasan Pelanggan

Kepuasan atau (*satisfaction*) berasal dari kata berbahasa latin “*satis*” dan “*facio*” yang masing-masing memiliki arti yaitu cukup baik atau memadai dan membuat atau melakukan. Dengan demikian, secara bahasa kepuasan dapat diartikan sebagai usaha untuk memenuhi sesuatu atau usaha membuat sesuatu memadai. Kepuasan pelanggan menurut (Haryanto, 2013) yaitu tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan performansi atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. Kepuasan adalah keadaan pasca-pembelian pikiran konsumen yang mencerminkan seberapa besar konsumen menyukai atau tidak menyukai layanan setelah mengalaminya (Woodside, Frey, & Daly, 1989).

Kepuasan adalah respon akan terpenuhinya ekspektasi yaitu sebuah pertimbangan bahwa fitur dari sebuah produk atau jasa memberikan sebuah tingkat kenikmatan terpenuhinya ekspektasi konsumen (Oliver, 1997). (Mowen & Minor, 2002) mendefinisikan kepuasan pelanggan sebagai keseluruhan sikap yang ditunjukkan konsumen atas barang atau jasa setelah pelanggan tersebut memperoleh dan menggunakannya. Lebih luas (Kotler & Keller, 2012) menjelaskan bahwa kepuasan berhubungan dengan perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan kinerja produk yang dirasakan terhadap kinerja yang diharapkan. Jika kinerja produk tidak sesuai dengan harapan, maka akan terjadi ketidakpuasan. Tetapi ketika suatu produk memiliki kinerja sekurang-kurangnya sama atau melebihi harapan pelanggan, maka akan tercipta kepuasan.

Kepuasan dipandang sebagai kunci untuk mempertahankan pelanggan yang sudah ada dan membangun hubungan jangka panjang dengan pelanggan. Investasi dalam kepuasan pelanggan seperti mengambil sebuah polis asuransi. Jika kesulitan menimpa perusahaan, pelanggan akan lebih mungkin untuk tetap setia (Anderson & Sullivan, 1993). (Fornell, 1992) juga menyatakan bahwa tujuan dasar perusahaan adalah untuk mengelola dan meningkatkan kepuasan pelanggan dalam rangka meningkatkan retensi pelanggan. Kepuasan konsumen dapat menjadi panduan untuk memantau dan meningkatkan kinerja bisnis saat ini dan potensial. Kepuasan pelanggan, mengarah pada loyalitas pelanggan, rekomendasi, dan pembelian berulang (Wilson et al., 2008).

Berdasarkan beberapa pengertian mengenai kepuasan pelanggan, dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya pengertian kepuasan pelanggan mencakup perbedaan antara harapan dan kinerja atau hasil yang dirasakan. Seorang pelanggan dapat saja mengalami berbagai derajat kepuasan. Jika kinerja layanan kurang dari harapan, maka pelanggan akan merasakan ketidakpuasan. Sebaliknya, jika kinerjanya sesuai dengan harapan, maka pelanggan akan puas.

Dalam pengukuran kepuasan pelanggan jasa terdapat 3 dimensi yang diperhitungkan menurut (Consuegra, Arturo, & Esteban, 2007) antara lain:

- a) Kesesuaian Harapan, yaitu jasa yang ditawarkan apakah sesuai dengan harapan awal dari pelanggan.
- b) Persepsi Kinerja, yaitu hasil atau kinerja pelayanan yang diterima sudah sangat baik atau belum.
- c) Penilaian Pelanggan, yaitu pelayanan yang diterima pelanggan secara keseluruhan apakah lebih baik atau tidak jika dibandingkan dengan penyedia jasa lain yang menawarkan jasa yang sama

2.6 Importance Performance Analysis (IPA)

Metode *Importance-Performance Analysis* (IPA) pertama kali dikemukakan oleh Martilla & James 1977 untuk memberikan wawasan manajemen untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dari sebuah perusahaan (Puspitasari, Suliantoro, & Kusumawardhani, 2010). Metode *Importance-Performance Analysis* (IPA) digunakan untuk memperoleh informasi tentang tingkat kepuasan pelanggan terhadap suatu layanan dengan mengukur tingkat kepentingan dan tingkat kinerja. IPA biasanya dipandang sebagai bagian dari riset pemasaran teknik yang melibatkan analisa sikap pelanggan terhadap atribut produk atau jasa yang menonjol dan membantu praktisi memprioritaskan peluang untuk memperbaiki atribut kualitas produk atau jasa secara langsung (Wu, Tang, & Shyu, 2010).

Dalam teknik ini, responden diminta untuk menilai tingkat kepentingan berbagai atribut relevan dan tingkat kinerja perusahaan (*perceived performance*) pada masing – masing atribut tersebut. Kemudian nilai rata – rata tingkat kepentingan atribut dan kinerja perusahaan akan dianalisis di *Importance Performance Matrix*. Matriks ini sangat bermanfaat sebagai pedoman dalam

mengalokasikan sumber daya organisasi yang terbatas pada bidang – bidang spesifik, dimana perbaikan kinerja bisa berdampak besar pada kepuasan konsumen total (Nasution, 2010).

Dalam hal ini, digunakan skala 5 *Likert* untuk menilai tingkat kepentingan konsumen yang terdiri dari sangat penting, penting, cukup penting, kurang penting, dan tidak penting. Kelima penilaian tersebut diberikan bobot sebagai berikut. Jawaban sangat penting diberi bobot 5; jawaban penting diberi bobot 4; jawaban cukup penting diberi bobot 3; jawaban kurang penting diberi bobot 2; jawaban tidak penting diberi bobot 1 (Nasution, 2010).

Dalam penelitian ini terdapat 2 buah variabel yang diwakilkan oleh huruf X dan Y, di mana X merupakan tingkat kinerja perusahaan yang dapat memberikan kepuasan para konsumen, sedangkan Y merupakan tingkat kepentingan konsumen. Rumus yang digunakan adalah:

$$Tki = \frac{X_i}{Y_i} \times 100\% \quad (2.1)$$

Dimana:

- Tki = Tingkat kesesuaian responden
- X_i = Skor penilaian kinerja perusahaan
- Y_i = Skor penilaian kepentingan konsumen

Selanjutnya, sumbu mendatar (X) akan diisi oleh skor tingkat kinerja/pelaksanaan, sedangkan sumbu tegak (Y) akan diisi oleh skor tingkat kepentingan. Dalam menyederhanakan rumus, maka untuk setiap faktor yang mempengaruhi kepuasan konsumen adalah dengan rumus (Nasution, 2010):

$$\bar{X} = \frac{\sum X_i}{n} \quad (2.2)$$

$$\bar{Y} = \frac{\sum Y_i}{n} \quad (2.3)$$

Dimana:

- \bar{X} = skor rata-rata tingkat pelaksanaan / kepuasan
- \bar{Y} = skor rata-rata tingkat kepentingan
- N = jumlah responden

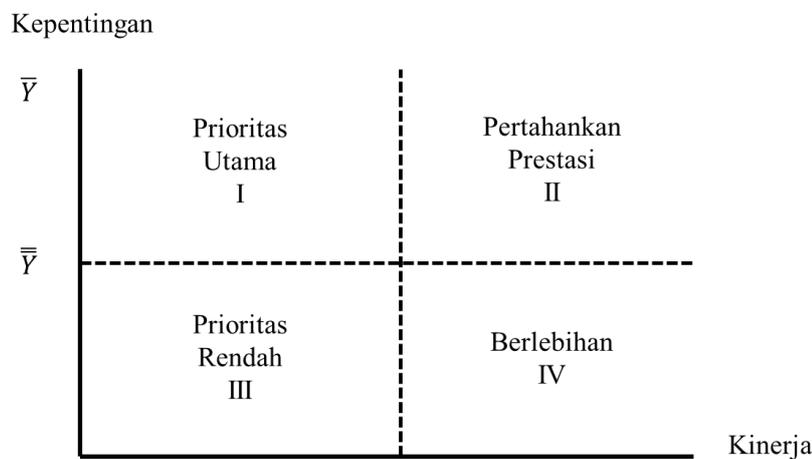
Diagram kartesius merupakan suatu bagan yang dibagi atas empat bagian yang dibatasi oleh 2 buah garis yang berpotongan tegak lurus pada titik – titik (X,Y), X merupakan rata – rata dari rata – rata skor tingkat pelaksanaan atau

kepuasan konsumen seluruh faktor atau atribut dan Y adalah rata – rata dari rata – rata skor tingkat kepentingan seluruh faktor yang mempengaruhi kepuasan konsumen. Rumus selanjutnya (Nasution, 2010):

$$\bar{X} = \frac{\sum \bar{X}_i}{K} \quad (2.4)$$

$$\bar{Y} = \frac{\sum \bar{Y}_i}{K} \quad (2.5)$$

Di mana K = banyaknya atribut/fakta yang dapat mempengaruhi kepuasan konsumen. Selanjutnya, tingkat unsur – unsur tersebut akan dijabarkan dan dibagi menjadi empat bagian ke dalam diagram kartesius, seperti pada gambar 2.2 berikut ini:



Gambar 2. 2 Diagram Kartesius

Sumber: Nasution, 2010

Keterangan:

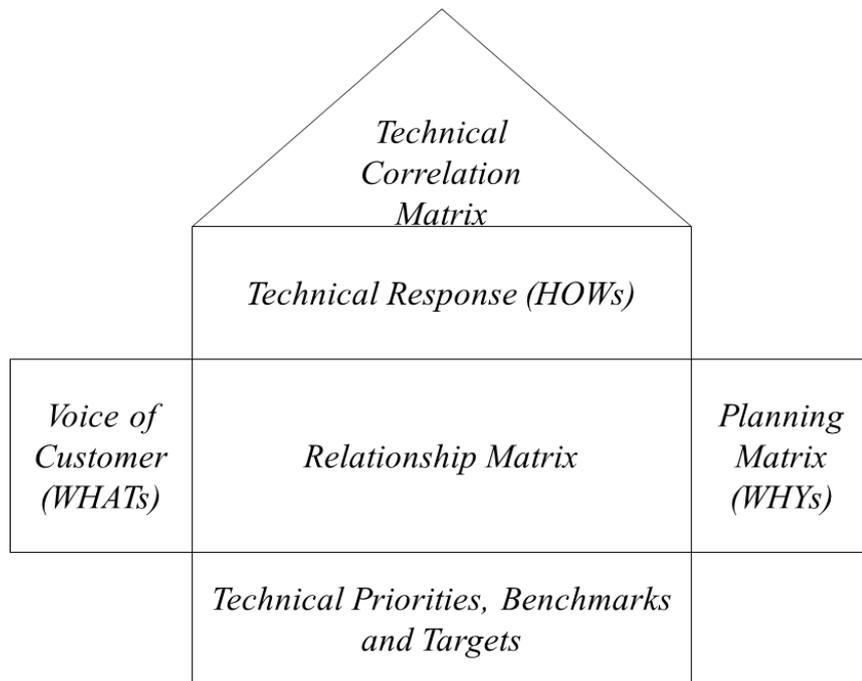
- I. Menunjukkan faktor atau atribut yang dianggap mempengaruhi kepuasan konsumen, termasuk unsur jasa yang dianggap sangat penting, namun manajemen belum melaksanakannya sesuai keinginan konsumen, sehingga mengecewakan/ tidak puas.
- II. Menunjukkan unsur jasa pokok yang telah berhasil dilaksanakan perusahaan, untuk itu wajib dipertahankannya. Dianggap sangat penting dan sangat memuaskan.
- III. Menunjukkan beberapa faktor yang kurang penting pengaruhnya bagi konsumen, pelaksanaannya oleh perusahaan biasa – biasa saja. Dianggap kurang penting dan kurang memuaskan.

- IV. Menunjukkan faktor yang mempengaruhi konsumen kurang penting, tetapi pelaksanaannya berlebihan. Dianggap kurang penting, tetapi sangat memuaskan.

2.7 Quality Function Deployment (QFD)

Quality function deployment (QFD) dikembangkan pertama kali tahun 1972 oleh Mitsubishi's Shipyard di Kobe, Jepang. QFD adalah metodologi terstruktur yang digunakan dalam proses perancangan dan pengembangan produk untuk menetapkan spesifikasi kebutuhan dan keinginan konsumen, serta mengevaluasi secara sistematis kapabilitas produk atau jasa dalam memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen (Cohen, 1995). Sedangkan menurut Gaspersz (dari Marimin, 2004) QFD didefinisikan sebagai suatu proses atau mekanisme terstruktur untuk menentukan kebutuhan pelanggan dan menterjemahkan kebutuhan tersebut ke dalam kebutuhan teknis yang relevan, dimana masing-masing area fungsional dan level organisasi dapat mengerti dan bertindak. Berdasarkan definisi di atas, QFD dapat diartikan sebagai suatu konsep yang dirancang sebagai tanggapan atas kebutuhan pelanggan untuk diterjemahkan menjadi apa yang dihasilkan oleh penyedia jasa atau perusahaan dengan menghubungkan apa keinginan konsumen dan bagaimana suatu produk akan didesain dan diproduksi agar memenuhi keinginan konsumen (Nasution, 2010).

Konsep dasar QFD sebenarnya adalah suatu cara pendekatan untuk mendesain produk agar dapat memenuhi keinginan konsumen dan bermula dari suara pelanggan (*voice of customer*). Sehingga *tools* ini akan memungkinkan pihak perusahaan untuk menentukan secara jelas keinginan dan kebutuhan konsumen, memprioritaskan kebutuhan pelanggan, menemukan tanggapan inovatif terhadap kebutuhan tersebut dan memperbaiki proses sehingga tercapai efektivitas maksimum. Alat yang digunakan untuk menggunakan struktur QFD adalah matriks yang disebut *house of quality* (HOQ). Matriks ini pada dasarnya terdiri dari dua bagian utama yaitu bagian horisontal yang berisi informasi yang berhubungan dengan konsumen dan bagian vertikal yang berisi informasi teknis sebagai respon atas input konsumen. Bentuk umum dari matriks ini terdiri dari enam komponen seperti pada gambar 2.3 berikut ini:



Gambar 2. 3. *House of Quality*

Sumber: Marimin, 2004

Keterangan :

1) *Voice of Customer (WHATs)*

Daftar persyaratan terstruktur yang berasal dari persyaratan konsumen. Matriks *whats* berisi informasi yang merupakan input utama dalam proses QFD. Informasi ini akan mencakup daftar kebutuhan konsumen secara terstruktur yang langsung diterjemahkan dari *voice of customer* sehingga dapat menghasilkan interpretasi kualitas produk. Langkah-langkah untuk mendapatkan *voice of customers* diawali dengan menggali suara pelanggan melalui wawancara, kuisioner terbuka dan komplain pelanggan. Langkah kedua yaitu melakukan pengklasifikasian *voice of customer* ke dalam beberapa kategori. Langkah ketiga yaitu memasukkan *voice of customer* ke dalam matriks kebutuhan pelanggan atau matriks *whats*.

2) *Technical Response (HOWs)*

Technical response ini merupakan daftar karakteristik produk yang terstruktur yang relevan dengan persyaratan konsumen dan terukur. Matriks ini akan mentransformasikan kebutuhan yang bersifat non teknis menjadi data yang bersifat teknis untuk memenuhi kebutuhan konsumen. Data ini diturunkan berdasarkan informasi yang diperoleh dari matriks *whats*.

Dalam *technical response* ini, perusahaan mentranslasikan kebutuhan konsumen menjadi *substitute quality characteristics*.

3) *Relationship Matrix*

Relationship Matrix menggambarkan persepsi tim QFD mengenai keterkaitan hubungan antara *technical respon* dan *customer requirement*. Hubungan yang semakin kuat menandakan tingkat kepuasan yang meningkat pula. Berikut ini merupakan empat kemungkinan korelasi yang terjadi antara *technical respon* dan *customer requirement*:

1. *Not linked (Blank)* diberi nilai nol. Perubahan pada respon teknis tidak akan berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan.
2. *Possibly linked*, diberi nilai 1. Perubahan yang relatif besar pada respon teknis akan memberi sedikit perubahan pada kepuasan pelanggan.
3. *Moderate linked*, diberi nilai 3. Perubahan yang relatif besar pada respon teknis akan memberikan pengaruh yang cukup berarti pada kepuasan pelanggan.
4. *Strongly linked*, diberi nilai 9. Perubahan yang relatif kecil pada respon teknis akan memberikan pengaruh yang cukup berarti pada kepuasan pelanggan.

Simbol-simbol yang akan digunakan dalam *relationship matrix* ini dijelaskan pada tabel berikut :

Tabel 2. 2 Nilai Hubungan Tiap Unsur antara Karakteristik Teknis

Nilai	Arti	Simbol
1	<i>Possibly linked</i> (keberadaan)	△
3	<i>Moderate linked</i> (pertahankan)	○
9	<i>Strongly linked</i> (pengembangan)	◎

Sumber: Wijaya, 2011

4) *Technical Correlation (ROOF) matrix*

Matriks ini digunakan untuk mengidentifikasi korelasi antar *technical requirement*, apakah saling mendukung atau saling mengganggu. Korelasi antar respon teknis ini memiliki lima kemungkinan yaitu :

1. *Strong possitive impact*, perubahan pada respon teknis 1 ke arah *direction of goodness*, akan memberi pengaruh positif kuat terhadap *direction of goodness* respon teknis 2.
2. *Moderate impact*, perubahan pada respon teknis 1 ke arah *direction of goodness*, akan memberi pengaruh sedang terhadap *direction of goodness* respon teknis 2.
3. *No impact*, perubahan pada respon teknis 1 ke arah *direction of goodness*, tidak akan memberi pengaruh terhadap *direction of goodness* respon teknis 2.
4. *Moderate Negative Impact*, perubahan pada respon teknis 1 ke arah *direction of goodness*, akan memberi pengaruh negatif sedang terhadap *direction of goodness* respon teknis 2.
5. *Strong Negative Impact*, perubahan pada respon teknis 1 ke arah *direction of goodness*, akan memberi pengaruh negatif kuat terhadap *direction of goodness* respon teknis 2.

Korelasinya juga ditunjukkan dengan simbol-simbol tertentu sebagai berikut :

- ++ : *Strong possitive impact*
- + : *Moderate impact*
- Kosong : *No impact*
- : *Moderate Negative Impact*
- ▼ : *Strong Negative Impact*

5) *Technical Matrix*

Technical Matrix ini berisi informasi yang meliputi prioritas, *own performance*, *competitive benchmark* dan target. Prioritas terdiri dari *contribution* dan *normalized contribution*. *Contribution* memuat kontribusi respon teknis dalam upayanya memenuhi *voice of customer*. Nilai kontribusi ini bergantung pada nilai *normalized raw weight* dan nilai *relationship*. *Normalized contribution* menunjukkan persentase dari tiap *contribution* respon teknis. Total nilai *contribution* dari semua respon teknis disebut sebagai *total contribution*. *Contribution* dan *normalized contribution* dirumuskan sebagai berikut :

$$\text{Contribution} = \sum(\text{Normalized raw weight} \times \text{nilai relationship}) \quad (2.6)$$

$$\text{Normalized contribution} = \text{Contribution} \div \text{total contribution} \quad (2.7)$$

Sementara itu, *own performance* memuat besarnya usaha yang dilakukan pihak manajemen untuk memuaskan konsumen melalui respon teknis yang ada dan nilainya dipengaruhi oleh kepuasan konsumen yaitu nilai dari *current satisfaction performance* (CSP) dan nilai *relationship* (R). *Own performance* (OP) dirumuskan sebagai berikut :

$$OP = \sum(CSP \times R) \div \sum R \quad (2.8)$$

Untuk *competitive benchmark* hampir sama dengan *own performance* tetapi nilainya menggambarkan kinerja kompetitor. Output akhir dari matriks ini adalah target untuk setiap *technical requirement*. Perusahaan harus meningkatkan pelayanan pada persyaratan teknis sesuai dengan tingkat prioritas karena target ini penting guna meningkatkan kepuasan pelanggan (Rahman, 2012).

6) *Planning Matrix* (WHYs)

Matriks yang menggambarkan persepsi konsumen yang diamati dalam survei pasar. Matriks ini bertujuan untuk mengukur kebutuhan pelanggan dengan melihat tingkat kepentingannya. Selain itu matriks ini juga ditujukan untuk menetapkan tujuan performansi kepuasan konsumen untuk masing-masing kebutuhannya. Sehingga matriks perencanaan dapat dipergunakan untuk merencanakan prioritas kebutuhan pelanggan. Pada matriks ini akan diperoleh perihal tentang:

1. *Importance to Customer* Pada bagian ini ditempatkan nilai dari tingkat kepentingan masing-masing kebutuhan yang diinginkan pelanggan. Tingkat kepentingan ini diperoleh dari persepsi konsumen. Data ini biasanya diperoleh melalui *interview* atau kuesioner. Terdapat tiga cara untuk menentukan tingkat kepentingan pelanggan yaitu :

- *Absolute importance*. Tingkat kepentingan ini biasanya dinyatakan dengan menggunakan lima skala. Akan tetapi cara ini memiliki kelemahan karena responden cenderung memberikan nilai rata-rata.
- *Relative importance*. Tingkat kepentingan ini biasanya dinyatakan dalam 100 skala atau dalam skala persentase (skala rasio). Tetapi tidak setiap pelanggan dapat memberikan nilai

yang sama untuk setiap *customer need*. Hal ini menunjukkan bahwa tidak mungkin semua kebutuhan pelanggan akan mencapai nilai maksimum 100. Rentang nilai untuk *relative importance* biasanya berkisar antara 40 sampai 85. Dalam hal ini ada beberapa metode yang digunakan untuk mengetahui *relative importance*. Salah satunya dengan *constant sum paired comparisons* yaitu memaparkan atribut kepada responden dalam bentuk berpasangan dan meminta responden untuk menunjukkan apakah salah satu anggota berpasangan tersebut lebih penting apabila dibandingkan dengan yang lainnya. Metode lainnya dengan menyajikan daftar berbagai kemungkinan dan meminta responden untuk menyusunnya dalam bentuk peringkat dari tingkat kepentingan.

- *Ordinal importance*. Dengan penggunaan tingkat kepentingan ini, responden perlu mengurutkan atribut atau kebutuhan berdasarkan tingkat kepentingannya. Angka 1 menyatakan atribut yang paling tidak dipentingkan. *Ordinal importance* ini akan menunjukkan lebih penting atau kurang pentingnya suatu atribut bila dibandingkan dengan atribut yang lain.

2. *Current Satisfaction Performance (CSPi)*

Performansi kepuasan konsumen ini digunakan untuk melihat penilaian terhadap produk atau jasa yang sudah ada dan sudah digunakan oleh konsumen. Pada umumnya metode yang digunakan untuk memperoleh penilaian ini adalah melalui interview atau kuesioner. Dalam penilaian menggunakan kuesioner, kuesioner dipergunakan untuk mengetahui tentang penilaian seberapa baik produk yang dikeluarkan perusahaan dalam memenuhi kebutuhan pelanggan. Kemudian responden biasanya menjawab pertanyaan dengan memberikan bulatan pada jawaban dalam kuesioner. Tingkat kepuasan konsumen ini biasanya dinyatakan dalam bentuk angka atau *performance level*. Kemudian performansi kepuasan konsumen ini dapat dihitung bobotnya dengan rumus :

$$CSPi = \sum \text{respon den performansi } i \div \sum \text{respon den} \quad (2.9)$$

Nilai dari performansi kepuasan konsumen ini mempunyai skala 1-5 dengan angka 1 yang menyatakan tingkat kepuasan yang paling rendah.

3. *Competitive satisfaction performance (CoSPi)*

CoSPi merupakan penilaian konsumen terhadap produk atau jasa dari kompetitor yang akan digunakan sebagai acuan untuk perbaikan bagi perusahaan.

4. *Goal*

Performansi yang diharapkan konsumen dan merupakan tujuan yang akan dicapai oleh perusahaan setelah memperhatikan kemampuan yang dimiliki oleh perusahaan.

5. *Improvement Ratio*

Nilai IR merupakan perbandingan antara goal atau target value dan performansi kepuasan konsumen saat ini. Semakin besar nilai IR ini maka semakin besar pula usaha yang harus dilakukan untuk mewujudkannya.

6. *Sales point*

Nilai *sales point* mengidentifikasi seberapa menguntungkan kebutuhan pelanggan tersebut memiliki dampak pada perusahaan jika kebutuhan tersebut dipenuhi. Adapun skala yang biasa digunakan adalah 1 jika tidak ada sales point, 1.2 untuk *sales point* yang cukup menguntungkan dan 1,5 untuk sales point yang menguntungkan perusahaan.

7. *Raw Weight*

Berisi nilai hasil pengolahan data dan keputusan *planning matrix*. *Raw weight* ini menunjukkan tingkat kepentingan berdasarkan persepsi konsumen dan improvement ratio serta sales point yang ditentukan oleh tim pengembang.

$$\text{Raw weight} = \text{tingkat kepentingan} \times \text{IR} \times \text{Sales Point} \quad (2.10)$$

8. *Normalisasi Raw Weight*

$$NRW = \text{Raw Weight} \div \sum \text{Raw Weight} \quad (2.11)$$

Quality Function Deployment membawa sejumlah manfaat bagi organisasi yang berupaya meningkatkan persaingan mereka secara terus – menerus memperbaiki kualitas dan produktivitasnya. Manfaat QFD terdiri atas berikut ini (Nasution, 2010):

1. Fokus pada pelanggan. QFD memerlukan pengumpulan masukan pelanggan dan umpan balik informasi iniditerjemahkan ke dalam seperangkat tuntutan pelanggan yang spesifik. Kinerja organisasi pada tuntutan pelanggan juga dari pesaing dipelajari secara cermat. Hal ini memungkinkan organisasi mengetahuinya, bagaimana dirinya dan pesaing sebanding dalam memenuhi keinginan pelanggan.
2. Efisien waktu. QFD dapat mengurangi waktu pengembangan karena berfokus pada tuntutan pelanggan yang spesifik dan jelas teridentifikasi.
3. Berorientasi kerja tim. QFD adalah pendekatan yang berorientasi pada kerja tim. Semua keputusan dalam proses didasarkan pada konsumen dan mencakup diskusi dan sumbang saran yang mendalam dari para anggota tim
4. Berorientasi dokumentasi. QFD mendorong isu dokumentasi. Salah satu produk QFD adalah sebuah dokumentasi komprehensif yang menarik bersama semua data yang bersangkutan tentang semua proses dan bagaimana data tersebut dibandingkan dengan tuntutan pelanggan.

2.8 Kajian Penelitian Terdahulu

Pada sub bab ini membahas mengenai penelitian sejenis yang sudah pernah dilakukan sebelumnya agar dapat dijadikan acuan untuk mencapai tujuan penelitian yang akan dilakukan, yaitu mengenai evaluasi kualitas dalam upaya meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien unit pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Kajian penelitian terdahulu disajikan pada Tabel 2.6 berikut.

Tabel 2. 3 Kajian Penelitian Terdahulu

Peneliti	Tujuan	Metode dan Analisis Data	Hasil Penelitian
(Meesala & Paul, 2018)	Mengidentifikasi faktor-faktor paling kritis di rumah sakit terkait dengan kualitas layanan yang akan memastikan kelangsungan hidup dan kesuksesan di masa depan.	AMOS	Dimensi <i>Reliability</i> dan <i>Responsiveness</i> memengaruhi kepuasan pasien. Kepuasan pasien secara langsung berkaitan dengan loyalitas pasien ke rumah sakit. Status perkawinan dan usia tidak memiliki dampak pada bobot regresi dari variabel yang dianalisis.
(Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015)	Menganalisis dimensi yang diperlukan oleh rumah sakit dalam rangka meningkatkan kualitas layanan rumah sakit untuk memenuhi pemangku kepentingan (yaitu, manajemen rumah sakit, Departemen Kesehatan sebagai pembuat kebijakan pemerintah, akademisi, dan pasien) kebutuhan dan harapan.	Entropy	Dimensi utama yang perlu diterapkan oleh rumah sakit dalam urutan prioritas adalah sumber daya manusia, proses, kebijakan, dan infrastruktur.
(Wihardias, 2015)	Menganalisis kesenjangan antara jasa yang dipersepsikan dengan jasa yang diharapkan mahasiswa dan mengetahui atribut layanan serta upaya peningkatan kualitas apa yang perlu diprioritaskan pada jurusan manajemen bisnis.	SERVQUAL dan QFD	Penelitian ini memperoleh lima atribut yang perlu diprioritaskan dari pelayanan yang diberikan jurusan X yaitu atribut X54 (bandwith internet), X46 (ruang ibadah), X48 (toilet), X1 (fasilitas magang) dan X18 (kemudahan dosen dihubungi). Selain itu diperoleh 31 respon teknis sebagai rekomendasi dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan
(Nurrisqiana, 2016)	Mengetahui kualitas pelayanan ruang rawat inap RSUD dr Abdoer Rahem Situbondo	SERVQUAL	Keseluruhan dimensi pelayanan memiliki skor ServQual Negatif. Skor Servqual terendah yaitu pada dimensi keadilan (<i>equity</i>) dimensi perhatian (<i>empathy</i>) sedangkan nilai skor ServQual tertinggi pada dimensi tampilan fisik (<i>tangible</i>).
(Li, et al., 2015)	Menganalisis persepsi pasien tentang kualitas layanan di rumah sakit di sembilan kota Cina dan mengusulkan beberapa langkah untuk perbaikan	ServQual scale, t-tests, ANOVA, dan regresi	Melaporkan tingkat kualitas layanan dari persepsi pasien berdasarkan skala ServQual mulai dari yang terbaik sampai yang terburuk dan mengusulkan langkah perbaikan
(Wongrukmit & Thawesaengkulthai, 2014)	Analisis komparatif untuk menunjukkan perbedaan dalam persepsi kualitas layanan di antara pasien dari berbagai negara (Jepang, Myanmar, Negara-negara Arab, dan Thailand).	SERVQUAL dan KANo	Atribut kualitas layanan menunjukkan tingkat yang berbeda secara signifikan antara kebangsaan yang berbeda.

Tabel 2. 3 Kajian Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

Peneliti	Tujuan	Metode dan Analisis Data	Hasil Penelitian
(Mendes, Trevizan, Godoy, & Nogueira, 2018)	Mengidentifikasi ekspektasi dan persepsi klien mengenai kualitas perawatan di rumah sakit yang diberikan kepada pasien dan rekan pasien di rumah sakit swasta Brasil.	SERVQUAL	Koefisien alfa Cronbach menunjukkan konsistensi internal yang baik ($\alpha = 0,93$) dan tingkat kesepakatan yang tinggi diamati (91,10%). Kuesioner SERVQUAL sensitif terhadap item dalam setiap dimensi yang persepsi kliennya melampaui harapan mereka.
(Kalaja, Myshhketa, & Scalera, 2016)	Menilai kualitas layanan di rumah sakit umum regional Durres, sebagai salah satu yang paling penting di Albania, mengingat kualitas adalah parameter utama dalam evaluasi kinerja.	SERVQUAL	Pasien merasa puas dalam semua dimensi layanan (kesenjangan positif), akan tetapi nilai rata-rata kesenjangan relatif rendah dikarenakan harapan pasien yang rendah karena layanan yang mereka dapatkan ketika dirawat di rumah sakit pada tahun-tahun sebelumnya. Urutan peringkat dimensi kualitas layanan yaitu keandalan diikuti oleh jaminan, empati, daya tanggap, dan bukti fisik.
(Mohebifar, Hasani, Barikani, & Rafiei, 2016)	Mengevaluasi kualitas layanan di rumah sakit pendidikan menggunakan matriks IPA	IPA	Menunjukkan <i>gap</i> antara kepentingan dan kinerja pada lima dimensi kualitas layanan dimana dimensi <i>reliability</i> dan <i>assurance</i> memiliki <i>gap</i> kualitas tertinggi dan <i>responsiveness</i> memiliki <i>gap</i> terendah. Menurut temuan, <i>reliability</i> dan <i>assurance</i> berada di Kuadran (I), <i>empathy</i> berada di Kuadran (II), serta <i>tangibles</i> dan <i>responsiveness</i> berada di Kuadran (IV) berdasarkan matrix IPA.
(Anggi & Tumiwa, 2014)	Menganalisis tingkat kepuasan pasien rawat inap RSI Sultan Agung Semarang dilihat dari dimensi kualitas pelayanan.	IPA	Dari hasil analisis kepuasan pasien menunjukkan bahwa secara keseluruhan tingkat kepuasan pasien rawat inap di kelas VIP dan kelas I berada pada kategori puas. Sedangkan tingkat kepuasan pasien rawat inap di kelas II dan kelas III berada pada kategori sangat puas. RSI Sultan Agung Semarang disarankan untuk tetap mempertahankan kinerja pelayanan dan memperbaiki atribut yang ada di Kuadran A.

Tabel 2. 3 Kajian Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

Peneliti	Tujuan	Metode dan Analisis Data	Hasil Penelitian
(Munsil, 2018)	Mengetahui Tingkat kepuasan pasien dilihat dari dimensi kualitas layanan pada layanan kesehatan poli jantung berdasarkan Metode IPA di RSUD Bahteramas tahun 2017.	IPA	Dari lima atribut yang mewakili dimensi reliability, hanya satu atribut yang dikatakan sudah memuaskan pasien. Sedangkan pada dimensi responsiveness, tidak ada satupun atribut yang sudah memuaskan pasien. Adapun dalam dimensi assurance, semua atributnya sudah memuaskan pasien. Pada dimensi empathy hanya 3 dari 5 atribut yang sudah memuaskan pasien.
(Aliman & Mohamad, 2016)	Menguji hubungan antara persepsi kualitas layanan, kepuasan pasien dan niat perilaku dalam industri perawatan kesehatan swasta di Malaysia.	Regresi Berganda	Semua faktor layanan memiliki hubungan positif dengan kepuasan pasien. Namun, hanya tiga dimensi kualitas layanan (<i>tangibles</i> , <i>assurance</i> , dan <i>emphaty</i>) yang menunjukkan hubungan signifikan dengan niat. Selain itu, <i>tangibles</i> , <i>reliability</i> , dan <i>assurance</i> memiliki hubungan yang signifikan dengan kepuasan. Dimensi <i>assurance</i> dianggap sangat penting dalam mempengaruhi kepuasan dan <i>behavioral intention</i> pasien. Kepuasan memiliki efek positif yang kuat pada perilaku niat. Singkatnya, baik dimensi kualitas layanan dan kepuasan pasien berhubungan positif dengan <i>behavioral intention</i> .
(Kitapci, Akdogan, & Dortyol, 2014)	Menyelidiki pengaruh dimensi kualitas layanan (SQ) pada kepuasan, mengidentifikasi pengaruh kepuasan terhadap komunikasi dari mulut ke mulut (WOM) dan niat pembelian kembali (RI) dan mencari hubungan yang signifikan antara WOM dan RI pada industri kesehatan.	SEM	Studi ini menunjukkan bahwa dua dimensi SERVQUAL (empati, dan jaminan) adalah anteseden penting dari kepuasan, dan, juga efek kepuasan terhadap bahan komunikasi WOM dan pembelian kembali yang ditemukan sangat saling terkait.

2.9 Research Gap

Tabel 2. 4 Research Gap

Peneliti	Metode Servqual	Metode IPA	Metode AMOS	Metode SEM	Metode HOQ	Meneliti Variabel Kualitas Layanan	Meneliti Variabel Kepuasan	Meneliti Variabel Loyalitas	Industri Kesehatan
(Meesala & Paul, 2018)			✓			✓	✓	✓	✓
(Nurrisqiana, 2016)	✓					✓			✓
(Wihardias, 2015)	✓				✓	✓	✓		
(Li, et al., 2015)	✓					✓			✓
(Wongrukmit & Thawesaengskulthai, 2014)	✓					✓			✓
(Mendes, Trevizan, Godoy, & Nogueira, 2018)	✓					✓			✓
(Kalaja, Myshhketa, & Scalera, 2016)	✓					✓			✓
(Mohebifar, Hasani, Barikani, & Rafiei, 2016)		✓				✓			✓
(Anggi & Tumiwa, 2014)		✓				✓	✓		✓
(Munsil, 2018)		✓				✓	✓		✓
(Kitapci, Akdogan, & Dortyol, 2014)				✓		✓	✓	✓	✓
Audina (2019)		✓			✓	✓	✓		✓

Pada umumnya penelitian terdahulu menggunakan dimensi kualitas layanan pengembangan dari (Parasuraman, Zeithamal, & Berry, 1988) yang disesuaikan dengan konteks jasa yang dijadikan objek amatan peneliti seperti penelitian yang dilakukan oleh (Meesala & Paul, 2018), (Nurrisqiana, 2016), (Wihardias, 2015), (Li, et al., 2015), (Wongrukmit & Thawesaengskulthai, 2014), (Mendes, Trevizan, Godoy, & Nogueira, 2018), (Kalaja, Myshhketa, & Scalera, 2016), (Mohebifar, Hasani, Barikani, & Rafiei, 2016), (Anggi & Tumiwa, 2014), (Munsil, 2018), (Aliman & Mohamad, 2016), dan (Kitapci, Akdogan, & Dortyol, 2014), kecuali penelitian yang dilakukan oleh (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015) telah menemukan dimensi kualitas layanan yang disesuaikan dengan konteks rumah sakit sehingga lebih relevan untuk digunakan. Dari segi metode dan analisis penelitian, kebanyakan penelitian terdahulu mengenai kualitas layanan menggunakan metode SERVQUAL dan IPA. Tabel 2.7 menunjukkan *research gap* penelitian.

Penelitian pada objek amatan unit pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo sebelumnya pernah dilakukan oleh (Nurrisqiana, 2016) yang memiliki tujuan untuk mengetahui kualitas pelayanan pasien unit rawat inap dari harapan dan perspektif pasien dengan metode Skor ServQual. Hasil temuan menunjukkan nilai skor Service Quality yang tergolong rendah sampai tinggi. Peneliti menilai bahwa penelitian mengenai kualitas layanan pada unit pelayanan rawat inap di RSUD Abdoer Rahem situbondo perlu dilakukan penelitian lanjutan karena berdasarkan data pengaduan dan keluhan pasien tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 awal yang didapat dari Pusat Informasi dan Pengaduan (PIP) RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo tercatat masih banyak keluhan pasien yang menunjukkan bahwa permasalahan yang dialami pasien selama empat tahun terakhir belum dapat teratasi dengan baik. Oleh karena itu, penelitian ini akan mengevaluasi kualitas layanan unit pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo dengan lebih relevan menggunakan model penelitian terbaru, mengusulkan usulan perbaikan menggunakan metode atau *tools* yang relevan serta mengukur tingkat kepuasan pelanggan.

Perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang akan menjadi *research gap* yaitu penelitian ini mengevaluasi kualitas

layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo dengan menggunakan dimensi kualitas layanan yang dikemukakan oleh (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015) karena dimensi tersebut masih terbilang paling baru dibandingkan penelitian sebelumnya. Dimensi kualitas layanan ini merupakan hasil modifikasi (Parasuraman, Zeithamal, & Berry, 1988) disesuaikan dengan konteks rumah sakit dan paling cocok apabila diterapkan untuk objek penelitian ini. Dalam penelitian ini akan dilakukan evaluasi terhadap variabel kualitas layanan dan kepuasan pelanggan guna merancang usulan strategis yang dapat diaplikasikan pada unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Penelitian ini menggunakan metode *Importance Performance Analysis* (IPA) dan *House of Quality* (HOQ).

BAB III

METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan metodologi penelitian yang digunakan, mulai dari kerangka dan teori penelitian, pengukuran dan definisi operasional variabel penelitian, desain penelitian, alur penelitian, sumber data yang digunakan, instrumen penelitian, subjek dan lokasi penelitian, hingga teknik yang digunakan untuk menganalisis data.

3.1 Desain Penelitian

3.4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *conclusive-descriptive-multiple cross-sectional*. Sifat dari penelitian ini yaitu deskriptif, penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan karakter, perilaku dalam menentukan suatu tingkat kepentingan dalam sebuah variabel untuk memberikan prediksi yang akurat (Malhotra, 2010). Menurut Sugiyono (2004), penelitian deskriptif adalah penelitian yang digunakan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independen) tanpa membuat perbandingan atau menghubungkan antara variabel satu dengan variabel yang lain. Penelitian deskriptif bertujuan untuk mengungkapkan dan menjelaskan tentang permasalahan sosial yang terjadi di lapangan dan tidak diarahkan untuk mengkaji suatu hipotesis atau melihat korelasi antar variabel yang digunakan. Dalam penelitian ini peneliti lebih banyak mengembangkan konsep dan menghimpun fakta dan tidak dilakukan pengujian hipotesis. Hasil dari penelitian *conclusive-descriptive* tersebut adalah kesimpulan yang dapat dijadikan sebagai masukan (*input*) bagi pengambilan keputusan. Penelitian dilakukan melalui *survey* menggunakan *multiple cross-sectional* yaitu rancangan pengambilan data pada suatu sampel populasi dengan pengambilan informasi hanya dilakukan satu kali pada setiap responden dalam jangka waktu tertentu (Malhotra, 2010). Sedangkan pendekatan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan penelitian kuantitatif dengan informasi yang dibutuhkan harus terdefinisi dengan jelas, proses penelitian bersifat formal dan terstruktur, jumlah sampel besar dan representatif. Menurut (Sugiyono, 2011), pendekatan penelitian bersifat kuantitatif

karena data penelitian yang diperoleh berupa angka-angka dan dianalisis menggunakan alat statistik.

3.4.2 Applied Research

Menurut Nawawi dan Martin (1996 : 10), Penelitian terapan atau penelitian terpakai (*applied research*) diselenggarakan dalam rangka mengatasi masalah nyata dalam kehidupan berupa usaha menemukan dasar-dasar dan langkah-langkah perbaikan bagi suatu aspek kehidupan yang dipandang perlu diperbaiki. Peneliti berusaha menemukan sisi negatif dari aspek kehidupan yang diteliti, lalu berusaha menemukan dan merumuskan alternatif-alternatif bagaimana cara mengatasinya. Karena penelitian ini dimaksudkan untuk melakukan tindakan perbaikan secara praktis, maka penelitian ini juga sering disebut sebagai Penelitian Tindakan (*Action Research*) atau Penelitian Operasional (*Operation Research*). Penelitian ini memiliki tujuan untuk menerapkan, menguji, dan mengevaluasi kemampuan suatu teori yang diterapkan dalam memecahkan masalah-masalah praktis.

3.4.3 Pengumpulan Data

Penelitian ini membutuhkan data yang mewakili karakteristik dari pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo sehingga dapat menjawab pertanyaan dari sejumlah variabel indikator penelitian. Data tersebut dapat diperoleh melalui pertanyaan pada kuesioner yang diajukan kepada responden. Terdapat dua jenis sumber data penelitian yang dapat digunakan, yaitu data primer dan sekunder (Malhotra, 2010) Data primer merupakan data yang dibuat oleh peneliti dengan tujuan khusus untuk menyelesaikan permasalahan yang ada dalam suatu penelitian (Malhotra, 2010). Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari responden baik menggunakan serangkaian pertanyaan dalam bentuk kuesioner, wawancara maupun observasi. Sedangkan data sekunder adalah data tersedia yang dikumpulkan oleh peneliti yang mempunyai manfaat pendukung dalam memecahkan masalah utama dalam suatu penelitian (Malhotra, 2010). Data sekunder dapat diperoleh melalui studi literatur pada buku, jurnal maupun informasi yang terdapat pada internet, yang berhubungan dengan penelitian. Data yang dibutuhkan penelitian disajikan pada Tabel 3.3 di bawah ini

Tabel 3. 1 Data Primer dan Sekunder yang Dibutuhkan

Jenis Data	Data yang Dibutuhkan	Cara Memperoleh Data
Data Primer	Data demografi responden	Melakukan <i>survey</i> menggunakan kuesioner
	Data <i>usage</i>	
Data Primer	Informasi terkait kepuasan pelanggan berdasarkan tingkat kepentingan/harapan dan tingkat kinerja/kenyataan kualitas layanan unit pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo	Wawancara
	Informasi mengenai respon teknis yaitu sikap yang akan dilakukan oleh pihak manajemen terkait keinginan pasien dan bagaimana rumah sakit dapat memberikan solusi atau jalan keluar untuk upaya mem berikan pelayanan yang diinginkan pasien	
Data Sekunder	Catatan Keluhan Pasien dari Pusat Informasi dan Pengaduan (PIP)	Data Internal Perusahaan
	Data Kunjungan Pasien Rawat Inap	
	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	
	Standar Pelayanan Minimal (SPM)	

3.4.4 Skala Pengukuran

Pada kuesioner penelitian ini, terdapat beberapa skala pengukuran yang dapat digunakan sesuai dengan data yang diperlukan. Skala pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 3.4 berikut.

Tabel 3. 2 Pengukuran Skala pada Penelitian

Bagian	Jenis Pertanyaan	Jenis Skala	Penjelasan
<i>Screening</i>	<i>Dichotomous</i>	Nominal	Alternatif jawaban berupa “iya” dan “tidak”
	<i>Multiple Choice, single response</i>	Nominal	Pertanyaan yang terdiri dari beberapa alternatif jawaban
Profil responden	Pertanyaan terbuka		Pertanyaan mengenai nama dan kontak responden
Demografi dan <i>usage</i>	<i>Multiple Choice, single response</i>	Nominal	Pertanyaan yang terdiri dari beberapa alternatif jawaban
Analisis IPA	Likert	Interval	Pertanyaan mengenai indikator kualitas layanan dengan jawaban skala nilai 1 hingga 5
Analisis CLI	Likert	Interval	Pertanyaan mengenai indikator loyalitas dengan jawaban skala nilai 1 hingga 5

Skala *likert* adalah skala yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial (Sugiyono, 2011). Skala *likert* berguna untuk menggambarkan persetujuan seseorang dalam pernyataan yang ada dalam kuesioner penelitian (Malhotra, 2010). Skala *likert* dapat dinyatakan optimum apabila terdapat skala yang sangat

negatif hingga skala sangat positif dengan skala netral berada ditengahnya. Skala likert yang digunakan pada penelitian ini adalah skala *likert 5 poin*.

3.4.5 Penyusunan Kuesioner

Menurut (Kotler, Keller, & Brady, 2016) kuesioner adalah alat terstruktur yang dapat digunakan untuk mendapatkan data penelitian yang terdiri dari beberapa pertanyaan, tertulis atau verbal, yang dijawab oleh responden. Penyusunan kuesioner memudahkan peneliti menyusun kuesioner dengan baik, terstruktur, dan memudahkan responden dalam pemahaman pengisian sehingga responden tidak akan mengalami kesulitan maupun kebingungan dalam memahami maksud dari pertanyaan-pertanyaan yang tertera pada kuesioner yang diajukan oleh peneliti. Kuesioner terbagi menjadi 6 bagian yaitu disajikan pada Tabel 3.5 berikut.

Tabel 3. 3 Kerangka Kuesioner

Bagian Kuesioner	Keterangan
I	Bagian pertama kuesioner berisi pendahuluan, pertanyaan <i>screening</i> , dan profil responden. Bagian pendahuluan berisi penjelasan singkat mengenai permasalahan yang dihadapi, alasan penelitian perlu untuk dilakukan, dan manfaat penelitian. Kuesioner memuat pertanyaan <i>screening</i> berupa apakah responden pernah menjadi pelanggan unit rawat inap dalam 6 bulan terakhir
II	Bagian kedua kuesioner berisi pertanyaan mengenai demografi responden, seperti jenis kelamin, usia, pekerjaan, dan penghasilan per bulan.
III	Bagian ketiga kuesioner berisi pertanyaan mengenai <i>usage</i> yaitu pengalaman responden terhadap objek penelitian, seperti kelas rawat inap yang digunakan, jenis pelayanan yang digunakan, jenis pembayaran berdasarkan kategori pasien, dan berapa kali menggunakan jasa rawat inap.
IV	Bagian keempat kuesioner memuat pertanyaan inti penelitian yaitu terkait dengan tingkat kepentingan dari atribut kualitas layanan, tingkat kepuasan terhadap kinerja atribut kualitas layanan unit rawat inap.

Pilot study atau uji coba dilakukan sebelum survei dilakukan agar peneliti memperoleh umpan balik atas beberapa masalah yang mungkin muncul dalam kuesioner (Flynn et al., 1990). Uji coba pada penelitian kali ini dilakukan pada pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo sebagai calon responden. *Pilot test* dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner pada awal penelitian yang dilakukan pada responden dengan jumlah kecil untuk menguji pemahaman terhadap kuesioner, menguji validitas dan reliabilitas dari kuesioner. Jika suatu kuesioner survey dinyatakan lolos *pilot test*, maka kuesioner tersebut telah dapat disebarkan. Menurut (Malhotra, 2010) responden penelitian yang

dibutuhkan dalam sebuah pilot test adalah maksimal 30 responden. Sehingga pada penelitian ini *pilot test* disebarkan secara *offline* kepada 30 responden yang sesuai dengan kriteria responden penelitian.

3.4.6 Populasi Target dan Sampel penelitian

Menurut (Malhotra & Birks, 2007), populasi adalah seluruh elemen dengan karakteristik sama yang dapat disatukan untuk tujuan tertentu dalam sebuah penelitian. Sedangkan sampel didefinisikan sebagai sub kelompok dari elemen dalam populasi yang dipilih untuk berpartisipasi dalam penelitian. Pada penelitian ini, populasi yang menjadi subjek penelitian adalah pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo sebanyak 15.069 pelanggan dalam 1 tahun. Dengan jumlah populasi sekitar 15.000 maka jumlah sampel dengan taraf kesalahan 10% adalah 266 pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo (Isaac & Michael, 1981). Tabel 3.6 menunjukkan jumlah populasi dan sampel penelitian dari masing-masing ruang perawatan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

Tabel 3. 4 Jumlah Populasi dan Sampel Penelitian

No	Ruang Perawatan	Populasi	Persentase Populasi	Sampel
1	Bougenvile	1326	0,10	26
2	Mawar	1504	0,11	29
3	Teratai	1072	0,08	21
4	Seruni	2123	0,16	41
5	Seroja	803	0,06	16
6	Nusa indah	1442	0,11	28
7	Dahlia	946	0,07	18
8	Melati	767	0,06	15
9	Flamboyan	730	0,05	14
10	Anggrek	1054	0,08	21
11	Wijaya Kusuma	1228	0,09	24
12	Tulip	681	0,05	13
	TOTAL	13676	1	266

3.4.7 Teknik Sampling dan Pengumpulan Data

Sampel dalam penelitian ini diambil menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Penarikan sampel secara *purposive* adalah pengambilan sampel secara sengaja sesuai dengan persyaratan sampel yang diperlukan (Putra, 2014). Agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasi, maka sebelum dilakukan pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria inklusi maupun kriteria eksklusi

(Nursalam, 2011). Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Adapun kriteria inklusi dari sampel yaitu :

- 1) Pasien rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo yang pernah dirawat minimal dua hari dalam 6 bulan terakhir.
- 2) Keluarga yang sedang merawat pasien di unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo minimal dua hari.
- 3) Mampu berkomunikasi dengan baik.

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel. Adapun kriteria eksklusi dari sampel yaitu:

- 1) Pasien yang saat dijumpai merupakan pasien yang baru ingin menggunakan layanan rawat inap di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.
- 2) Pasien yang tidak menggunakan layanan rawat inap di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.
- 3) Pasien atau keluarga yang merawat pasien yang tidak ingin dijadikan sebagai responden.

3.2 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Data primer yang telah diperoleh dari hasil kuesioner kemudian akan diolah dengan beberapa metode sesuai dengan tahapannya. Pertama, dilakukan analisis deskriptif untuk mengetahui gambaran kondisi sampel penelitian. Kemudian menganalisa hasil olah data dengan menggunakan metode *Importance Performance Analysis* (IPA). Tahap ini juga memberikan usulan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan menganalisa HOQ (*House of Quality*). Hasil dari penyusunan HOQ adalah berupa prioritas respon teknis yang sudah dihubungkan dengan *customer need* sehingga hasil prioritas tersebut dapat digunakan sebagai langkah membuat usulan peningkatan kualitas pelayanan.

3.5.1 Analisis Deskriptif Demografi

Analisis demografi dilakukan untuk mengetahui sebaran responden berdasarkan profil ataupun demografinya. Metode analisis deskriptif dilakukan dengan cara mendeskripsikan respon dari responden dengan maksud untuk menemukan unsur-unsurnya yang kemudian dianalisis atau diperbandingkan (Ratna, 2004). Analisis Deskriptif bertujuan untuk mengubah sekumpulan data

mentah menjadi bentuk yang lebih mudah dipahami yang berbentuk informasi yang lebih ringkas (Istijanto, 2009). Analisis deskriptif terhadap demografi responden dilakukan dengan menggunakan software SPSS. Analisis deskriptif dalam penelitian ini dilakukan dengan metode statistik deskriptif pada responden berdasarkan profil responden, demografi responden serta *usage*.

3.5.2 Distribusi Frekuensi

Distribusi frekuensi digunakan untuk menghitung distribusi secara matematis sehingga diperoleh karakteristik dari jumlah respon terkait nilai-nilai berbeda dari suatu variabel untuk menyatakan jumlah persentase tertentu. Untuk mempermudah pemahaman, biasanya data akan divisualisasikan menggunakan diagram pie dan diagram batang (Cooper & Schndler, 2011).

Tabel 3. 5 Tabel Distribusi Frekuensi

	Kategori	Definisi	Tujuan
Measure of location	<i>Mean</i>	Merupakan nilai rata-rata yang diperoleh dengan membagi keseluruhan data terhadap jumlah data	Mengetahui nilai rata-rata dan sebaran data dalam setiap indikator dalam penelitian
	<i>Sum</i>	Merupakan total jumlah dari suatu nilai variabel yang digunakan dalam penelitian	Mengetahui keseluruhan total nilai dari data yang ditemukan
	<i>Standard Error</i>	Merupakan nilai dari tingkat akurasi sampel terhadap populasinya	Mengetahui tingkat keakurasian suatu sampel terhadap populasi yang ditargetkan
Measure of variability	<i>Standard Deviasi</i>	Merupakan nilai pengukuran dalam penyebaran data statistik	Menunjukkan rata-rata variabilitas atau keberagaman data yang diteliti.
	<i>Variance</i>	Merupakan perbandingan antara variabilitas sebaran data dari nilai deviasi rata-rata kuadrat	Mengukur variabilitas atau keberagaman data pada suatu penelitian. Apabila semakin besar nilai <i>varince</i> maka semakin beragam data penelitian yang didapat.
	<i>Kurtosis</i>	Pengukuran dalam distribusi puncak atau kerataan	Menjelaskan awal distribusi dan kerataan dalam suatu data
	<i>Skewness</i>	Pengukuran distribusi nilai deviasi yang ada	Menunjukkan data yang berkerumun di sekitar rata-rata

Sumber: (Malhotra, 2010)

3.5.3 Analisis Crosstab

Analisis *crosstab* (tabulasi silang) dilakukan untuk melihat apakah terdapat hubungan deskriptif antara dua variabel atau lebih didalam data yang diperoleh (Malhotra, 2004). Analisis *crosstab* digunakan untuk mengidentifikasi korelasi antara satu variabel dengan variabel lainnya dan memperkirakan kekuatannya apabila frekuensi diubah dalam presentase. Pada penelitian ini akan dilakukan *crosstab* antara demografi dan *usage*. Beberapa variabel yang akan dilakukan analisis *crosstab* adalah jenis kelamin, usia, pekerjaan, penghasilan, kelas rawat inap, jenis pelayanan rawat inap, jenis pembayaran, dan berapa kali menggunakan pelayanan rawat inap.

3.5.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas adalah uji yang digunakan untuk menunjukkan sejauh mana alat ukur yang digunakan dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Ghazali (2009) menyatakan bahwa uji validitas digunakan untuk mengukur sah, atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Angket atau kuesioner dikatakan valid jika t hitung $>$ t tabel begitu juga sebaliknya. Sitinjak & Sugiarto (2006) menyatakan bahwa reliabilitas menunjukkan pada suatu pengertian bahwa instrumen yang digunakan dalam penelitian untuk memperoleh informasi yang digunakan dapat dipercaya sebagai alat pengumpulan data dan mampu mengungkap informasi yang sebenarnya di lapangan. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil. Angket atau kuesioner dikatakan reliabel jika nilai cronbach's alpha $\geq 0,6$ (Malhotra & Birks, 2007).

3.5.5 Pengolahan Data Menggunakan Metode IPA

Pengolahan data ini menggunakan data nilai rata-rata tingkat kepentingan dan kinerja tiap atribut, responden diminta untuk menilai tingkat kepentingan berbagai atribut relevan dan tingkat kinerja rumah sakit pada masing-masing atribut tersebut. Setelah diketahui tingkat kepentingan dan kinerja setiap atribut langkah selanjutnya adalah memetakan hasil perhitungan yang telah didapat kedalam diagram kartesius yaitu sebuah *matrix importance performance* yang terdiri dari empat kuadran yang masing-masing menjelaskan keadaan yang

berbeda. Hal ini dilakukan untuk mengetahui atribut-atribut yang berada di kuadran I, II, III dan IV dan mengetahui atribut yang menjadi prioritas utama (atribut yang berada di kuadran I). Tahapan yang akan dilakukan dalam menyusun IPA akan dijelaskan detailnya dalam uraian berikut ini.

A. Distribusikan Jawaban Tingkat Kenyataan dan Tingkat Harapan

Dengan menggunakan Skala Likert, nilai variabel yang diukur dengan instrumen tertentu dapat dinyatakan dalam bentuk angka yang akan disajikan dalam bentuk tabel melalui pendistribusian jawaban tingkat kenyataan dan tingkat harapan responden. Pada skala pengukuran ini, penentuan Interval (Jarak) perlu dilakukan dan interpretasi persen agar mengetahui penilaian kriteria objektif dengan metode mencari interval skor persen (I) terlebih dahulu. Hasil dari keseluruhan atribut pada dimensi tersebut diambil dari skor tertinggi sebesar 100% untuk penentuan interval (Achmad, 2013).

Rumus Interval Skala Likert :

- Interval (I) = Range (R) / Jumlah Skor (Skala Likert)
- Maka, $100 / 5 = 20\%$
- Hasil Interval (I) = 20% (Jarak interval dari skor terendah hingga skor tertinggi).

Berikut Distribusi jawaban antara harapan dan kenyataan berdasarkan persentase intervalnya :

- 81% – 100% (Sangat Puas)
- 66% – 80% (Puas)
- 51% – 65% (Cukup Puas)
- 35% – 50% (Kurang Puas)
- 0% – 34% (Sangat Tidak Puas)

Pertanyaan dalam dimensi *people*, *process*, *infrastructure*, dan *policy* dibagi menjadi 5 atribut yang mewakili dengan menggunakan skala *Likert* dimana, Skala yang terdiri atas 5 pilihan jawab yaitu : Sangat Puas = 5, Puas = 4, Cukup Puas = 3, Kurang puas = 2, Sangat Tidak puas = 1, dimana pertanyaan terbagi 2 bagian yaitu Pada Tingkat Harapan dan Tingkat Kenyataan :

- Skor Sangat Tidak Penting dan Sangat Tidak Puas = $1 \times 5 = 5$ (20%)
- Skor Kurang Penting dan Kurang Puas = $2 \times 5 = 10$ (40%)

- Skor Penting dan Puas = $3 \times 5 = 15$ (60%)
- Skor Cukup Penting dan Cukup Puas = $4 \times 5 = 20$ (80%)
- Skor Sangat Penting dan Sangat Puas = $5 \times 5 = 25$ (100%)

B. Perhitungan Skor Tingkat Kenyataan dan Tingkat Harapan

Sebelum dianalisis, skor setiap atribut perlu dihitung dengan cara setiap atribut diskorkan (jumlah responden dalam setiap atribut dikalikan dengan skor jawaban dalam skala likert) lalu ditotalkan secara keseluruhan kemudian dirata-ratakan. Pada rata-rataan tingkat kenyataan dan tingkat harapan tersebut akan dibandingkan dengan rata-rataan skor atribut untuk menunjukkan atribut-atribut yang dianggap sangat penting dan kualitas pelayanan yang dianggap sudah berjalan secara optimal sesuai dengan apa yang diinginkan.

Jika penilaian rata-rataan skor atribut berada di atas rata-rataan skor secara keseluruhan maka dikatakan atribut tersebut dianggap penting / kualitas pelayanan sudah baik. Sebaliknya, rata-rataan skor atribut berada di bawah skor rata-rataan keseluruhan maka dikatakan atribut tersebut dianggap tidak penting/ kualitas pelayanan masih kurang baik.

C. Perhitungan Tingkat Kesesuaian

Setelah mengetahui distribusi tingkat kenyataan dan tingkat kenyataan peratribut serta perhitungan skor yang mewakili masing-masing dimensi, kemudian menghitung tingkat kesesuaian antara tingkat kenyataan dan tingkat harapan setiap atribut berdasarkan Metode IPA digunakan rumus berikut:

$$Tk = \frac{X}{Y} \times 100\%$$

Keterangan:

Tk = Tingkat kesesuaian responden

Xi = Tingkat penilaian kinerja (kenyataan)

Yi = Tingkat penilaian harapan

Dari tingkat kesesuaian ini, distribusi penilaian kepuasan setiap atribut dan setiap dimensi berdasarkan tingkat kesesuaian secara keseluruhan. Menghitung tingkat kesesuaian secara keseluruhan dengan cara menjumlahkan tingkat kesesuaian dimensi dibagi dengan jumlah dimensi secara keseluruhan. Setelah didapatkan keduanya, kemudian dilakukan perhitungan hasil tingkat kepuasan pasien.

Hasil Kepuasan Pasien = Hasil perbandingan antara tingkat kesesuaian setiap atribut dan setiap dimensi dengan tingkat kesesuaian secara keseluruhan. Berikut hasil ukur pada masing-masing variable (dimensi) berdasarkan Kriteria Objektif pada Penilaian Kepuasan Pasien:

- Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi \geq tingkat kesesuaian keseluruhan.
- Belum Memuaskan = Tingkat kesesuaian dimensi $<$ tingkat kesesuaian keseluruhan.

D. Penggunaan Diagram Kartesius pada Tingkat Kenyataan dan Tingkat Harapan

Sebelum membuat diagram kartesius, maka dilakukan penentuan sumbu X, sumbu Y dan koordinat setiap atribut melalui perhitungan rata-rata. Sumbu X diagram kartesius didapatkan dari rata-rata skor keseluruhan dari skor tingkat kenyataan. Sumbu Y diagram kartesius didapatkan dari rata-rata skor tingkat harapan. Rata-rata skor tingkat kenyataan dan tingkat harapan dapat dilihat pada langkah perhitungan skor tingkat kenyataan dan tingkat harapan (langkah ke-2). Setelah ditentukan sumbu X, sumbu Y, dan koordinat setiap atribut, lalu dibuatlah diagram kartesius tingkat kenyataan dan tingkat harapan dengan menggunakan program SPSS.

Diagram kartesius tersebut terdiri dari empat kuadran. Nantinya, disetiap kuadran akan terdapat atribut-atribut yang diteliti. Atribut yang berada di kuadran I bermakna atribut ini menjadi prioritas utama untuk ditingkatkan karena memiliki *high performance, low performance*. Atribut yang berada di kuadran II bermakna atribut ini perlu dipertahankan karena memiliki *high performance, high performance*. Atribut yang berada di kuadran III bermakna atribut ini merupakan prioritas rendah untuk ditingkatkan namun sudah dapat dikatakan memuaskan karena memiliki *low importance, high performance*. Dan atribut yang berada di kuadran IV bermakna atribut ini memiliki *low performance, low performance* sehingga dirasa berlebihan dalam pelaksanaannya.

3.5.6 Penyusunan Rumah Kualitas (HOQ)

Tahapan yang akan dilakukan dalam menyusun rumah kualitas akan dijelaskan detailnya dalam uraian berikut ini.

A. Penyusunan Matriks *Whats*

Dalam pengembangan rumah kualitas, tahap pertama yaitu menyusun *voice of customer* yang berisi keinginan dan kebutuhan konsumen. Dalam penyusunan matriks *whats* ini akan dilakukan minimasi jumlah *voice of customer* supaya matriks QFD tidak terlalu besar dan rumit. Oleh karena itu atribut-atribut yang akan diseleksi masuk ke dalam *voice of customer* atau matriks *whats* dalam rumah kualitas hanya berasal dari atribut yang berada pada kuadran A dalam diagram IPA jika keseluruhan hasil perhitungan *servqual* bernilai negatif. Tetapi apabila hasil perhitungan *servqual* tidak hanya memunculkan nilai negatif tetapi juga memunculkan nilai negatif atau nol. Maka atribut yang diseleksi masuk ke dalam *voice of customer* akan berasal dari atribut yang bernilai negatif dari perhitungan *servqual*.

B. Penyusunan Matriks *Hows*

Tahapan selanjutnya yaitu penyusunan daftar respon teknis untuk dimasukkan ke matriks *hows*. Respon teknis ini merupakan respon pihak perusahaan terhadap keinginan konsumen. Informasi dalam matriks ini akan diperoleh dengan melakukan diskusi dan wawancara dengan pihak manajemen sehingga pada akhirnya dapat diperoleh daftar respon teknis. Setelah tersusun beberapa kemungkinan respon teknis, maka daftar dari respon teknis tersebut didiskusikan kepada pihak manajemen. Daftar dari respon teknis ini didiskusikan kepada pihak manajemen untuk mengetahui apakah kemungkinan respon teknis tersebut sudah sesuai dan dapat direalisasikan oleh pihak manajemen atau perlu dilakukan perubahan atas respon teknis tersebut atau tidak. Setelah daftar respon teknis yang diajukan kepada pihak manajemen disetujui maka daftar respon teknis tersebut dapat dimasukkan ke dalam matriks *hows*.

C. Penyusunan *Relationship Matrix*

Pada langkah sebelumnya telah diperoleh matriks *whats* dan matriks *hows* yang merupakan jawaban. Selanjutnya perlu diketahui pengaruh respon teknis yang ada dalam matriks *hows* dalam menangani dan mengendalikan *voice of customer* yang ada pada matriks *whats*. Tingkat hubungan antara matriks *whats* dan *hows* ini akan dinyatakan dengan simbol yang sudah dijabarkan dalam

tinjauan pustaka. Kemudian hasil dari pengkodean tersebut dimasukkan ke dalam *relationship matrix*.

D. Penyusunan *Planning Matrix*

Tahap selanjutnya adalah mengisi *planning matrix*. Berdasarkan hasil kuisisioner maka dapat dilakukan perhitungan untuk mengisi sub bagian dari *planning matrix* yaitu *importance to customer* dan *current satisfaction performance*. Kemudian berdasarkan tingkat kepentingan konsumen dan performansi kepuasan konsumen tersebut dapat dihitung pula sub bagian lain dari *planning matrix* yaitu *goal*, *improvement ratio*, *sales point*, *raw weight* dan normalisasi *raw weight*. Rumus untuk melakukan perhitungan dari *importance to customer*, *current satisfaction performance*, *goal*, *improvement ratio*, *sales point*, *raw weight* dan normalisasi *raw weight* dapat dilihat pada bab tinjauan pustaka.

E. Penyusunan *Technical Matrix*

Tahap terakhir mengisi *technical matrix*. Dalam matriks ini akan dilakukan perhitungan untuk mengetahui kontribusi dan prioritas dari setiap *technical requirement* yang akan digunakan dalam menentukan perencanaan perbaikan pelayanan. Rumus yang akan digunakan untuk melakukan perhitungan dapat dilihat pada bab tinjauan pustaka.

3.3 Pengukuran dan Definisi Operasional Variabel Penelitian

Tabel 3.2. menyajikan pengukuran dan definisi operasional variabel kualitas layanan yang diadaptasi dari (Handayani, Hidayanto, Sandhyaduhita, Kasiyah, & Ayuningtyas, 2015).

Tabel 3. 6 Definisi Operasional Variabel Kualitas Layanan

Dimensi	Kriteria	Sub Kriteria	Definisi	Standar Pelayanan Minimal RSUD	Indeks Kepuasan Masyarakat RSUD
<i>People</i>	<i>Emphaty</i>	1. <i>Caring</i> (kepedulian)	Kepedulian dan perhatian petugas kesehatan terhadap pasien dalam memahami kebutuhan pasien		
		2. <i>Manner</i> (tata krama)	Tata krama petugas kesehatan mampu memotivasi pasien untuk memiliki kepercayaan terhadap rumah sakit		
		3. <i>Communication</i> (komunikasi)	Petugas kesehatan mampu berinteraksi dengan pasien atau keluarga pasien secara dua arah agar dapat saling memahami		
	<i>Professionalism</i>	4. <i>Skill</i> (kemampuan)	Kemampuan dan kinerja petugas kesehatan dalam menangani dan memberikan pelayanan kepada pasien	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten	Perilaku Pelaksana
		5. <i>Experience</i> (pengalaman)	Petugas kesehatan berpengalaman dalam menangani pasien dalam segala kondisi		
		6. <i>Innovation</i> (inovasi)	Tersedianya pelayanan menggunakan teknologi sesuai dengan perkembangan ilmu kesehatan terbaru yang dapat diakses kapanpun oleh pasien		
		7. <i>Physically accessible</i> (dapat diakses secara fisik)	Tenaga medis mudah ditemui oleh pasien dalam konsultasi atau perawatan medis lainnya		

Tabel 3.6 Definisi Operasional Variabel Kualitas Layanan (Lanjutan)

Dimensi	Kriteria	Sub Kriteria	Definisi	Standar Pelayanan Minimal RSUD	Indeks Kepuasan Masyarakat RSUD	
<i>Process</i>	<i>Responsiveness</i>	8	<i>Timeliness</i> (ketepatan waktu)	Kemampuan untuk menyediakan operasi dan layanan yang dijanjikan tepat waktu	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan	Waktu Pelayanan
		9	<i>Completeness</i> (kelengkapan)	Ketersediaan dan kelengkapan semua jenis layanan yang diperlukan pada unit rawat inap	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit ▪ Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa 	
		10	<i>Willingness</i> (kerelaan)	Kesukarelaan petugas kesehatan dalam membantu pasien setiap kali diperlukan seperti mendengarkan keluhan pasien dan memberikan solusi untuk kebutuhan pasien		
		11	<i>Automatic</i> (otomatis)	Adanya sistem pelayanan yang otomatis	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan	Penangan pengaduan, saran dan masukan
	<i>Reliability</i>	12	<i>Accuracy</i> (keakuratan)	Keakuratan dan konsistensi informasi yang diberikan terkait biaya, diagnosa penyakit, dan lainnya		

Tabel 3.6 Definisi Operasional Variabel Kualitas Layanan (Lanjutan)

Dimensi	Kriteria	Sub Kriteria	Definisi	Standar Pelayanan Minimal RSUD	Indeks Kepuasan Masyarakat RSUD
<i>Process</i>	<i>Reliability</i>	13	<i>Image</i> (citra)	Menciptakan citra rumah sakit yang baik kepada pasien	
		14	<i>Easiness</i> (kemudahan)	Kemudahan dalam mengurus persyaratan yang harus dipenuhi baik persyaratan teknis maupun administratif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persyaratan ▪ Prosedur
		15	<i>Fairness</i> (keadilan)	Keadilan petugas dalam memberikan pelayanan berdasarkan status sosial, usia, kecacatan, jenis kelamin, ras, dll.	
<i>Infrastructure</i>	<i>Tangible</i>	16	<i>Building Layout</i> (tata letak bangunan)	Estetika dan kenyamanan ruang unit rawat inap	Sarana dan Prasarana
		17	<i>Equipment</i> (peralatan)	Ketersediaan peralatan di rumah sakit memberikan layanan yang memuaskan	
		18	<i>Hygiene</i> (kebersihan)	Kebersihan unit rawat inap dan personelnya	
<i>Policy</i>	<i>Assurance</i>	19	<i>Cost</i> (biaya)	Kewajaran dan kesesuaian biaya layanan yang menguntungkan untuk pasien	Biaya/Tarif
		20	<i>Courtesy</i> (kesopanan)	Kesopanan dan rasa hormat seluruh personil unit rawat inap dalam memotivasi pasien sehingga memiliki kepercayaan terhadap rumah sakit	

Tabel 3.6 Definisi Operasional Variabel Kualitas Layanan (Lanjutan)

Dimensi	Kriteria	Sub Kriteria		Definisi	Standar Pelayanan Minimal RSUD	Indeks Kepuasan Masyarakat RSUD
<i>Policy</i>	<i>Assurance</i>	21	<i>Compensation</i> (kompensasi)	Memberikan jaminan atau garansi kepada pasien jika ada masalah	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kejadian infeksi pasca operasi ▪ Angka kejadian infeksi nosokomial ▪ Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian ▪ Kematian pasien > 48 jam ▪ Kejadian pulang paksa ▪ Tidak adanya kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri ▪ Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan ▪ Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa 	
		22	<i>Standard</i>	Proses pelayanan yang diberikan personil unit rawat inap sesuai dengan standar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar ▪ Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS 	Produk Pelayanan

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

BAB IV

ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan mengenai analisis dan diskusi terkait penelitian yang dilakukan meliputi pengumpulan data, proses pengolahan data menggunakan metode penelitian yang sudah dijelaskan pada bab sebelumnya, analisis, dan perumusan implikasi manajerial.

4.1 Gambaran Umum RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

4.1.1 Sejarah Berdirinya dan Perkembangan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Situbondo yang secara resmi menjadi rumah sakit Tipe C berdasarkan perda Nomor 5 tahun 1985 tanggal 23 Pebruari 1985 dan SK Menkes RI Nomor 303/Menkes/SK/IV/1987 tanggal 30 April 1987. Dalam perjalanannya, RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo saat ini telah berstatus BLUD penuh sesuai dengan amanat UU No. 44 tahun 2009 pasal 20 tentang Rumah sakit dan PP nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK - BLUD), yang ditindak lanjuti dengan SK Bupati Situbondo Nomor 188/623/P/004.2/2009 tertanggal 23 Desember 2009. RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo sebagai rumah sakit plat merah di Situbondo, telah lulus akreditasi dengan predikat paripurna bintang lima pada 3 Januari 2018 dan berlaku sampai 3 Desember 2020.

4.1.2 Fungsi dan Tugas Pokok RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya berpedoman pada Peraturan Daerah Kabupaten Situbondo Nomor 08 tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah sakit umum daerah Kabupaten Situbondo. Tugas pokok RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam menyelenggarakan Pemerintahan Daerah di bidang Pelayanan Kesehatan perorangan. Untuk menyelenggarakan tugas pokok tersebut, RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo mempunyai fungsi :

- a. Pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan yang mengutamakan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
- b. Penyelenggaraan dan pengawasan standart pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan di bidang pelayanan kesehatan;
- c. Penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah dengan memperhatikan kaidah ekonomi tanpa melupakan fungsi sosial kepada masyarakat sebagai kewajiban dari Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah;
- d. Pembinaan dan pelaksanaan kerjasama dengan masyarakat, lembaga pemerintah dan lembagalembaga lainnya;
- e. Pengelolaan urusan ketatausahaan;
- f. Pelaporan hasil pelaksanaan tugas,
- g. Pelaksanaan tugas dinas lain yang diberikan oleh Bupati.

RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki visi yaitu “Terwujudnya RSUD dr. Abdoer Rahem yang bermutu dan menjadi kebanggaan masyarakat Situbondo”. Dengan misi sebagai berikut:

1. Meningkatkan pelayanan medik dan keperawatan kepada pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit
2. Meningkatkan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan yang optimal
3. Meningkatkan pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel
4. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM rumah sakit
5. Meningkatkan pelayanan administrasi yang tepat, cepat dan informative kepada masyarakat

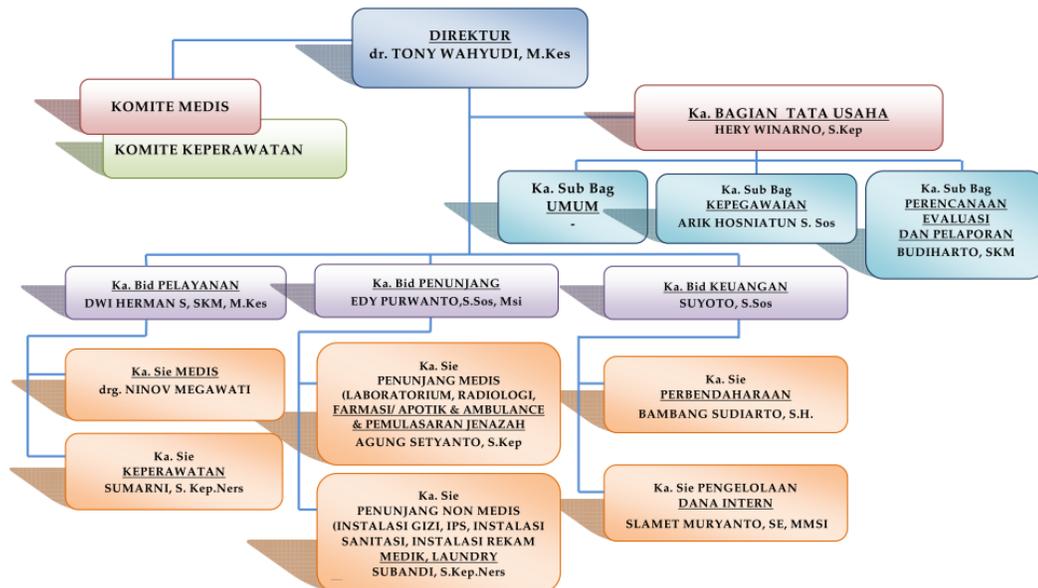
Strategi dalam mencapai tujuan dan sasaran adalah memadukan tujuan skala prioritas dengan ketersediaan sumber daya yang ditetapkan sebagai berikut:

1. Meningkatkan ketersediaan sumber daya operasional yang cukup seperti perbekalan kesehatan, barang-barang keperluan pasien, biaya untuk pengembangan SDM, termasuk terjaminnya pemeliharaan sarana dan

prasarana rumah sakit, melalui pembiayaan sendiri atau berasal dari pendapatan RS, selanjutnya memantau dan mengevaluasi output pelayanan apakah sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan seperti standar pelayanan minimal (SPM.).

2. Meningkatkan ketersediaan SDM Medis spesialis yang cukup.
3. Meningkatkan ketersediaan Sarana Prasarana RS sesuai tipe RS.

Gambar 4,1 menunjukkan struktur organisasi RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Pimpinan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah Direktur Tony Wahyudi yang dibawah oleh Komite Medis dan Komite Perawatan, Bagian Tata Usaha, Bidang Pelayanan, Bidang Penunjang, dan Bidang Keuangan.



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

Berikut ini Standar Operasional Pelayanan yang diselenggarakan di RSUD dr. Abdoer Rahem Kabupaten Situbondo sebagai berikut;

1. Dalam rangka peningkatan pelayanan Rumah Sakit perlu terpenuhinya tenaga kesehatan yang bermutu dan berkualitas;
2. Untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas diharapkan ada tenaga kesehatan yang professional, terampil, dan berwawasan sesuai dengan disiplin ilmu yang dikuasai sesuai dengan pola ketenagaan di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo;

3. Untuk pelaksanaan seperti yang dimaksud menimbang perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

4.1.3 Keadaan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

a) Lokasi RSUD dr. Abdoer rahem Situbondo

RSUD dr. Abdoer rahem Situbondo beralamatkan di Jl. Anggrek Jl. Alas Malang No.68, Patokan Utara, Patokan, Kec. Situbondo, Kabupaten Situbondo, Jawa Timur 68312. Berdiri di atas tanah milik Pemerintah Kabupaten Situbondo seluas 58000 m².

b) Fasilitas Rawat Inap RSUD dr. Abdoer rahem Situbondo

RSUD dr. Abdoer rahem Situbondo menyediakan berbagai jenis pelayanan medis spesialistik dan medis umum yang dikategorikan menjadi instalasi gawat darurat, rawat inap, penunjang, dan rawat jalan. Jenis pelayanan Rawat Inap di RSUD terdiri atas Kelas Perawatan dengan klasifikasi Kelas III, Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama.

a. Rawat Sehari (*One Day Care*)

- Pelayanan Rawat Sehari (*One Day Care*) dikhususkan bagi pasien yang memerlukan observasi kurang dari 12 (dua belas) jam dan/atau pasien yang memerlukan tindakan medik khusus dengan observasi.
- Akomodasi ruang rawat sehari dipersamakan dengan akomodasi kelas perawatan II

b. Rawat Intermediate (*High Care*)

- Pelayanan Rawat Intermediate dikhususkan bagi pasien yang memerlukan observasi dan perawatan khusus dan tindakan segera untuk mencegah komplikasi yang lebih buruk.
- Akomodasi ruang Rawat Intermediate dipersamakan dengan akomodasi kelas II.
- Jasa Pelayanan Ruang Intermediate disamakan dengan jasa pelayanan Kelas I

c. Ruang Intensif (*Intensive Care*)

- Pelayanan Rawat Intensif dikhususkan bagi pasien yang memerlukan observasi intensif secara terus menerus selama 24 jam dibawah pengawasan tenaga medik dan/atau tenaga keperawatan bersertifikat Perawatan Intensif.
- Akomodasi ruang intensif dipersamakan dengan akomodasi kelas I

d. Pelayanan Rawat Isolasi

- Pelayanan isolasi penyakit menular dikhususkan bagi pasien yang menderita penyakit menular atau diindikasikan (suspect) sebagai penyakit menular sesuai peraturan perundangan yang berlaku.
- Akomodasi ruang isolasi dipersamakan dengan akomodasi kelas I.
- Jasa pelayanan ruang isolasi disamakan dengan Jasa Pelayanan Kelas I

Gambar 4.2 menunjukkan jenis-jenis kelas dalam setiap ruang rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Kelas Utama berada pada Ruang Flamboyan VIP dan Anggrek VVIP. Kelas I berada pada Ruang Teratai, Wijaya Kusuma, Melati, Seroja, Bougenville, Tulip, Dahlia, Mawar, dan Seruni. Kelas II berada pada Ruang Teratai, Melati, Seroja, Bougenville, Tulip, Dahlia, Mawar, dan Seruni. Kelas III berada pada Ruang Teratai, Wijaya Kusuma, Seroja, Bougenville, Nusa Indah, Dahlia, Mawar, dan Seruni.

Kelas	Ruang Rawat Inap											
	Teratai	Wijaya Kusuma	Flamboyan VIP	Melati	Seroja	Bougenville	Nusa Indah	Tulip	Dahlia	Mawar	Seruni	Anggrek VVIP
Kelas Utama			✓									✓
Kelas I	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Kelas II	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Kelas III	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓	

Gambar 4. 2 Jenis Kelas dalam Ruang Rawat Inap

Kapasitas tempat tidur yang disediakan di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo sebanyak 241 buah tempat tidur. Jumlah tempat tidur rawat inap berdasarkan kelas yaitu:

VVIP	:	14 tempat tidur
VIP	:	12 tempat tidur
Kelas 1	:	42 tempat tidur
Kelas 2	:	19 tempat tidur
Kelas 3	:	99 tempat tidur
ICU	:	8 tempat tidur
PICU	:	2 tempat tidur
NICU	:	4 tempat tidur
TT Bayi Baru Lahir	:	20 tempat tidur
ICCU	:	6 tempat tidur
IGD	:	6 tempat tidur
TT di Ruang Operasi	:	7 tempat tidur
TT di Ruang Isolasi	:	2 tempat tidur

Kapasitas tempat tidur tersebut terbagi di beberapa ruang rawat inap, sebagai berikut :

Ruang Teratai	:	23 tempat tidur
Ruang Wijaya Kusuma	:	25 tempat tidur
Ruang Flamboyan/VIP	:	12 tempat tidur
Ruang Melati	:	12 tempat tidur
Ruang Seroja	:	22 tempat tidur
Ruang Bougenville	:	23 tempat tidur
Ruang Nusa Indah	:	32 tempat tidur
Ruang Tulip	:	25 tempat tidur
Ruang Dahlia	:	22 tempat tidur
Ruang Mawar	:	21 tempat tidur
Ruang Seruni	:	26 tempat tidur
Ruang Angrek/VVIP	:	18 tempat tidur

Jumlah SDM yang dimiliki RSUD adalah 659 orang yaitu:

Dokter Umum dan Spesialis

Dokter Umum	:	14 Orang
Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi	:	4 Orang
Dokter Spesialis Penyakit Dalam	:	3 Orang
Dokter Spesialis Bedah	:	3 Orang

Dokter Spesialis Radiologi	:	1 Orang
Dokter Spesialis Anesthesia	:	2 Orang
Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	:	1 Orang
Dokter Spesialis Mata	:	1 Orang
Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorokan	:	1 Orang
Dokter Spesialis Patologi Klinik	:	1 Orang
Dokter Spesialis Paru	:	1 Orang
Dokter Spesialis Anak	:	3 Orang
Dokter Spesialis Orthopedi	:	1 Orang
Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	:	1 Orang
Dokter Spesialis Patologi Anatomi	:	1 Orang
Dokter Spesialis Saraf	:	1 Orang
Dokter Gigi dan Spesialis		
Dokter Gigi	:	5 Orang
Dokter Gigi Spesialis Konservasi	:	1 Orang
Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut	:	1 Orang
Perawat dan Spesialisnya		
Ners	:	97 Orang
Perawat Bedah	:	10 Orang
Perawat Gigi	:	3 Orang
Perawat Anak	:	1 Orang
Perawat Lainnya	:	124 Orang
Bidan		
Bidan Pendidik	:	9 Orang
Bidan Klinik	:	56 Orang
Farmasi		
Apoteker	:	5 Orang
Analisis Farmasi	:	10 Orang
Keteknisian Medis		
Radiografer	:	2 Orang
Elektromedis	:	4 Orang
Analisis Kesehatan	:	9 Orang
Rekam Medik	:	4 Orang
Administrasi Kesehatan	:	2 Orang
Tenaga Kesehatan Lainnya		
Kesehatan Lingkungan	:	2 Orang
Nutrisi	:	11 Orang
Fisioterapi	:	2 Orang
Akupunturis	:	1 Orang
Tenaga Non Kesehatan		
Administrasi Keuangan	:	13 Orang
Humas	:	7 Orang
Perencanaan	:	6 Orang

Jaminan Kesehatan	:	4 Orang
Pelaporan	:	2 Orang
Informasi Teknologi	:	5 Orang
Hukum	:	2 Orang
Tenaga Non Kesehatan	:	233 Orang

4.1.4 Prosedur/Alur Pelayanan Kesehatan Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

Berikut ini prosedur/alur pelayanan kesehatan rawat inap di RSUD dr. Abdoer Rahem Kabupaten Situbondo:

1. Pasien datang ke RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo bersama keluarga penanggung jawab pasien menuju ruang loket pendaftaran;
2. Keluarga penanggung jawab pasien mendaftarkan pasien dengan menuliskan data pasien sesuai dengan identitas pasien;
3. Pasien keruang IGD diperiksa (dilakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti; tekanan darah, nadi, suhu dan frekuensi pernafasan) oleh petugas untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien. Apabila kondisi pasien tergolong lemah/parah, maka pasien harus menjalani layanan rawat inap. Setelah dinyatakan menjalani layanan rawat inap, maka pasien harus mengisi formulir persetujuan tindakan medis (kartu rawat inap) kemudian pasien akan diberikan pilihan ruang tempat tidur selama dirawat. Setelah itu petugas mempersiapkan ruang dan tempat tidur yang akan digunakan oleh pasien;
4. Selama pasien menempati ruang pelayanan rawat inap, pasien mendapatkan perawatan medis dari dokter dan perawat, perawatan berupa:
 - ✓ Pemeriksaan Berkala
Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan guna mengetahui sejauh mana perkembangan dari kondisi pasien. Pemeriksaan ini dilakukan oleh petugas kesehatan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo;
 - ✓ Pemeriksaan Penunjang/Laboratorium
Pasien yang membutuhkan pelayanan ini, seperti pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, serta pemeriksaan laboratorium lainnya sudah dapat dilakukan disini.
 - ✓ Pemberian Resep Obat

Dalam layanan ini pasien yang diberi resep obat (obat dapat ditebus pada loket, apabila yang dibutuhkan tidak ada maka obat tersebut bisa ditebus di apotik-apotik umum) oleh petugas kesehatan;

✓ **Konsultasi Medis**

Pelayanan ini bermanfaat untuk mengetahui kondisi pasien sehingga nantinya dapat diambil tindakan yang dibutuhkan secepatnya, guna mengobati penyakit pasien

✓ **Tindakan Gawat Darurat**

Layanan ini merupakan layanan yang bersifat tanggap darurat yang artinya apabila pasien mengalami kondisi yang kritis, dapat langsung ditangani oleh petugas medis (dokter) dengan memberikan layanan yang cepat dan tepat sesuai dengan tingkat kondisi kesehatan pasien

✓ **Rujuk**

Apabila kondisi pasien memburuk sedangkan peralatan dan kemampuan petugas sudah tidak mampu mnanganinya, maka petugas segera membuatkan surat rujukan ke Rumah Sakit lain yang mempunyai peralatan yang lebih lengkap dan canggih serta tenaga kesehatan yang lebih ahli. Dalam hal ini, petugas berkewajiban untuk mengantar pasien ke tempat rujukan guna memberikan informasi-informasi mengenai pasien kepada rumah sakit yang dituju.

5. **Pemulangan Pasien**

Apabila kondisi pasien sudah mulai membaik, maka petugas memperbolehkan pasien untuk pulang dan menganjurkan agar pasien tetap meminum obat yang tersisa sampai habis serta menasehati pasien untuk tetap beristirahat dan tidak boleh menjalani aktifitas-aktifitas yang terlalu berat.

6. **Pembayaran Administrasi**

Proses yang terakhir yaitu penyelesaian administrasi selama pasien menjalani layanan rawat inap di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

4.2 Pengumpulan Data

Penyebaran kuesioner dilakukan pada Bulan Mei sampai dengan Juli 2019. Pengumpulan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner *offline* di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Lokasi tersebut dipilih sebagai lokasi penyebaran kuesioner karena dianggap mampu menginterpretasikan responden penelitian yang dibutuhkan. Penyebaran kuesioner ini dilakukan dengan cara menanyakan terlebih dahulu apakah calon responden pernah menggunakan jasa pelayanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo dalam 6 bulan terakhir atau sebaliknya. Setelah dipastikan bahwa calon responden tersebut sesuai dengan kriteria responden penelitian maka tahap selanjutnya adalah meminta kesediaan calon responden untuk menjawab atau mengisi kuesioner penelitian. Dalam pengumpulan data peneliti dibantu 1 surveyor agar lebih cepat dalam pengumpulan data. Dari hasil penyebaran kuesioner tersebut, diperoleh 278 responden yang mengisi kuesioner dengan jumlah tersebut telah memenuhi target awal yang direncanakan yaitu sebesar 266 responden. Kendala yang dialami peneliti saat menyebarkan kuesioner adalah membutuhkan waktu yang cukup lama untuk mendapatkan data primer penelitian karena kuesioner bersiat *offline*.

4.3 Identifikasi Atribut Penelitian

Atribut pelayanan yang diperoleh dari tahapan identifikasi atribut merupakan data kualitatif. Berdasarkan hasil identifikasi, diperoleh 32 atribut sementara. Masing-masing atribut diberi kode atribut yang dimulai dari kode X1 sampai X32. Tabeln 4.1 menguraikan ke-32 atribut hasil dari identifikasi yang telah dilakukan dalam penelitian.

Tabel 4. 1 Atribut Pelayanan

Dimensi	Kode Atribut	Atribut
<i>People</i>	X1	Keramahan tenaga keperawatan (perawat)
	X2	Perhatian tenaga keperawatan (perawat) terhadap pasien
	X3	Perhatian tenaga medis (dokter) terhadap pasien
	X4	Keramahan tenaga medis (dokter)
	X5	Tenaga medis (dokter) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah
	X6	Tenaga keperawatan (perawat) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah
	X7	Kemampuan/pengetahuan tenaga medis (dokter) memberikan pelayanan
	X8	Kemampuan/pengetahuan tenaga keperawatan (perawat) memberikan pelayanan
	X9	Pengalaman tenaga medis (dokter) dalam melayani pasien
	X10	Pengalaman tenaga keperawatan (perawat) dalam melayani pasien
	X11	Penggunaan inovasi dan teknologi pelayanan kesehatan
	X12	Kemudahan dalam menemui/mengakses tenaga medis (dokter)
	X13	Kemudahan dalam menemui/mengakses tenaga keperawatan (perawat)
<i>Process</i>	X14	Ketepatan waktu layanan pengobatan
	X15	Ketepatan waktu kunjungan dokter
	X16	Kecepatan tenaga kesehatan memberikan pelayanan
	X17	Kelengkapan semua jenis layanan pada rawat inap
	X18	Kelengkapan obat-obatan
	X19	Ketanggapan (sukarela) tenaga kesehatan terhadap permasalahan pasien
	X20	Sistem pelayanan yang otomatis (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS))
	X21	Keakuratan dan kejelasan informasi terkait SOP dan Peraturan RS
	X22	Pelayanan makan dan minum selama perawatan
	X23	Reputasi Rumah Sakit
	X24	Kemudahan dalam mengurus administrasi perawatan
	X25	Keadilan dalam memberikan pelayanan
<i>Infrastructure</i>	X26	Kebersihan, keindahan, dan kerapian ruang rawat inap
	X27	Kelengkapan Fasilitas
	X28	Kenyamanan dan ketenangan ruang rawat inap
<i>Policy</i>	X29	Kewajaran/kesesuaian biaya layanan yang diterima
	X30	Kesopanan/rasa hormat seluruh personel rawat inap
	X31	Keamanan dan keselamatan selama perawatan
	X32	Keamanan barang bawaan

4.4 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran umum dari sampel penelitian yaitu karakteristik pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Analisis deskriptif dilakukan dengan bantuan *software* Ms. Excel dan SPSS versi 25. Analisis ini terdiri dari analisis demografi responden, analisis *usage*, serta analisis *crosstab* dari hasil pengolahan data berdasarkan proses pengumpulan data.

4.4.1 Analisis Demografi

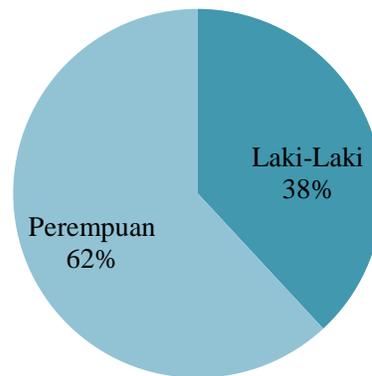
Analisis demografi responden terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, dan pekerjaan. Hasil analisis demografi responden disajikan pada Tabel 4.2.

Tabel 4. 2 Demografi Responden

Profil	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	106	38,1
Perempuan	172	61,9
Total	278	100,0
Usia		
≤ 20 tahun	5	1,8
21 - 30 tahun	37	13,3
31 - 40 tahun	76	27,3
41- 50 tahun	91	32,7
> 50 tahun	69	24,8
Total	278	100,0
Pendidikan terakhir		
Tidak Sekolah	32	11,5
SD	103	37,1
SMP	51	18,3
SMA/Sederajat	62	22,3
Sarjana	30	10,8
Total	278	100,0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	6	2,2
Ibu Rumah Tangga	113	40,6
Pelajar/Mahasiswa	5	1,8
Buruh	34	12,2
Honorer	1	0,4
PNS/ASN	26	9,4
Karyawan Swasta	17	6,1
Karyawan BUMN	7	2,5
Wiraswasta	69	24,8
Total	278	100,0

4.4.1.1 Jenis Kelamin

Dari hasil 278 responden pada penelitian ini, jenis kelamin responden yang menggunakan jasa pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo didominasi oleh perempuan sebanyak 172 orang (61,9%) sedangkan responden laki-laki berjumlah 106 orang (38,1%). Perempuan lebih mendominasi dimungkinkan karena perempuan lebih telaten dan sabar dalam membantu mengurus pasien yang sedang sakit. Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, angka harapan hidup perempuan lebih tinggi daripada laki-laki, hal ini terlihat dengan keberadaan penduduk lansia perempuan yang lebih banyak dari pada lansia laki-laki. Berikut adalah sebaran dari jenis kelamin responden (Gambar 4.3).

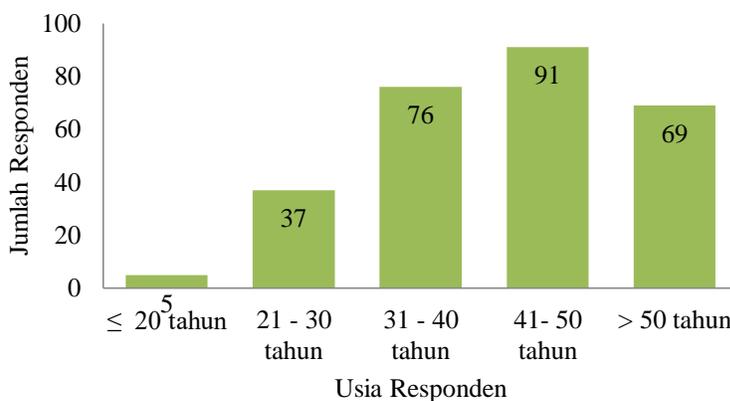


Gambar 4. 3 Jenis Kelamin Responden

4.4.1.2 Usia

Usia responden didominasi oleh responden dengan rentang usia 41 sampai dengan 50 tahun sebanyak 91 orang (32,7%). Kemudian disusul oleh responden dengan usia 31 sampai dengan 40 tahun sebanyak 76 orang (27,3%), >50 tahun sebanyak 69 orang (24,8%), 21 sampai dengan 30 tahun sebanyak 37 orang (13,3%), ≤ 20 tahun sebanyak 5 orang (1,8%). Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, penduduk lanjut usia secara biologis akan mengalami proses penuaan secara terus menerus, dengan ditandai menurunnya daya tahan fisik sehingga rentan terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Tidak hanya lansia,

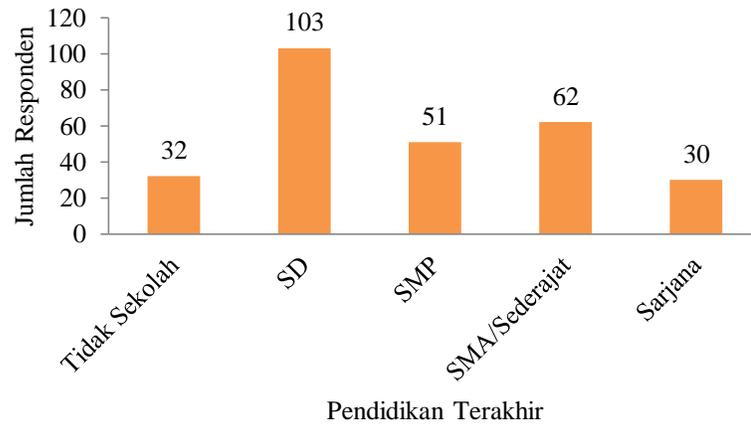
berdasarkan data Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018, terjadi peningkatan penyakit tidak menular (PTM) pada kelompok usia remaja dan dewasa muda. Kanker, stroke, diabetes mellitus, dan hipertensi muncul pada kelompok usia 15-24 tahun dan terus meningkat hingga kelompok usia 35-44 tahun. Berikut adalah sebaran usia responden (Gambar 4.4).



Gambar 4. 4 Usia Responden

4.4.1.3 Pendidikan Terakhir

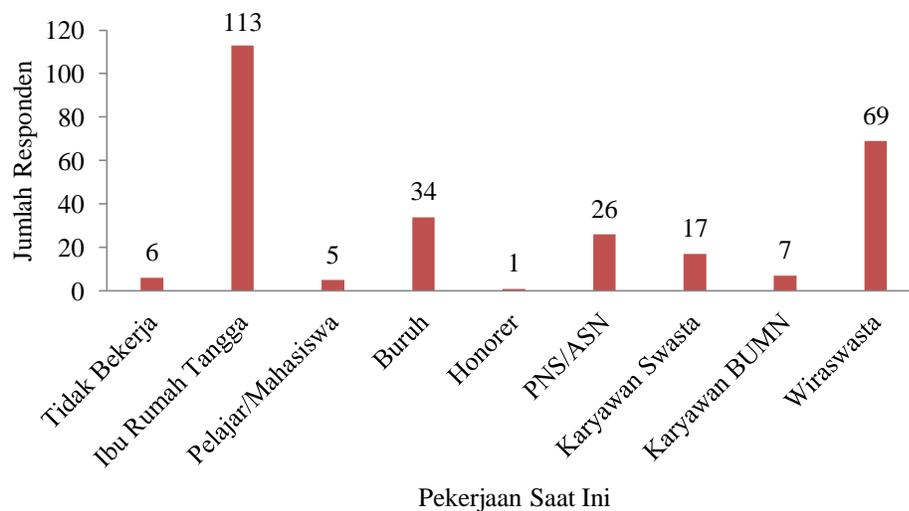
Dari hasil 278 responden pada penelitian ini, pendidikan responden didominasi oleh responden dengan pendidikan terakhir SD yaitu sebanyak 103 orang (37,1%). Kemudian disusul oleh responden dengan pendidikan terakhir SMA/Sederajat sebanyak 62 orang (22,3%), SMP sebanyak 51 orang (18,3%), Sarjana sebanyak 30 orang (10,8%), dan tidak sekolah sebanyak 32 orang (11,5%). Berdasarkan Profil Dinas kesehatan Kabupaten Situbondo Tahun Anggaran 2018, sebagian besar penduduk Kabupaten Situbondo adalah tamatan Sekolah Dasar/Sederajat (30,97%), kemudian di peringkat kedua SLTA sederajat (12,52%), SLTP sederajat (11,35%) dan Sarjana (2,76%). Berikut ini adalah sebaran pendidikan terakhir responden (Gambar 4.5).



Gambar 4. 5 Pekerjaan Responden

4.4.1.4 Pekerjaan

Pada kategori pekerjaan, responden penelitian didominasi oleh ibu rumah tangga sebanyak 113 orang (40,6%), wiraswasta sebanyak 69 orang (24,8%), buruh sebanyak 34 orang (12,2%), PNS/ASN sebanyak 26 orang (9,4%), karyawan swasta sebanyak 17 orang (6,1%), karyawan BUMN sebanyak 7 orang (2,5%), pelajar/mahasiswa sebanyak 5 orang (1,8%), honorer sebanyak 1 orang (0,4%), dan tidak bekerja sebanyak 6 orang (2,2 %). Berikut adalah sebaran pekerjaan responden (Gambar 4.6).



Gambar 4. 6 Pekerjaan Responden

4.4.2 Analisis Usage

Analisis ini digunakan untuk mengetahui karakteristik responden yang meliputi status responden, metode pembayaran, kelas rawat inap, dan ruang rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Hasil analisis *usage* disajikan pada tabel 4.3.

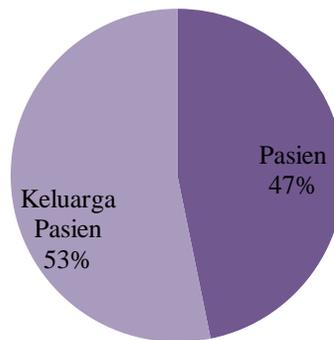
Tabel 4. 3 Analisis Usage

<i>Usage</i>	Frekuensi	Persentase (%)
Status Responden		
Pasien	130	46,8
Keluarga Pasien	148	53,2
Total	278	100,0
Kelas Rawat Inap		
VVIP	22	7,9
VIP	15	5,4
Kelas I	31	11,2
Kelas II	56	20,2
Kelas III	154	55,4
Total	278	100,0
Ruang Rawat Inap		
Teratai	22	7,9
Wijaya Kusuma	25	9
Flamboyan VIP	15	5,4
Melati	16	5,8
Seroja	17	6,1
Bougenville	27	9,7
Nusa Indah	29	10,4
Tulip	14	5
Dahlia	19	6,8
Mawar	30	10,8
Seruni	42	15,1
Anggrek VVIP	22	7,9
Total	278	100,0
Metode Pembayaran		
Umum	58	20,9
BPJS	146	52,5
KIS	63	22,7
SPM	11	4
Total	278	100,0

4.4.2.1 Status Responden

Responden dalam penelitian ini adalah pelanggan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Pelanggan rawat inap ini diklasifikasikan menjadi dua yaitu pasien ataupun keluarga yang membantu merawat pasien selama dirawat di

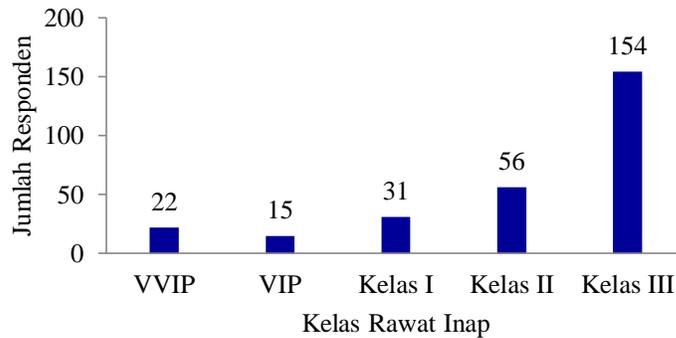
rumah sakit. Kepuasan pasien/keluarga menggambarkan kualitas pelayanan yang diberikan. Kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Kottler, 1994). Pasien atau keluarga pasien merepresentasikan pelanggan/konsumen utama unit rawat inap. Kemampuan unit pelayanan rawat inap dalam memenuhi kebutuhan pelanggan dapat diukur dari tingkat kepuasan pasien atau keluarga pasien. Dari hasil 278 responden pada penelitian ini, status responden yang merupakan keluarga pasien rawat inap adalah sebanyak 148 orang (53,2%), dan status responden yang merupakan pasien yang pernah dirawat inap adalah sebanyak 130 orang (46,8%). Berikut adalah sebaran dari status responden (Gambar 4.7).



Gambar 4. 7 Status Responden

4.4.2.2 Kelas Rawat Inap

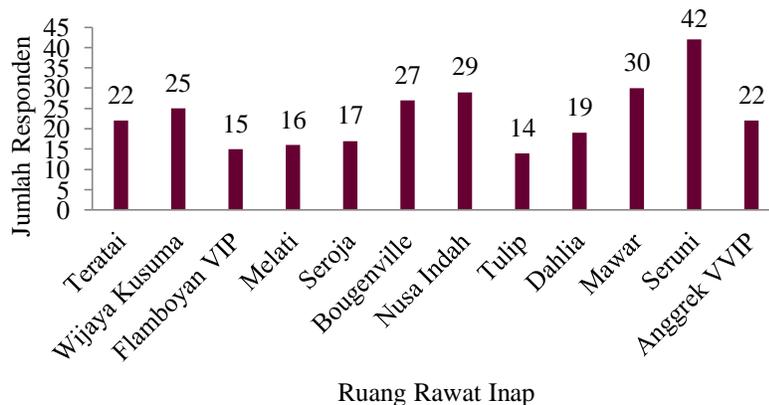
Dari hasil 278 responden pada penelitian ini, kelas rawat inap yang dipilih atau digunakan oleh responden didominasi oleh kelas 3 yaitu sebanyak 154 orang (55,4%). Hal tersebut dimungkinkan karena kapasitas tempat tidur terbanyak pada unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah kelas 3 yaitu sebanyak 99 tempat tidur. Selain itu juga dimungkinkan, sebagian besar pelanggan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah masyarakat yang memiliki kemampuan finansial untuk membayar di kelas 3. Kemudian disusul oleh kelas 2 sebanyak 56 orang (20,2%), kelas 1 sebanyak 31 orang (11,2%), kelas VIP (Utama) sebanyak 15 orang (5,4%), dan kelas VVIP (Utama) sebanyak 22 orang (7,9%). Berikut adalah sebaran dari kelas rawat inap responden (Gambar 4.8).



Gambar 4. 8 Kelas Rawat Inap

4.4.2.3 Ruang Rawat Inap

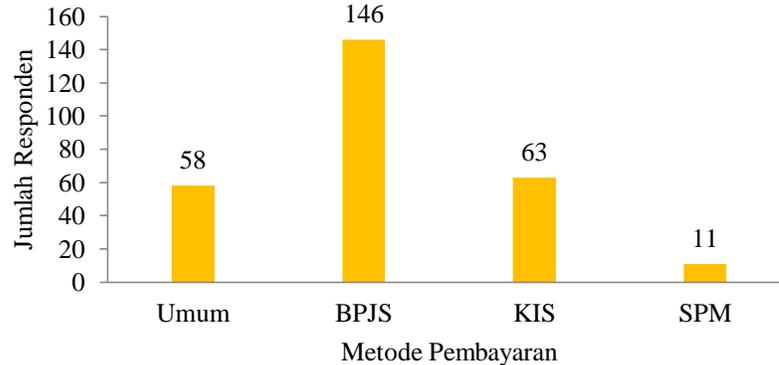
Dari hasil 278 responden pada penelitian ini, proporsi responden pada setiap ruang rawat inap telah ditentukan diawal oleh peneliti dengan rumus Isaac dan Michael. Responden Ruang Teratai adalah sebanyak 22 orang (7,9%), responden Ruang Wijaya Kusuma sebanyak 25 orang (9%), responden Ruang Flamboyant VIP sebanyak 15 orang (5,4%), responden Ruang Melati sebanyak 16 orang (5,8%), responden Ruang Seroja sebanyak 17 orang (6,1%), responden Ruang Bougenville sebanyak 27 orang (9,7%), responden Ruang Nusa Indah sebanyak 29 orang (10,4%), responden Ruang Tulip sebanyak 14 orang (5%), responden Ruang Dahlia sebanyak 19 orang (6,8%), responden Ruang Mawar sebanyak 30 orang (10,8%), responden Ruang Seruni sebanyak 42 orang (15,1%), dan responden Ruang Anggrek VVIP sebanyak 22 orang (7,9%). Gambar 4.9 sebaran dari ruang rawat inap responden.



Gambar 4. 9 Ruang Rawat Inap

4.4.2.4 Metode Pembayaran

Dari hasil 278 responden pada penelitian ini, didominasi oleh responden dengan metode pembayaran BPJS yaitu sebanyak 146 orang (52,5%). Berdasarkan Catatan BPJS, 54% penduduk Kabupaten Situbondo telah menjadi anggota BPJS. Sementara sisanya sekitar 46 % sebanyak 650.031 jiwa belum menjadi anggota BPJS kesehatan. Selanjutnya disusul oleh metode pembayaran KIS sebanyak 63 orang (22,7%), metode pembayaran umum sebanyak 58 orang (20,9%), dan Surat Pernyataan Miskin (SPM) sebanyak 11 orang (4%). Gambar 4.10 merupakan sebaran dari metode pembayaran yang digunakan oleh responden.



Gambar 4. 10 Metode Pembayaran

4.4.3 Analisis Crosstab

Pada penelitian ini dilakukan analisis *crosstab* yang akan menggabungkan satu kategori demografi dengan dua kategori *usage*. Tujuan dari analisis *crosstab* adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara dua atau lebih variabel secara simultan (Malhotra & Birks, 2007). Dari hasil analisis *crosstab* pada penelitian ini diharapkan mampu diketahui bagaimana karakteristik pelanggan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

4.4.3.1 Pekerjaan-Metode Pembayaran-Kelas Rawat Inap

Analisis *crosstab* ini menjelaskan mengenai hubungan antara pekerjaan responden, metode pembayaran yang digunakan, dan kelas rawat inap. Tabel 4.4 menunjukkan *crosstab* pekerjaan, metode pembayaran, dan kelas rawat inap.

Tabel 4. 4 *Crosstab* Pekerjaan-Metode Pembayaran-Kelas Rawat Inap

Kelas Rawat Inap		Metode Pembayaran				Total
		BPJS	KIS	SPM	Umum	
Kelas 1	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	5	2	3	10
		Pegawai BUMN	2	0	0	2
		Pegawai Swasta	2	0	2	4
		PNS1	7	0	2	9
		Wiraswasta	2	0	4	6
		Total	18	2	11	31
Kelas 2	Pekerjaan	Buruh	1	0	0	1
		Ibu Rumah Tangga	11	0	6	17
		Pegawai BUMN	1	0	0	1
		Pegawai Swasta	4	0	1	5
		PNS	5	0	0	5
		Tidak Bekerja	2	0	0	2
		Wiraswasta	20	1	5	26
		Total	43	1	12	56
Kelas 3	Pekerjaan	Buruh	10	21	1	33
		Honorer	0	1	0	1
		Ibu Rumah Tangga	29	30	8	80
		Pegawai Swasta	2	0	0	3
		Pelajar	0	0	1	2
		PNS	1	1	0	2
		Tidak Bekerja	2	0	0	3
		Wiraswasta	17	6	1	30
Total	61	59	11	23	154	

Tabel 4. 4 *Crosstab* Pekerjaan-Metode Pembayaran-Kelas Rawat Inap (Lanjutan)

Kelas Rawat Inap			Metode Pembayaran				Total
			BPJS	KIS	SPM	Umum	
Kelas VIP	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	2	0		2	4
		Pegawai BUMN	1	0		0	1
		Pegawai Swasta	0	0		1	1
		Pelajar	1	0		0	1
		PNS	2	0		1	3
		Wiraswasta	2	1		2	5
		Total	8	1		6	15
Kelas VVIP	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga 6	2			0	2
		Pegawai BUMN 4	3			0	3
		Pegawai Swasta 5	3			1	4
		Pelajar 4	1			1	2
		PNS 10	6			1	7
		Tidak Bekerja	0			1	1
		Wiraswasta 8	1			2	3
		Total	16			6	22
Total	Pekerjaan	Buruh	11	21	1	1	34
		Honorer	0	1	0	0	1
		Ibu Rumah Tangga	49	32	8	24	113
		Pegawai BUMN	7	0	0	0	7
		Pegawai Swasta	11	0	0	6	17
		Pelajar	2	0	1	2	5
		PNS	21	1	0	4	26
		Tidak Bekerja	4	0	0	2	6
		Wiraswasta	41	8	1	19	69
		Total	146	63	11	58	278

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa pada rawat inap kelas 1, didominasi oleh responden dengan jenis pekerjaan PNS dan ibu rumah tangga serta metode pembayaran pada kelas 1 didominasi BPJS dan umum. Pada rawat inap kelas 2, didominasi oleh responden dengan jenis pekerjaan wiraswasta dan ibu rumah tangga serta metode pembayaran pada kelas 2 didominasi BPJS dan umum. Pada rawat inap kelas 3, didominasi oleh responden dengan jenis pekerjaan ibu rumah tangga, buruh, dan wiraswasta serta metode pembayaran pada kelas 3 didominasi BPJS dan KIS. Pada rawat inap kelas utama (VIP dan VVIP), didominasi oleh responden dengan jenis pekerjaan PNS dan wiraswasta serta metode pembayaran pada kelas utama didominasi BPJS dan umum.

4.4.4 Analisis Deskriptif Statistik

Analisis deskriptif statistik dilakukan pada variabel dalam penelitian ini dengan tujuan untuk mengetahui harapan dan persepsi pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap kualitas layanan yang telah diberikan. Hasil analisis deskriptif statistik disajikan pada tabel 4.5.

Tabel 4. 5 Analisis Deskriptif Statistik

Dimensi	Kode Atribut	Kepentingan (Harapan)				Kinerja (Kenyataan)			
		Mean	Median	Modus	Standar Deviasi	Mean	Median	Modus	Standar Deviasi
<i>People</i>	X1	4,82	5	5	0,39	2,87	3	2	0,96
	X2	4,68	5	5	0,47	3,12	3	3	0,82
	X3	4,70	5	5	0,46	2,96	3	3	0,84
	X4	4,82	5	5	0,39	2,97	3	3	0,77
	X5	4,78	5	5	0,42	3,29	3	3	0,64
	X6	4,81	5	5	0,40	2,79	3	3	0,79
	X7	4,82	5	5	0,39	3,48	3	3	0,90
	X8	4,82	5	5	0,39	3,36	3	3	0,94
	X9	4,82	5	5	0,39	3,52	3	3	0,74
	X10	4,82	5	5	0,38	3,32	3	3	0,76
	X11	4,71	5	5	0,45	3,00	3	3	0,91
	X12	4,53	5	5	0,50	2,64	3	3	0,95
	X13	4,82	5	5	0,39	3,84	4	4	0,69
Total		4,76				3,16			
<i>Process</i>	X14	4,83	5	5	0,38	3,26	3	3	0,76
	X15	4,82	5	5	0,39	2,84	3	3	0,99
	X16	4,69	5	5	0,46	2,83	3	3	0,95
	X17	4,54	5	5	0,50	3,19	3	3	0,93
	X18	4,71	5	5	0,46	2,82	3	3	1,03
	X19	4,84	5	5	0,36	2,79	3	3	1,01
	X20	4,68	5	5	0,47	3,39	3	3	0,60
	X21	4,68	5	5	0,47	2,19	2	2	0,84
	X22	4,81	5	5	0,39	3,77	4	3	0,75
	X23	4,79	5	5	0,41	3,37	3	3	0,70
	X24	4,77	5	5	0,42	3,04	3	3	0,64
	X25	4,82	5	5	0,39	2,89	3	3	0,92
	Total		4,75				3,03		
<i>Infra structure</i>	X26	4,60	5	5	0,49	2,84	3	3	0,96
	X27	4,60	5	5	0,49	2,97	3	3	1,01
	X28	4,82	5	5	0,39	3,05	3	3	0,97
Total		4,67				2,95			
<i>Policy</i>	X29	4,84	5	5	0,37	4,00	4	4	0,74
	X30	4,70	5	5	0,46	3,04	3	3	0,94
	X31	4,82	5	5	0,39	3,41	3	3	0,79
	X32	4,82	5	5	0,39	3,40	3	3	0,65
Total		4,79				3,46			

Pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo menaruh harapan yang sangat tinggi (sangat penting) terhadap dimensi kebijakan (*policy*) yaitu jaminan untuk semua layanan yang dijanjikan dengan nilai rata-rata jawaban sebesar 4,7912. Nilai standar deviasi variabel tersebut berkisar antara 0,37171 hingga 0,46084 yang artinya tidak terdapat variasi data yang terlalu besar. Mereka menaruh harapan yang sangat tinggi pada masing-masing atribut *policy* dengan melihat angka modus dari masing-masing atribut sebesar 5 yang berarti mayoritas dari responden menjawab pertanyaan dengan nilai sangat tinggi. Di sisi lain, pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki nilai persepsi terhadap dimensi kebijakan (*policy*) yaitu jaminan untuk semua layanan yang dijanjikan yang cukup baik dengan nilai rata-rata jawaban sebesar 3,46. Nilai standar deviasi pada variabel tersebut berkisar antara 0,65 hingga 0,94 yang menunjukkan bahwa tidak adanya variasi data terlalu besar pada variabel tersebut karena jawaban responden yang cenderung tidak terlalu bervariasi. Mayoritas pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki nilai persepsi yang cukup baik terhadap dimensi kebijakan (*policy*) dengan nilai yang sering diberikan oleh responden sebesar 3.

Atribut layanan pada dimensi Sumber Daya Manusia (*people*) dianggap sangat penting bagi pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo melihat nilai harapan mereka sebesar 4,76. Nilai standar deviasi pada variabel tersebut berkisar pada nilai 0,38 hingga 0,49995 sehingga dapat diketahui bahwa tidak adanya variasi yang terlalu tinggi pada jawaban responden. Mereka menaruh harapan yang sangat tinggi pada masing-masing atribut *people* dengan melihat angka modus dari masing-masing atribut sebesar 5 yang berarti mayoritas dari responden menjawab pertanyaan dengan nilai sangat tinggi. Di sisi lain, pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki nilai persepsi terhadap dimensi Sumber Daya Manusia (*people*) yang cukup baik dengan nilai rata-rata jawaban sebesar 3,16. Nilai standar deviasi pada variabel tersebut berkisar antara 0,64 hingga 0,96 yang menunjukkan bahwa tidak adanya variasi data terlalu besar pada variabel tersebut karena jawaban responden yang cenderung tidak terlalu bervariasi. Mayoritas pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki nilai

persepsi yang cukup baik terhadap dimensi kebijakan (*people*) dengan nilai yang sering diberikan oleh responden sebesar 3.

Atribut layanan pada dimensi *process* dianggap sangat penting bagi pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo melihat nilai harapan mereka sebesar 4,7. Nilai standar deviasi pada variabel tersebut berkisar pada nilai 0,37 hingga 0,5 sehingga dapat diketahui bahwa tidak adanya variasi yang terlalu tinggi pada jawaban responden. Mereka menaruh harapan yang sangat tinggi pada masing-masing atribut *process* dengan melihat angka modus dari masing-masing atribut sebesar 5 yang berarti mayoritas dari responden menjawab pertanyaan dengan nilai sangat tinggi. Di sisi lain, pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki nilai persepsi terhadap dimensi *process* yang cukup baik dengan nilai rata-rata jawaban sebesar 3,03. Nilai standar deviasi pada variabel tersebut berkisar antara 0,6 hingga 1,03 yang menunjukkan bahwa tidak adanya variasi data terlalu besar pada variabel tersebut karena jawaban responden yang cenderung tidak terlalu bervariasi. Mayoritas pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki nilai persepsi yang cukup baik terhadap dimensi kebijakan *process* dengan nilai yang sering diberikan oleh responden sebesar 3.

Atribut layanan pada dimensi *infrastructure* dianggap sangat penting bagi pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo melihat nilai harapan mereka sebesar 4,6715. Nilai standar deviasi pada variabel tersebut berkisar pada nilai 0,39 hingga 0,49 sehingga dapat diketahui bahwa tidak adanya variasi yang terlalu tinggi pada jawaban responden. Mereka menaruh harapan yang sangat tinggi pada masing-masing atribut *policy* dengan melihat angka modus dari masing-masing atribut sebesar 5 yang berarti mayoritas dari responden menjawab pertanyaan dengan nilai sangat tinggi. Di sisi lain, pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki nilai persepsi terhadap dimensi *policy* yang cukup baik dengan nilai rata-rata jawaban sebesar 2,95. Nilai standar deviasi pada variabel tersebut berkisar antara 0,96 hingga 1,01 yang menunjukkan bahwa tidak adanya variasi data terlalu besar pada variabel tersebut karena jawaban responden yang cenderung tidak terlalu bervariasi. Mayoritas pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem

Situbondo memiliki nilai persepsi yang cukup baik terhadap dimensi kebijakan *process* dengan nilai yang sering diberikan oleh responden sebesar 3.

4.4.5 Uji Asumsi

Pada subbab ini dijelaskan mengenai hasil dari beberapa tahap uji asumsi yaitu *missing data*, *uji outliers*, dan *uji normalitas*.

4.4.5.1 Missing Data

Pada pengecekan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 278 data tidak ditemukan *missing data* di seluruh indikator penelitian. Seluruh responden telah menjawab seluruh pertanyaan kuesioner tanpa ada yang terlewatkan. Untuk memastikan apakah terdapat *missing data* atau tidak, peneliti melakukan pengecekan secara manual pada jawaban kuesioner responden secara satu per satu. Namun, dapat dipastikan tidak ada *missing data* pada jawaban responden karena semua responden penelitian ini lolos tahap *screening* dimana responden yang dapat mengisi kuesioner penelitian ini adalah hanya responden yang sesuai dengan kriteria responden penelitian.

4.4.5.2 Uji Outliers

Uji *outlier* dilakukan dengan menggunakan *z-score*. Menurut *Hair et al* (2014), nilai maksimum *z-score* adalah ± 4 untuk sampel berjumlah diatas 80. Setelah dilakukan pengecekan terhadap *z-score* ditemukan 5 *z-score* dengan nilai ± 4 . Sehingga peneliti mengurangi 5 sampel penelitian dan pada analisis selanjutnya digunakan sebanyak 273 sampel penelitian.

4.4.5.3 Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan dengan memerhatikan nilai dari *skewness* dan kurtosis. Data dapat dinyatakan terdistribusi normal apabila nilai dari *skewness* berada di antara -2 sampai 2 (George & Mallery, 2010). Setelah dilakukan pengecekan, nilai dari *skewness* (kemiringan) yang paling besar adalah -0.125 pada atribut kepentingan/harapan dan 1.172 pada atribut kinerja/kenyataan. Sedangkan nilai *skewness* yang paling kecil adalah -1.891 pada atribut kepentingan/harapan dan -406 pada atribut kinerja/kenyataan. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa data penelitian terdistribusi normal.

4.4.6 Penilaian terhadap Model Pengukuran

Model pengukuran dilakukan untuk menilai kelayakan suatu model melalui beberapa indikator pengukuran yang ada dalam penelitian.

4.4.6.1 Uji Validitas

Setelah diketahui atribut pelayanan, selanjutnya kuesioner pendahuluan yang berisi ke-32 atribut sementara disebarakan kepada 33 responden. Hasil pengumpulan data dari kuesioner pendahuluan ini dipergunakan untuk melakukan uji validitas atas setiap atribut kepentingan dan kinerja unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Tabel 4.6 menunjukkan hasil dari uji validitas yang telah dilakukan.

Tabel 4. 6 Hasil Uji Validitas

No.	Kode Atribut	Perhitungan Teknik Korelasi		Kesimpulan
		r hitung Kepentingan	r hitung Kinerja	
1	X1	0,52	0,41	Valid
2	X2	0,61	0,57	Valid
3	X3	0,53	0,68	Valid
4	X4	0,94	0,73	Valid
5	X5	0,38	0,38	Valid
6	X6	0,59	0,35	Valid
7	X7	0,38	0,58	Valid
8	X8	0,40	0,46	Valid
9	X9	0,53	0,64	Valid
10	X10	0,37	0,39	Valid
11	X11	0,77	0,77	Valid
12	X12	0,94	0,62	Valid
13	X13	0,44	0,46	Valid
14	X14	0,50	0,81	Valid
15	X15	0,55	0,88	Valid
16	X16	0,63	0,77	Valid
17	X17	0,94	0,83	Valid
18	X18	0,38	0,37	Valid
19	X19	0,54	0,74	Valid
20	X20	0,75	0,51	Valid
21	X21	0,38	0,37	Valid
22	X22	0,72	0,53	Valid
23	X23	0,35	0,55	Valid
24	X24	0,80	0,37	Valid
25	X25	0,36	0,88	Valid
26	X26	0,83	0,70	Valid
27	X27	0,83	0,73	Valid
28	X28	0,94	0,86	Valid
29	X29	0,40	0,37	Valid
30	X30	0,62	0,68	Valid
31	X31	0,35	0,49	Valid
32	X32	0,43	0,47	Valid

Berdasarkan perhitungan validitas pada tabel 4.6 dengan tingkat signifikan sebesar 5% diperoleh nilai r tabel sebesar 0,344. Dari 32 atribut yang ada dalam kuesioner pendahuluan, ke-32 atribut dinyatakan valid karena r hitungnya lebih dari 0.344. Sehingga atribut-atribut valid yang dapat dipergunakan untuk pengumpulan kuesioner data primer adalah sejumlah 32 atribut.

4.4.6.2 Uji Reliabilitas

Uji validitas sudah dilakukan, tahapan berikutnya adalah melakukan uji reliabilitas untuk mengetahui konsistensi hasil pengukuran kuesioner. Hasil dari uji reliabilitas terhadap data kuesioner pendahuluan dapat dilihat pada tabel 4.9 berikut ini.

Tabel 4. 7 Tabel Hasil Uji Reliabilitas

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0,942	32

Berdasarkan perhitungan reliabilitas pada tabel 4.9 terlihat bahwa koefisien *cronbach alpha* memiliki nilai sebesar 0.942. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner pendahuluan telah reliabel dan dapat digunakan sebagai input dari analisis data karena memiliki koefisien *cronbach's alpha* lebih dari 0.6.

4.5 Perbandingan Nilai Kepentingan dan Kinerja Tiap Kelas Rawat Inap

Populasi dari sampel penelitian ini terdiri dari empat kelas rawat inap yaitu kelas utama (VIP dan VVIP), kelas 1, kelas 2, dan kelas 3 yang memiliki perbedaan tarif dan fasilitas atas penerimaan pelayanan. Oleh karena itu perlu dilihat bagaimana rata-rata penilaian kepentingan dan kinerja per kelas. Apakah ada perbedaan yang signifikan antara penilaian pelanggan pada masing-masing kelas rawat inap. Tabel 4.7 merupakan ringkasan dari hasil *output* perhitungan minitab atas uji Z yang dilakukan untuk mengetahui perbandingan rata-rata penilaian per kelas. Hipotesisnya adalah rata-rata penilaian tingkat kepentingan dan kinerja satu kelas dibandingkan dengan rata-rata penilaian tiga kelas lain dianggap sama. Sehingga hipotesis yang terbentuk dirumuskan sebagai berikut $H_0 : X_1 = X_2$ dan $H_1 : X_1 \neq X_2$.

Tabel 4. 8 Hasil Uji Z Kepentingan dan Kinerja

Ruang Rawat Inap	α	P-Value Kepentingan	Keterangan	P-Value Kinerja	Keterangan
Kelas Utama	5%	2%	Ho Ditolak	0 %	Ho Ditolak
Kelas I	5%	3,1%	Ho Ditolak	9,1%	Ho Diterima
Kelas II	5%	0%	Ho Ditolak	0%	Ho Ditolak
Kelas III	5%	78,4%	Ho Diterima	5,3%	Ho Diterima

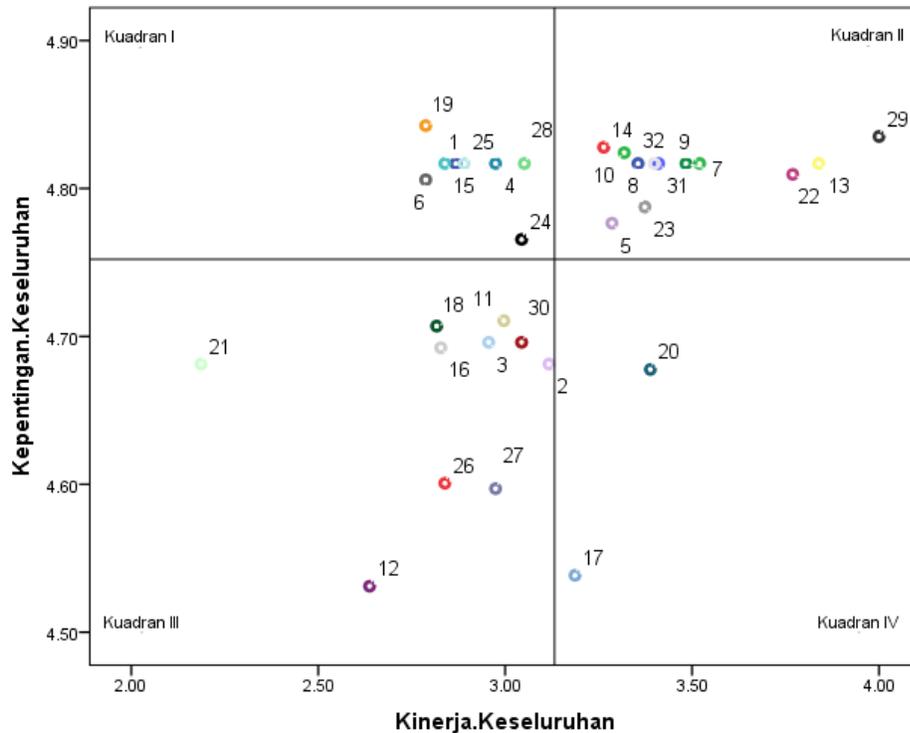
Berdasarkan nilai *P-value* yang dihasilkan dari *output* minitab, dapatlah diketahui apakah hipotesis yang telah dibuat di awal ditolak atau diterima. Dari tabel 4.3 terlihat bahwa hipotesis nol pada penilaian tingkat kepentingan ditolak untuk hasil perhitungan dari kelas utama, kelas 1, dan kelas 2. Hasil dari uji Z ini mengindikasikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan atas penilaian kepentingan pada pelanggan rawat inap kelas utama, kelas 1, dan kelas 2. Sementara itu hipotesis nol pada penilaian tingkat kinerja ditolak untuk hasil perhitungan dari kelas utama dan kelas 2. Hasil dari Uji Z ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan atas penilaian persepsi pada pelanggan rawat inap kelas utama dan kelas 2. Oleh karena tidak diperoleh penilaian rata-rata yang signifikan sama untuk tiap kelas rawat inap. Maka pada tahapan perhitungan *Importance Performance Analysis* (IPA) dilakukan analisis yang lebih mendetail untuk masing-masing kelas rawat inap.

4.6 Analisis *Importance Performance Analysis* (IPA)

Gambar 4.11 sampai 4.15 merupakan diagram *importance performance analysis* untuk rata-rata kinerja dan kepentingan rawat inap keseluruhan dan tiap kelas rawat inap. Atribut yang dimasukkan ke dalam diagram *importance performance analysis* yaitu ke-32 atribut yang sudah dinyatakan valid oleh analisis. Gambar 4.11 berikut ini merupakan diagram IPA untuk rata-rata keseluruhan harapan dan persepsi pelanggan rawat inap.

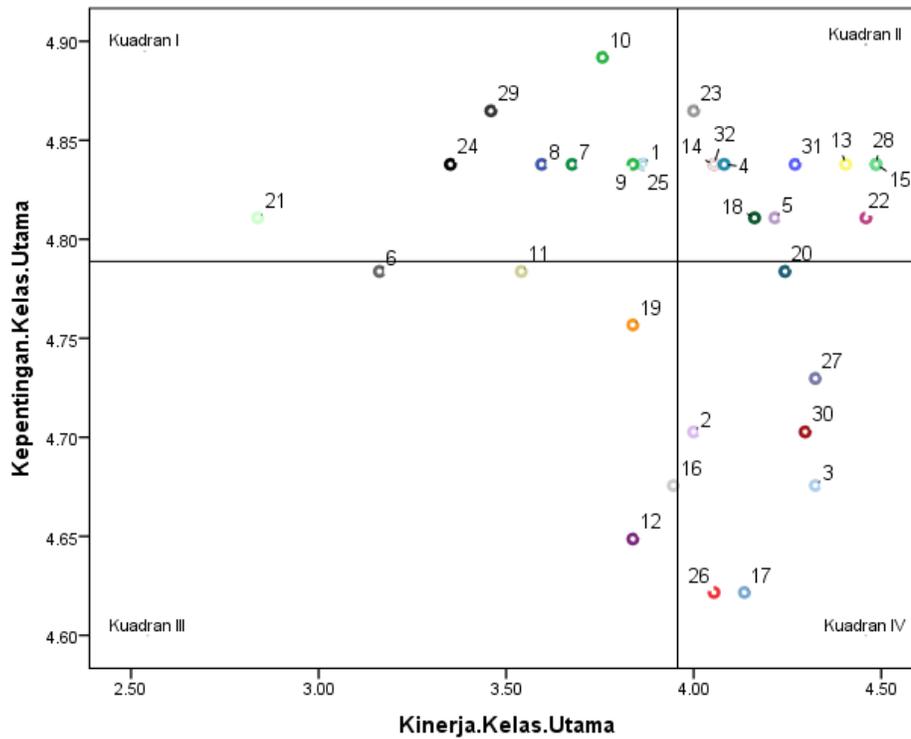
Berdasarkan pada gambar 4.11 sampai 4.15, diperoleh 14 atribut yang terseleksi dan dapat dimasukkan ke matriks *whats* dari QFD. Ke-14 atribut tersebut merupakan atribut yang berada pada kuadran I dari diagram IPA pada gambar 4.11 sampai 4.16. Dipergunakan 5 diagram IPA dalam penyeleksian atribut karena

terdapat perbedaan penilaian persepsi dan harapan pada tiap kelas rawat inap. Hal ini dilakukan karena ada kemungkinan satu atribut bisa masuk kuadran I pada diagram IPA kelas tertentu tetapi tidak masuk pada diagram IPA kelas rawat inap lain. Jadi dengan penggunaan lima diagram IPA diharapkan dapat menampung keseluruhan keinginan dan kebutuhan dari tiap kelas rawat inap.



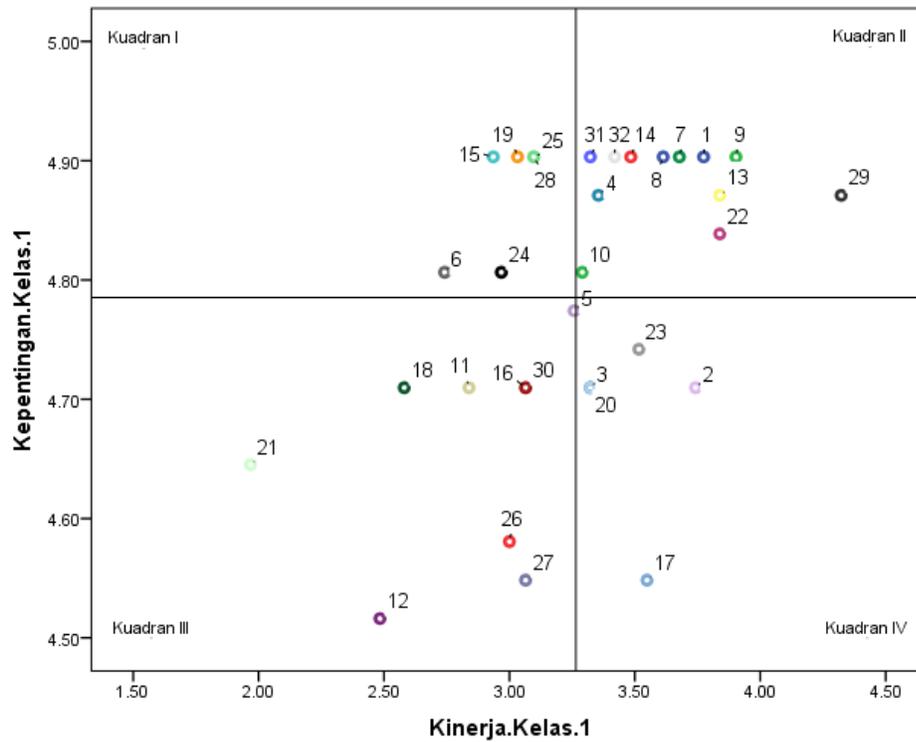
Gambar 4. 11 Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Keseluruhan

Berdasarkan gambar 4.11 dapat diketahui bahwa terdapat 8 atribut yang masuk pada kuadran I dari diagram IPA rata-rata kinerja dan kepentingan keseluruhan rawat inap. Ke-11 atribut tersebut yaitu X1, X4, X6, X15, X19, X24, X25 dan X28. Penilaian terhadap tingkat kesesuaian kinerja dan kepentingan kualitas rawat inap secara keseluruhan adalah sebesar 66% artinya secara keseluruhan kinerja kualitas layanan berada pada kategori baik. Nilai 66% ini merupakan batas terbawah dari kategori baik, sehingga peningkatan kualitas layanan rawat inap masih diperlukan (Lampiran).



Gambar 4. 12 Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Kelas Utama

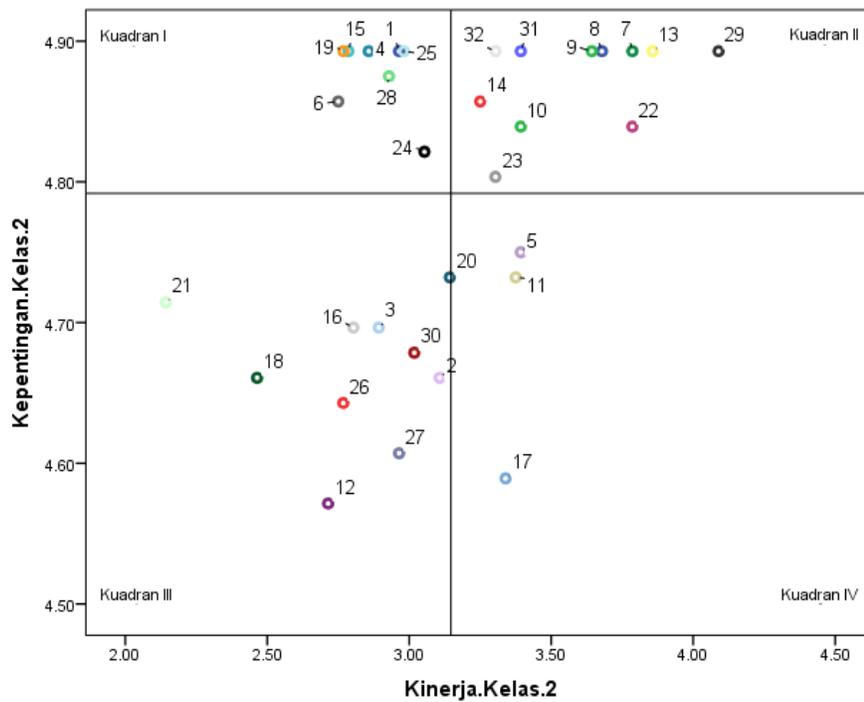
Adapun diagram IPA untuk rata-rata harapan dan persepsi Kelas Utama (VIP dan VVIP) dapat dilihat pada gambar 4.12. Dari diagram IPA Kelas Utama diketahui bahwa terdapat 9 atribut yang masuk pada kuadran I. Ke-9 atribut tersebut yaitu X1, X7, X8, X9, X10, X21, X24, X25, dan X29. Penilaian terhadap tingkat kesesuaian kinerja dan kepentingan kualitas layanan rawat inap Kelas Utama (VIP & VVIP) adalah sebesar 83% artinya kinerja kualitas layanan Kelas Utama berada pada kategori sangat baik (Lampiran).



Gambar 4. 13 Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Kelas 1

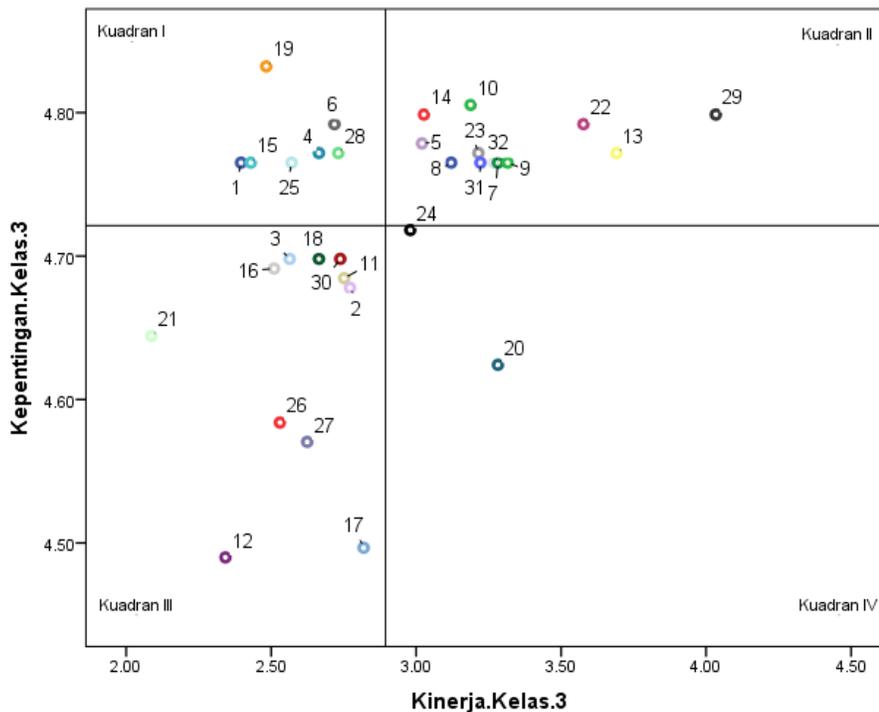
Diagram IPA untuk rata-rata harapan dan persepsi Kelas 1 dapat dilihat pada gambar 4.13. Dari diagram IPA Kelas 1 diketahui bahwa terdapat 6 atribut yang masuk pada kuadran I. Ke-6 atribut tersebut yaitu X6, X15, X19, X24, X25 dan X28. Penilaian terhadap tingkat kesesuaian kinerja dan kepentingan kualitas layanan rawat inap Kelas 1 adalah sebesar 68% artinya kinerja kualitas layanan Kelas 1 berada pada kategori baik (Lampiran).

Adapun diagram IPA untuk rata-rata kepentingan dan kinerja Kelas 2 dapat dilihat pada gambar 4.14 di atas. Dari diagram IPA ruang Kelas 2 diketahui bahwa terdapat 8 atribut yang masuk pada kuadran I. Ke-8 atribut tersebut yaitu X1, X4, X6, X15, X19, X24, X25, dan X28. Penilaian terhadap tingkat kesesuaian kinerja dan kepentingan kualitas layanan rawat inap Kelas 2 adalah sebesar 66% artinya kinerja kualitas layanan Kelas 2 berada pada kategori baik (Lampiran).



Gambar 4. 14 Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Kelas 2

Diagram IPA untuk rata-rata kepentingan dan kinerja Kelas 3 dapat dilihat pada gambar 4.15.



Gambar 4. 15 Diagram IPA Rata-Rata Kepentingan dan Kinerja Kelas 3

Dari diagram IPA Kelas 3 diketahui bahwa terdapat 7 atribut yang masuk pada kuadran I. Ke-7 atribut tersebut yaitu X1, X4, X6, X15, X19, X25 dan X28. Penilaian terhadap tingkat kesesuaian kinerja dan kepentingan kualitas layanan rawat inap Kelas 3 adalah sebesar 62% artinya kinerja kualitas layanan Kelas 2 berada pada kategori cukup baik (Lampiran).

Pada tabel 4.8 berikut ini akan memperlihatkan perbandingan atribut yang berada pada kuadran I dari kelima diagram IPA.

Tabel 4. 9 Atribut Kuadran I

Atribut	Keseluruhan	Kelas Utama	Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
X1	✓	✓		✓	✓
X2					
X3					
X4	✓			✓	✓
X5					
X6	✓		✓	✓	✓
X7		✓			
X8		✓			
X9					
X10		✓			
X11		✓			
X12					
X13					
X14					
X15	✓		✓	✓	✓
X16					
X17					
X18					
X19	✓		✓	✓	✓
X20					
X21		✓			
X22					
X23					
X24	✓	✓	✓	✓	
X25	✓	✓	✓	✓	✓
X26					
X27					
X28	✓		✓	✓	✓
X29		✓			
X30					
X31					
X32					

4.7 Matriks Whats

Tabel 4.9 ini merupakan daftar atribut yang sudah terseleksi dengan diagram IPA dan dimasukkan dalam *voice of customer* dari QFD. Ke-14 atribut tersebut adalah sebagai berikut

Tabel 4. 10 Atribut *Voice of Customer*

Dimensi	Kode Atribut	Atribut
<i>People</i>	X1	Keramahan tenaga keperawatan (perawat)
	X4	Keramahan tenaga medis (dokter)
	X6	Tenaga keperawatan (perawat) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah
	X7	Kemampuan/pengetahuan tenaga medis (dokter) memberikan pelayanan
	X8	Kemampuan/pengetahuan tenaga keperawatan (perawat) memberikan pelayanan
	X10	Pengalaman tenaga keperawatan (perawat) dalam melayani pasien
	X11	Penggunaan inovasi dan teknologi pelayanan kesehatan
<i>Process</i>	X15	Ketepatan waktu kunjungan dokter
	X19	Ketanggapan (sukarela) tenaga kesehatan terhadap permasalahan pasien
	X21	Keakuratan dan Kejelasan Informasi terkait SOP dan Peraturan RS
	X24	Kemudahan dalam mengurus administrasi perawatan
	X25	Keadilan dalam memberikan pelayanan
<i>Infrastructure</i>	X28	Kenyamanan dan ketenangan ruang rawat inap
<i>Policy</i>	X29	Kewajaran/kesesuaian biaya layanan yang diterima

4.8 *Planning Matrix*

Salah satu komponen matriks yang ada dalam QFD adalah *planning matrix*. Matriks ini memiliki beberapa komponen perhitungan. Tabel 4.10 berikut ini akan menguraikan tiap komponen perhitungan yang ada pada *planning matrix* yaitu *importance to customer*, *customer satisfaction performance*, *goal*, *improvement ratio*, *sales point*, *raw weight*, dan *normalized raw weight*. *Goal* disini merupakan performansi yang diharapkan pelanggan rawat inap dan merupakan tujuan yang akan dicapai oleh rumah sakit setelah memperhatikan kemampuan yang dimiliki oleh rumah sakit. Sedangkan *sales point* merupakan seberapa menguntungkan kebutuhan pelanggan tersebut memiliki dampak pada rumah sakit jika kebutuhan tersebut dipenuhi.

Tabel 4. 11 *Planning Matrix*

No	Kode Atribut	<i>Importance to Customer</i>	<i>Customer Satisfaction Performance</i>	<i>Goal</i>	<i>Improvement Ratio</i>	<i>Sales Point</i>	<i>Raw Weight</i>	<i>Normalized Raw Weight</i>
		(IC)	(CSP)	(G)	(IR)	(SP)	(RW)	(NRW)
1	X1	4,82	2,87	4,00	1,39	1,50	10,08	0,075
2	X4	4,82	2,97	4,00	1,34	1,50	9,72	0,072
3	X6	4,81	2,79	4,50	1,61	1,50	11,64	0,086
4	X7	4,82	3,48	4,00	1,15	1,50	8,30	0,061
5	X8	4,82	3,36	4,50	1,34	1,50	9,69	0,072
6	X10	4,82	3,32	4,00	1,21	1,50	8,72	0,065
7	X11	4,71	3,00	3,50	1,17	1,50	8,25	0,061
8	X15	4,82	2,84	3,50	1,23	1,20	7,13	0,053
9	X19	4,84	2,79	4,00	1,43	1,50	10,42	0,077
10	X21	4,68	2,19	5,00	2,29	1,20	12,84	0,095
11	X24	4,77	3,04	4,50	1,48	1,20	8,45	0,063
12	X25	4,82	2,89	4,00	1,38	1,50	10,00	0,074
13	X28	4,82	3,05	4,50	1,47	1,50	10,66	0,079
14	X29	4,84	4,00	5,00	1,25	1,50	9,07	0,067

4.8.1 *Importance to Customer*

Setelah diperoleh 14 atribut yang masuk ke dalam *matriks whats* dari QFD. Selanjutnya dapat dilihat hasil dari *planning matrix*. Berdasarkan tabel 4.10 kolom *importance to customer*, dapat diketahui tingkat kepentingan konsumen. Atribut yang memiliki tingkat kepentingan tertinggi sebesar 4,84 yaitu atribut X19 tentang ketanggapan (sukarela) tenaga kesehatan terhadap permasalahan pasien dan atribut X29 tentang kewajaran/kesesuaian biaya layanan yang diterima. Tingkat kepentingan kedua sebesar 4,82 ada pada atribut X1 tentang keramahan tenaga keperawatan (perawat), X4 tentang keramahan tenaga medis (dokter), X7 tentang kemampuan/pengetahuan tenaga medis (dokter) memberikan pelayanan, X8 tentang kemampuan/pengetahuan tenaga keperawatan (perawat) memberikan pelayanan, X10 tentang pengalaman tenaga keperawatan (perawat) dalam melayani pasien, X15 tentang ketepatan waktu kunjungan dokter, X25 tentang keadilan dalam memberikan pelayanan, dan X28 tentang kenyamanan dan ketenangan ruang rawat inap. Tingkat kepentingan ketiga sebesar 4,81 ada pada atribut X6 tentang Tenaga keperawatan (perawat) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah. Tingkat kepentingan keempat sebesar 4,77 ada pada atribut X24 tentang kemudahan dalam mengurus

administrasi perawatan. Tingkat kepentingan kelima sebesar 4,71 ada pada atribut X11 tentang penggunaan inovasi dan teknologi pelayanan kesehatan. Tingkat kepentingan keenam sebesar 4,68 ada pada atribut X21 tentang keakuratan dan Kejelasan Informasi terkait SOP dan Peraturan RS. Secara keseluruhan, pelanggan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo memiliki tingkat kepentingan tertinggi untuk atribut dari dimensi *process* dan *policy*.

4.8.2 Customer Satisfaction Performance (CSP)

Pada kolom *customer satisfaction performance* dari tabel 4.10 dapat diketahui tingkat kepuasan pelanggan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Berdasarkan tabel 4.16 dapat diketahui bahwa atribut X21 tentang keakuratan dan kejelasan informasi terkait SOP dan peraturan RS merupakan atribut yang memiliki tingkat kepuasan terendah dengan penilaian rata-rata sebesar 2,19. Tingkat kepuasan terendah pada atribut ini muncul karena pihak rumah sakit kurang dalam memberikan kejelasan informasi terkait standar operasional prosedur (SOP) dalam setiap layanan yang diberikan kepada pasien sehingga pasien cenderung tidak mengerti terhadap SOP pelayanan yang diterima termasuk peraturan yang mengikat.

Tingkat kepuasan terendah kedua adalah sebesar 2,79 ada pada atribut X6 tentang tenaga keperawatan (perawat) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah dan atribut X19 tentang ketanggapan (sukarela) tenaga kesehatan terhadap permasalahan pasien. Tingkat kepuasan yang rendah pada atribut ini muncul karena sering terjadinya *miss communication* antara perawat dan pasien.

4.8.3 Goal

Pada tabel 4.10 pada kolom *goal* dapat diketahui bahwa yang menjadi target performansi tertinggi dengan target pencapaian sebesar 5 terdapat pada dua atribut yaitu X21 tentang keakuratan dan kejelasan informasi terkait SOP dan Peraturan RS serta X29 tentang kewajaran/kesesuaian biaya layanan yang diterima. Sementara itu, atribut dengan *goal* dengan angka pencapaian terendah sebesar 3.5 ada pada dua atribut yaitu X11 tentang penggunaan inovasi dan teknologi pelayanan kesehatan dan X15 tentang ketepatan waktu kunjungan dokter.

4.8.4 Improvement Ratio (IR)

Berdasarkan tabel 4.10 kolom *improvement ratio* diketahui bahwa ada lima atribut dengan nilai *improvement ratio* terbesar yaitu atribut X6 tentang tenaga keperawatan (perawat) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah. Atribut tersebut merupakan atribut dengan upaya peningkatan pelayanan terbesar yang harus dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit. Sementara itu atribut X7 tentang kemampuan/pengetahuan tenaga medis (dokter) memberikan pelayanan merupakan atribut dengan nilai *improvement ratio* terkecil. Sehingga atribut tersebut merupakan atribut dengan upaya peningkatan pelayanan terkecil yang harus dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit.

4.8.5 Sales Point (SP)

Berdasarkan tabel 4.10 kolom *sales point* dapat dilihat bahwa angka *sales point* terendah yaitu sebesar 1.2. *Sales point* sebesar ini memiliki arti titik penjualan menengah. Atribut yang memiliki angka pada titik penjualan menengah adalah atribut X15 (ketepatan waktu kunjungan dokter), X21 (keakuratan dan kejelasan informasi), dan X24 (kemudahan dalam mengurus administrasi perawatan). Sementara 11 atribut sisanya merupakan atribut dengan *sales point* sebesar 1.5 yang memiliki titik penjualan yang tinggi.

4.8.6 Raw Weight dan Normalized Raw Weight

Pada hasil perhitungan tabel 4.10 kolom *raw weight*, setelah diketahui angka *raw weight* dari atribut tertentu maka angka tersebut dibagi dengan total dari angka *raw weight*. Sehingga pada akhirnya angka *raw weight* bisa menjadi angka dari *normalized raw weight* atau nilai *raw weight* yang diperoleh sudah dinormalisasi. Sehingga arti dari kolom *raw weight* dan *normalized raw weight* dapat dikatakan memiliki nilai yang sama, hanya saja berbeda dalam hal rentang nominalnya.

Dari tabel 4.16 kolom *normalized raw weight* dapat dilihat bahwa atribut X21 (keakuratan dan kejelasan informasi) merupakan atribut yang memiliki angka *normalized raw weight* (NRW) tertinggi, yaitu sebesar 0.095. Adapun angka terendah NRW sebesar 0.053 dimiliki oleh atribut X15 (ketepatan waktu kunjungan dokter).

4.9 Respon Teknis dan *Relationship Matrix*

Respon teknis dan hubungan antara respon teknis dengan atribut *voice of customer* dapat dilihat pada tabel 4.11 berikut ini. Dalam respon teknis ini, perusahaan mentranslasikan kebutuhan konsumen menjadi *substitute quality characteristics*. Penulis merumuskan respon teknis melalui diskusi dengan pihak manajemen rumah sakit. *Relationship Matrix* menggambarkan persepsi mengenai keterkaitan hubungan antara *technical response* dan *customer requirement*. Hubungan yang semakin kuat menandakan tingkat kepuasan yang meningkat pula.

Tabel 4. 12 Respon Teknis dan *Relationship Matrix*

Atribut <i>Voice of Customer</i> (VoC)		<i>Technical Response</i> (TR)		Nilai <i>Relationship Matrix</i>
X1	Keramahan tenaga keperawatan (perawat)	TR1	Pelatihan <i>Soft Skills Caring</i>	9
		TR2	Kompensasi dan insentif berdasarkan analisis beban kerja	9
X4	Keramahan tenaga medis (dokter)	TR1	Pelatihan <i>Soft Skills Caring</i>	9
		TR2	Kompensasi dan insentif berdasarkan analisis beban kerja	9
X6	Tenaga keperawatan (perawat) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah	TR3	Pelatihan komunikasi interpersonal (<i>terapeutik</i>)	9
		TR4	Penerapan budaya kerja dan motivasi kerja	9
X7	Kemampuan/pengetahuan tenaga medis (dokter) memberikan pelayanan	TR5	Program pendidikan dan pelatihan	9
X8	Kemampuan/pengetahuan tenaga keperawatan (perawat) memberikan pelayanan	TR6	Pelatihan Manajemen Pelayanan dan Asuhan Keperawatan	9
		TR7	Penerapan nilai-nilai profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien	9
		TR5	Program pendidikan dan pelatihan	9
X10	Pengalaman tenaga keperawatan (perawat) dalam melayani pasien	TR7	Penerapan nilai-nilai profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien	9
X11	Penggunaan inovasi dan teknologi pelayanan kesehatan	TR8	Peralatan dan perlengkapan medis yang disesuaikan dengan teknologi baru	9
X15	Ketepatan waktu kunjungan dokter	TR9	Pengaturan jadwal kunjungan dokter spesialis	9
X19	Ketanggapan (sukarela) tenaga kesehatan terhadap permasalahan pasien	TR10	Koordinasi yang baik antara staf medis dan perawat	9
		TR11	Pengaturan jadwal dokter jaga dan <i>shift</i> jaga perawat	9
X21	Keakuratan dan Kejelasan Informasi terkait SOP dan Peraturan RS	TR12	Mencantumkan SOP dan peraturan RS dengan jelas di website dan papan-papan informasi yang mudah di jangkau fi lingkungan RS	9

Tabel 4. 13 Respon Teknis dan *Relationship Matrix* (Lanjutan)

Atribut <i>Voice of Customer</i> (VoC)		Technical Response (TR)		Nilai Relationship Matrix
X21	Keakuratan dan Kejelasan Informasi terkait SOP dan Peraturan RS	TR13	Mengoptimalkan pengelolaan media sosial sebagai sumber informasi	9
X24	Kemudahan dalam mengurus administrasi perawatan	TR14	Komputerisasi administrasi RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)	9
		TR15	Tidak adanya system jaminan saat pasien masuk	9
		TR16	Tersedianya loket pembayaran tunai dan non-tunai	9
X25	Keadilan dalam memberikan pelayanan	TR17	Sistem antrian yang baik	9
		TR18	Peraturan dan sistem nondiskriminatif terhadap pasien dengan perbedaan kelas rawat inap	9
X28	Kenyamanan dan ketenangan ruang rawat inap	TR19	Adanya pengaturan jam kunjung pasien	9
		TR20	Ciptakan suasana tenang dan nyaman	9
X29	Kewajaran/kesesuaian biaya layanan yang diterima	TR21	Memberikan penjelasan rincian biaya rawat inap	9

Berdasarkan hasil diskusi dengan pihak manajemen RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo, diperoleh 21 respon teknis yang bisa dilakukan atas ke-14 atribut dari *voice of customer*. Daftar dari ke-21 respon teknis tersebut dapat dilihat pada table 4.15. Adapun atribut-atribut yang memiliki satu tindakan yang memiliki satu tindakan respon teknis adalah atribut X7, X10, X11, dan X15. Kemudian atribut-atribut yang memiliki dua tindakan respon teknis antara lain atribut X1, X4, X6, X19, X21, X25, dan X28. Sedangkan atribut X8 dan X24 merupakan atribut yang memiliki tiga tindakan respon teknis.

Pada tabel 4.15 dapat dilihat pula korelasi antara atribut dari *voice of customer* dengan *technical respon* (TR). Korelasi tersebut dijelaskan dalam bentuk angka 1, 3 dan 9 yang melambangkan korelasi yang lemah, sedang dan kuat. Tetapi dalam matriks QFD, nilai tersebut diterjemahkan ke dalam simbol segitiga untuk angka 1, satu lingkaran untuk angka 3 dan dua buah lingkaran untuk angka 9. Terdapat 21 respon teknis memiliki tingkatan korelasi tinggi dengan angka *relationship matrix* sebesar 9 pada tabel 4.15. Hal ini menandakan bahwa perubahan yang kecil saja atas ke-21 respon teknis tersebut mampu memberi pengaruh yang kuat dan cukup berarti terhadap mayoritas atribut dari *voice of customer* yang ada.

4.10 Technical Matrix

Tabel 4.16 berikut ini merupakan tabel yang menunjukkan hasil perhitungan dari komponen *technical matrix*. Pada tabel *technical matrix* ini dapat diketahui prioritas pengaplikasian dari respon teknis yang sudah ada. Tabel 4.12 ini akan berisi komponen *contribution*, *normalized contribution*, dan *priorities*.

Tabel 4. 14 *Technical Matrix*

Kode	Contribution	Normalized Contribution	Priorities
TR1	1,32	0,08	1
TR2	1,32	0,08	1
TR3	0,78	0,05	5
TR4	0,78	0,05	5
TR5	1,20	0,07	3
TR6	0,65	0,04	9
TR7	1,23	0,07	2
TR8	0,55	0,03	12
TR9	0,48	0,03	13
TR10	0,70	0,04	7
TR11	0,70	0,04	7
TR12	0,86	0,05	4
TR13	0,86	0,05	4
TR14	0,56	0,03	11
TR15	0,56	0,03	11
TR16	0,56	0,03	11
TR17	0,67	0,04	8
TR18	0,67	0,04	8
TR19	0,71	0,04	6
TR20	0,71	0,04	6
TR21	0,60	0,04	10

Berdasarkan tabel 4.16 dapat diketahui urutan prioritas 21 respon teknis yang perlu dilakukan oleh pihak manajemen RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Kolom *contribution* menunjukkan kontribusi dari masing-masing respon teknis. Sementara itu kolom *normalized contribution* menunjukkan nilai *contribution* dari respon teknis dalam rentang skala 0 - 1 yang dipergunakan untuk memudahkan dalam membandingkan nilai kontribusi dari setiap respon teknis.

Prioritas tertinggi pada respon teknis ditentukan oleh nilai terbesar yang ada pada kolom *contribution* atau *normalized contribution*. Respon teknis dengan angka *normalized contribution* tertinggi yaitu sebesar 0,08 ada pada TR1 yaitu tentang

pelatihan *soft skills caring* dan TR2 tentang kompensasi/insentif berdasarkan analisis beban kerja. Sementara itu respon teknis dengan prioritas terendah ada pada TR8 tentang peralatan dan perlengkapan medis yang disesuaikan dengan teknologi baru, TR9 tentang pengaturan jadwal kunjungan dokter spesialis, TR14 tentang komputerisasi administrasi RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit), TR15 tentang tidak adanya sistem jaminan saat pasien masuk, dan TR16 tentang tersedianya loket pembayaran tunai dan non-tunai dengan nilai *normalized contribution* sebesar 0.03.

Pada kolom prioritas terlihat bahwa peringkat tertinggi terletak pada angka 13. Hal ini dikarenakan ada beberapa nilai *contribution* dari respon teknis yang memiliki nilai yang sama sehingga ada beberapa peringkat tertentu yang memiliki dua tiga respon teknis. Peringkat prioritas tertentu yang memiliki lebih dari satu respon teknis yaitu peringkat prioritas ke-1 yang dimiliki oleh respon teknis TR1 dan TR2. Prioritas ke-4 dengan TR12 dan TR13. Prioritas ke-5 dengan TR3 dan TR4. Prioritas ke-6 dengan TR19 dan TR20. Prioritas ke-7 dengan TR10 dan TR 11. Prioritas ke-8 dengan TR17 dan TR18. Prioritas ke-11 dengan TR14, TR15, dan TR13.

4.11 Implikasi Manajerial

Tabel 4.14 merupakan implikasi manajerial dari ke-21 respon teknis yang telah dirumuskan sebelumnya. Peneliti mendapatkan jenis implikasi manajerial yang siap untuk dilakukan dan diaplikasikan.

Tabel 4. 15 Implikasi Manajerial

Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit	Pihak Eksternal
TR1 Pelatihan <i>Soft Skills Caring</i>	<p>Model pelatihan <i>soft skills caring</i> untuk meningkatkan kualitas keperawatan dan kepuasan pasien berdasarkan 10 faktor karatif (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligod, 2006):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pembentukan sistem nilai <i>humanistic</i> dan <i>altruistic</i> - Menanamkan kepercayaan-harapan - Pengembangan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain - Pengembangan hubungan saling percaya dan saling membantu - Dukungan dan penerimaan ungkapan perasaan yang positif dan negative - Penggunaan metode yang sistematis dalam pemecahan masalah - Pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal - Lingkungan yang suportif, protektif, perbaikan mental, fisik, sosial budaya dan spiritual - Bantuan pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan pasien - Penghargaan kekuatan eksistensial-phenomenologikal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Sie Keperawatan yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan. 2. Bagian Diklat yang dibawah oleh Kepala Bidang Kepegawaian. 3. Kepala Unit Rekam Medis yang dibawah oleh Kepala Bidang Penunjang. 4. Kepala Ruang Perawat dan Seluruh Praktisi Perawat yang dibawah oleh Kepala Sie Keperawatan. 	<p>Trainer: Indo Asia (www.indo-asia.com). Tim Pemateri/ Instruktur adalah para Akademisi, Praktisi, <i>Consultant</i> yang kompeten dibidangnya dengan metode presentasi, diskusi, bedah kasus, dan simulasi.</p>

Tabel 4. 16 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit
TR2	Kompensasi dan insentif berdasarkan analisis beban kerja	Analisis beban kerja perawat dan dokter dapat dilihat dengan mengukur beban jam tiap deskripsi kerja (<i>jobdesk</i>) yang dilakukan oleh masing-masing perawat atau dokter. Metode <i>Full Time Equivalent</i> dapat digunakan untuk mengetahui beban jam kerja dan kesesuaian jumlah karyawan serta pemberian insentif yang sesuai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang Kepegawaian yang dibawah oleh Kepala Bagian Tata Usaha. 2. Kepala Bidang Keuangan yang dbawahi Direktur. 3. Kepala Bidang Evaluasi dan Pelaporan yang dibawah oleh Kepala Bagian Tata Usaha
TR7	Penerapan nilai-nilai profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan	<p><i>American Association Colleges of Nursing</i> (AACN, 2008) menyebutkan lima nilai-nilai profesionalisme keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nilai altriusme artinya mengutamakan kepentingan orang lain, dan kesejahteraan orang lain terkait kesejahteraan pasien, perawat lain, dan penyedia layanan kesehatan lainnya (AACN, 2008) - Otonomi adalah hak untuk menentukan nasib sendiri. Perawat menghormati hak-hak pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan kesehatan mereka (AACN, 2008) - Human <i>dignity</i> adalah menghargai dan menghormati harkat dan martabat orang lain. Dalam praktik profesional, kepedulian terhadap martabat manusia tercermin ketika perawat menghargai dan menghormati semua pasien dan kolega (AACN, 2008). - <i>Integrity</i> adalah Integritas tercermin dalam praktik profesional ketika perawat jujur dan memberikan perawatan berdasarkan kerangka kerja etis yang diterima dalam profesi (AACN, 2008) - Keadilan sosial bertindak sesuai dengan perlakuan yang adil terlepas dari status ekonomi, ras, etnis, usia, kewarganegaraan, cacat, atau orientasi seksual (AACN, 2008). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Sie Keperawatan yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan. 2. Kepala Ruang Perawat dan Seluruh Praktisi Perawat yang dibawah oleh Kepala Sie Keperawatan.

Tabel 4. 17 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit
TR5	Program pendidikan dan pelatihan	<p>Perencanaan program strategis dapat dilakukan dengan melakukan <i>training need assessment</i> atau analisa kebutuhan pelatihan. Pelatihan yang efektif adalah pelatihan yang mampu menjadi solusi atas kebuntuan operasional dan pelayanan yang terjadi. Misalnya Kerangka Kompetensi Kepemimpinan Medik (<i>Medical Leadership Competency Framework</i>) telah dikembangkan sejak tahun 2008 oleh <i>Academy of Medical Royal Colleges</i> bekerjasama dengan NHS <i>Institute</i>. Kerangka tersebut berisi garis besar kompetensi yang dirancang agar para dokter (klinisi) dapat mengembangkan kemampuan kepemimpinan mereka. Kerangka ini menyediakan panduan yang sangat bernilai bagi para dokter untuk merencanakan kepemimpinan klinis yang efektif dan juga menyediakan kesempatan agar para dokter menjadi lebih proaktif dalam merancang dan mengaplikasikan pelayanan medis. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan para dokter dan dokter spesialis untuk menjadi clinical leader di RS. Tujuan khusus pelatihan adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan pemahaman dan kemampuan peserta terkait dengan <i>personal qualities</i> - Meningkatkan pemahaman dan kemampuan peserta dalam bekerjasama dengan orang lain - Meningkatkan pemahaman dan kemampuan peserta dalam mengelola pelayanan klinis di RS - Meningkatkan pemahaman dan kemampuan peserta dalam menetapkan arah RS - Meningkatkan pemahaman dan kemampuan peserta dalam meningkatkan pelayanan klinis di RS <p>Selain itu juga dengan program pendidikan dokter spesialis (PPDS) yang merupakan suatu tahap pendidikan dan pelatihan yang dilalui oleh para lulusan dokter agar memperoleh kemampuan dan keterampilan tambahan sehingga dapat mengelola permasalahan kesehatan yang lebih kompleks dan spesifik dibanding sebelumnya</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian Diklat yang dibawah oleh Kepala Bidang Kepegawaian. 2. Kepala Sie Medis dan seluruh praktisi dokter umum dan spesialis yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan.

Tabel 4. 18 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit
TR12	Mencantumkan SOP dan peraturan RS dengan jelas di website dan papan-papan informasi yang mudah di jangkau pelanggan di lingkungan RS	Informasi tentang standar operasional prosedur untuk beberapa jenis pelayanan yang ditawarkan penting untuk disampaikan dengan jelas kepada pelanggan. Hal ini dikarenakan banyaknya keluhan tentang ketidakmengertian pelanggan rawat inap dalam mengurus Surat Pernyataan Miskin (SPM), pelayanan administrasi ketika pasien rawat inap akan pulang, dan pengurusan uang jaminan. Selain itu juga tentang peraturan rawat inap terkait jadwal kunjungan oleh keluarga pasien. Meskipun rumah sakit telah menetapkan jadwal kunjungan keluarga pasien, tetapi pada kenyataannya tidak diterapkan dengan baik. Hal ini dikarenakan banyaknya keluarga pasien yang terlalu ramai dan mengganggu ketenangan pasien lainnya. Oleh karena itu, mencantumkan informasi di dinding atau papan-papan pengumuman terkait SOP dan tata tertib sangatlah penting.	1. Kepala Bagian Umum yang dibawahi oleh Kepala Bagian Tata Usaha
TR17	Sistem antrian yang baik	Antrian dalam mendaftar untuk rawat inap dapat menggunakan nomor antrian. Untuk aspek teknisnya guna mempercepat layanan, bisa dilakukan dengan penyederhanaan proses (simplifikasi), pemanfaatan sistem informasi (aplikasi), dan menghilangkan proses yang tidak perlu untuk mempercepat layanan.	1. Kepala bagian Umum yang dibawahi oleh Kepala Bagian Tata Usaha 2. Petugas Loker Pendaftaran

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit	Pihak Eksternal
TR13	Mengoptimalkan pengelolaan media sosial sebagai sumber informasi	<p>Dalam bidang kesehatan, seperti dikutip dari <i>The Social Life of Health Information</i>, di Amerika Serikat, 61% dari orang dewasa mencari informasi kesehatan lewat media sosial secara <i>online</i> dan 39% lainnya lewat <i>Facebook</i>. Pihak manajemen rumah sakit dapat mengoptimalkan penggunaan media sosial seperti <i>website</i>, <i>facebook</i>, <i>instagram</i>, dan lainnya sebagai sumber informasi terkait jenis pelayanan yang ditawarkan, SOP, peraturan rumah sakit, biaya, informasi kesehatan, dan sarana bagi seluruh masyarakat untuk berbicara tentang kesehatan. Masyarakat dapat membentuk relasi bersama orang-orang dengan minat kesehatan yang sama, dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Di media sosial kesehatan ini pula masyarakat dapat meninjau pelayanan rumah sakit, berteman dengan orang-orang yang menggunakan rumah sakit yang sama, dan dengan orang-orang yang menggunakan pelayanan medis yang sama. Selain itu, pihak manajemen rumah sakit dapat melakukan strategi <i>marketing</i> melalui media sosial. Maka untuk itu seluruh jajaran manajemen perlu untuk duduk bersama guna pemilihan dan penetapan strategi marketing yang handal yang diyakini bisa mendongkrak prosentase BOR yang ideal. Pelatihan yang bisa diikuti yaitu “Perencanaan dan Penetapan Strategi <i>Marketing</i> dalam Upaya Meningkatkan Bed Occupancy (BOR) Rate Rumah Sakit”. Materi Pelatihan yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peran dan fungsi tingkat prosentase BOR di sebuah rumah sakit 2. BOR vs Visite rate (angka kunjungan) 3. Ruang lingkup <i>marketing</i> rumah sakit 4. Penetapan strategi <i>marketing</i> guna menjaga BOR RS tetap stabil 5. Kebijakan pimpinan dalam menjaga BOR RS tetap stabil 6. Simulasi perhitungan BOR RS Studi kasus 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manager Marketin 2. Rumah Sakit, Manager 3. Pengembangan Bisnis 4. Kepala Bansal Perawatan 5. Staff Marketing Rumah Sakit 6. Staff Bidang lain yang relevan 	<p>Trainer: Indo Asia (www.indo-asia.com)</p> <p>Tim Pemateri/Instruktur adalah para Akademisi, Praktisi, Consultant yang kompeten dibidangnya dengan metode presentasi, diskusi, bedah kasus, dan simulasi.</p>

Tabel 4. 19 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit	Pihak Eksternal
TR3	Pelatihan komunikasi interpersonal (<i>terapeutik</i>)	<p>Perawat sebagai komponen penting dalam proses keperawatan dan orang yang paling terdekat dengan pasien harus mampu berkomunikasi secara verbal maupun nonverbal dalam membantu kesembuhan pasien. Seorang perawat yang profesional akan selalu berusaha untuk berperilaku <i>terapeutik</i> yang berarti bahwa setiap interaksi yang dilakukan, memberikan dampak kesembuhan yang memungkinkan pasien untuk memberi kepuasan pelayanan yang diberikan oleh seorang perawat. Tujuan pelatihan <i>terapeutik</i> adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan penjelasan tentang hubungan <i>terapeutik</i> perawat dengan klien - Memberikan penjelasan tentang tujuan hubungan <i>terapeutik</i> - Memberikan penjelasan tentang teknik komunikasi <i>terapeutik</i> - Memberikan penjelasan tentang tahapan hubungan <i>terapeutik</i> dan tugas perawat - Memberikan penjelasan tentang penggunaan komunikasi <i>terapeutik</i> pada berbagai tingkat usia dengan berbagai kondisi - Memberikan penjelasan tentang penerapan komunikasi <i>terapeutik</i> dalam pelayanan kesehatan - Memberikan penjelasan tentang isu komunikasi <i>terapeutik</i> dalam pelayanan kesehatan - Memberikan penjelasan tentang bagaimana memilih komunikasi dalam konteks sosial dan keanekaragaman budaya serta keyakinan - Memberikan penjelasan tentang bagaimana membangun konsep komunikasi matra (laut, udara, dan darat). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Sie Keperawatan yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan. 2. Bagian Diklat yang dibawah oleh Kepala Bidang Kepegawaian. 3. Kepala Unit Rekam Medis yang dibawah oleh Kepala Bidang Penunjang. 4. Kepala Ruang Perawat dan Seluruh Praktisi Perawat yang dibawah oleh Kepala Sie Keperawatan. 	<p>Trainer: Indo Asia (www.indo-asia.com). Tim Pemateri/Instruktur adalah para Akademisi, Praktisi, <i>Consultant</i> yang kompeten dibidangnya dengan metode presentasi, diskusi, bedah kasus, dan simulasi.</p>

Tabel 4. 20 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Terkait
TR4	Penerapan budaya kerja dan motivasi kerja	<p>Guna menciptakan semangat dan gairah kerja yang baik, pihak manajemen rumah sakit perlu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mensosialisasikan budaya kerja pada seluruh tenaga keperawatan di lingkungan rumah sakit sehingga mereka memahami secara benar mengenai budaya kerja yang diterapkan dan dapat dipedomani dalam menjalankan kegiatan atau aktivitas - Membuat kebijakan khusus yang tegas kepada perawat melalui kegiatan pendisiplinan korektif berupa pemberian sanksi dan mengupayakan pembuatan SOP yang baku sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan berjalan optimal - Mengupayakan pemberian <i>reward</i> dan <i>punishment</i> melalui peningkatan gaji atau insentif sesuai dengan kemampuan manajemen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Sie Keperawatan yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan. 2. Kepala Ruang Perawat dan Seluruh Praktisi Perawat yang dibawah oleh Kepala Sie Keperawatan.
TR19	Adanya pengaturan jam kunjung pasien	<p>Peraturan mengenai jam kunjung pasien atau jam besuk sudah tersedia di <i>website</i> resmi RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo yaitu siang pada pukul 11.00-13.00 WIB dan sore/malam pada pukul 17.00-20.00 WIB. Akan tetapi pada kenyataannya tidak diterapkan secara optimal (dilanggar). Sehingga diperlukan upaya untuk mengatasinya seperti memasang informasi mengenai aturan jam besuk di spot/papan pengumuman yang mudah dijangkau pelanggan di lingkungan rawat inap. Selain itu juga dengan menggunakan kartu pembesuk pasien yang dikalungkan dengan ketentuan 3 pembesuk yang diperbolehkan masuk untuk masing-masing pasien rawat inap. Keluarga pasien diperbolehkan datang bergantian.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala bagian Umum yang dibawah oleh Kepala Bagian Tata Usaha 2. Satpam Rumah Sakit
TR20	Menciptakan suasana tenang dan nyaman	<p>Upaya yang perlu dilakukan untuk menciptakan suasana tenang dan nyaman pada ruang rawat inap yaitu dengan penempelan papan informasi tata tertib di setiap kamar seperti dilarang bising/gaduh dan dilarang merokok, pengaturan ventilasi kamar pasien yang lancar, penerangan kamar pasien yang cukup, pembersihan ke seluruh ruangan, adanya kontrol rutin terhadap kebersihan, tersedianya bak sampah di tiap bangsal, dan pembersihan kamar mandi dengan diberi pewangi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian Penunjang Non-Medis yang dibawah oleh Kepala Bagian Penunjang

Tabel 4. 21 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit
TR10	Koordinasi yang baik antara staf medis dan perawat	<p>Koordinasi yang baik antara staf medis dan perawat dapat terwujud dengan menerapkan manajemen keperawatan. Manajemen keperawatan merupakan suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan obyektivitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan (Huber, 2000). Salah satu pelatihan yang diharap dapat meningkatkan kemampuan memimpin adalah Training Manajemen Bangsal Keperawatan. Materi pelatihan meliputi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Asuhan Keperawatan - Manajemen pengelolaan staf keperawatan di bangsal - Kepala ruang sebagai pengelola lini pertama: manajemen keperawatan, kepeimpinan, change agent, Manajemen konflik, penyelesaian masalah manajemen stress dan pembuatan keputusan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Sie Keperawatan yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan. 2. Kepala Ruang Perawat dan Seluruh Praktisi Perawat yang dibawah oleh Kepala Sie Keperawatan. 3. Kepala Sie Medis dan seluruh praktisi dokter umum dan spesialis yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan. 4. Bagian Diklat yang dibawah oleh Kepala Bidang Kepegawaian
TR21	Memberikan penjelasan rincian biaya rawat inap	<p>Ketika pelanggan rawat inap melakukan pembayaran atas pelayanan rawat inap yang telah diterima, sebaiknya petugas loket pembayaran menjelaskan rincian biaya mulai dari biaya yang terkecil sampai yang terbesar. Hal ini dilakukan agar pelanggan memahami, menerima, dan memaklumi biaya perawatan yang diterima dan merasa puas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Loket Pembayaran yang dibawah oleh Kepala Bagian Tata Usaha
TR16	Tersedianya loket pembayaran tunai dan non-tunai	<p>Menyediakan fasilitas loket pembayaran tunai dan non-tunai (semua bank) dengan proses yang mudah dan cepat.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Loket Pembayaran yang dibawah oleh Kepala Bagian Tata Usaha

Tabel 4. 22 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit	Pihak Eksternal
TR6	<p>Pelatihan Manajemen Pelayanan dan Asuhan Keperawatan</p>	<p>Pelatihan Manajemen Pelayanan dan Asuhan Keperawatan bertujuan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaksanakan Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan - Melaksanakan Manajemen Sumber Daya Perawat - Melaksanakan Hubungan Profesional Keperawatan - Melaksanakan Asuhan Keperawatan - Melaksanakan dokumentasi keperawatan <p>Materi training manajemen pelayanan dan asuhan keperawatan meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pre test</i>, - Pelayanan prima dalam keperawatan - Konsep kepemimpinan dalam keperawatan, pengantar manajemen keperawatan - Perencanaan keperawatan - Pengarahan SDM keperawatan - Pengendalian dan pengawasan - Manajemen asuhan keperawatan - Menyusun matriks diagnosa keperawatan - Penerapan format pengkajian asuhan keperawatan - Menyusun strategi pelaksanaan tindakan keperawatan, dan <i>post test</i>. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Sie Keperawatan yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan. 2. Bagian Diklat yang dibawah oleh Kepala Bidang Kepegawaian. 3. Kepala Unit Rekam Medis yang dibawah oleh Kepala Bidang Penunjang. 4. Kepala Ruang Perawat dan Seluruh Praktisi Perawat yang dibawah oleh Kepala Sie Keperawatan. 	<p>Trainer: Tim Konsultan Citra Inti (www.cit-sysytem.com)</p> <p>Metode pelatihan dengan presentasi, tanya jawab, diskusi, dan studi kasus.</p>

Tabel 4. 23 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit	Pihak Eksternal
TR6	Pelatihan Manajemen Pelayanan dan Asuhan Keperawatan	Pelatihan Asuhan Keperawatan Elektronik (e-ASKEP) dan Sistem Informasi Pelayanan Kesehatan. Materi pelatihan meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) 2. Sistem <i>Admission, Discharge</i> dan Transfer Rumah Sakit 3. Asuhan Keperawatan Elektronik (e-ASKEP) 4. Standarisasi Data dan Integrasi Sistem: NIC-NOC dan <i>International Clasifications of Nursing Practice (ICNP)</i> 5. Modul Asuhan Keperawatan Elektronik 6. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) 7. <i>Electronic Medical Record (EMR) + HER</i> 8. <i>Clinical Decission Suport System (CDSS)</i> 9. <i>E-Preciptions</i> dan CPOE 10. Sistem Informasi Pelaporan <i>Patient Safety</i> 11. <i>Telemedicine</i> 12. <i>M-Health</i> dan <i>e-health</i> 13. Alih Media Digital dan Digitasi Pelayanan Keperawatan 14. <i>Picture Archiving and Communications System (PACS)</i> 15. Sistem Informasi Medis dan Penunjang Medis di RS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Sie Keperawatan yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan. 2. Bagian Diklat yang dibawah oleh Kepala Bidang Kepegawaian. 3. Kepala Unit Rekam Medis yang dibawah oleh Kepala Bidang Penunjang. 4. Kepala Ruang Perawat dan Seluruh Praktisi Perawat yang dibawah oleh Kepala Sie Keperawatan 5. Unit IT / Sistem Informasi 	Indo Asia (www.indo-asia.com) Tim Pemateri/Instruktur adalah para Akademisi, Praktisi, Consultant yang kompeten dibidangnya dengan metode presentasi, diskusi, bedah kasus, dan simulasi. Alat yang digunakan di traning ini adalah laptop, Modem/Wifi, dll.

Tabel 4. 24 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit
TR11	Pengaturan jadwal dokter jaga dan shift jaga perawat	<p>Menyediakan jadwal dokter dan perawat dengan jelas dengan memberlakukan sistem absensi yang baik seperti <i>finger print</i> serta memberlakukan <i>reward</i> dan <i>punishment</i>. Menurut Wanner (1976) seperti yang dikutip oleh Jaumard (1998) penjadwalan perawat memiliki karakteristik yang penting, antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Coverage</i>: Jumlah perawat dengan berbagai tingkat yang akan ditugaskan sesuai dengan jadwal berkenaan dengan pemakaian minimum personel perawat tersebut. - <i>Quality</i>: Sebuah alat untuk menilai keadaan pola jadwal - <i>Stability</i>: Bagaimana agar seorang perawat mengetahui kepastian jadwal libur masuk untuk beberapa hari mendatang dan supaya mereka mempunyai pandangan bahwa jadwal ditetapkan oleh suatu kebijaksanaan yang stabil dan konsisten, seperti <i>weekend policy</i>, <i>rotation policy</i>. - <i>Flexibility</i>: Kemampuan jadwal untuk mengantisipasi setiap perubahan-perubahan seperti pembagian <i>fulltime</i>, <i>part time</i>, rotasi <i>shift</i> dan permanen <i>shift</i>. - <i>Fairness</i>: Alat untuk menyatakan bahwa tiap-tiap perawat akan merasa diberlakukan sama. - <i>Cost</i>: Jumlah <i>resource</i> yang dikonsumsi untuk penyusunan maupun operasional penjadwalan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang Kepegawaian yang dibawah oleh Kepala Bagian Tata Usaha. 2. Kepala Sie Keperawatan yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan 3. Kepala Sie Medis dan seluruh praktisi dokter umum yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan
TR9	Pengaturan jadwal kunjungan dokter spesialis	<p>Menyediakan jadwal kunjungan dokter spesialis dengan jelas dan memberlakukan sistem absensi yang baik seperti <i>finger print</i> serta memberlakukan <i>reward</i> dan <i>punishment</i>.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang Kepegawaian yang dibawah oleh Kepala Bagian Tata Usaha. 2. Kepala Sie Medis dan seluruh praktisi spesialis yang dibawah oleh Kepala Bidang Pelayanan

Tabel 4. 25 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

	Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit	Pihak Eksternal
TR14	Komputerisasi administrasi RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)	<p>Pengoptimalan dalam menerapkan SIMRS yang mana merupakan sistem komputerisasi guna memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses bisnis layanan kesehatan dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara cepat, tepat dan akurat. Sistem Informasi Manajemen (SIM) berbasis <i>web based</i> merupakan sarana pendukung yang sangat penting bahkan bisa dikatakan mutlak untuk operasional rumah sakit. Pelatihan yang perlu adalah “Pelatihan <i>Readiness Assesment</i> dan <i>Need Assessment</i> Perencanaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit”. Materi pelatihan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem <i>Admission, Discharge</i> dan Transfer Rumah Sakit 2. Analisis Kondisi (Organisasi, SDM dan SI-IT) 3. <i>Budgeting Analysis</i> 4. Analisis Kebutuhan 5. <i>Decision Making Analysis</i> 6. <i>Instrument Readiness Assesment</i> 7. <i>Gap Analysis</i> (Analisis Kesenjangan) 8. Portofolio Aplikasi 9. <i>Value Chain</i> 10. Tata Kelola SIM-RS 11. Standarisasi Data, Integrasi dan <i>Interoperabilitas System</i> 12. Alih Media Digital dan Digitasi Pelayanan di Rumah Sakit 13. <i>Survey / Asesmen Lapangan</i> 	Manajemen/Pelaksana Administrasi dan Pelayanan di Rumah Sakit, Manajer Data dan Teknologi Informasi, Supervisor/Staf pada bidang Data dan TI, Unit IT/Sistem Informasi, Manajer Pelayanan Kesehatan/Medik, Bagian Pelaporan Data dan Statistik RS/SIM-RS, Kepala Unit Rekam Medis, Petugas di Unit Pelayanan Kesehatan/Medis: Dokter, Perawat, Bidan, Farmasi, Gizi, dan lain-lain.	Indo Asia (www.indo-asia.com) Tim Pemateri/Instruktur adalah para Akademisi, Praktisi, Consultant yang kompeten dibidangnya dengan metode presentasi, diskusi, bedah kasus, dan simulasi. Alat yang digunakan di traning ini adalah laptop, Modem/Wifi, dll.

Tabel 4. 26 Implikasi Manajerial (Lanjutan)

Respon Teknis	Kebutuhan	Pihak Rumah Sakit
TR8 Peralatan dan perlengkapan medis yang disesuaikan dengan teknologi baru	Pengadaan alat kesehatan adalah usaha pihak manajemen logistik rumah sakit dalam pemenuhan kebutuhan rumah sakit dan <i>user</i> akan alat kesehatan yang disesuaikan dengan teknologi baru untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Untuk pemenuhan kebutuhan ini diperlukan pertimbangan efisiensi, efektifitas dan pemanfaatan alat kesehatan yang diadakan tersebut. Agar pelaksanaan pengadaan alat kesehatan di rumah sakit berjalan dengan baik dan dapat mencapai tujuan sebagaimana yang diharapkan, maka disarankan kepada semua pihak manajemen yang terkait dengan proses pengadaan alat kesehatan segera membenahi semua komponen yang berkaitan dengan pelaksanaan pengadaan alat kesehatan mulai dari komponen input (kebijakan, sumber daya manusia, dana dan sarana prasarana) dan komponen proses (perencanaan, pengadaan dan penerimaan).	1. Kepala Sie Pengelolaan Dana Intern yang dibawah oleh Kepala Bidang Keuangan
TR15 Tidak adanya sistem jaminan saat pasien masuk	Dengan tidak adanya sistem jaminan saat pasien masuk dan diterapkannya SIMRS akan memudahkan proses administrasi.	1. Kepala Bidang Keuangan yang dibawah oleh Direktur 2. Petugas Loket Pendaftaran Rawat Inap
TR18 Peraturan dan sistem nondiskriminatif terhadap pasien JKN-KIS dan Non JKN-KIS	Transparansi informasi melalui penyediaan <i>dashboard</i> informasi kamar rawat inap di rumah sakit menjadi terobosan yang sangat strategis untuk meningkatkan pelayanan kepada peserta JKN-KIS (Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat). Dengan <i>dashboard</i> informasi ini maka cerita antrean panjang pasien JKN-KIS tidak perlu terjadi lagi. Pasien JKN-KIS yang ingin mengakses layanan di rumah sakit cukup datang ke papan <i>dashboard</i> informasi, lalu mengklik tombol informasi kamar rawat yang diinginkan. Maka dalam hitungan detik, informasi ketersediaan kamar langsung terpampang. Dengan <i>dashboard</i> informasi ini maka setiap pasien bisa mengetahui ketersediaan kamar rawat juga informasi dokter dan poliklinik. Persepsi buruk masyarakat terkait pelayanan rumah sakit kepada pasien JKN-KIS yang sering dinomorduakan akan terpatahkan.	1. Kepala bagian Umum yang dibawah oleh Kepala Bagian Tata Usaha

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Pada bab ini akan dijabarkan mengenai kesimpulan dari penelitian ini dan saran yang dapat digunakan pada penelitian selanjutnya. Berdasarkan analisis yang telah dilakukan pada bab sebelumnya, berikut adalah beberapa hal yang dapat disimpulkan pada penelitian ini.

1. Pentingnya persepsi sebagai pembentuk kepuasan pelanggan secara maksimal membuat RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo perlu menciptakan kualitas kinerja yang mampu membentuk persepsi positif dibenak pelanggan. Secara keseluruhan, penilaian pelanggan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap tingkat kesesuaian kinerja dan kepentingan kualitas rawat inap adalah sebesar 66% artinya secara keseluruhan kinerja kualitas layanan berada pada kategori baik. Sedangkan untuk penilaian pelanggan rawat inap kelas utama terhadap tingkat kesesuaian kinerja dan kepentingan kualitas rawat inap adalah sebesar 83% artinya secara keseluruhan kinerja kualitas layanan berada pada kategori sangat baik, penilaian terhadap kelas 1 sebesar 68% artinya secara keseluruhan kinerja kualitas layanan berada pada kategori baik, penilaian terhadap kelas 2 sebesar 66% artinya secara keseluruhan kinerja kualitas layanan berada pada kategori baik, dan penilaian terhadap kelas 3 sebesar 62% artinya secara keseluruhan kinerja kualitas layanan berada pada kategori cukup baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penilaian pelanggan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo berdasarkan kelas rawat inap berbeda-beda dan semuanya berada dibawah 100% yang mengindikasikan bahwa persepsi pelanggan terhadap kinerja pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo belum sepenuhnya memenuhi ekspektasi/kepentingan yang diharapkan pelanggan.
2. Atribut kualitas layanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo yang yang dianggap sangat penting, namun manajemen belum melaksanakannya sesuai keinginan pelanggan sehingga mengecewakan atau tidak puas adalah

atribut yang masuk dalam Kuadran I pada Diagram Kartesius *Importance Performance Analisis*. Terdapat 14 atribut yang masuk ke kuadran I pada diagram kartesius IPA yaitu X1 tentang keramahan tenaga keperawatan (perawat), X4 tentang keramahan tenaga medis (dokter), X6 tentang tenaga keperawatan (perawat) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah, X7 tentang kemampuan/pengetahuan tenaga medis (dokter) memberikan pelayanan, X8 tentang kemampuan/pengetahuan tenaga keperawatan (perawat) memberikan pelayanan, X10 tentang pengalaman tenaga keperawatan (perawat) dalam melayani pasien, X11 tentang penggunaan inovasi dan teknologi pelayanan kesehatan, X15 tentang ketepatan waktu kunjungan dokter, X19 tentang ketanggapan (sukarela) tenaga kesehatan terhadap permasalahan pasien, X21 tentang keakuratan dan kejelasan informasi terkait SOP dan peraturan, X24 tentang kemudahan dalam mengurus administrasi perawatan, X25 tentang keadilan dalam memberikan pelayanan, X28 tentang kenyamanan dan ketenangan ruang rawat inap, dan X29 tentang kewajaran/kesesuaian biaya layanan yang diterima. Selanjutnya dari hasil perhitungan *normalized raw weight*, dapat dilihat atribut-atribut yang perlu diprioritaskan oleh pihak manajemen rumah sakit. Urutan prioritas atribut-atribut tersebut yaitu X21 (0,095), X6 (0,086), X28 (0,079), X19 (0,077), X1 (0,075), X25 (0,074), X4 (0,072), X8 (0,072), X29 (0,067), X10 (0,065), X24 (0,063), X11 (0,061), X7 (0,061), dan X15 (0,053).

3. Upaya perbaikan yang perlu diutamakan untuk dilakukan oleh pihak manajemen rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo guna peningkatan kualitas pelayanan adalah rincian respon teknis yang memiliki prioritas ke-1 sampai ke-21. Respon teknis yang berada pada prioritas ke-1 sampai ke-21 adalah TR1 (pelatihan *soft skills caring*), TR2 (kompensasi dan insentif), TR7 (penerapan nilai-nilai profesionalisme), TR5 (program pendidikan dan pelatihan), TR12 (SOP dan peraturan RS), TR13 (media sosial sebagai sumber informasi), TR3 (pelatihan komunikasi interpersonal), TR4 (penerapan budaya kerja dan motivasi), TR 19 (pengaturan jam kunjung

pasien), TR20 (ciptakan suasana tenang dan nyaman), TR10 (koordinasi antara staf medis dan perawat), TR11 (pengaturan jadwal dokter dan perawat), TR17 (memperbaiki system antrian), TR18 (sistem nondiskriminatif), TR6 (pelatihan MPKP), TR21 (menyampaikan rincian biaya rawat inap dengan jelas), TR14 (komputerisasi administrasi), TR15 (tidak adanya sistem jaminan saat pasien masuk), TR16 (tersedianya loket pembayaran tunai dan non-tunai), TR8 (teknologi baru dalam peralatan dan perlengkapan medis) , dan TR 9 (pengaturan jadwal kunjungan dokter spesialis).

5.2 Saran

Berikut adalah keterbatasan dari penelitian yang dapat dijadikan sebagai saran untuk penelitian selanjutnya.

5.2.1 Keterbatasan Penelitian

Terdapat beberapa keterbatasan pada penelitian ini. Pertama, Penelitian ini terbatas pada pelanggan Unit Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Hasil implikasi manajerial penelitian ini hanya dapat diterapkan di Unit Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Hal tersebut disebabkan oleh setiap wilayah atau lokasi memiliki karakter berbeda-beda sehingga strategi yang dibutuhkan setiap wilayah juga berbeda-beda. Sehubungan keterbatasan waktu dalam penelitian, penelitian ini tidak menggunakan *benchmarking* pada metode QFD.

5.2.2 Saran untuk Penelitian Selanjutnya

Berikut adalah saran yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya:

1. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan di skala wilayah yang lebih besar sehingga jumlah responden yang diperoleh lebih banyak dan mampu memberikan informasi lebih menarik.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan penelitian selanjutnya untuk menentukan strategi unit rawat inap di wilayah lain. Akan tetapi perlu dilakukan analisis lebih jauh lagi terkait kondisi wilayah lain tersebut karena karakter wilayah yang berbeda membutuhkan strategi yang berbeda pula.
3. Untuk penelitian selanjutnya dapat dilakukan *benchmarking* pada matrix QFD untuk lebih menyempurnakan penelitian yang dilakukan.

4. Penelitian selanjutnya dapat menganalisis beban kerja dokter dan perawat pada objek penelitian yang sama serta manajemen remunerasi berdasarkan analisis beban kerja dan prestasi kerja.

Daftar Pustaka

- Achmad, Y. P. (2013). *Gambaran Kepuasan Pasien pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Kota Tangerang Selatan Tahun 2013 (S1)*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Aliman, N. K., & Mohamad, W. N. (2016). Linking Service Quality, Patients' Satisfaction and Behavioral Intentions: An investigation on Private Healthcare in Malaysia. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 224, 141-148.
- Anderson, E. W., & Sullivan, M. W. (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science*, 12, 125-145.
- Anderson, P. F., & Chambers, T. M. (1985). A Reward/Measurement Model of Organizational Buying Behavior. *Journal of Marketing*, 49(2), 7-23.
- Anggi, T., & Tumiwa, J. (2014). The Analysis of Patient Responsesn After Sales Service on Health Center (Puskesmas) Teling Atas Manado. *Jurnal EMBA*, 2, 1369-1377.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., & Hilgard, E. R. (1991). *Pengantar Psikologi Edisi Delapan*. Jakarta: Erlangga.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Situbondo. (2017). Jumlah Fasilitas Kesehatan. <https://situbondokab.bps.go.id/statictable/2017/05/31/463/jumlah-fasilitas-kesehatan-menurut-kecamatan-di-kabupaten-situbondo-2016.html>. 12 Maret 2019.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: an Assesment of The Servqual Dimensions. *Journal of Retailing*, 66, 33-55.
- Cohen, L. (1995). *Quality Function Deployment*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
- Consuegra, D. M., Arturo, M., & Esteban, A. (2007). An Integrated Model of Price, Satisfaction and Loyalty: An Empirical Analysis in Service Sector. *Journal of Product and Brand Management*, 16(7), 459-468.
- Cooper, D. R., & Schndler, P. S. (2011). *Business Research Methods (11th ed.)*. Singapura: McGraw-Hill International.
- Deb, S., & Ahmed, M. A. (2018). Determining the Service Quality of The City Bus Service Based on Users' Perceptions and Expectations. *Travel Behaviour and Society*, 12, 1-10.
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI

- Dinas Komunikasi Informatika dan Persandian Kabupaten Situbondo. 2017. <http://rsar.situbondokab.go.id/halaman/profil-lembaga>. 14 Oktober 2018.
- Dinas Komunikasi, Informatika, dan Persandian Kab. Situbondo. (2017). Profil RSUD dr. Abdoer Rahem. <http://rsar.situbondokab.go.id/>. 20 Ferbruari 2019.
- Fornell, C. (1992). A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketing*, 55, 1-21.
- Handayani, P. W., Hidayanto, A. N., Sandhyaduhita, P. I., Kasiyah, & Ayuningtyas, D. (2015). Strategic Hospital Services Quality Analysis in Indonesia. *Expert Systems with Applications*, 42, 3067–3078.
- Hart, C., Heskett, W. L., & Sasser, W. E. (1990). The Profitable Art of Service Recovery. *Harvard Business Review*, 68(6), 148-156.
- Haryanto, E. (2013). Kualitas Layanan Fasilitas dan Harga Pengaruhnya terhadap kepuasan Pengguna Jasa Layanan pada Kantor Samsat Manado. *Jurnal EMBA*, 1(3), 750-760.
- Kalaja, R., Myshhketa, R., & Scalera, F. (2016). Service Quality Assessment in Health Care Sector: The Case of Durres Public Hospital. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 235, 557-565.
- Karami, M., Khademi, T., Dauda, A. C., & Atiyaye, M. (2014). Entrepreneurial Attitude Orientation and Market Orientation in Malaysia. *Research Journal of Applied Sciences*, 7(24), 5106-5109.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Berita dan Penelitian Ilmiah. <http://p2ptm.kemkes.go.id/#>. 30 Maret 2019.
- Kementerian Kesehatan. (2018). Data Rumah Sakit Online. http://sirs.yankes.kemkes.go.id/rsonline/data_list.php?a=return. 12 Maret 2019.
- Kementerian Kesehatan. (2018). Jumlah Rumah Sakit Swasta dan Pemerintah. <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/rsonline/report/>. 9 Maret 2019.
- Kitapci, O., Akdogan, C., & Dortyol, I. T. (2014). The Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction, Repurchase Intentions and Word-of-Mouth Communication in The Public Healthcare Industry. *Procedia Social Behaviour Science*, 148, 161-169.
- Kotler, P. (1991). *Marketing Management (7th ed)*. Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2012). *Marketing Management (Edisi 14)*. Pearson Prentice Hall: NJ.
- Kotler, P., Keller, K. L., & Brady, M. (2016). *Marketing Management*.
- Li, M., Lowrie, D. B., Huang, C.-Y., Lu, X.-C., Zhu, Y.-C., Wu, X.-H., et al. (2015). Evaluating Patients' Perception of Service Quality at Hospital in Nine Chinese

- Cities by Use of The Servqual Scale. *Asian Pasific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(6), 497-504.
- Malhotra, N. K. (2010). *Marketing Research: An Applied Orientation*. New Jersey: Pearson Education.
- Malhotra, N. K., & Birks, D. F. (2007). *Marketing Research: An Applied Approach (3rd Europe ed.)*. United Kingdom: Pearson Education Limited.
- Mangold, G. W., & Babakus, E. (1991). Service Quality: The Front-Stage Perspective vs The Back-Stage Perspective. *Journal of Service Marketing*, 5(4), 59-70.
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service Quality, Consumer Satisfaction and Loyalty in hospitals: Thinking for The Future. *Journal of retailing and Consumer Services*, 40, 261-269.
- Mendes, I. A., Trevizan, M. A., Godoy, S., & Nogueira, P. C. (2018). Expectations and Perceptions of Clients Concerning The Quality of Care Provided at A Brazilian Hospital Facility. *Applied Nursing Research*, 39, 211-216.
- Mohebifar, R., Hasani, H., Barikani, A., & Rafiei, S. (2016). Evaluating Service Quality from Patients' Perceptions: Application of Importance-Performance Analysis Method. *Centers for Disease Control & Prevention republic of Korea*, 7(4), 233-238.
- Mowen, J. C., & Minor, M. (2002). *Perilaku Konsumen (Edisi 5)*. Jakarta: Erlangga.
- Munsil, D. D. (2018). *Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan Pada Poli Jantung Dengan Metode Ipa (Importance Performance Analysis) Di Rsud Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017*. Kendari: Universitas Halu Oleo.
- Nasution, M. N. (2010). *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management)*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nitisusastro. (2013). *Perilaku Konsumen dalam Perspektif Kewirausahaan*. Bandung: Alfabeta.
- Nurrisqiana, W. (2016). *Kualitas Pelayanan Ruang Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo*. Universitas Jember.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oliver, R. L. (1980). A Cognitive Model of The Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(11), 460-469.

- Parasuraman, A. (1998). Customer service in Business-to-Business Markets: An Agenda for Research. *Journal of Business and Industrial Marketing*, 13(2), 309-329.
- Parasuraman, A., Zeithamal, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 2(64), 12-40.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 228 / Menkes / SK / III / 2008 mengenai Standar Layanan Minimum Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 340 / Menkes / Per / I / 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 tahun 2014 tentang standar tingkat pelayanan kesehatan dalam implementasi UHC.
- Puspitasari, N. B., Suliantoro, H., & Kusumawardhani, L. (2010). Analisis Kualitas Pelayanan dengan Menggunakan Integrasi Importance Performance Analysis (IPA) dan Model Kano (Studi Kasus di PT. Perusahaan Air Minum Lyonnaise Jaya Jakarta). *Jurnal UNDIP*, 5(3), 185-198.
- Putra, A. S. (2014). Survey Kepuasan Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Bukittinggi. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 1(2).
- Saidani, B., & Arifin, S. (2012). Pengaruh Kualitas Produk dan Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan Konsumen dan Minat Beli pada Ranch Market. *Jurnal Riset Manajemen Sains Indonesia (JRMSI)*, 3(1).
- Sasongko, F., & Subagio, H. (2013). Pengaruh Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan Pelanggan Restoran Ayam Penyet Ria. *Jurnal Manajemen*, 1(2), 1-7.
- Siregar, C. J., & Amalia, L. (2004). *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapannya*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Sohail, M. S. (2003). Service Quality in Hospital: More Favourable than You Might Think. *Managing Service Quality*, 13(3), 197-206.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Tjiptono, F. (1999). *Prinsip-Prinsip Total Quality Service*. Yogyakarta: ANDI.
- Tjiptono, F., Chandra, G., & Andriana, D. (2008). *Pemasaran Strategik*. Yogyakarta: ANDI.
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang *Universal Health Coverage (UHC)*
- Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Wongrukmit, P., & Thawesaengskulthai, N. (2014). Hospital Service Quality Preferences Among Culture Diversity. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25, 908-922.

- Woodside, A. G., Frey, L. L., & Daly, R. T. (1989). Linking Service Quality Customer Satisfaction and Behavioral Intention. *Journal of Health Care Marketing, 9*, 5-17.
- Wu, H., Tang, Y., & Shyu, J. (2010). An Integrated Approach of Kano's Model and Importance Performance Analysis in Identifying Key Success Factors. *African Journal of Business Management, 4*(15), 3238-3250.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Analisis Perbaikan Kualitas Layanan sebagai Upaya Meningkatkan Kepuasan Pelanggan: Studi Kasus Pelayanan Rawat Inap Rsud dr. Abdoer Rahem Situbondo

Dengan hormat,

Perkenalkan Saya Ike Audina (09111540000044) selaku Mahasiswa Departemen Manajemen Bisnis Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS) yang saat ini sedang melaksanakan penelitian skripsi dengan judul “Evaluasi Kualitas Layanan dan Perancangan Usulan Perbaikan dalam Upaya Peningkatan Kepuasan Pelanggan: Studi Kasus Pelayanan Unit Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo”.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap kualitas layanan berdasarkan kepentingan/harapan dan kinerja/kenyataan untuk dilakukan perancangan usulan strategis dalam peningkatan kualitas layanan dan kepuasan pelanggan unit rawat inap. Hasil penelitian tersebut diharapkan nantinya akan membantu dalam memberikan rekomendasi alternatif bagi pihak manajemen unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo untuk meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pelanggan.

Oleh karena itu, saya memohon waktu dan kesediaan Anda dalam mengisi kuesioner ini guna memenuhi keperluan data penelitian. Data yang Anda berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian. *Dengan mengisi kuesioner ini Anda berkesempatan untuk mendapatkan hadiah berupa *voucher* yang nanti akan diundi pada penutupan kuesioner. Terimakasih Atas Perhatian Anda.

Hormat Saya,
Ike Audina

1. **Bagian Screening**

- Apakah Anda pernah menggunakan layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo dalam waktu 3 bulan terakhir?
 - Ya
 - Tidak
- Apakah Anda merupakan pasien/keluarga/rekan yang menemani pasien di unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo?
 - Pasien
 - Keluarga
 - Rekan
 - Lainnya:_____
- Berapa lama Anda menggunakan pelayanan pada layanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo?
 - < 2 hari
 - = 2 hari
 - 3 hari
 - Lainnya:_____

2. **Bagian Profil**

- Nama:
- Nomer Handphone:

3. **Bagian demografi**

Petunjuk: Pilih salah satu poin yang sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

- Jenis kelamin?
 - Laki-Laki
 - Perempuan
- Usia Anda saat ini?
 - ≤ 20 tahun
 - 21-30 tahun
 - 31-40 tahun
 - 41-50 tahun
 - > 50 tahun
- Pekerjaan Anda saat ini?
 - Pelajar/Mahasiswa
 - PNS/ASN
 - Karyawan Swasta
 - Karyawan BUMN
 - Wiraswasta
 - Buruh
 - Lainnya:_____

4. Bagian Usage

Petunjuk: Pilih salah satu poin yang sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

- Kelas pelayanan rawat inap yang Anda gunakan?
 - Kelas Utama
 - Kelas I
 - Kelas II
 - Kelas III
- Jenis pembayaran berdasarkan kategori pasien?
 - Umum
 - BPJS
 - KIS
 - Jamkesda
 - Jamkesmas
 - Lainnya:_____
- Berapa kali menggunakan pelayanan rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo?
 - 1 kali
 - 2 kali
 - 3 kali
 - 4 kali
 - Lainnya:_____

5. Bagian Kuesioner *Importance Performance Analysis (IPA)*

Pada bagian kuesioner ini, Bapak/Ibu dimohon untuk mengisi beberapa pertanyaan terkait tingkat persepsi/kinerja dan ekspektasi/harapan pelanggan pada unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

- **Tingkat Kepentingan/Harapan:** Berikan nilai terhadap tingkat ekspektasi/harapan pelayanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.
- **Tingkat Kinerja/Kenyataan:** Berikan nilai terhadap tingkat persepsi/kinerja pelayanan unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.

Skala penilaian yang digunakan pada bagian ini adalah skala 1 hingga 5. Semakin tinggi nilai yang diberikan maka menunjukkan semakin baik pelayanan yang telah diberikan maka menunjukkan semakin baik pelayanan yang telah diberikan

oleh unit rawat inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo. Adapun keterangan dan skala atau bobot dari jawaban yang tersedia adalah sebagai berikut:

- **Tingkat Persepsi/Kinerja:**

1 = Sangat Tidak Puas

2 = Tidak Puas

3 = Cukup Puas

4 = Puas

5 = Sangat Puas

- **Tingkat Ekspektasi/Harapan:**

1 = Sangat Tidak Penting

2 = Tidak Penting

3 = Cukup Penting

4 = Penting

5 = Sangat Penting

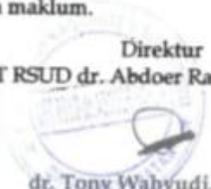
Dimensi Kualitas Layanan	Atribut		Tingkat Kepentingan/ Harapan					Tingkat Kinerja/Kenyataan				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<i>People</i>	1	Keramahan tenaga keperawatan (perawat)										
	2	Perhatian tenaga keperawatan (perawat) terhadap pasien										
	3	Perhatian tenaga medis (dokter) terhadap pasien										
	4	Keramahan tenaga medis (dokter)										
	5	Tenaga medis (dokter) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah										
	6	Tenaga keperawatan (perawat) mampu berinteraksi dengan pasien secara dua arah										
	7	Kemampuan/pengetahuan tenaga medis (dokter) memberikan pelayanan										
	8	Kemampuan/pengetahuan tenaga keperawatan (perawat) memberikan pelayanan										
	9	Pengalaman tenaga medis (dokter) dalam melayani pasien										
	10	Pengalaman tenaga keperawatan (perawat) dalam melayani pasien										
	11	Penggunaan inovasi dan teknologi pelayanan kesehatan										
	12	Kemudahan dalam menemui/mengakses tenaga medis (dokter)										
	13	Kemudahan dalam menemui/mengakses tenaga keperawatan (perawat)										
<i>Process</i>	14	Ketepatan waktu layanan pengobatan										
	15	Ketepatan waktu kunjungan dokter										
	16	Kecepatan tenaga kesehatan memberikan pelayanan										
	17	Kelengkapan semua jenis layanan pada rawat inap										
	18	Kelengkapan obat-obatan										
	19	Ketanggapan (sukarela) tenaga kesehatan terhadap permasalahan pasien										
	20	Sistem pelayanan yang otomatis (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS))										

Dimensi Kualitas Layanan	Atribut		Tingkat Kepentingan/ Harapan					Tingkat Kinerja/Kenyataan					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<i>Process</i>	21	Keakuratan dan Kejelasan Informasi terkait SOP dan Peraturan RS											
	22	Pelayanan makan dan minum selama perawatan											
	23	Reputasi Rumah Sakit											
	24	Kemudahan dalam mengurus administrasi perawatan											
	25	Keadilan dalam memberikan pelayanan											
<i>Infrastructure</i>	26	Kebersihan, keindahan, dan kerapian ruang rawat inap											
	27	Kelengkapan Fasilitas											
	28	Kenyamanan dan ketenangan ruang rawat inap											
<i>Policy</i>	29	Kewajaran/kesesuaian biaya layanan yang diterima											
	30	Kesopanan/rasa hormat seluruh personel rawat inap											
	31	Keamanan dan keselamatan selama perawatan											
	32	Keamanan barang bawaan											

Lampiran data dan pengolahan data dapat dilihat melalui tautan berikut ini:

Intip.in/DATASKRIPSIKE

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO DINAS KESEHATAN UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. ABDOER RAHEM Jl. Angrek No.68 Telp.(0338)673293 Fax (0338)671028 SITUBONDO 68321	
Situbondo, 08 Maret 2019		
Nomor	: 445/403-2 /431.518.1.2/2019	KepadaYth.
Sifat	: Penting	Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
Lampiran	: -	Kabupaten Situbondo
Perihal	: <u>Ijin Penelitian</u>	di
SITUBONDO		
Menunjuk Surat Saudara tanggal 19 Februari 2019 Nomor : 070/038/431.305.2.2/2019 Perihal Rekomendasi, bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan dan memberi ijin kepada Mahasiswa atas nama :		
Nama	: IKE AUDINA	
NIM	: 2815100044	
Institusi	: Institut Teknologi Sepuluh November Surabaya	
Judul	: "Evaluasi Kualitas Pelayanan Dalam Upaya Peningkatan Kepuasan dan Loyalitas Pasien Pelayanan Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem situbondo"	
Waktu Penelitian	: 26 Februari 2019 s/d, 31 Juli 2019	
Untuk melaksanakan Penelitian di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo, selama mematuhi peraturan yang berlaku.		
Demikian untuk menjadikan maklum.		
 Direktur UPT RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo, dr. Tony Wahyudi, M. Kes.  Pembina Tk. I NIP. 19630210 199011 1 001		

Biodata Penulis



Penulis dengan nama lengkap Ike Audina lahir di Situbondo pada tanggal 19 Agustus 1996. Penulis merupakan anak pertama dari 2 bersaudara. Telah menempuh pendidikan formal antara lain: SDN 1 Kilensari, SMPN 1 Situbondo, SMAN 1 Situbondo dan terakhir terdaftar sebagai mahasiswa di Departemen Manajemen Bisnis, Institut Teknologi Sepuluh Nopember.

Pada tahun 2018, Penulis berkesempatan melaksanakan kerja praktik di PT Rekadaya ElektriKA *Head Office* Jakarta divisi Sumber Daya Manusia dengan membantu menganalisis beban kerja karyawan dan implikasi manajerialnya. Segala kritik dan saran yang membangun serta diskusilebih lanjut dengan penulis dapat dikirimkan ke email penulis sebagai berikut ike.audina@gmail.com

