

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI

1. KUALITAS PELAYANAN

Kualitas merupakan kondisi yang dinamis suatu produk atau jasa dalam memenuhi harapan konsumen dan sebagai bentuk pengukuran terhadap nilai layanan yang diterima oleh konsumen (Tjiptono, 2011). Menurut Panchapakesan (2015), berpendapat bahwa kualitas pelayanan kesehatan harus menjadi titik fokus penyedia layanan kesehatan untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Kualitas sangat bersifat subjektif, tergantung pada persepsi, sistem nilai, latar belakang sosial, pendidikan, ekonomi, budaya, dan banyak faktor lain pada masyarakat atau pribadi yang terkait dengan jasa pelayanan perusahaan tersebut. Kualitas meliputi setiap aspek dari suatu perusahaan dan sesungguhnya merupakan suatu pengalaman emosional bagi pasien. Pasien ingin merasa senang dengan jasa mereka, merasa bahwa mereka telah mendapatkan nilai terbaik (Lovelock dan Wright, 2005: 876).

Hubungan kualitas dan aspek-aspek dalam pelayanan kesehatan dan cara-cara peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dapat melalui pendekatan institusional atau individu. Menurut Djoko (2000), untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada umumnya ada dua cara:

- a. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya, tenaga, biaya, peralatan, perlengkapan dan material yang diperlukan dengan menggunakan teknologi tinggi.
- b. Memperbaiki metode atau penerapan teknologi yang digunakan dalam kegiatan pelayanan, hal ini berarti memperbaiki proses pelayanan organisasi pelayanan kesehatan.

Secara umum yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan kesehatan yang dapat memberikan kepuasan pasien (Azwar, 2006).

Faktor yang mempengaruhi kualitas sebuah layanan adalah *expected service* (layanan yang diharapkan) dan *perceived service* (layanan yang diterima). Jika layanan yang diterima sesuai dan memenuhi apa yang diharapkan maka jasa dikatakan baik atau positif. Jika *perceived service* melebihi *expected service*, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas ideal. Dan sebaliknya, suatu kualitas akan dipersepsikan buruk atau negatif apabila *perceived service* lebih jelek dibanding *expected service*. Oleh sebab itu baik tidaknya kualitas pelayanan tergantung pada kemampuan perusahaan dan stafnya memenuhi harapan pasien secara konsisten (Tjiptono, 2011).

a. Dimensi Kualitas Pelayanan

Mengukur kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien sangat penting bagi rumah sakit untuk mengetahui apakah pasien puas atau tidak. Selain itu, rumah sakit perlu menentukan persepsi pasien tentang faktor-faktor penentu untuk memberikan kualitas layanan kepada pasien. Hal ini akan meningkatkan peluang rumah sakit untuk membedakan dari pesaing, menarik pasien baru, dan mempertahankan pasien untuk jangka panjang (Gupta dan Rekade, 2016).

Kualitas merupakan fenomena yang komprehensif dan multi facet. Menurut Lori Di Prete Brown dalam bukunya *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries* yang dikutip oleh Wijono (2009), kegiatan menjaga kualitas dapat melibatkan dimensi berikut:

1) Kompetensi Teknis (*Technical Competence*).

Kompetensi teknis terkait dengan keterampilan, kemampuan, dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung dalam memberikan pelayanan kepada pasien sehingga menimbulkan kepuasan pasien. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan.

2) Akses terhadap Pelayanan (*Accessibility*)

Pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial ekonomi, budaya, organisasi, atau hambatan yang terjadi karena perbedaan bahasa.

3) Efektivitas (*Effectiveness*).

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada.

4) Hubungan Antar Manusia (*Interpersonal Relation*).

Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsif, dan memberikan perhatian. Hubungan antar manusia yang kurang baik akan mengurangi efektivitas dari kompetensi teknis pelayanan kesehatan.

5) Efisiensi (*Efficiency*).

Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki. Pelayanan kurang baik karena norma yang tidak efektif atau pelayanan yang salah harus dikurangi atau dihilangkan.

6) Kelangsungan Pelayanan (*Continuity*).

Pasien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan (termasuk rujukan) tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu. Pasien harus mempunyai akses terhadap pelayanan rutin dan preventif yang diberikan oleh petugas kesehatan yang mengetahui riwayat penyakitnya. Pasien juga mempunyai akses rujukan untuk pelayanan yang spesialis dan menyelesaikan pelayanan lanjutan yang diperlukan.

7) Keamanan (*Safety*).

Mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.

8) Kenyamanan (*Amnities*).

Dalam dimensi kenyamanan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mengurangi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

Gronroos (2000) memaparkan tiga dimensi utama dalam menilai kualitas yaitu *outcome related (technical quality)*, *process related (functional quality)*, dan *imaged related dimensions*. Ketiga dimensi ini kemudian dijabarkan yaitu sebagai berikut :

- 1) *Professionalism and Skills* merupakan *outcome related*, dimana pasien menganggap bahwa dokter memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah pasien secara profesional.
- 2) *Attitudes and Behaviour* merupakan *process related*, dimana pasien merasa bahwa dokter dalam memberikan pelayanan selalu memperhatikan mereka dan berusaha membantu memecahkan masalah pasien dengan senang hati.
- 3) *Accessibility and Flexibility* merupakan *process related*. Pasien merasa penyedia jasa, lokasi, jam kerja karyawan dan sistem operasionalnya dirancang dan dioperasikan sedemikian rupa sehingga pasien dapat mengaksesnya dengan mudah. Selain itu juga dirancang dengan maksud

agar dapat bersifat fleksibel dalam menyesuaikan permintaan dan keinginan pelanggan.

- 4) *Reliability and Truthworthiness* merupakan *process related*. Pasien meyakini bahwa apapun yang terjadi atau telah disepakati, mereka bisa mengandalkan penyedia jasa, karyawan dan sistemnya dalam memenuhi janji-janjinya dan bertindak demi kepentingan pasien.
- 5) *Service and Recovery* merupakan *process related*. Pasien meyakini bahwa apabila ada kesalahan atau bila terjadi sesuatu yang tidak diharapkan, dokter akan segera dan secara aktif mengambil tindakan untuk mengendalikan situasi dan menemukan solusi yang tepat.
- 6) *Servicescape* merupakan *process related*. Pasien bahwa kondisi fisik dan aspek lingkungan *service encounter* lainnya mendukung pengalaman positif atas proses jasa.
- 7) *Reputation and Credibility* merupakan *imaged related*. Pasien meyakini bahwa penyedia jasa dapat dipercaya.

Dalam menentukan dimensi dalam penilaian kualitas jasa, terdapat suatu metode yang menjadi acuan hingga saat ini. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ladhari (2009), merekomendasikan bahwa SERVQUAL adalah skala yang baik untuk digunakan dan mengukur kualitas pelayanan.

Dalam suatu studi mengenai SERVQUAL (*Service Quality*) oleh Parasuraman (2001) terdapat 5 dimensi yaitu :

1) Kehandalan

Kemampuan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pasien yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pasien tanpa kesalahan dan dengan akurasi yang tinggi.

2) Daya tanggap

Suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsive*) dan tepat kepada pasien, dengan penyampaian informasi yang jelas.

3) Jaminan

Kemampuan dalam meyakinkan kepercayaan pasien termasuk perasaan aman yang dirasakan oleh pasien, dan kemampuan menjawab pertanyaan pasien. Hal ini meliputi beberapa komponen antara lain komunikasi (*communication*), kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competence*), dan sopan santun (*courtesy*).

4) Empati

Memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual yang diberikan kepada pasien dengan berupaya memahami keinginan pasien, dapat terlihat saat dokter memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien, perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarga, pelayanan terhadap semua pasien tanpa memandang status sosial.

5) Bukti fisik

Kemampuan rumah sakit dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik instansi yang dapat diandalkan keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa. Hal ini meliputi fasilitas fisik (contoh: gudang, gedung, dan lain-lain), perlengkapan dan peralatan yang digunakan (teknologi), serta penampilan pegawainya.

Dalam Tjiptono (2011), kualitas pelayanan dijabarkan ke dalam 22 indikator yang telah dikelompok-kelompokkan dalam tabel.

Tabel 2.1 Dimensi dan Atribut Model SERVQUAL

No	Dimensi	Indikator
1.	Keandalan	1. Menyediakan jasa sesuai yang dijanjikan
		2. Dapat diandalkan dalam menangani masalah jasa pelayanan
		3. Menyampaikan jasa secara benar semenjak pertama kali
		4. Menyampaikan jasa sesuai dengan waktu yang dijanjikan
		5. Menyimpan catatan/dokumen tanpa kesalahan
2.	Daya Tanggap	6. Menginformasikan pasien tentang kepastian waktu penyampaian jasa
		7. Layanan yang segera/cepat bagi pasien
		8. Kesiapan untuk membantu pasien
		9. Kesiapan untuk merespon permintaan pasien
3.	Jaminan	10. Karyawan yang menumbuhkan rasa percaya para pasien
		11. Membuat pasien merasa aman sewaktu melakukan transaksi
		12. Karyawan secara konsisten bersikap sopan
		13. Karyawan yang mampu menjawab pertanyaan pasien
4.	Empati	14. Memberikan perhatian secara individual kepada para pasien

	15. Karyawan yang memperlakukan pasien secara penuh perhatian
	16. Sungguh-sungguh mengutamakan kepentingan pasien
	17. Karyawan yang memahami kebutuhan pasien
	18. Karyawan yang ramah terhadap pasien
	19. Peralatan modern
	20. Fasilitas yang berdaya tarik visual
5. Bukti Fisik	21. Karyawan yang berpenampilan rapid an professional
	22. Materi-materi berkaitan dengan jasa yang berdaya tarik visual

Sumber : Tjiptono & Chandra (2011 : 232-233)

b. Indikator Kualitas Pelayanan

Indikator adalah karakteristik yang dapat digunakan untuk menentukan tingkat ketaatan atau kepatuhan terhadap suatu standar pelayanan kesehatan atau tingkat pencapaian standar pelayanan kesehatan. Secara singkat indikator dapat juga diartikan sebagai dimensi yang dapat mengukur perubahan. Indikator digunakan apabila perubahan tersebut dapat diukur secara langsung (Pohan, 2016).

Menurut Peraturan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia No. 04/Menkes/PER/II/2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, ada 12 indikator kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit :

1) Kepatuhan Identifikasi Pasien

Menilai kepatuhan petugas dalam melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian obat untuk menjamin tidak terjadi kesalahan atau mencegah KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).

- 2) *Emergency Respon Time* (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat \leq 5 menit)

Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya keselamatan pasien gawat darurat.

- 3) Waktu Tunggu Rawat Jalan

Tersedianya pelayanan dokter atau dokter spesialis di rawat jalan yang mudah dan cepat diakses oleh pasien pada hari kerja.

- 4) Penundaan Operasi Elektif

Perubahan jadwal operasi yang direncanakan (tidak dilakukannya operasi sesuai jadwal yang telah ditentukan)

- 5) Kepatuhan Jam Visit Dokter Spesialis

Kepatuhan Dokter Spesialis terhadap ketepatan waktu melakukan visitasi kepada pasien untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.

- 6) Waktu Laport Hasil Tes Kritis Laboratorium

Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan ditelaah oleh dokter atau analis laboratorium hingga hasilnya diterima kembali oleh dokter yang mengirim.

- 7) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Terwujudnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien berdasarkan daftar yang ditetapkan secara nasional.

8) Kepatuhan Kebersihan Tangan (*Hand Hygiene*)

Terwujudnya layanan kesehatan yang berorientasi pada standar keselamatan pasien untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

9) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Seluruh pasien yang berisiko jatuh dan keluarga mendapat upaya pencegahan risiko cidera akibat jatuh serta menurunkan angka kejadian jatuh.

10) Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*

Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis di rumah sakit sehingga dapat memberikan jaminan kepada pasien untuk memperoleh pelayanan klinis berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai kebutuhan medis/klinis pasien.

11) Kepuasan Pasien dan Keluarga

Terwujudnya pemantauan dan pengukuran tingkat kepuasan pasien dan keluarga sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

12) Kecepatan Waktu Tentang Komplain

Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.

c. Standar Dalam Program Menjaga Kualitas

Standar pelayanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang kualitas yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses, dan luaran

(*outcome*) sistem pelayanan kesehatan. Standar pelayanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan kualitas ke dalam terminologi operasional, sehingga semua orang yang terlibat dalam pelayanan kesehatan yang terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan ataupun pengelolaan pelayanan kesehatan dan akan bertanggungjawab dalam melaksanakan tugas dan perannya masing-masing (Pohan, 2016).

Standar pelayanan kesehatan merupakan bagian dari layanan kesehatan itu sendiri dan memainkan peranan yang penting dalam mengatasi masalah kualitas pelayanan kesehatan. Standar pelayanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang kualitas yang diharapkan, yang menyangkut masukan, proses, dan keluaran (*outcome*) sistem pelayanan kesehatan (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015) standar dan kriteria diklasifikasikan kedalam tiga kelompok, yaitu : standar struktur, standar proses, dan keluaran (*outcome*).

1) Standar Struktur

Standar struktur adalah standar yang menjelaskan peraturan sistem. Termasuk di dalamnya adalah hubungan organisasi, misi organisasi, kewenangan, komite-komite, personil, peralatan, gedung, rekam medis, keuangan, perbekalan, obat, dan fasilitas. Karakteristik yang relatif stabil dari penyedia pelayanan kesehatan, alat dan sumber daya yang dipergunakan, fisik, dan pengaturan organisasi di lingkungan kerja.

Konsep struktur yang termasuk manusia, fisik, dan sumber keuangan yang dibutuhkan untuk memberi pelayanan medis. Hubungan antar struktur dan kualitas pelayanan adalah hal yang penting dalam merencanakan, mendesain, dan melaksanakan sistem yang dikehendaki untuk memberikan pelayanan kesehatan.

2) Standar Proses.

Standar proses adalah sesuatu yang menyangkut semua aspek pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan, melakukan prosedur dan kebijaksanaan. Standar proses akan menjelaskan apa yang dilakukan, bagaimana melakukannya dan bagaimana sistem bekerja.

3) Standar *Output/Outcome*

Standar output merupakan hasil akhir atau akibat dari pelayanan kesehatan. Standar keluaran akan menunjukkan apakah pelayanan kesehatan berhasil atau gagal. Keluaran (*outcome*) adalah apa yang diharapkan akan terjadi sebagai hasil dari layanan kesehatan yang diselenggarakan dan terhadap apa keberhasilan tersebut akan diukur.

2. KEPUASAN PASIEN

a. Definisi

Kepuasan didefinisikan sebagai tingkat pengalaman individu yang dibandingkan dengan harapannya (Mascarenhas, 2001). Kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperoleh setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkan (Imbalo, 2006).

Menurut Kotler (2008), kepuasan pasien terhadap pelayanan adalah perbandingan antara persepsi terhadap pelayanan yang diterima dengan harapan sebelum mendapatkan pelayanan tersebut. Apabila harapannya terpenuhi, berarti pelayanan tersebut telah memberikan suatu kualitas yang luar biasa dan juga akan menimbulkan kepuasan yang tinggi. Sebaliknya apabila harapannya tidak tercapai, maka kualitas pelayanan tersebut tidak memenuhi apa yang diharapkannya (Lupiyoadi, 2013).

Memahami kebutuhan dan keinginan pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Kepuasan pasien ditemukan menjadi elemen dasar dari setiap pengaturan rumah sakit (Othman N, 2010). Untuk menciptakan kepuasan pasien, rumah sakit harus menciptakan dan mengelola suatu sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya (Yusnita, 2012).

b. Tingkat Kepuasan Pasien

Tingkat kepuasan pasien merupakan fungsi dari perbedaan antara kepuasan yang dirasakan dengan harapan, apabila kepuasan dibawah harapan maka pasien akan kecewa. Dengan mengetahui tingkat kepuasan pasien, manajemen rumah sakit dapat melakukan peningkatan kualitas pelayanan. Memberikan kepuasan kepada pasien hanya dapat diperoleh jika rumah sakit memperhatikan apa yang diinginkan oleh pasien. Memperhatikan apa yang diinginkan oleh pasien berarti kualitas pelayanan yang dihasilkan ditentukan oleh pasien. Semua usaha yang dilakukan rumah

sakit diarahkan untuk menciptakan dan meningkatkan kepuasan pasien (Yamit, 2002).

Ada tiga tingkat kepuasan yaitu apabila pelayanan kurang dari harapan, maka pasien merasa tidak puas. Apabila pelayanan sebanding dengan harapan, maka pasien akan merasa puas dan apabila pelayanan melebihi harapan, maka pasien akan merasa sangat puas dan senang (Nugroho dan Aryati, 2009). Apabila harapannya terpenuhi, berarti pelayanan tersebut telah memberikan suatu kualitas yang luar biasa dan juga akan menimbulkan kepuasan yang tinggi. Sebaliknya, apabila harapannya tidak tercapai, maka diartikan kualitas pelayanan tersebut tidak memenuhi apa yang diharapkan (Sasmita, 2013).

Perubahan dari sistem layanan kesehatan yang ingin dilakukan tidak akan dapat berhasil tanpa melakukan pengukuran kepuasan pasien. Karena hasil pengukuran pasien akan digunakan sebagai dasar untuk mendukung sistem layanan kesehatan yang handal dan dapat dipercaya (Imbalo, 2006).

Pengukuran kepuasan pasien merupakan elemen penting dalam menyediakan pelayanan yang lebih baik, efisien, dan lebih efektif. Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan faktor penting yang mengembangkan suatu sistem penyediaan pelayanan yang tanggap terhadap keluhan pasien, meminimalkan biaya, dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap pasien (Imbalo, 2006).

c. Karakteristik Pasien

Karakteristik pasien adalah ciri khas yang dimiliki setiap pasien yang membedakannya dengan pasien lain. Karakteristik pasien terdiri atas umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan biaya

1) Umur

Umur mempengaruhi seseorang dalam menilai jasa yang diberikan. Umur sangat erat kaitannya dengan pengetahuan seseorang karena semakin bertambah umur manusia semakin banyak pengetahuan yang didapatkan (Hurlock, 2003). Pembagian kelompok umur berdasarkan Departemen Kesehatan RI tahun 2009 yaitu remaja akhir (18-25 tahun), dewasa awal (26-35 tahun), dewasa akhir (36-45 tahun), dan lansia awal (>45 tahun).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin memiliki pengaruh pada pandangan terhadap jasa yang diberikan. Perempuan lebih banyak melihat penampilan secara detail, sementara laki-laki tidak mengindahkan hal tersebut, mereka cenderung lebih acuh dengan hal yang dikemukakan oleh perempuan, karena itu mereka dianggap lebih fleksibel dibandingkan perempuan (Oroh, 2014).

3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan meningkatkan keinginan, meningkatkan ketrampilan dan pengetahuannya. Keterampilan di sini yang dimaksud adalah ketrampilan dalam memilih rumah sakit saat

pasien membutuhkan pelayanan. Tingkat pendidikan pasien yang rendah, maka pasien tidak mempunyai banyak kemampuan untuk memilih atau membandingkan rumah sakit yang dipakai untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Siagian, 2006).

4) Pekerjaan

Tingkat rata-rata pekerjaan yang rendah, dapat menentukan keputusan pasien untuk mencari pengobatan. Pasien dengan pekerjaan yang rendah, tidak mementingkan nama rumah sakit (Munawaroh, 2012).

5) Sumber Biaya

Pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan untuk mendapatkan jasa pelayanan, cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut (Nooria, 2008).

3. RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Rumah Sakit dibagi menjadi 2, yakni Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama ada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, atau jenis penyakit. Rumah Sakit Gigi dan Mulut termasuk dalam golongan Rumah Sakit Khusus.

Rumah sakit gigi dan mulut (RSGM) adalah sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut perorangan untuk pelayanan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan pelayanan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui pelayanan rawat jalan, gawat darurat dan pelayanan tindakan medik. Fungsi RSGM adalah menyelenggarakan (1) Pelayanan medik gigi dasar; spesialisik, dan subspecialistik, (2) Pelayanan penunjang; seperti pelayanan kefarmasian, laboratorium, radiologi gigi, pelayanan anastesi, (3) Pelayanan rujukan, (4) Pelayanan gawat darurat kesehatan gigi dan mulut, (5) Pendidikan, (6) Penelitian dan pengembangan. Hal ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1173/MENKES/PER/X/2004 tentang Rumah Sakit Gigi dan Mulut.

Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan jasa yang mempunyai kespesifikan dalam hal sumber daya manusia, sarana prasarana, dan peralatan kesehatan yang dipakai. Sering rumah sakit dikatakan sebagai organisasi yang padat modal, padat sumber daya manusia, padat teknologi dan ilmu pengetahuan serta padat regulasi. Padat modal karena rumah sakit memerlukan investasi yang tinggi untuk memenuhi persyaratan yang ada. Padat sumber daya manusia karena di dalam rumah sakit pasti terdapat berbagai profesi dan jumlah karyawan yang banyak. Padat teknologi dan ilmu pengetahuan karena di dalam rumah sakit terdapat peralatan-peralatan canggih dan mahal serta kebutuhan berbagai disiplin ilmu yang berkembang dengan cepat. Padat regulasi karena banyak regulasi atau peraturan-

peraturan yang mengikat berkenaan dengan syarat-syarat pelaksanaan pelayanan di rumah sakit.

Sumber daya manusia yang ada di rumah sakit terdiri dari : 1) Tenaga kesehatan yang meliputi medis (dokter), paramedis (perawat) dan paramedis non keperawatan yaitu apoteker, analis kesehatan, asisten apoteker, ahli gizi, fisioterapis, radiographer, perekam medis. 2) Tenaga non kesehatan yaitu bagian keuangan, administrasi, personalia dan lain-lain.

a. Akreditasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 Tahun 2017 tentang akreditasi rumah sakit, akreditasi adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar minimal yang ditetapkan. Adapun tujuan akreditasi rumah sakit adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Standar akreditasi sifatnya berupa suatu persyaratan yang optimal dan dapat dicapai. Akreditasi menunjukkan komitmen nyata sebuah rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan, memastikan bahwa lingkungan pelayanannya aman dan rumah sakit senantiasa berupaya mengurangi risiko bagi para pasien dan staf rumah sakit. Dengan demikian akreditasi diperlukan sebagai cara efektif untuk mengevaluasi mutu suatu rumah sakit, yang sekaligus berperan sebagai sarana manajemen.

Proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit, sehingga senantiasa berusaha meningkatkan mutu dan keamanan pelayanannya.

Melalui proses akreditasi rumah sakit didapatkan sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa rumah sakit menitik beratkan sasarannya pada keselamatan pasien dan mutu pelayanan.
- 2) Menyediakan lingkungan kerja yang aman dan efisien sehingga staf merasa puas.
- 3) Mendengarkan pasien dan keluarga mereka, menghormati hak-hak mereka, dan melibatkan mereka sebagai mitra dalam proses pelayanan.
- 4) Menciptakan budaya mau belajar dari laporan insiden keselamatan pasien.
- 5) Membangun kepemimpinan yang mengutamakan kerja sama. Kepemimpinan ini menetapkan prioritas untuk dan demi terciptanya kepemimpinan yang berkelanjutan untuk meraih kualitas dan keselamatan pasien pada semua angkatan.

Standar adalah suatu pernyataan yang mendefinisikan harapan terhadap kinerja, struktur, proses yang harus dimiliki rumah sakit untuk memberikan pelayanan dan asuhan yang bermutu dan aman. Pada setiap standar disusun Elemen Penilaian (EP) yaitu persyaratan untuk memenuhi standar terkait. Undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, mewajibkan rumah sakit menjalani akreditasi. Dengan demikian rumah sakit harus menerapkan standar akreditasi rumah sakit, termasuk standar-standar lain yang berlaku

bagi rumah sakit sesuai dengan penjabaran dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1.

Standar akreditasi rumah sakit merupakan upaya Kementerian Kesehatan menyediakan suatu perangkat yang mendorong rumah sakit senantiasa meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan. Dengan penekanan bahwa akreditasi adalah suatu proses belajar, maka rumah sakit distimulasi melakukan perbaikan yang berkelanjutan dan terus menerus. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia pada Januari 2018. Proses akreditasi didasarkan pada hasil evaluasi kepatuhan Rumah Sakit terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1. Setelah terakreditasi, rumah sakit diharapkan untuk menunjukkan kepatuhan terus menerus terhadap standar di setiap siklus akreditasi. Standar akreditasi diperbarui setiap tiga tahun.

Standar ini fokus pada pasien yang disusun dengan mengacu pada sumber-sumber sebagai berikut :

- 1) International Principles for Healthcare Standards, A Framework of requirement for standards, 3rd Edition December 2007, International Society for Quality in Health Care (ISQua).
- 2) Joint Commission International Accreditation on Standards for Hospitals, 4th Edition, 2011.
- 3) Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, edisi 2007, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

4) Standar-standar spesifik lainnya untuk rumah sakit.

Standar ini dikelompokkan menurut fungsi-fungsi dalam rumah sakit terkait dengan pelayanan pasien, upaya menciptakan organisasi dan manajemen yang aman, efektif, terkelola dengan baik. Fungsi-fungsi ini juga berlaku untuk dan dipatuhi oleh setiap unit/bagian/instalasi.

Keputusan akreditasi final didasarkan pada kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Rumah sakit tidak menerima nilai atau skor sebagai bagian dari keputusan akreditasi final. Ketika suatu rumah sakit berhasil memenuhi persyaratan akreditasi KARS, rumah sakit tersebut akan menerima penghargaan Status Akreditasi (Keputusan Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan No. HK.02.04/I/2790/11 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit).

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) adalah lembaga independen pelaksana akreditasi rumah sakit yang bersifat fungsional, non struktural dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan. Mengikuti Ketentuan Akreditasi Rumah Sakit merupakan regulasi baru di KARS, ketentuan ini meliputi ketentuan spesifik untuk mengikuti proses akreditasi dan untuk mempertahankan status akreditasi. Rumah sakit harus mematuhi ketentuan dalam bagian ini sepanjang waktu dalam proses akreditasi. Walaupun demikian, ketentuan ini tidak diberi nilai seperti standar lain dalam survei di tempat. Rumah sakit akan dinilai antara memenuhi atau tidak memenuhi ketentuan ini. Jika rumah sakit tidak memenuhi ketentuan tertentu, maka

rumah sakit akan diminta untuk segera memenuhinya atau terancam tidak mendapatkan akreditasi.

Standar KARS mencakup harapan kinerja, struktur, atau fungsi yang harus diterapkan agar suatu rumah sakit dapat terakreditasi oleh KARS. Sasaran Keselamatan Pasien dianggap sebagai standar dan dimonitoring sama seperti standar lainnya dalam survei di tempat. Maksud dan tujuan dari standar, memberikan penjelasan bagaimana standar tersebut selaras dengan program secara keseluruhan, menentukan parameter untuk ketentuan-ketentuannya atau memberikan gambaran tentang ketentuan dan tujuan-tujuannya.

Elemen Penilaian (EP) dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan survei terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survei. EP untuk setiap standar menunjukkan ketentuan untuk kepatuhan terhadap standar tersebut. EP ditujukan untuk memberikan kejelasan pada standar dan membantu rumah sakit untuk memenuhi sepenuhnya ketentuan yang ada, untuk membantu mengedukasi pimpinan dan tenaga kesehatan mengenai standar yang ada serta untuk memandu rumah sakit dalam persiapan proses akreditasi.

Undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa Organisasi Rumah Sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi rumah sakit dengan menjalankan tata kelola yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*). Tata kelola rumah sakit yang baik adalah penerapan fungsi-

fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.

Mewujudkan tata kelola klinis yang baik, rumah sakit harus menyediakan regulasi (norma), standar-standar, prosedur dan kriteria (parameter) yang dijalankan secara konsisten, karena regulasi sebagai sumber hukum berupa peraturan tertulis akan mengikat secara umum segenap unsur yang ada di rumah sakit. Regulasi menjadi salah satu penentu perkembangan perumasakitan yang kini menghadapi berbagai tantangan. Mulai dari tuntutan masyarakat atas peningkatan kualitas layanan, perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta kondisi sosial politik dan ekonomis masyarakat.

Mutu rumah sakit diawali dengan adanya berbagai regulasi di rumah sakit yang diimplementasikan terkait program mutu dan rumah sakit taat terhadap regulasi yang ada yaitu :

- 1) Rumah sakit umum dan rumah sakit khusus harus mempunyai izin operasional rumah sakit, jika rumah sakit tersebut tidak memiliki izin operasional maka disebut ilegal atau tidak taat terhadap regulasi yang ada.
- 2) Rumah sakit harus mempunyai izin yang lain untuk kepentingan mutu antara lain izin mengenai pengolahan limbah, infeksius, sarana dan prasarana.

- 3) Seluruh tenaga medis dan kesehatan lainnya harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP).
- 4) Rumah sakit secara manajemen harus memiliki visi dan misi.
- 5) Rumah sakit harus memiliki rencana strategi yaitu program jangka panjang dan program jangka pendek.

b. Sumber Daya Manusia

Manusia merupakan potensi yang besar dan berperan dalam memajukan rumah sakit. Pelayanan rumah sakit yang baik akan memerlukan peran sumber daya manusia yang handal. Semua potensi sumber daya manusia berpengaruh terhadap upaya rumah sakit dalam mencapai tujuan. Namun apabila majunya teknologi, perkembangan informasi, tersedianya modal dan memadainya bahan, jika tanpa sumber daya manusia sulit bagi rumah sakit untuk mencapai tujuannya (Sutrisno, 2011).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1173/MENKES/PER/2004 tentang Rumah Sakit Gigi dan Mulut menjadi sebuah standar keharusan minimal yang harus dipenuhi setiap RSGM yang akan dibangun ataupun yang sudah terbangun. Berikut sumber daya manusia di RSGM Unimus :

Tabel 2.2 Sumber Daya Manusia

No	Sumber Daya Manusia	Jumlah
1.	Dokter Gigi	7
	Dokter Gigi Spesialis :	
	a. Bedah Mulut	-
2.	b. Ortodonsi	2
	c. Konservasi	-

	d. Prosthodontisi	-
	e. Pedodontisi	1
	f. Periodontisi	1
	g. Penyakit Mulut	-
3.	Dokter DPJP CoAss	11
4.	Dokter/Spesialis lainnya :	
	a. Dokter dengan pelatihan PPGD	-
	b. Dokter Penyakit Dalam	-
	c. Dokter Spesialis Anak	-
	d. Dokter Anastesi	-
	Tenaga Keperawatan :	
5.	a. Perawat Gigi	5
	b. Perawat	-
	Tenaga Kefarmasian :	
6.	a. Apoteker	-
	b. Analis farmasi	-
	c. Asisten apoteker	1
	Tenaga Keteknisan Medis :	
	a. Radiografer	1
7.	b. Teknisi gigi	1
	c. Analis kesehatan	-
	d. Perekam medis	1
	Tenaga Non Kesehatan :	
8.	a. Administrasi	2
	b. Kebersihan	3
	c. Satpam	5

c. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai proses kerjasama pendayagunaan semua sarana dan prasarana kesehatan secara efektif dan efisien untuk memberikan layanan secara profesional dibidang sarana dan prasarana dalam proses pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (Muhammad, 2011).

Persyaratan sarana dan prasarana bangunan serta peralatan RSGM berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

1173/MENKES/PER/2004 tentang Rumah Sakit Gigi dan Mulut. Berikut sarana dan prasarana di RSGM Unimus :

Tabel 2.3 Sarana dan Prasarana

No	Sarana dan Prasarana	Ada	Tidak
1.	Ruang Rawat Jalan	√	
2.	Ruang Gawat Darurat	√	
3.	Ruang Pemulihan/Recovery room	√	
4.	Ruang Operasi	√	
5.	Farmasi dan Bahan Kedokteran Gigi	√	
6.	Laboratorium Klinik	√	
7.	Laboratorium Teknik Gigi	√	
8.	Ruang Sentral Sterilisasi	√	
9.	Radiologi	√	
10.	Ruang Tunggu		√
11.	Ruang Administrasi		√
12.	Ruang Toilet	√	
	Prasarana :		
a.	Tenaga listrik		
	• Listrik PLN	√	
	• Genset	500kVA	
b.	Penyedia air bersih	√	
c.	Instalasi pembuangan limbah		
	• IPAL dari DU	√	
	• IPAL dari toilet dan wastafel	√	
13.	d. Alat komunikasi		
	• Fax	√	
	• Telfon	√	
e.	Alat pemadam kebakaran		
	• Hydrant	7 box	
	• Apar powder	16 buah	
	• Apar CO	1 buah	
f.	Tempat parkir	√	
g.	Akses internet	√	

d. Manajemen

Manajemen adalah suatu proses yang terdiri dari tindakan-tindakan perencanaan, pengorganisasi, pengarahan dan pengendalian yang

dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran-sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya (Hasibuan, 2008).

1) Manajemen Pemasaran

Pemasaran adalah proses sosial dan manajerial dengan mana perorangan atau kelompok memperoleh yang mereka butuhkan dan inginkan. Manajemen pemasaran adalah penganalisaan, perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program yang ditujukan untuk mencapai tujuan. Hal ini mempengaruhi dalam memenuhi keinginan pasien (Swastha, Basu, dan Irawan, 2008).

2) Manajemen Sumber Daya Manusia

Manajemen Sumber Daya Manusia sangat berkaitan erat dengan pengelolaan individu-individu yang terlibat dalam organisasi, sehingga setiap individu dapat memberikan kontribusi dalam mencapai tujuan. Tanggung jawab manajemen sumber daya manusia mempunyai peranan penting untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi. Tujuan Sumber Daya Manusia adalah untuk meningkatkan kontribusi sumber daya manusia terhadap organisasi dan mengelola manusia secara baik agar diperoleh tenaga kerja yang baik pula. Oleh karena itu sumber daya manusia harus dikelola dengan baik sehingga dapat membantu organisasi dalam mencapai tujuan organisasi yang telah ditentukan.

3) **Manajemen Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Manajemen kualitas merupakan sistem manajemen yang mengangkat kualitas sebagai strategi usaha dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan melibatkan seluruh anggota organisasi (Nasution, 2010). Faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan terdiri atas unsur masukan meliputi tenaga, dana dan sarana, unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen, dan unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis (Semuel & Zulkarnain, 2011).

4) **Manajemen Keuangan**

Kualitas pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakai sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, dan atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan (Pohan, 2016).

Secara operasional manajemen keuangan di rumah sakit harus dapat menghasilkan data, informasi dan petunjuk untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam merencanakan, mengendalikan, dan mengawasi seluruh kegiatan agar kualitas pelayanan dapat dipertahankan atau ditingkatkan pada tingkat pembiayaan yang wajar (Andi Akmal, 2015).

Standar tentang sistem manajemen kualitas yang diterapkan baik oleh hampir seluruh rumah sakit umum maupun rumah sakit swasta adalah ISO 9001:2008. Penerapannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan sehingga mampu meningkatkan kualitas dan kinerja secara berkesinambungan untuk memuaskan pasien. Sistem ISO 9001:2008 ini

fokus pada proses perbaikan yang berkelanjutan dengan menggunakan pola PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). Proses PDCA dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) **P (Plan = Perencanaan)**

Pada tahap ini merencanakan “sasaran” (*goal* = tujuan) dan “proses” yang dibutuhkan untuk menentukan hasil yang sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Perencanaan ini dilakukan untuk mengidentifikasi sasaran dan proses dengan mencari hal yang bermasalah kemudian mencari solusi untuk memecahkan masalah tersebut.

Perencanaan juga berarti suatu cara penyelesaian masalah yang ditetapkan ke dalam unsur-unsur rencana yang lengkap serta saling terkait dan terpadu sehingga dapat dipakai sebagai pedoman dalam memecahkan masalah. Hasil akhir yang dicapai dari perencanaan adalah tersusunnya rencana kerja penyelesaian masalah kualitas yang akan diselenggarakan. Terdapat tujuh unsur rencana kerja penyelesaian masalah kualitas yang baik yaitu:

- a) Judul rencana kerja (*topic*),
- b) Pernyataan tentang besarnya masalah yang dihadapi (*problem statement*),
- c) Rumusan tujuan umum dan tujuan khusus, lengkap dengan target yang ingin dicapai (*goal, objective, and target*),
- d) Kegiatan yang akan dilakukan (*activities*),
- e) Organisasi dan susunan pelaksana (*organization and personnels*),

- f) Biaya yang diperlukan (*budget*),
- g) Tolak ukur keberhasilan yang dipergunakan (*milestone*).

2) D (*Do* = **Kerjakan**)

Pada tahap ini adalah “melakukan” perencanaan sebagai sebuah “proses” yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam langkah ini, yaitu melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dan memantau proses pelaksanaan. Apabila pelaksanaan rencana tersebut membutuhkan keterlibatan staf lain di luar anggota tim, maka perlu dijelaskan terlebih dahulu, sehingga staf pelaksana tersebut dapat memahami dengan lengkap rencana yang akan dilaksanakan. Pada tahap ini diperlukan suatu kerjasama dari para anggota dan pimpinan. Untuk dapat mencapai kerjasama yang baik, diperlukan keterampilan pokok manajerial, yaitu :

- a) Keterampilan komunikasi (*communication*) untuk menimbulkan pengertian staf terhadap cara penyelesaian kualitas yang akan dilaksanakan.
- b) Keterampilan motivasi (*motivation*) untuk mendorong staf bersedia menyelesaikan cara penyelesaian masalah kualitas yang telah direncanakan.
- c) Keterampilan kepemimpinan (*leadership*) untuk mengkoordinasikan kegiatan cara penyelesaian masalah kualitas yang dilaksanakan.
- d) Keterampilan pengarahan (*directing*) untuk mengarahkan kegiatan yang dilaksanakan.

3) C (*Check* = **Evaluasi**)

Pada tahap ini melakukan evaluasi terhadap “sasaran” dan “proses”, melaporkan hasil, dan meneliti kembali apa yang sudah dikerjakan.

Pada tahapan ketiga ini yang dilakukan ialah secara berkala memeriksa kemajuan dan hasil yang dicapai dan pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan. Tujuan dari pemeriksaan untuk mengetahui :

- a) Seberapa jauh pelaksanaan cara penyelesaian masalahnya telah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
- b) Bagian kegiatan yang berjalan baik dan bagian yang belum berjalan dengan baik.
- c) Sumber daya yang dibutuhkan masih cukup tersedia.
- d) Cara penyelesaian masalah yang sedang dilakukan memerlukan perbaikan atau tidak.

4) A (*Act* = **Bertindak**)

Pada tahap ini melakukan evaluasi total terhadap hasil “sasaran” dan “proses” dan menindaklanjuti dengan perbaikan-perbaikan. Jika yang telah dikerjakan masih ada kekurangan atau belum sempurna, segera melakukan *action* untuk memperbaikinya. Proses *act* ini sangat penting artinya sebelum melangkah lebih jauh ke proses perbaikan selanjutnya.

- a) Menindaklanjuti hasil untuk membuat perbaikan yang diperlukan. Ini artinya meninjau seluruh langkah dan memodifikasi proses untuk memperbaikinya sebelum implementasi berikutnya.

b) Menindaklanjuti hasil untuk melakukan standarisasi perubahan, seperti merevisi proses yang sudah diperbaiki, melakukan modifikasi standar, mengkomunikasikan kepada seluruh staf, pasien atas perubahan yang dilakukan apabila diperlukan, mengembangkan rencana yang jelas, dan mendokumentasikan.

4. HUBUNGAN KEPUASAN PASIEN DENGAN DIMENSI KUALITAS PELAYANAN

Kualitas pelayanan kesehatan menjadi bagian terpenting dari kepuasan pasien. Artinya, pengukuran kualitas layanan kesehatan harus menjadi kegiatan yang tidak dapat dipisahkan dari pengukuran kepuasan pasien. Kualitas pelayanan yang baik akan menimbulkan kepuasan pada pasien (Umi Yuliani, 2015). Menurut Carman (2000), Zaim (2010), dan Nguyen (2012), hubungan antara kepuasan pasien dan dimensi kualitas pelayanan telah banyak diteliti, baik di negara maju maupun di negara berkembang.

Menurut Pohan (2016), tingkat kepuasan pasien sangat dibutuhkan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Erviana (2013) dan Marzaweny (2012), menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien rawat inap. Persepsi kualitas pelayanan yang baik akan sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien, semakin baik kualitas pelayanan berakibat pada semakin baiknya kepuasan pasien. Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Alghamdi (2014), hasil penelitian

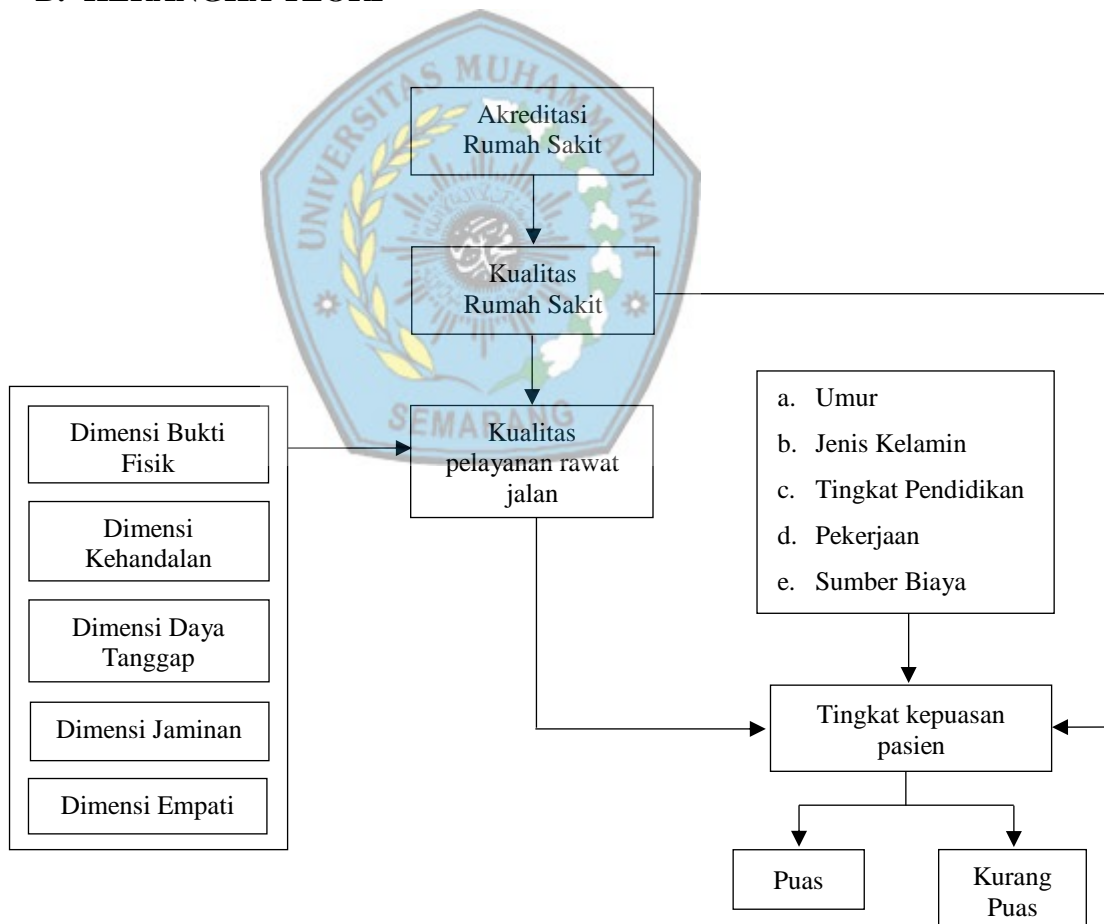
menunjukkan bahwa ada dampak yang signifikan secara statistik dari faktor kualitas layanan pada kepuasan pasien. Mereka memiliki hubungan yang saling melengkapi antara kepuasan pasien dan kualitas layanan.

Berdasarkan hasil penelitian Rehaman (2018) dan Kitapci (2014), menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dimensi kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien, dimensi yang lebih berdampak adalah bukti fisik dan empati, namun dimensi kehandalan, jaminan, dan daya tanggap tidak berdampak pada kepuasan pasien. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Raed (2017), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dimensi bukti fisik dengan kepuasan pasien, namun ada hubungan positif antara empat dimensi kualitas layanan kesehatan lainnya yakni kehandalan, empati, jaminan, dan daya tanggap dengan kepuasan pasien. Didukung pula oleh penelitian Mumu (2015), bahwa keseluruhan dimensi kualitas pelayanan memiliki hubungan yang signifikan dengan kepuasan pasien. Dimensi daya tanggap merupakan variabel paling dominan dalam hubungan dengan kepuasan pasien. Berdasarkan hasil penelitian Wira (2014), menyatakan daya tanggap merupakan kesediaan pihak pemberi layanan untuk membantu konsumen, merespon dan memberi pelayanan yang cepat dalam menangani keluhan konsumen serta kesigapan petugas dalam memberikan pelayanan kepada konsumen.

Secara keseluruhan dari hasil-hasil penelitian tersebut dapat memberikan gambaran mengenai pentingnya kualitas pelayanan kesehatan dalam upaya memberikan kepuasan pada pasien. Dampak dari kualitas

pelayanan memiliki peran yang cukup besar dalam meningkatkan kepuasan pasien. Bagi rumah sakit, adanya kualitas pelayanan yang baik membuat rumah sakit menjadi mampu bersaing dan tetap eksis dalam masyarakat. Bagi pasien, kualitas pelayanan dapat dijadikan salah satu faktor untuk memilih rumah sakit yang berkualitas dan baik. Sedangkan bagi praktisi medis, dengan adanya kualitas pelayanan para praktisi medis dituntut untuk semakin teliti, telaten, dan hati-hati dalam bertindak (Umi Yuliani, 2015).

B. KERANGKA TEORI



Bagan 2.1 Kerangka Teori

C. KERANGKA KONSEP



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

D. HIPOTESIS

Hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan antara kepuasan pasien dengan dimensi kualitas pelayanan di Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM) Universitas Muhammadiyah Semarang yang ditinjau dari lima dimensi kualitas pelayanan yaitu bukti fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, dan empati.

