

Analisis Mutu Pelayanan Rawat Inap Menggunakan Jendela Pelanggan di RSUD Kalisat Jember

*(Analysis of Inpatient Service Quality with Customer Window at Kalisat General Hospital,
Jember)*

Eko Hari Wibowo *, IGN. Arya Siedemen **, Alice Anjarsari ***

ABSTRACT

The inpatient service at Kalisat General Hospital has been a prominent product for the community in Kalisat and its vicinity. However, the service exploiting was not yet optimal. BOR of the hospital in the years 2007 equal to 59% where was still under from ideal BOR of hospital that is 75%-85%. The research aims to analyzed the inpatient service quality based on customer window analysis. The research was using cross sectional survey design through questionnaires. Sample research represents a total population at range of time 16-25 June 2008 amounting to 109 respondents. The research result showed that the percentage of concurrence between expectation and service to input equal to 90.60% and process equal to 96.16%. Based on distribution of 30 factors on the customer window diagram, there are 8 factors on A quadrant where is put as first priority for improvement, 15 factors on B quadrant where is the service performance is needed to be defended, 2 factors on C quadrant where is needed to promote this important to the patient, and 5 factors on D quadrant where is getting the low priority for improvement.

Key words: *expected and perceived service, inpatient service quality, customer window*

* *Eko Hari Wibowo, S.KM. adalah Alumni FKM Universitas Jember*

** *dr. Arya Sidemen, SE., M.PH. adalah Direktur RS Paru Jember*

*** *Alice Anjarsari, S.KM adalah Ketua dan Dosen Bagian Administrasi & Kebijakan Kesehatan FKM Universitas Jember.*

PENDAHULUAN

Meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang pelayanan kesehatan memperbesar perhatian mereka terhadap industri jasa pelayanan kesehatan. Industri jasa kesehatan mempunyai prospek yang cukup baik, karena pelayanan kesehatan tidak terpaku hanya pada pengobatan penyakit tetapi juga memberikan pelayanan untuk usaha pencegahan dan meningkatkan kesehatan. Hal tersebut bisa dimanfaatkan oleh pemberi jasa pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan masyarakat sebagai pemakai jasa kesehatan (Trisnantoro, 2005).

Peningkatan permintaan terhadap pelayanan kesehatan secara umum yang terjadi dalam beberapa kurun waktu terakhir ternyata tidak diiringi dengan peningkatan permintaan terhadap pelayanan rumah sakit. Dibandingkan negara-negara tetangga, jumlah tempat tidur rumah sakit di Indonesia relatif masih rendah, yaitu 60 tempat tidur RS per 100.000 penduduk, atau ke-8 paling rendah di dunia dalam rasio tempat tidur dibandingkan jumlah penduduk. Angka tersebut di Indonesia hampir relatif tak berubah sejak 10 tahun terakhir. Walaupun pasokan tempat tidur rumah sakit masih sangat rendah, ternyata pemakaian tempat tidur juga masih rendah dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) hanya sekitar 55-57% selama 10 tahun terakhir.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kalisat Jember merupakan RS tipe D (RSUD Kalisat, 2007). Data efisiensi pelayanan medik RSUD Kalisat tahun 2007 dibandingkan dengan standar (menurut Muninjaya, 2004) ialah BOR RSUD Kalisat (59%) masih dibawah standar (75-85%), yang berarti masih rendahnya jumlah pemanfaatan tempat tidur dalam periode waktu satu tahun. AvLOS (3 hari) masih di bawah standar (7-10 hari), yang berarti jumlah hari perawatan masing-masing pasien masih di bawah hari perawatan optimal (RSUD Kalisat, 2007). Pemanfaatan pelayanan rawat inap yang belum optimal tersebut dapat disebabkan karena mutu pelayanan yang diberikan baik dari segi input maupun proses tidak dapat memenuhi harapan pasien. Menurut Wijono (1999) pemanfaatan pelayanan kesehatan ditentukan oleh input dan proses pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yaitu apabila input dan proses buruk maka pemanfaatan pelayanan kesehatan akan buruk pula.

Pemanfaatan pelayanan rumah sakit yang rendah mengindikasikan pemborosan sehingga memerlukan usaha-usaha agar pemanfaatannya dapat memadai (Sabarguna, 2004). *Customer focus* harus mendasari *mind set* (sikap mental) para provider bidang kesehatan. Pasien adalah orang yang membawa kita pada keinginannya dan mereka adalah orang yang teramat penting dan harus dipuaskan, tanpa membedakan tingkatan ekonomi pangsa pasar kita (Supriyanto, 2002).

Customer focus dapat dicapai dengan mengidentifikasi harapan dan penilaian pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Dengan demikian baik tidaknya mutu jasa bergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pasiennya secara

konsisten (Supriyanto, 2002). Analisis jendela pelanggan dapat digunakan untuk mengetahui tingkat kesesuaian antara harapan dan penilaian pasien terhadap mutu pelayanan, serta strategi perbaikan terhadap mutu pelayanan kesehatan ke dalam kuadran A, kuadran B, kuadran C, dan kuadran D (Nasution, 2004). Strategi terhadap aspek yang berada pada kuadran A memerlukan perhatian utama, aspek pada kuadran B perlu dipertahankan, aspek pada kuadran C perlu dipromosikan, sedangkan aspek pada kuadran D prioritasnya rendah.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti mengadakan penelitian berjudul “Analisis Mutu Pelayanan Rawat Inap Menggunakan Jendela Pelanggan di RSUD Kalisat Jember.” Penelitian ini bertujuan menganalisis mutu pelayanan rawat inap sebagai dasar dalam memberikan rekomendasi perbaikan mutu pelayanan agar dapat memenuhi harapan pasien. Dengan adanya pelayanan yang memenuhi harapan pasien ini, diharapkan pemanfaatan pelayanan rawat rumah sakit dapat optimal.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Lokasi penelitian ialah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kalisat dengan waktu penelitian 16-25 Juni 2008. Populasi pada penelitian ini ialah sampel total, yaitu seluruh pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kalisat selama waktu penelitian yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Teknik pengambilan data ialah wawancara menggunakan kuesioner. Teknik analisis data menggunakan analisis deskriptif dengan bantuan diagram jendela pelanggan bentuk *scatter* (diagram tebar) yang digunakan untuk mengetahui strategi perbaikan terhadap mutu pelayanan rawat inap di RSUD Kalisat.

HASIL dan PEMBAHASAN

1. Tingkat Kepentingan (Harapan) terhadap Mutu Pelayanan Rawat Inap

Tingkat kepentingan pasien dikelompokkan menjadi tingkat kepentingan terhadap input dan proses pelayanan rawat inap. Pada aspek input pelayanan rawat inap mayoritas responden berada pada tingkat kepentingan berharap dengan distribusi pada tabel berikut:

Tingkat kepentingan	<i>Man</i>		<i>Machine</i>		<i>Material</i>		<i>Money</i>		<i>Methods</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tidak berharap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurang berharap	1	0,92	4	3,67	4	3,67	6	5,50	1	0,92
Berharap	92	84,40	85	77,98	89	81,65	75	68,81	96	88,07
Sangat berharap	16	14,68	20	18,35	16	14,68	28	25,69	12	11,01
Jumlah	109	100	109	100	109	100	109	100	109	100

Penelitian Hartadji (2005) di RSUD Bondowoso menyebutkan bahwa pasien sangat mengharapkan adanya pelayanan yang tidak berbelit-belit dan rasa nyaman di RSUD, kebersihan dan kerapian ruang rawat inap. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan hasil penelitian di RSUD Kalisat dimana pasien memiliki harapan yang tinggi terhadap aspek input pelayanan rawat inap. Tingginya harapan pasien tersebut disebabkan karena pasien merasa aspek input tersebut merupakan kebutuhannya sehingga harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan.

Pada aspek proses pelayanan rawat inap, mayoritas responden berada pada tingkat kepentingan berharap dengan distribusi pada tabel berikut:

Tingkat kepentingan	Pelayanan administrasi dan keuangan		Pelayanan medis		Pelayanan keperawatan		Pelayanan penunjang medis	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Tidak berharap	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurang berharap	12	11,01	2	1,83	0	0	23	21,10
Berharap	81	74,31	87	78,82	89	79,82	82	75,23
Sangat berharap	16	14,68	20	18,35	20	18,35	4	3,67
Jumlah	109	100	109	100	109	100	109	100

Penelitian Hartadji (2005) di RSUD Bondowoso menyatakan bahwa pasien memiliki harapan yang tinggi terhadap sikap petugas yang ramah, pelayanan cepat, pelayanan tidak berbelit-belit, petugas memberi informasi. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, maka terdapat kesesuaian hasil penelitian antara penelitian Hartadji dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Kalisat, dimana pasien memiliki harapan yang tinggi terhadap pelayanan administrasi dan keuangan, pelayanan medis, dan pelayanan keperawatan. Wijono (1999) menyatakan bahwa setiap pasien selalu memiliki harapan yang lebih pada aspek petugas pemberi pelayanan (dokter, perawat, dan petugas administrasi), ia memandang baik buruknya suatu pelayanan dari segi petugas, apakah penuh perhatian, simpatik, penuh pengertian kepada pasien, mendengarkan pasien, mempunyai kesabaran, serta mempunyai cukup waktu untuk pasien.

2. Tingkat Pelaksanaan (Penilaian) Mutu Pelayanan Rawat Inap

Tingkat pelaksanaan responden dikelompokkan menjadi tingkat pelaksanaan input dan proses pelayanan rawat inap. Pada aspek input pelayanan rawat inap, mayoritas responden berada pada tingkat pelaksanaan baik dengan distribusi:

Tingkat pelaksanaan	<i>Man</i>		<i>Machine</i>		<i>Material</i>		<i>Money</i>		<i>Methods</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tidak baik	0	0	1	0,92	2	1,83	4	3,67	0	0
Kurang baik	5	4,95	22	20,18	11	10,09	41	37,61	4	3,67
Baik	102	93,58	85	77,98	91	83,49	62	56,88	96	88,07
Sangat baik	2	1,83	1	0,92	5	4,59	2	1,83	9	8,26
Jumlah	109	100	109	100	109	100	109	100	109	100

Penelitian Hawati dan Ratna (2006) di Rumah Sakit Agung juga menyatakan tarif yang berlaku terlalu mahal, mutu lingkungan dan fasilitas RS kurang baik yaitu kebersihan dan kualitas fasilitas, dan kualitas makanan. Selain itu, hasil penelitian Hartadji (2005) di RSUD Bondowoso menyatakan tingkat pelaksanaan pelayanan rawat inap kurang baik yang meliputi jenis dan sarana rawat inap, makanan untuk pasien, serta penyebaran brosur dan siaran radio.

Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya kesesuaian hasil penelitian terhadap aspek *machine dan money*. Rendahnya penilaian pasien dipengaruhi oleh kinerja aktual pelayanan dirasakan tidak adil karena mereka merasa bahwa yang diperoleh dari kinerja aktual pelayanan yang diterima masih lebih rendah dari masukan yang dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan tersebut (Mowen dan Minor, 2002).

Pada aspek proses pelayanan rawat inap, mayoritas responden berada pada tingkat pelaksanaan baik dengan distribusi sebagai berikut:

Tingkat pelaksanaan	Pelayanan administrasi dan keuangan		Pelayanan medis		Pelayanan keperawatan		Pelayanan penunjang medis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tidak baik	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurang baik	16	14,68	19	17,43	5	4,59	18	16,51
Baik	80	73,39	84	77,06	94	86,24	90	82,57
Sangat baik	13	11,93	6	5,50	10	9,17	1	0,92
Jumlah	109	100	109	100	109	100	109	100

Hasil penelitian Hawati dan Ratna (2006) di Rumah Sakit Agung menyatakan bahwa mutu pelayanan perawat, petugas penunjang medis, dan petugas administrasi masih kurang baik, yaitu kecekatan perawat, informasi dari perawat, kecepatan perawat dan *visite* perawat, perhatian perawat, keramahan perawat, informasi dari petugas administrasi, keramahan petugas administrasi, dan mutu makanan. Selain itu, penelitian tersebut juga menyatakan

bahwa mutu pelayanan dokter secara umum kurang baik yang meliputi *visite* dokter, *contact* dokter, dan kejelasan informasi dari dokter.

3. Tingkat Kesesuaian antara Harapan dan Penilaian terhadap Mutu Pelayanan Rawat Inap

Tingkat kesesuaian antara harapan dan penilaian terhadap mutu pelayanan rawat inap dibedakan atas tingkat kesesuaian terhadap input dan proses pelayanan rawat inap. Rata-rata tingkat kesesuaian untuk input adalah 90,60%. Rentang tingkat kesesuaian untuk aspek input yaitu 80,63% - 97,94% dimana tingkat kesesuaian terendah ialah aspek *money* dan tingkat kesesuaian tertinggi adalah aspek *methods*. Tingkat kesesuaian tersebut menunjukkan input pelayanan rawat inap yang diberikan oleh rumah sakit dapat memenuhi 90,60% dari seluruh harapan yang dimiliki oleh pasien pada pelayanan tersebut. Menurut Kuntjoro (2006) apabila suatu pelayanan memiliki tingkat kesesuaian < 100%, maka dari seluruh harapan yang dimiliki oleh pasien, masih terdapat sebagian harapan yang belum dapat terpenuhi oleh pelayanan yang diberikan.

Aspek *money* memiliki tingkat kesesuaian yang terendah karena pasien umumnya mengharapkan agar pelayanan yang diberikan memiliki harga semurah mungkin, sedangkan rumah sakit tidak dapat menerapkan pelayanan yang murah karena terkait *unit cost* pelayanan tersebut, sehingga apabila tarif pelayanan dikurangi maka akan berpotensi menimbulkan kerugian.

Aspek *methods* merupakan aspek input yang memiliki tingkat kesesuaian yang tertinggi. Aspek ini memiliki tingkat kesesuaian 97, 94%, yang berarti pelayanan yang diberikan hampir dapat memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan dari pasien. Akan tetapi karena pasien memiliki tingkat kepentingan (harapan) yang lebih tinggi dari mutu pelayanan yang diberikan tersebut, maka pelayanan pada aspek ini masih terdapat kesenjangan antara tingkat kepentingan dan tingkat pelaksanaan (<100%), sehingga pada aspek ini diasumsikan masih terdapat sebagian harapan yang belum dapat terpenuhi (Kuntjoro, 2006).

Rata-rata tingkat kesesuaian untuk proses pelayanan rawat inap ialah 96,16%. Tingkat kesesuaian untuk masing-masing aspek proses ada pada rentang 91,08% - 100,54% dimana tingkat kesesuaian terendah ialah aspek pelayanan medis dan tingkat kesesuaian tertinggi ialah aspek pelayanan penunjang medis. Menurut Kuntjoro (2006) apabila suatu pelayanan memiliki tingkat kesesuaian < 100%, maka dari seluruh harapan yang dimiliki oleh pasien, masih terdapat sebagian harapan yang belum dapat terpenuhi oleh pelayanan yang diberikan.

Pelayanan medis memiliki tingkat kesesuaian terendah karena pelayanan medis yang diberikan rumah sakit masih berada di bawah tingkat kepentingan (harapan) dari pasien terhadap pelayanan medis. Pelayanan penunjang medis memiliki tingkat kesesuaian tertinggi

di antara aspek proses pelayanan rawat inap. Pasien menganggap bahwa aspek ini kurang penting dan tidak disadari sebagai suatu kebutuhan yang harus dipenuhi. Menurut Pohan (2004), pasien tidak terlalu berharap pada suatu pelayanan kesehatan dikarenakan pasien tersebut tidak mengetahui layanan kesehatan apa yang mereka butuhkan.

4. Strategi Perbaikan Mutu Pelayanan Rawat Inap

Berdasarkan hasil analisis jendela pelanggan, 30 faktor mutu pelayanan rawat inap tersebar pada keempat kuadran yaitu kuadran A, kuadran B, kuadran C, dan kuadran D, sehingga menentukan strategi perbaikan mutu pelayanan terhadap masing-masing faktor tersebut.

a. Kuadran A

Berdasarkan hasil analisis jendela pelanggan terdapat 8 faktor mutu pelayanan pada kuadran A, sehingga strategi perbaikan mutu pelayanan rawat inap dilakukan dengan memberikan prioritas utama dalam peningkatan kinerja terhadap ke 8 faktor tersebut, yang meliputi: kenyamanan fasilitas umum, kondisi kamar mandi, ketersediaan obat-obatan di apotek rumah sakit, kesesuaian antara besarnya tarif dengan pelayanan yang diterima, ketanggapan dokter dalam mengatasi keluhan pasien, kejelasan dokter dalam memberikan informasi kepada pasien, ketepatan waktu *visite* dan kemudahan dokter untuk dihubungi, dan kejelasan informasi dari tenaga keperawatan tentang tindakan yang akan dilakukan.

Faktor-faktor pada kuadran ini merupakan faktor-faktor yang harus segera ditangani dalam strategi perbaikan mutu pelayanan rawat inap. Pohan (2004) juga menyatakan bahwa faktor-faktor yang berada pada kuadran A ini perlu segera ditingkatkan agar sesuai dengan penilaian kepentingan layanan kesehatan, sehingga semua aspek layanan kesehatan ini merupakan prioritas pertama dalam peningkatan kinerja.

Strategi perbaikan mutu pelayanan terhadap faktor-faktor pada kuadran ini dapat dilakukan dengan cara memberikan bukti fisik kepada pasien terhadap faktor-faktor tersebut. Menurut Nasution (2004), pengelolaan bukti fisik ini penting dalam upaya perbaikan mutu pelayanan. Hal ini karena jasa merupakan kinerja dan tidak dapat dilihat atau dipegang, maka pelanggan cenderung memperhatikan fakta *tangible* yang berkaitan dengan jasa sebagai bukti kualitas. Selain itu, pengelolaan bukti kualitas bertujuan untuk memperkuat persepsi pelanggan selama dan sesudah jasa diberikan.

Perbaikan mutu pelayanan rawat inap juga dilakukan dengan menyesuaikan tarif pelayanan dengan kemampuan ekonomi pasien dan kualitas pelayanan yang diberikan. Penetapan tarif pelayanan dan perawatan yang kompetitif dengan layanan yang sesuai atau melebihi pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sangat diperlukan dalam upaya perbaikan mutu pelayanan rumah sakit (Mangopo, 2005). Upaya perbaikan mutu pelayanan rawat inap juga dilakukan dengan mengembangkan budaya kualitas oleh tenaga medis dan keperawatan. Budaya kualitas merupakan sistem nilai organisasi yang menghasilkan

lingkungan yang kondusif bagi penyempurnaan kualitas secara kontinu, yang meliputi filosofi, keyakinan, sikap, norma, kondisi, prosedur, dan harapan meningkatkan kualitas (Nasution, 2004). Pengembangan budaya mutu dilakukan dengan memberikan pelatihan *customer service* kepada seluruh petugas rumah sakit terutama tenaga medis dan keperawatan.

b. Kuadran B

Berdasarkan hasil analisis jendela pelanggan terdapat 15 faktor mutu pelayanan yang berada pada kuadran B, dimana strategi perbaikan mutu dilakukan dengan mempertahankan kinerja pelayanan ke 15 faktor tersebut, yang meliputi: keterampilan petugas dalam bekerja, kebersihan dan kerapian gedung, koridor, dan bangsal rumah sakit, kebersihan, kerapian, dan penerangan di ruang perawatan, kelengkapan peralatan medis, kemudahan prosedur pelayanan, kecepatan waktu penerimaan pasien sampai dikirim ke ruang perawatan, keramahan dan kesopanan petugas administrasi dan keuangan dalam melayani, keramahan dan kesopanan tenaga medis dalam melayani, perhatian tenaga medis dalam menangani keluhan dari pasien, keramahan dan kesopanan tenaga keperawatan kepada pasien dan keluarga, perhatian tenaga keperawatan dalam menangani keluhan dari pasien dan keluarga, ketanggapan tenaga keperawatan dalam mengatasi keluhan pasien, keteraturan waktu pelayanan tenaga keperawatan setiap hari, ketepatan waktu menghadirkan makanan, dan kecepatan waktu pelayanan petugas apotek.

Kuadran ini merupakan kuadran terbaik, karena tingginya kepentingan pasien terhadap faktor-faktor mutu pelayanan rawat inap disertai dengan tingginya tingkat pelaksanaan (kinerja) yang ditampilkan oleh rumah sakit. Sesuai dengan pendapat Gaspersz (2002) yang menyatakan bahwa area ini merupakan posisi terbaik, dimana dalam hal ini pelanggan memperoleh apa yang diinginkannya dari mengkonsumsi produk yang ditawarkan sehingga pelanggan akan puas. Walaupun merupakan kuadran terbaik, faktor-faktor pada kuadran ini harus dipertahankan atau bahkan ditingkatkan kinerjanya secara perlahan-lahan agar kinerja pelayanan rawat inap dapat melampaui tingkat kepentingan pasien.

c. Kuadran C

Berdasarkan hasil analisis jendela pelanggan terdapat 2 faktor yang termasuk pada kuadran C, dimana strategi perbaikan mutu pelayanan dilakukan dengan mempromosikan betapa pentingnya pelayanan tersebut kepada pasien, yang meliputi kelengkapan pelayanan laboratorium dan kebersihan, penampilan, variasi menu, dan lezatan makanan yang dihadirkan.

Faktor mutu pelayanan rawat inap pada kuadran ini dianggap oleh pasien di RSUD Kalisat sebagai pelayanan yang berlebihan karena kinerja yang diselenggarakan oleh rumah sakit terlalu tinggi padahal pasien tidak menginginkan rumah sakit memberikan pelayanan tersebut. Menurut Pohan (2004) kuadran ini terjadi karena faktor ini dianggap tidak penting oleh pasien tetapi kinerja pelayanan yang diberikan telah berada diatas rata-rata kinerja

pelayanan. Hal ini sesuai dengan pendapat dari Pohan (2004) bahwa pada kuadran ini pelayanan yang diberikan seolah-olah merupakan pelayanan yang mubazir.

Kuadran ini terjadi karena rendahnya tingkat kepentingan pasien terhadap pelayanan yang akan diberikan. Supriyanto (2002) menjelaskan bahwa strategi perbaikan mutu pada kuadran C ialah dengan pelayanan tersebut dipikirkan untuk ditiadakan atau mempromosikan betapa pentingnya pelayanan tersebut pada pasien.

Oleh karena itu, strategi perbaikan mutu pelayanan pada faktor-faktor yang berada pada area ini ialah dengan cara pihak rumah sakit harus memberikan penjelasan tentang alasan-alasan kepada pasien mengapa pelayanan tersebut diberikan dan manfaat apa yang akan diperoleh oleh pasien apabila mengkonsumsi pelayanan tersebut.

d. Kuadran D

Berdasarkan hasil analisis jendela pelanggan terdapat 5 faktor yang termasuk dalam kuadran D, dimana strategi perbaikan mutu dilakukan dengan memberikan prioritas rendah terhadap peningkatan kinerja ke 5 faktor tersebut, yang meliputi: kelengkapan perlengkapan pasien di ruang perawatan, kemudahan cara pembayaran biaya perawatan, kejelasan petugas administrasi dan keuangan dalam perincian biaya, kejelasan pemberian informasi diet oleh petugas gizi, dan kecepatan waktu menunggu kepastian hasil pemeriksaan laboratorium.

Faktor-faktor yang berada pada kuadran ini sebenarnya memiliki kinerja yang telah sesuai dengan harapan dari pasien. Faktor-faktor pada area ini tidak terlalu menjadi masalah karena pasien rawat inap tidak memperoleh apa yang tidak diinginkannya. Hal ini sesuai dengan pendapat Kuntjoro (2006) yang menyatakan bahwa dalam strategi perbaikan mutu pelayanan rawat inap, faktor-faktor pada area ini perlu diperhatikan tetapi mendapatkan prioritas rendah setelah prioritas pada kuadran A ditangani.

Strategi perbaikan terhadap faktor-faktor yang berada pada kuadran ini dilakukan dengan cara memberikan informasi kepada pasien alasan betapa pentingnya pasien memperoleh pelayanan tersebut. Pemberian informasi tersebut diharapkan dapat menggugah kesadaran pasien bahwa ia membutuhkan pelayanan-pelayanan tersebut. Sedangkan, untuk meningkatkan tingkat pelaksanaan faktor pelayanan, rumah sakit perlu melengkapi perlengkapan pasien di ruang perawatan, menyusun metode pembayaran yang efektif dan efisien sehingga memudahkan cara pembayaran dan menjamin kejelasan perincian biaya, petugas gizi memberikan informasi yang diperlukan oleh pasien, dan menyampaikan hasil pemeriksaan laboratorium secara tepat dan cepat kepada pasien.

SIMPULAN dan SARAN

Simpulan

- a. Tingkat kepentingan (harapan) pasien terhadap input dan proses pelayanan rawat inap mayoritas berada pada tingkat kepentingan berharap. Pada input pelayanan rawat inap

88,07 % pasien berada pada tingkat kepentingan berharap dan pada proses pelayanan rawat inap 90,93% pasien berada pada tingkat kepentingan berharap.

- b. Tingkat pelaksanaan (penilaian) input dan proses pelayanan rawat inap mayoritas berada pada tingkat pelaksanaan baik. Pada input pelayanan rawat inap 69,72% pasien berada pada tingkat pelaksanaan baik dan pada proses pelayanan rawat inap 93,58% pasien berada pada tingkat pelaksanaan baik. Akan tetapi, masih terdapat 27,52% pasien yang menyatakan input pelayanan rawat inap kurang baik sehingga perlu mendapatkan perhatian dalam upaya perbaikan mutu pelayanan.
- c. Tingkat kesesuaian antara harapan dan penilaian pasien terhadap input dan proses pelayanan rawat inap masing-masing sebesar 90,60% dan 96,16%.
- d. Strategi perbaikan mutu pelayanan rawat inap didasarkan pada distribusi faktor mutu pelayanan rawat inap pada masing-masing kuadran diagram jendela pelanggan. Pada kuadran A, strategi perbaikan mutu dilakukan dengan memberikan prioritas utama dalam peningkatan kinerja terhadap faktor mutu yang berada pada kuadran ini. Pada kuadran B, strategi perbaikan mutu dilakukan dengan mempertahankan kinerja pelayanan faktor mutu yang berada pada kuadran ini. Pada kuadran C, strategi perbaikan mutu dilakukan dengan mempromosikan pentingnya faktor pelayanan yang berada pada kuadran ini kepada pasien. Pada kuadran D, strategi perbaikan mutu dilakukan dengan memberikan prioritas rendah dalam peningkatan kinerja pada faktor mutu pelayanan yang berada pada kuadran ini.

Saran

- a. Meningkatkan tingkat pelaksanaan (kinerja) melalui penyediaan obat-obatan di apotek rumah sakit, perbaikan sarana dan prasarana penunjang pelayanan di rumah sakit, petugas medis dan keperawatan memberikan informasi yang jelas tentang perkembangan kondisi pasien, tenaga medis tanggap terhadap keluhan pasien dan tepat waktu saat melakukan *visite*, petugas gizi memberikan informasi diet yang jelas, dan memberikan hasil pemeriksaan laboratorium dengan tepat dan cepat.
- b. Mempertahankan tingkat pelaksanaan (kinerja) dengan memberikan pelatihan *customer service* secara rutin untuk meningkatkan keterampilan petugas, petugas medis dan keperawatan memberikan perhatian terhadap keluhan pasien, petugas keperawatan tanggap terhadap keluhan pasien dan tepat waktu saat memberikan pelayanan, ketepatan waktu menghadirkan makanan, kecepatan waktu dalam pelayanan apotek, dan menyusun SOP yang mengatur penyelenggaraan pelayanan rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Gaspersz, V. 2002. *Total Quality Management*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Hartadji, N. 2005. pengembangan Layanan Rumah Sakit Umum Bondowoso Berdasarkan Penilaian dan harapan Pasien. [Serial On-Line]. <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s2-2005-hartadji.3549&PHPSESSID=d1d1da53d1997f16e72bc038d69ee2dc>. [9 April 2008].
- Hawati dan Ratna, D. 2006. Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap dan Implikasinya pada Peningkatan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit: Studi Kasus di Rumah Sakit agung. <http://umm.digilib.ui.edu/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=107552&lokasi=lokal> [10 September 2008].
- Kuntjoro, T. 2006. Strategi Perbaikan Mutu Pelayanan MTBS di Puskesmas Rantau Panjang Kabupaten Merangin Jambi. [Serial On-Line]. <http://209.85.175.104/search?q=cache:eab7xr29nl-04-06.pdf+analisis+customer+window&hl=id&ct=clnk&cd=6&gi=id>. [29 april 2008].
- Mangopo, S.P. *et al.* 2005. Strategi Pemasaran dan Perbaikan Mutu berdasarkan Analisis Kepuasan Karyawan Instansi yang Bekerjasama dengan RS Bethesda Yogyakarta. [Serial On-Line]. <http://209.85.175.104/search?q=cache:eab7xr29nl-04-06.pdf+analisis+customer+window&hl=id&ct=clnk&cd=6&gi=id>. [29 april 2008].
- Mowen, J.C. dan Michael Minor. 2002. *Perilaku Konsumen, Jilid 2 Edisi Kelima*. Jakarta: Erlangga.
- Muninjaya, G.A. 2004. *Manajemen Kesehatan, Edisi Revisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nasution, M.N. 2004. *Manajemen Jasa Terpadu*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Pohan, I.S. 2004. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan, Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- RSUD Kalisat. 2007. *Profil Rumah Sakit Umum Daerah Kalisat Tahun 2007*. Jember: RSUD Kalisat.
- Sabarguna, B.S. 2004. *Pemasaran Rumah Sakit*. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng.
- Supriyanto, S. 2002. *Strategi Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: FKM Unair.
- Trisnantoro, L. 2005. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Wijono, D. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Vol. 1*. Surabaya: Airlangga University Press.