

STRATEGIC PLANNING

KK
TRA 11/04
Ali
2

TESIS

**RENCANA STRATEGIS PENINGKATAN HUNIAN RUANG SHOFA
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN
(PENDEKATAN *FORCE FIELD ANALYSIS*)**



MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

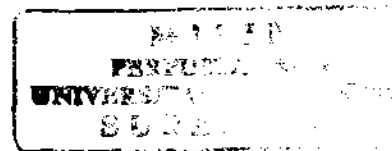
UMI ALIYAH

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003

**RENCANA STRATEGIS PENINGKATAN HUNIAN RUANG SHOFA
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN
(PENDEKATAN *FORCE FIELD ANALYSIS*)**

TESIS
Untuk memperoleh Gelar Magister
dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

UMI ALIYAH
NIM 090014041M



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
Tanggal 21 Mei 2003**

Lembar Pengesahan

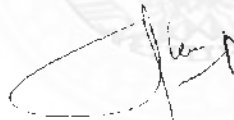
TESIS INI TELAH DISETUJUI PEMBIMBING
Pada tanggal : 28 April 2003

Oleh
Pembimbing I



Dr. Stefanus Supriyanto, dr.MS
NIP. 130675544

Pembimbing II



Henny Poeri Margastuti, drg., MARS

Telah diuji
Pada tanggal 21 Mei 2003

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Dr. NYOMAN ANITA DAMAYANTI, drg.,MS.

Anggota :

- 1. Dr. S. SUPRIYANTO, dr.,MS.**
- 2. HENNY POERI MARGASTUTI, drg.,MARS.**
- 3. THINNI NURUL R., dra Ec., M Kes.**
- 4. RETNO INDRASTUTI, dr., MARS.**
- 5. DYAH WIRYASTINI, dr., MARS.**





UCAPAN TERIMA KASIH

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji hanya bagi Allah Swt Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan hidayah dan taufiq Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini.

Terima kasih tiada terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Bapak DR. Stevanus Supriyanto.,dr., MS. selaku Pembimbing Ketua dan Ibu Henny Poery Margastuti, drg.,MARS selaku Pembimbing Kedua, serta Bapak Djazuli Chalidyanto,SKM.,MARS sebagai instruktur yang dengan penuh perhatian telah memberikan dorongan, bimbingan dan saran selama saya melakukan penelitian, penulisan dan penyelesaian Tesis ini.

Dengan selesainya Tesis ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada diri saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program magister;
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya atas kesempatan yang diberikan kepada diri saya untuk menjadi mahasiswa Program Magister;
3. Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan Ketua Minat Studi Administrasi Rumah Sakit pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya atas kesempatan yang diberikan kepada diri saya untuk menjadi mahasiswa Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Minat Studi Administrasi Rumah Sakit;
4. Semua dosen pengajar beserta staff pada Program Studi Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Minat Studi Administrasi Rumah Sakit Program

Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya yang telah banyak memberikan ilmu, bimbingan dan bantuan selama saya mengikuti proses pendidikan sampai dengan terselesaikannya Tesis ini;

5. Direktur beserta staff pada Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, atas segala bantuan, bimbingan dan kesempatan yang telah diberikan kepada diri saya untuk melakukan kajian, penelitian serta memperoleh fasilitas dan kebijakan sehingga dapat menyelesaikan Tesis ini. Demikian pula kepada Sdr Rachmat Puageno, SKM yang telah membantu pelaksanaan penelitian untuk penyusunan Tesis ini;
6. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu, yang telah banyak memberikan bantuan, saran dan dorongan kepada diri saya sehingga dapat menyelesaikan Tesis ini;

Dan tiada terlupakan sembah sujud saya sampaikan kepada orang tua yang telah mengalirkan ridho dan doa'nya, terima kasih pula saya sampaikan kepada suami saya H. Indro Sugianto, SH., MH. beserta ananda Faisal Rachman dan Rahma Fadhilah atas segala dorongan moril, kesabaran dan keikhlasan serta pengorbanannya yang tiada terhingga sehingga saya dapat menyelesaikan Tesis ini.

Surabaya, 21 Mei 2003

UMI ALIYAH



RINGKASAN

Rendahnya BOR ruang Shofa RSML yang terjadi sejak tahun 1999-2002 merupakan salah satu permasalahan yang sampai saat ini belum dapat terpecahkan. Apabila dikaitkan dengan rencana strategi RSML 2000-2004 yang ingin menjadikan RSML sebagai *Trauma Center* di wilayah pantai utara Jawa, maka rendahnya BOR ruang Shofa yang merupakan ruang perawatan untuk kasus bedah merupakan permasalahan yang harus segera diatasi. Kesulitan penanganan masalah ini adalah karena belum adanya kajian yang mendalam dan komprehensif terhadap permasalahan ini. Penulisan tesis ini diharapkan akan dapat memenuhi kebutuhan tersebut dan memberikan pemecahan permasalahan secara mendalam, menyeluruh dan sistematis.

Penelitian dengan rancang bangun *Cross sectional* yang dilakukan dengan metode pendekatan survei dengan teknik kuesioner dan wawancara serta pengamatan langsung dan kajian data sekunder ini dilakukan dengan maksud untuk dapat (1) mengidentifikasi karakteristik pasien ruang shofa RSML berdasarkan faktor ekonomi, faktor referensi, faktor alasan MRS dan persepsi pasien terhadap penyakitnya; (2) menganalisis penilaian pasien terhadap proses pelayanan dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas ruang shofa, petugas penunjang medik serta tarif; (3) menganalisis karakteristik sumber daya manusia (dokter spesialis bedah dan petugas) di ruang Shofa yang meliputi kualitas, kuantitas, motivasi, dan komitmen; (4) menganalisis jenis penyakit yang paling banyak ditangani di ruang Shofa.

Selanjutnya dengan mempergunakan pendekatan *force field analysis* (pemetaan kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat) menghasilkan ide

strategis dan pada akhirnya disusun perencanaan pemecahan final yang merupakan tujuan umum dari penelitian tesis ini.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, diperoleh temuan permasalahan rendahnya tingkat hunian Ruang Shofa adalah rendahnya empati, *responsiveness* dan perilaku dokter, perawat serta petugas penunjang medis. Ditemukan pula rendahnya motivasi dokter maupun petugas Ruang Shofa ditinjau dari kebutuhan fisiologis, rasa aman, afiliasi penghargaan serta rendahnya komitmen dokter spesialis bedah.

Atas hasil identifikasi permasalahan tersebut diperoleh pemetaan dan perumusan isu strategis tentang kekuatan pendorong yang antara lain adalah dukungan fasilitas dan kemampuan RSML yang memadai, ketersediaan SDM perawat, komitmen petugas ruang shofa yang tinggi, tarif yang memadai, tingginya sumber referensi pribadi dan potensi pengembangan dana kesehatan masyarakat.

Sedangkan yang menjadi kekuatan penghambat meliputi rendahnya empati, *responsiveness* dan perilaku petugas dan dokter spesialis bedah di ruang shofa serta petugas pada instalasi penunjang medik, komitmen dan motivasi dokter spesialis bedah yang rendah, media promosi yang tidak efektif, rendahnya sumber referensi tenaga kesehatan, persepsi pasien terhadap penyakitnya yang dianggapnya gawat serta karakteristik pasien yang memiliki latar belakang pendidikan rendah, dengan pekerjaan kuli dan buruh.

Untuk menangani permasalahan yang berkaitan dengan isu strategis tentang *empati*, *responsiveness* dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas medis, diusulkan untuk melakukan upaya strategis berupa diklat rutin mengenai

kepribadian dan *customer satisfaction*, supervisi dan pembinaan berjenjang serta pengaturan jadwal jaga petugas yang seimbang antara petugas senior dan junior. Sedangkan untuk isu motivasi yang rendah dari dokter dan petugas ruang Shofa diusulkan untuk merealisasikan jasa askep dan menyesuaikan jasa tindakan, memberikan kesempatan diklat secara merata dan adanya aturan jenjang karier bagi karyawan. Komitmen dokter spesialis bedah yang kurang diusulkan agar manajemen lebih meningkatkan komunikasi.

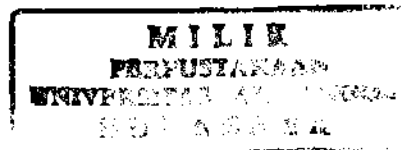
Kesimpulan umum yang dapat diperoleh dari studi ini adalah bahwa ada 3 bidang utama yang menjadi basis pembenahan dalam perencanaan strategis peningkatan tingkat hunian ruang Shofa ini yakni (a) bidang Organisasi yang meliputi restrukturisasi kedudukan tim pemasaran, pengembangan sistem penghargaan kerja, perencanaan tarif, pemeliharaan fasilitas dan peningkatan komitmen dokter spesialis; (b) bidang mutu pelayanan yang meliputi peningkatan empati, responsiveness dan perilaku dokter spesialis bedah, petugas ruang shofa serta petugas penunjang medis; (c) bidang pemasaran yang meliputi promosi, hubungan masyarakat, penjualan personal dan promosi penjualan.



ABSTRACT

The Bed Occupancy Rate (BOR) of Shofa's room at Muhammadiyah Hospital Lamongan (MHL) was low in 1999 to 2002. MHL's strategic plan 2000 – 2004 was to be the Trauma Center for northern beach area of Java island. The low BOR of Shofa's room has hindered MHL's plan due to a lack of comprehensive study and strategic plan. This was a cross sectional study aimed to formulate a strategic plan to increase BOR of Shofa's room using force field analysis approach. This analysis enabled MHL to find out its enforcing force, restraining force as well as strategic issues for its final strategic solution. The result of the study showed that MHL's enforcing force were MHL's facilities; ability to become a referral hospital; availability of nurses as productive human resource; high commitment of Shofa's room personnel; acceptable hospital rate / tariff; high personal reference source and high potential of developing community health fund. Whereas the restraining force were low empathy; low responsiveness of nurse, surgeon, medical officer; low motivation of surgeon; ineffective promotion; low sources of medical reference; patient's perception that their disease was critical and patient's characteristic which was low education and mostly labors. Gained from the force field analysis were the fact that three main departments could be corrected on the strategic plan basis to increase BOR of Shofa's room i.e. (a) Organization Department by restructuring marketing team position; by developing a reward system, tariff system, maintenance facilities and increasing specialist's commitment; (b) Service Quality Department by improving empathy, responsiveness and attitude of specialists, Shofa's room officer and medical aides; (c) Marketing Department by developing health promotion media, asserting public relation, promoting MHL through personal selling and promotion selling.

Key words : hospital management, strategic plan, force field analysis.





DAFTAR ISI

| | Hal |
|--|-----------|
| Sampul dalam | i |
| Prasyarat Gelar..... | ii |
| Lembar Persetujuan Pembimbing..... | iii |
| Lembar Penetapan Panitia Penguji..... | iv |
| Ucapan Terima Kasih..... | v |
| Ringkasan..... | vii |
| Abstract | x |
| DAFTAR ISI..... | xi |
| DAFTAR TABEL..... | xv |
| DAFTAR GAMBAR..... | xviii |
| DAFTAR GRAFIK..... | xix |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Identifikasi Masalah | 12 |
| 1.2.1 Faktor internal..... | 13 |
| 1.2.2 Faktor eksternal..... | 16 |
| 1.3. Batasan Masalah..... | 19 |
| 1.4. Rumusan Masalah | 20 |
| 1.5. Penelitian | 20 |
| 1.6. Manfaat Penelitian | 21 |
| 1.6.1 Bagi RSML | 21 |
| 1.6.2 Bagi peneliti | 21 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 23 |
| 2.1. Rumah Sakit | 23 |
| 2.1.1 Pengertian rumah sakit..... | 23 |
| 2.1.2 Fungsi rumah sakit | 23 |
| 2.1.3 Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan | 24 |
| 2.2 BOR Sebagai Ukuran Efisiensi Pengelolaan Rumah Sakit | 24 |
| 2.3 <i>Need</i> dan <i>Demand</i> Masyarakat | 26 |
| 2.4 Kepuasan Pelanggan | 30 |
| 2.4.1 Cara mengukur kepuasan pelanggan | 34 |
| 2.4.2 Faktor yang dipergunakan untuk mengukur kepuasan .. | 39 |
| 2.5 <i>Service Excellence</i> | 43 |
| 2.6 Pengertian Komunikasi | 44 |
| 2.6.1 Komponen dasar komunikasi | 45 |
| 2.6.2 Bentuk komunikasi | 46 |
| 2.6.3 Model komunikasi | 46 |
| 2.7 Komitmen | 46 |
| 2.8 Motivasi | 49 |
| 2.8.1 Pengertian motivasi kerja | 49 |
| 2.8.2 Teori motivasi | 50 |
| 2.9 Imbalan | 52 |

| | | |
|--------|---|----|
| 2.10 | Perencanaan | 53 |
| 2.10.1 | Pengertian perencanaan | 53 |
| 2.10.2 | Tujuan perencanaan | 54 |
| 2.10.3 | Cara berfikir sistem | 55 |
| 2.11 | Analisis medan kekuatan | 57 |
| 2.11.1 | Langkah langkah dalam perencanaan strategis.... | 58 |
| BAB 3 | KERANGKA KONSEPTUAL | 62 |
| BAB 4 | METODE PENELITIAN | 64 |
| 4.1 | Rancangan Penelitian | 64 |
| 4.2 | Lokasi Penelitian | 64 |
| 4.3 | Waktu Penelitian | 64 |
| 4.4 | Populasi dan Sampel | 64 |
| 4.4.1 | Populasi | 64 |
| 4.4.2 | Sampel | 65 |
| 4.4.3 | Kriteria sampel | 65 |
| 4.5 | Kerangka Operasional | 65 |
| 4.6 | Variabel Penelitian | 67 |
| 4.7 | Definisi Operasional Variabel | 67 |
| 4.7.1 | Karakteristik konsumen | 67 |
| 4.7.2 | Penilaian terhadap proses layanan dan perilaku..... | 70 |
| 4.7.3 | Penilaian terhadap sarana dan prasarana..... | 71 |
| 4.7.4 | Penilaian terhadap tarif | 72 |
| 4.7.5 | Sumber daya manusia | 72 |
| 4.7.6 | Jenis penyakit | 73 |
| 4.7.7 | Forum diskusi kelompok terpimpin | 74 |
| 4.7.8 | Dokumen perencanaan strategis | 74 |
| 4.8 | Instrumen Penelitian | 74 |
| 4.9 | Uji Validitas dan Realibilitas | 75 |
| 4.10 | Tehnik Analisis data | 75 |
| BAB 5 | HASIL PENELITIAN..... | 77 |
| 5.1. | Gambaran Umum RSML | 77 |
| 5.1.1 | Tenaga pelaksana | 78 |
| 5.2. | Karakteristik responden | 80 |
| 5.2.1 | Umur | 80 |
| 5.2.2 | Jenis kelamin | 80 |
| 5.2.3 | Pendidikan | 81 |
| 5.2.4 | Pekerjaan | 82 |
| 5.2.5 | Pengeluaran keluarga | 82 |
| 5.2.6 | Sumber biaya pengobatan | 83 |
| 5.2.7 | Referensi | 83 |
| 5.2.8 | Alasan memilih rumah sakit | 84 |
| 5.2.9 | Persepsi pasien terhadap penyakitnya | 85 |
| 5.3. | Penilaian terhadap proses layanan dan Perilaku dokter spesialis bedah dan Perawat..... | 85 |
| 5.3.1 | Penilaian terhadap rehati dokter dan tugas ruang shofa..... | 86 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 5.3.2 | Penilaian terhadap responsiveness dokter dan petugas ruang shofa..... | 88 |
| 5.3.3 | Penilaian terhadap keberadaan dokter dan petugas ruang shofa | 89 |
| 5.3.4 | Penilaian terhadap tangible dokter dan petugas ruang shofa..... | 90 |
| 5.3.5 | Penilaian terhadap perilaku dokter dan petugas ruang shofa | 91 |
| 5.4. | Penilaian terhadap Tarif | 93 |
| 5.5. | Penilaian terhadap sarana penunjang | 93 |
| 5.6. | Penilaian terhadap proses pelayanan Penunjang Medis..... | 94 |
| 5.6.1 | Penilaian terhadap petugas kamar operasi | 94 |
| 5.6.2 | Penilaian terhadap petugas laboratorium | 95 |
| 5.6.3 | Penilaian terhadap petugas radiologi | 95 |
| 5.6.4 | Penilaian terhadap petugas bagian gizi | 96 |
| 5.6.5 | Penilaian terhadap petugas kamar obat | 97 |
| 5.7. | Jenis Penyakit | 97 |
| 5.8. | Penilaian petugas Ruang Shofa | 98 |
| 5.8.1 | Karakteristik petugas | 99 |
| 5.8.2 | Kuantitas dan kualitas petugas | 101 |
| 5.8.3 | Motivasi petugas | 102 |
| 5.8.4 | Komitmen petugas | 105 |
| 5.9. | Penilaian Dokter Spesialis Bedah | 107 |
| 5.9.1 | Kuantitas dan kualitas dokter spesialis bedah | 107 |
| 5.9.2 | Motivasi dokter spesialis bedah | 108 |
| 5.9.3 | Komitmen dokter spesialis bedah | 111 |
| 5.10. | Ikhtisar Hasil Penelitian | 113 |
| 5.11. | Diskusi Kelompok Terpimpin..... | 124 |
| 5.11.1. | Proses diskusi kelompok terpimpin | 124 |
| 5.11.2. | Hasil diskusi kelompok terpimpin..... | 130 |
| 5.12. | Perumusan ide strategis..... | 139 |
| BAB 6 | PEMBAHASAN | 142 |
| 6.1 | Karakteristik Responden Ruang Shofa | 142 |
| 6.2 | Penilaian Responden terhadap pelayanan dokter dan petugas | 146 |
| 6.3 | Karakteristik petugas Ruang Shofa | 152 |
| 6.4 | Kuantitas dan kualitas petugas Ruang Shofa | 153 |
| 6.5 | Motivasi petugas Ruang Shofa | 154 |
| 6.5.1 | Kebutuhan fisiologis | 154 |
| 6.5.2 | Kebutuhan rasa aman | 155 |
| 6.5.3 | Kebutuhan afiliasi | 155 |
| 6.5.4 | Kebutuhan penghargaan | 155 |
| 6.5.5 | Kebutuhan perwujudan diri | 155 |
| 6.6 | Komitmen Petugas Ruang Shofa | 157 |
| 6.6.1 | <i>a Willingness</i> | 157 |
| 6.6.2 | <i>a Belief</i> | 157 |
| 6.6.3 | <i>a Desire</i> | 157 |
| 6.6.4 | <i>Normative and Continue Commitment</i> | 158 |

| | |
|---|-----|
| 6.7 Kualitas dan kuantitas Dokter Spesialis | 158 |
| 6.8 Motivasi Dokter Spesialis Bedah | 160 |
| 6.8.1 Kebutuhan fisiologis | 160 |
| 6.8.2 Kebutuhan rasa aman | 160 |
| 6.8.3 Kebutuhan afiliasi | 160 |
| 6.8.4 Kebutuhan penghargaan | 160 |
| 6.8.5 Kebutuhan perwujudan diri | 161 |
| 6.9 Komitmen Dokter Spesialis Bedah | 162 |
| 6.9.1 <i>a Willingness</i> | 162 |
| 6.9.2 <i>a Belief</i> | 162 |
| 6.9.3 <i>a Desire</i> | 162 |
| 6.9.4 <i>Normative and Continue Commitment</i> | 163 |
| 6.10 Perumusan Isu Strategis dan Pemetaan Kekuatan Pendorong dan Kekuatan Penghambat | 163 |
| 6.11 Strategi Pemecahan Final | 166 |
| BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN..... | 169 |
| 7.1 Kesimpulan | 169 |
| 7.2 Saran..... | 174 |
| DAFTAR PUSTAKA | 175 |
| LAMPIRAN - LAMPIRAN | 178 |

DAFTAR TABEL

| | Hal |
|--|-----|
| Tabel 1.1 : Distribusi ruang, lokasi dan jumlah TT RSML tahun 2002 | 4 |
| Tabel 1.2 : Hasil Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap Tahun 1998 – 2001 | 5 |
| Tabel 1.3 : Data Rawat Inap RSML per Ruangan tahun 1999-2001 | 5 |
| Tabel 1.4 : Data Laka Lantas Polres Lamongan tahun 1999 – 2001 | 11 |
| Tabel 1.5 : Lima Besar Penyakit di Ruang Shofa tahun 2000 - 2001 | 18 |
| Tabel 5.1 : Distribusi TT Rawat Inap tahun 2002 | 78 |
| Tabel 5.2 : Perkembangan Ketenagaan RSML tahun 2001 | 79 |
| Tabel 5.3 : Distribusi Umur pasien Ruang Shofa tahun 2002 | 80 |
| Tabel 5.4 : Distribusi Jenis Kelamin pasien Ruang Shofa tahun 2002 | 81 |
| Tabel 5.5 : Distribusi Tingkat Pendidikan pasien R. Shofa tahun 2002 | 81 |
| Tabel 5.6 : Distribusi Pekerjaan KK pasien R. Shofa tahun 2002 | 82 |
| Tabel 5.7 : Distribusi Pengeluaran Keluarga per Bulan tahun 2002 | 82 |
| Tabel 5.8 : Distribusi Sumber Biaya Pengobatan tahun 2002 | 83 |
| Tabel 5.9 : Distribusi Referensi Pasien tahun 2002 | 84 |
| Tabel 5.10 : Distribusi Alasan Berobat ke RSML tahun 2002 | 85 |
| Tabel 5.11 : Distribusi Persepsi Pasien terhadap Penyakitnya tahun 2002 ... | 85 |
| Tabel 5.12 : Distribusi Penilaian Empati Dokter Spesialis Bedah Tahun 2002 | 87 |
| Tabel 5.13 : Distribusi Penilaian Empati Petugas Ruang Shofa Tahun 2002 | 88 |
| Tabel 5.14 : Distribusi Penilaian Responsiveness Dokter Spesialis Bedah Ruang Shofa Tahun 2002 | 89 |
| Tabel 5.15 : Distribusi Penilaian Responsiveness Petugas Ruang Shofa Tahun 2002 | 89 |
| Tabel 5.16 : Distribusi Penilaian Perilaku Dokter Spesialis Bedah Ruang Shofa Tahun 2002 | 92 |
| Tabel 5.17 : Distribusi Penilaian Perilaku Petugas Ruang Shofa Tahun 2002 | 92 |
| Tabel 5.18 : Distribusi Penilaian terhadap Tarif Tahun 2002 | 93 |
| Tabel 5.19 : Distribusi Penilaian proses layanan dan Perilaku Petugas Kamar Operasi tahun 2002 | 94 |
| Tabel 5.20 : Distribusi Penilaian proses layanan dan Perilaku Petugas Laborat tahun 2002 | 95 |
| Tabel 5.21 : Distribusi Penilaian proses layanan dan Perilaku Petugas Radiologi tahun 2002 | 96 |
| Tabel 5.22 : Distribusi Penilaian proses layanan dan Perilaku Petugas Gizi tahun 2002 | 96 |
| Tabel 5.23 : Distribusi Penilaian proses layanan dan Perilaku Petugas Kamar Obat tahun 2002 | 97 |
| Tabel 5.24 : Distribusi Jenis Penyakit Pasien Ruang Shofa tahun 2002 ... | 98 |
| Tabel 5.25 : Distribusi Umur Petugas Ruang Shofa tahun 2002 | 99 |
| Tabel 5.26 : Distribusi Jabatan Petugas Ruang Shofa tahun 2002 | 99 |
| Tabel 5.27 : Distribusi Pendidikan Petugas Ruang Shofa tahun 2002 | 100 |
| Tabel 5.28 : Distribusi Status Kepegawaian Petugas Ruang Shofa tahun | |

| | | |
|------------|---|-----|
| | 2002 | 100 |
| Tabel 5.29 | : Distribusi Lama kerja Petugas Ruang Shofa tahun 2002 | 100 |
| Tabel 5.30 | : Penilaian terhadap Proporsi Jumlah Perawat R.Shofa Tahun 2002 | 101 |
| Tabel 5.31 | : Distribusi Kesesuaian Petugas Ruang Shofa tahun 2002 | 101 |
| Tabel 5.32 | : Distribusi Kepuasan Petugas Terhadap Sistem Pembagian Jasa Medik tahun 2002 | 102 |
| Tabel 5.33 | : Distribusi Perbandingan Penghasilan dengan RS lain Tahun 2002 | 102 |
| Tabel 5.34 | : Penilaian terhadap Pengaturan Hubungan Kerja tahun 2002 ... | 103 |
| Tabel 5.35 | : Penilaian Petugas terhadap Peran Serta Dalam Proses Pengambilan Keputusan tahun 2002 | 103 |
| Tabel 5.36 | : Penilaian Petugas Terhadap Sistem Penghargaan Kerja Tahun 2002 | 104 |
| Tabel 5.37 | : Penilaian Petugas terhadap Tingkat Respon Manajemen Terhadap ide gagasan baru tahun 2002 | 104 |
| Tabel 5.38 | : Distribusi tempat kerja Petugas Ruang Shofa tahun 2002 | 105 |
| Tabel 5.39 | : Rencana Petugas tentang Keberadaannya di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan Tahun 2002 | 106 |
| Tabel 5.40 | : Penilaian terhadap Proporsi Jumlah Dokter Spesialis Bedah R.Shofa Tahun 2002 | 107 |
| Tabel 5.41 | : Penilaian tentang Kualitas Pendidikan Dokter Spesialis Bedah tahun 2002 | 107 |
| Tabel 5.42 | : Distribusi Kepuasan Dokter Spesialis Bedah Terhadap Sistem Pembagian Jasa Medik tahun 2002 | 108 |
| Tabel 5.43 | : Distribusi Perbandingan Prosentase Jasa Medik dengan RS Lain Tahun 2002 | 108 |
| Tabel 5.44 | : Penilaian terhadap Pengaturan Hubungan Kerja Dokter Spesialis Bedah tahun 2002 | 109 |
| Tabel 5.45 | : Penilaian Dokter spesialis Bedah terhadap Peran Serta Dalam Proses Pengambilan Keputusan tahun 2002 | 109 |
| Tabel 5.46 | : Penilaian Dokter Spesialis Bedah Terhadap Sistem Penghargaan Kerja Tahun 2002 | 110 |
| Tabel 5.47 | : Penilaian Dokter Spesialis Bedah terhadap Tingkat Respon Manajemen Terhadap ide gagasan baru tahun 2002 | 110 |
| Tabel 5.48 | : Distribusi tempat kerja Dokter Spesialis Bedah Ruang Shofa tahun 2002 | 111 |
| Tabel 5.49 | : Rencana Dokter Spesialis Bedah tentang Keberadaannya di RSMI. tahun 2002 | 112 |
| Tabel 5.50 | : Hasil Penilaian Variabel Penghambat dan kemudahan Penyelesaiannya tahun 2002 | 130 |
| Tabel 5.51 | : Hasil Penilaian Variabel Pendorong dan Kemampuan Pengendalian manajemen tahun 2002 | 132 |
| Tabel 5.52 | : Hasil Penilaian Kekuatan relatif Pendorong dan Penghambat tahun 2002 | 133 |
| Tabel 5.53 | : Penentuan prioritas | 136 |
| Tabel 5.54 | : Ide Strategis | 139 |
| Tabel 6.1 | : Pemetaan kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat | 164 |

Tabel 6.2 Strategi Pemecahan Final 166



DAFTAR GAMBAR

| | Hal |
|--|-----|
| Gambar 1.4 : Identifikasi Masalah | 12 |
| Gambar 2.1 : Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan | 27 |
| Gambar 2.2 : Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan pelayanan Kesehatan ... | 30 |
| Gambar 2.3 : Landasan Kepuasan Konsumen | 39 |
| Gambar 2.4 : Komponen Dasar Komunikasi | 46 |
| Gambar 2.5 : Komponen Program Kompensasi | 52 |
| Gambar 2.6 : Cara Berfikir Sistem | 56 |
| Gambar 2.7 : Keterkaitan kekuatan penggerak dan kekuatan pendorong dengan pemecahan masalah | 59 |
| Gambar 2.8 : Keterkaitan variabel kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat dengan teori SWOT | 59 |
| Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual | 62 |
| Gambar 4.1 : Kerangka Operasional | 65 |



DAFTAR GRAFIK

| | Hal |
|---|-----|
| Grafik 1.1 : Grafik Barber Johnson Tahun 1999 | 7 |
| Grafik 1.2 : Grafik Barber Johnson Tahun 2000 | 8 |
| Grafik 1.3 : Grafik Barber Johnson Tahun 2001 | 9 |
| Grafik 5.1 : Perkembangan Ketenagakerjaan RSML tahun 2001 | 79 |





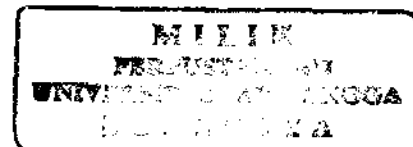
BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 983 tahun 1992, menyatakan bahwa rumah sakit merupakan salah satu institusi pemberi pelayanan yang mengutamakan pelaksanaan pelayanan kesehatan melalui upaya penyembuhan pasien, rehabilitasi, pencegahan gangguan kesehatan. Kualitas pelayanan rumah sakit diharapkan menjadi salah satu unsur yang dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Perkembangan rumah sakit di Indonesia dari tahun ke tahun semakin mengalami peningkatan, jika pada tahun 1990 terdapat 950 buah rumah sakit dengan 109.387 tempat tidur, maka pada tahun 1996 telah meningkat menjadi 1.074 buah rumah sakit dengan 120.083 tempat tidur (Depkes RI, 1997). Dengan kata lain telah terjadi peningkatan jumlah rumah sakit sebesar 13,1% dan peningkatan jumlah tempat tidur sebesar 9,8% dalam kurun waktu 6 tahun.

Munculnya isu perdagangan bebas di tingkat ASEAN (AFTA) yang akan diberlakukan pada tahun 2003 dan globalisasi mengisyaratkan bahwa mekanisme pasar akan semakin didominasi organisasi bisnis yang mampu memberikan pelayanan atau menghasilkan produk unggulan yang memiliki daya saing tinggi dalam memanfaatkan peluang pasar, termasuk dalam penyelenggaraan rumah sakit. Pelayanan rumah sakit telah berkembang menjadi industri berbasis prinsip ekonomi, dimana salah satu cirinya yang menonjol adalah sifat kompetitif yang menjadi basis pengembangan pelayanan rumah sakit (Hr. Kompas, Rabu 8 Nopember 2001).



Masalah pokok yang dihadapi sistem pelayanan medik antara lain adalah adanya kesenjangan antara kebutuhan dan ketersediaan pelayanan rumah sakit. Rasio tempat tidur dibandingkan jumlah penduduk di Indonesia adalah nomor 8 terendah di dunia yaitu 60 tempat tidur rumah sakit per 100.000 penduduk. Kebutuhan riil ini memang sangat besar, hal ini tercermin dari derajat kesehatan yang relatif rendah dibanding negara-negara tetangga. Namun kebutuhan tinggi tersebut tidak diiringi dengan permintaan tinggi. Tingkat pemakaian tempat tidur di rumah sakit masih sangat rendah, hanya berkisar 55-57%. Hampir 50% masyarakat yang mempunyai keluhan sakit tidak memanfaatkan fasilitas formal (Kompas, Rabu 8 Nopember 2001).

Perubahan kondisi perekonomian sebagaimana tersebut diatas, menjadikan rumah sakit tidak dapat lagi dikelola dengan manajemen sederhana, tetapi harus mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat perubahan tersebut. Oleh karena itu untuk dapat bertahan dan berkembang dalam lingkungan dengan perubahan cepat, paradigma rumah sakit harus diubah menjadi efektif, efisien dan mempunyai kemampuan untuk mengakomodasi setiap perubahan. Untuk mencapai hal tersebut, maka institusi pelayanan kesehatan harus dapat mengelola pendapatannya (*revenue*) bagi kebutuhan operasional dan pengembangan institusi rumah sakit (Depkes, 1997).

Barry Barber dan David Johnson (1973) telah menciptakan suatu grafik yang secara visual dapat menyajikan dengan jelas tingkat efisiensi pengelolaan ruang rawat inap melalui empat indikator yaitu BOR, ALOS, TOI dan BTO. Melalui grafik Barber Johnson dapat dilihat tingkat efisiensi pengelolaan ruang rawat inap yang ditinjau dari dua segi yaitu segi medis, meninjau efisiensi dari

sudut mutu pelayanan medis dan segi ekonomi, meninjau efisiensi dari sudut pendayagunaan sarana yang ada (Soejadi, 1996).

Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan (selanjutnya disebut RSML) adalah merupakan rumah sakit swasta tipe C milik Persyarikatan Muhammadiyah yang berawal dari sebuah Balai Pengobatan yang berlokasi di jalan KH Ahmad Dahlan Lamongan yang didirikan sejak tahun 1968. Dengan dukungan dan kepercayaan masyarakat, maka pada tahun 1978 ditingkatkan statusnya menjadi suatu rumah sakit dengan kapasitas 50 tempat tidur. Pada perkembangan selanjutnya, untuk memenuhi tuntutan masyarakat terhadap peningkatan pelayanan rumah sakit, maka pada tahun 1995 RSML membuat pengembangan rumah sakit yang berlokasi di jalan Jaksa Agung Suprpto Lamongan yang sampai saat ini memiliki kapasitas 113 tempat tidur. Dengan adanya pengembangan bangunan rumah sakit tersebut, saat ini RSML memiliki beberapa fasilitas yang terdiri dari ruang Sofa untuk penanganan kasus bedah; ruang Marwah untuk penyakit dalam dan anak ; ruang Sakinah untuk RB dan Neonatus, serta ruang ICU. Disamping itu juga memiliki fasilitas layanan IGD dan fasilitas Poliklinik yang kesemuanya berada di RSML Jaksa Agung Suprpto. Sedangkan RSML yang berlokasi di Jalan KH Ahmad Dahlan Lamongan dipergunakan untuk ruang Mentari untuk pelayanan penyakit dalam dan anak; ruang Arrohmah untuk pelayanan RB dan Neonatus serta poliklinik yang dipergunakan untuk pelayanan rawat jalan. Tentang distribusi ruang dan jumlah tempat tidur yang dimiliki oleh Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan sampai tahun 2002 adalah sebagaimana nampak dalam tabel 1.1 dibawah ini

Tabel 1.1 Distribusi Ruang, lokasi dan jumlah TT Di RSML tahun 2002

| Ruang | TT | Lokasi |
|-------------------------|----|-------------------------|
| Marwah | 30 | Jl. Jaksa Agung Suprpto |
| Shofa | 25 | Jl. Jaksa Agung Suprpto |
| Ruang Bersalin Sakinah | 15 | Jl. Jaksa Agung Suprpto |
| Neo Sakinah | 8 | Jl. Jaksa Agung Suprpto |
| ICU | 2 | Jl. Jaksa Agung Suprpto |
| Mentari Anak & Dewasa | 22 | Jl. KH Ahmad Dahlan |
| Ruang Bersalin Arrohmah | 8 | Jl. K.H. Ahmad Dahlan |
| Neo Arrohmah | 3 | Jl. K.H. Ahmad Dahlan |

Sumber : Bidang Rekam Medik RSML, 2002

Secara geografis lokasi RSML di jalan Jaksa Agung Suprpto merupakan lokasi yang sangat strategis karena terletak ditepi jalan raya Surabaya - Babat, sekitar 750 meter di sebelah utara terminal bus Lamongan, kurang lebih 3 Km dari alon-alon pusat kota Lamongan dan dapat dijangkau dengan semua jenis alat transportasi. Letak geografi lokasi rumah sakit ini juga memungkinkan untuk menjangkau masyarakat pengguna yang berasal dari wilayah Bojonegoro, Tuban dan Gresik. Dengan menempati areal seluas kurang lebih 22.096 meter persegi dan luas bangunan saat ini sekitar 15.000 meter persegi serta areal pengembangan yang dicadangkan seluas 7.000 meter persegi menjadikan rumah sakit ini menjadi rumah sakit terbesar yang ada di kota Lamongan. Sedangkan dari sisi tata ruang wilayah, lokasi RSML di jalan Jagung Suprpto ini juga sangat menguntungkan karena terletak di wilayah yang jauh dari lokasi industri, dekat dengan wilayah pemukiman dan merupakan titik wilayah pengembangan baru tata kota kabupaten Lamongan sehingga memungkinkan untuk dilakukan rencana pengembangan wilayah dan tata ruang yang mendukung keberadaan suatu rumah sakit.

Dengan kemampuan penyediaan fasilitas pelayanan medis sebagaimana tersebut diatas, RSML telah dapat melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai

sarana pelayanan kesehatan yang cukup memadai dengan gambaran hasil pelayanan sebagaimana tampak dalam tabel 1.2 sebagai berikut :

Tabel 1.2 Hasil Pelayanan R. Jalan dan R. Inap RSML tahun 1998 - 2001

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Standar |
|-------------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Rawat Jalan | 21.682 | 24.374 | 25.696 | 28.470 | |
| BOR | 50,32 % | 55,65 % | 60,30 % | 63,92 % | 75 % |
| BTO | 35,9 | 41 | 45,6 | 57,68 | 40 - 50 kali |
| TOI | 5,44 | 5,02 | 3,22 | 2,50 | 1 - 3 hari |
| ALOS | 5,51 | 5,05 | 4,85 | 4,28 | 6 - 9 hari |

Sumber: Bagian Rekam Medik RSML.

Berdasarkan tabel 1.2 tersebut diatas, dapat diketahui bahwa jumlah kunjungan pasien rawat jalan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. BOR rumah sakit menunjukkan kecenderungan meningkat setiap tahunnya, namun masih berada dibawah standar. Tingkat keberhasilan pelayanan suatu rumah sakit dapat dilihat dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi pelayanan sebagaimana tampak pada indikator BOR, ALOS, TOI, dan BTO. Tabel 1.3 memberikan gambaran BOR, ALOS, TOI dan BTO RSML 1999-2001.

Tabel 1.3 Data Pasien Rawat Inap RSML per ruangan tahun 1999-- 2001

| Ruang | BOR (Standart 75 %) | | | BTO (40 - 50 X) | | | TOI (1 - 3 hari) | | | ALOS (6 - 9 hari) | | |
|----------------|------------------------|-------|-------|--------------------|-------|-------|---------------------|------|------|----------------------|------|------|
| | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 |
| Sakinah | 65,21 | 78,30 | 62,92 | 43,50 | 68,20 | 52,33 | 2,92 | 1,29 | 2,59 | 5,47 | 4,65 | 4,39 |
| Neo Sakinah | 50,41 | 73,90 | 54,11 | 42,50 | 98,90 | 64,25 | 4,26 | 1,07 | 2,61 | 4,33 | 3,03 | 3,07 |
| Marwah | 57,27 | 72,40 | 73,46 | 38,40 | 53,30 | 48,37 | 4,06 | 2,09 | 2,00 | 5,44 | 5,51 | 5,54 |
| Shofa | 60,30 | 49,33 | 53,40 | 35,56 | 35,40 | 42,26 | 4,07 | 5,81 | 4,02 | 6,19 | 5,65 | 5,60 |
| Arohmah | 46,82 | 34,63 | 55,23 | 49,70 | 44,70 | 64,83 | 3,91 | 5,94 | 2,94 | 3,44 | 3,14 | 3,63 |
| Nco Arohmah | 63,01 | 74,89 | 72,42 | 48,33 | 69,30 | 89,00 | 2,79 | 1,47 | 1,13 | 4,76 | 4,39 | 2,97 |
| Mentari Anak | 0 | 67,70 | 54,03 | 0 | 38,40 | 41,11 | 0 | 3,41 | 4,08 | 0 | 7,14 | 4,80 |
| Mentari Dewasa | 61,14 | 65,33 | 85,80 | 43,48 | 50,60 | 59,23 | 3,26 | 5,06 | 0,88 | 5,13 | 5,24 | 5,29 |

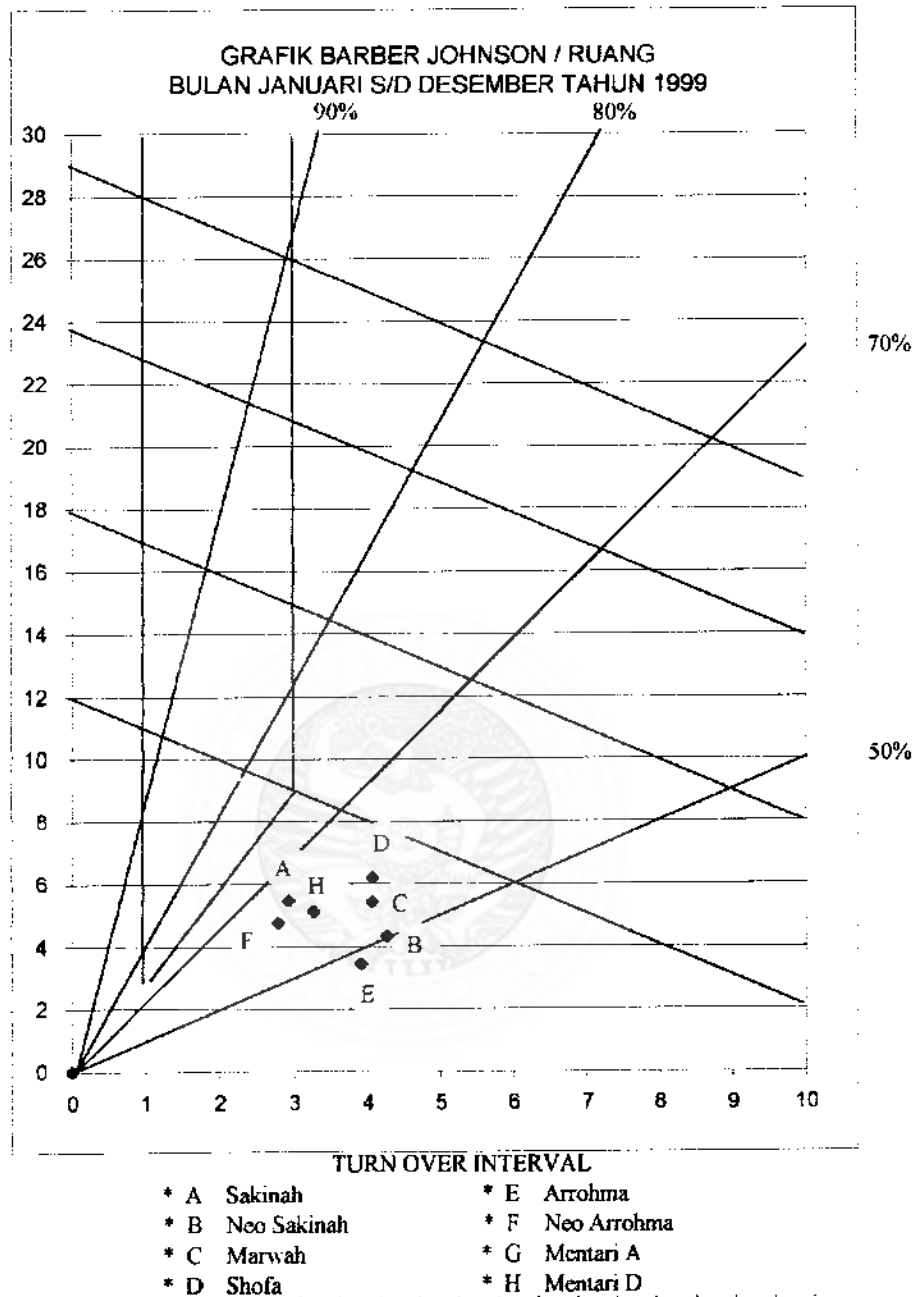
Sumber : Bagian Rekam Medik RSML.

Berdasarkan tabel 1.3 di atas dapat diketahui adanya ruang-ruang yang pencapaian BOR nya di bawah standar, yaitu ruang Neonatus Sakinah, ruang

Shofa, Ruang Arohmah dan ruang Mentari Anak. Sedangkan ruang dengan rata-rata TOI lebih dari angka standar yaitu ruang Shofa dan ruang Mentari Anak. Hal ini menunjukkan bahwa banyak tempat tidur yang sering kosong atau tidak dihuni.

Dari data dalam tabel di atas, kemudian dibuat grafik Barber Johnson sebagaimana tampak pada gambar 1.1, gambar 1.2 dan gambar 1.3.



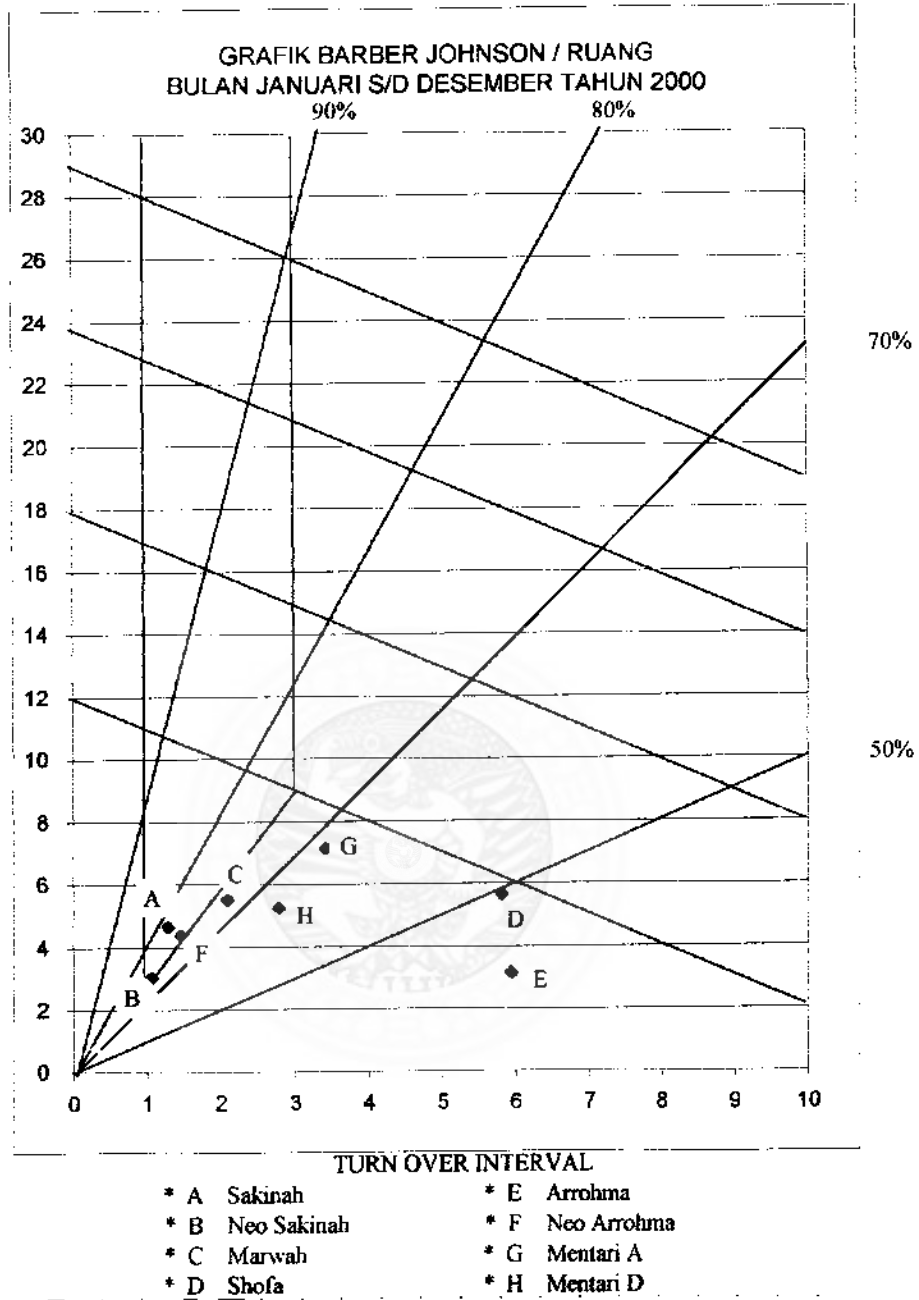


DATA TH 1999

| NO | RUANG | BOR | BTO | TOI | ALOS |
|----|-------------|-------|-------|------|------|
| 1 | Sakinah | 65.21 | 43.50 | 2.92 | 5.47 |
| 2 | Neo Sakinah | 50.41 | 42.50 | 4.26 | 4.33 |
| 3 | Marwah | 57.27 | 38.40 | 4.06 | 5.44 |
| 4 | Shofa | 60.30 | 35.56 | 4.07 | 6.19 |
| 5 | Arrohma | 46.82 | 49.70 | 3.91 | 3.44 |
| 6 | Neo Arrohma | 63.01 | 48.33 | 2.79 | 4.76 |
| 7 | Mentari A | - | - | 0.00 | - |
| 8 | Mentari D | 61.14 | 43.48 | 3.26 | 5.13 |

SUMBER : PN PULANG BULAN JANUARI S/D DESEMBER 1999

Gambar 1.1 : Grafik Barber Johnson Ruang RSML bulan Januari - Desember Tahun 1999

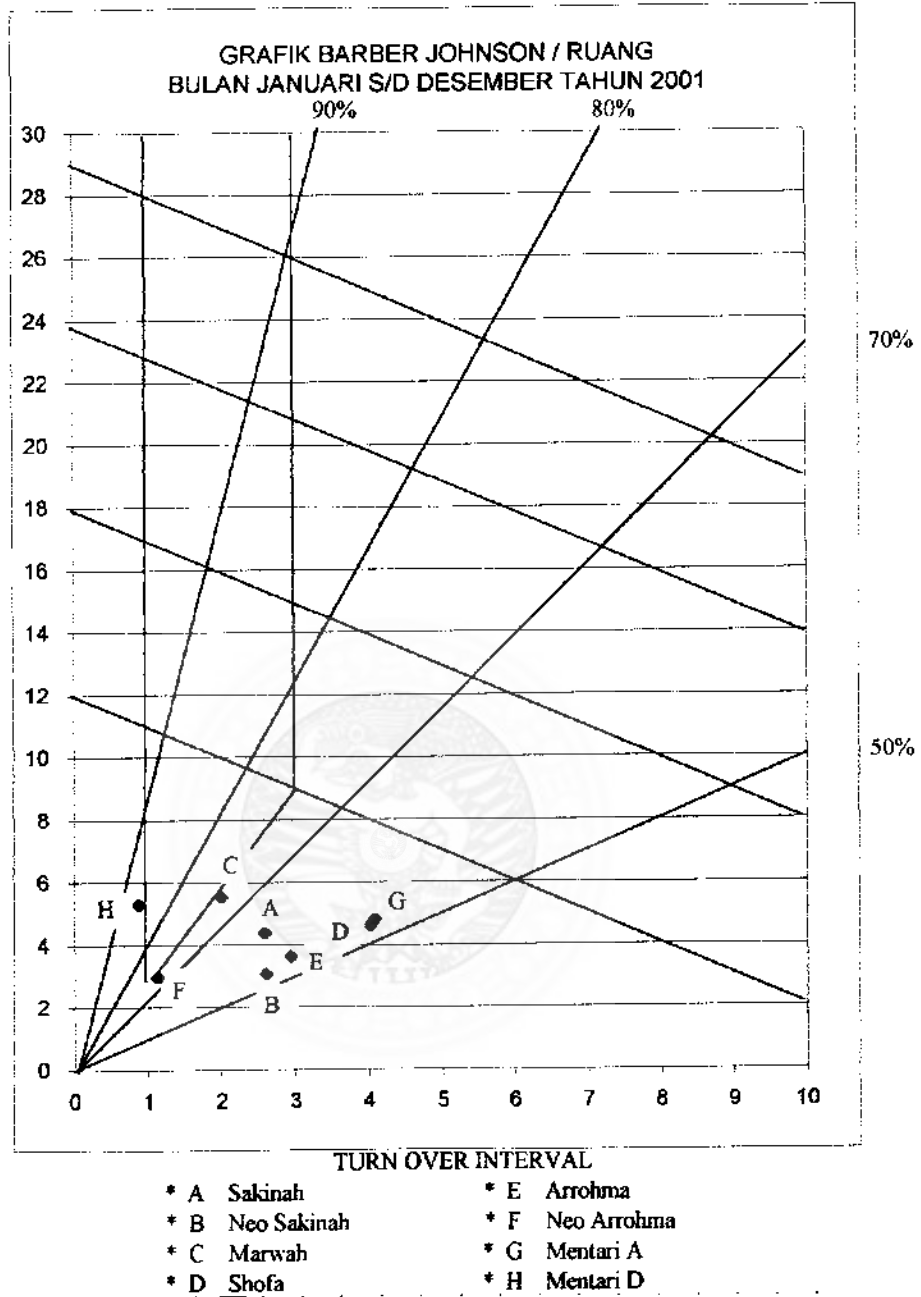


DATA TH 2000

| NO | RUANG | BOR | BTO | TOI | ALOS |
|----|-------------|-------|-------|------|------|
| 1 | Sakinah | 78.30 | 68.20 | 1.29 | 4.65 |
| 2 | Neo Sakinah | 73.90 | 98.90 | 1.07 | 3.03 |
| 3 | Marwah | 72.40 | 53.30 | 2.09 | 5.51 |
| 4 | Shofa | 49.33 | 35.40 | 5.81 | 5.65 |
| 5 | Arrohma | 34.63 | 44.70 | 5.94 | 3.14 |
| 6 | Neo Arrohma | 74.89 | 69.30 | 1.47 | 4.39 |
| 7 | Mentari A | 67.70 | 38.40 | 3.41 | 7.14 |
| 8 | Mentari D | 65.33 | 50.60 | 2.78 | 5.24 |

SUMBER : PN PULANG BULAN JANUARI S/D DESEMBER 2000

Gambar 1.2 : Grafik Barber Johnson Ruangan RSML Bulan Januari - Desember 2000



DATA TH 2001

| NO | RUANG | BOR | BTO | TOI | ALOS |
|----|-------------|-------|-------|------|------|
| 1 | Sakinah | 62.92 | 52.33 | 2.59 | 4.39 |
| 2 | Neo Sakinah | 54.11 | 64.25 | 2.61 | 3.07 |
| 3 | Marwah | 73.46 | 48.37 | 2.00 | 5.54 |
| 4 | Shofa | 53.40 | 42.26 | 4.02 | 4.60 |
| 5 | Arrohma | 55.23 | 64.83 | 2.94 | 3.63 |
| 6 | Neo Arrohma | 72.42 | 89.00 | 1.13 | 2.97 |
| 7 | Mentari A | 54.03 | 41.11 | 4.08 | 4.80 |
| 8 | Mentari D | 85.80 | 59.23 | 0.88 | 5.29 |

SUMBER : PK PULANG BULAN JANUARI S/D DESEMBER 2001

Gambar 1.3 : Grafik Barber Johnson Ruangan RSML Bulan Januari - Desember Tahun 2001

Berdasarkan ketiga grafik Barber Johnson di atas maka dapat diketahui bahwa pada tahun 1999 tidak ada satupun ruangan rawat inap RSML berada pada daerah efisien. Pada tahun 2000 ada empat ruang yaitu ruang Sakinah, ruang neonatus Sakinah, ruang Arrohmah dan ruang Marwah yang berada pada daerah efisien. Sedangkan pada tahun 2001 ada tiga ruang yang berada pada daerah efisien yaitu ruang Marwah, ruang neonatus Arrohmah dan ruang Mentari dewasa. Terdapat ruangan yang sejak tahun 1999 sampai tahun 2001 tidak pernah berada pada daerah efisien yaitu ruang Shofa (untuk kasus-kasus bedah baik post operasi maupun non operasi), ruang Arrohmah (untuk kasus *obstetri gynecologi*) dan ruang Mentari Anak.

Hal ini tentu menjadi masalah bagi RSML karena output yang didapat belum sesuai dengan harapan. Oleh karena itu perlu ada upaya agar ruang-ruang yang belum efisien dapat ditingkatkan pelayanannya sehingga dapat menjadi efisien. Untuk dapat menyusun upaya yang sistematis dan terencana dalam menangani permasalahan tersebut, maka diperlukan adanya kajian dan analisis tentang faktor-faktor apakah yang menjadi penyebab terjadinya inefisiensi tersebut.

Mengingat keterbatasan waktu, tenaga dan dana maka penelitian ini hanya akan dibatasi pada ruang Shofa. Ruang Shofa dipilih sebagai subjek penelitian ini dengan pertimbangan bahwa :

- (1) Arah kebijakan umum RSML 2000 - 2004 adalah untuk menjadikan RSML sebagai pusat trauma (*Trauma Center*) di wilayah Pantai Utara. (Rencana Strategik RSML tahun 2000 - 2004, 2000). Dengan rencana strategik tersebut maka pengembangan ruang Shofa akan merupakan salah satu

prioritas utama rumah sakit setelah IGD dan kamar operasi. Pertimbangan ini tidak terlepas dari posisi dan letak geografis RSML yang merupakan rumah sakit yang diharapkan dapat menangani kasus-kasus bedah terutama yang diakibatkan oleh kecelakaan lalu lintas yang sering terjadi di wilayah Pantura. Sebagai data pendukung tentang tingkat kecelakaan yang terjadi di jalur Pantura, pada tabel 1.4 dipaparkan data kecelakaan lalu lintas yang diperoleh dari Polres Lamongan ;

- (2) Ruang Shofa adalah salah satu ruang di RSML yang memiliki urgensi dan peran penting karena pasien yang dirawat di ruang Shofa ini terdiri dari pasien post operasi dan pasien tanpa operasi. Sedangkan pasien operasi sangat mempengaruhi tingkat pendapatan rumah sakit, sehingga dengan kata lain ruang Shofa merupakan sumber pendapatan rumah sakit yang cukup penting yakni sekitar 6,2 % dari total penerimaan RSML tahun 2002, disamping Instalasi Farmasi (39 %), kamar operasi (29,64 %) dan ruang penyakit dalam Marwah (6,6 %)(Tanfidz Pengesahan Anggaran Pendapatan dan Belanja RSML, 2002).

Tabel 1.4 Data kecelakaan lalu lintas wilayah Polres Lamongan
Tahun 1999 - 2001

| Tahun | Jumlah Kejadian | Korban | | |
|-------|-----------------|-----------|------------|-------------|
| | | Meninggal | Luka Berat | Luka ringan |
| 1999 | 78 | 62 | 54 | 28 |
| 2000 | 111 | 101 | 78 | 69 |
| 2001 | 67 | 61 | 43 | 28 |

Sumber : Unit Laka Lantas Polres Lamongan, 2001

Berdasarkan tabel 1.4 tersebut diatas, dapat diketahui bahwa dari keseluruhan kejadian kecelakaan lalu lintas yang telah terjadi di wilayah Kepolisian Resort Lamongan pada periode tahun 1999 - 2001, korban meninggal dan luka berat

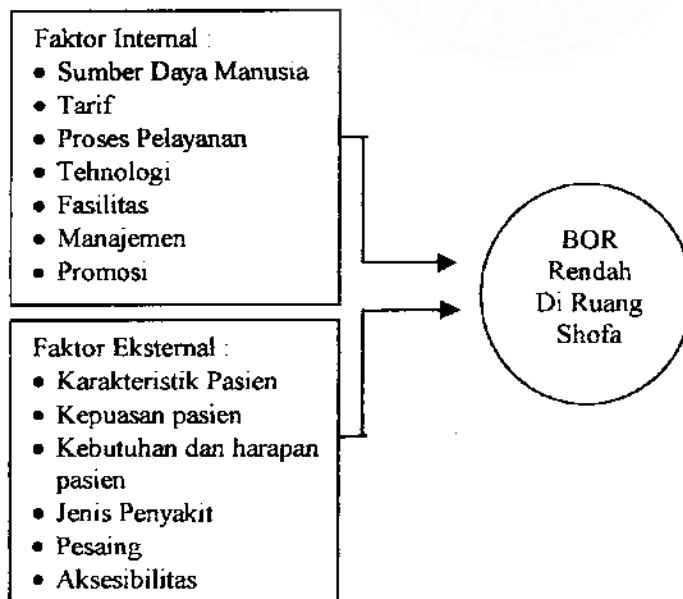
jumlahnya lebih besar dibanding korban luka ringan, sehingga hal ini mendukung kebutuhan akan adanya suatu *trauma center* di wilayah ini.

Dalam era globalisasi, rumah sakit harus dapat meningkatkan daya saing agar dapat bertahan dan berkembang; peningkatan efisiensi merupakan upaya yang mutlak harus dapat dilaksanakan agar tidak terjadi pemborosan (Atmosoeperto, 2000).

Berdasarkan beberapa hal tersebut diatas, maka permasalahan yang diketengahkan dalam penelitian ini adalah rendahnya BOR pada ruang bedah Shofa RSML sejak tahun 1999 sampai tahun 2001.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari masalah di atas ada beberapa kemungkinan faktor yang menyebabkan adanya BOR rendah pada ruang Shofa RSML yaitu faktor internal dan eksternal yang oleh Damayanti dan Supriyanto (2001) disebut sebagai faktor Provider, faktor masyarakat dan faktor Lingkungan.



Gambar 1.4 Identifikasi Masalah



1.2.1 Faktor internal rumah sakit

(1) Sumber Daya Manusia

Tersedianya sumber daya manusia baik dalam jumlah maupun kualitas sangat berpengaruh pada pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tenaga kesehatan yang sangat berperan dalam pemanfaatan ruang rawat inap di rumah sakit, yaitu :

a. Dokter.

Dokter merupakan kelompok anutan yang paling mempengaruhi seseorang untuk memilih rumah sakit (Woodside,1984), dengan demikian dokter khususnya dokter spesialis bedah sangat berperan dalam meningkatkan penggunaan ruangan Shofa.

b. Perawat.

Perawat adalah sumber daya manusia rumah sakit yang pertama dan terlama kontak dengan pasien, karenanya perawat memegang posisi kunci dalam membangun citra rumah sakit (Lumenta, 1989; Fosbinder, 1994; Damayanti, 2000). Faktor utama yang menentukan kepuasan pasien adalah interaksi antara pasien dengan tenaga rumah sakit terutama perawat (Leebov dan Scoot,1994; Damayanti,2000), sedangkan kepuasan pasien akan sangat berpengaruh terhadap peningkatan BOR rumah sakit.

(2) Tarif

Menurut Deming dalam Gaspersz (1997), seseorang yang memperoleh produk berkualitas tinggi pada tingkat harga yang kompetitif akan menceritakan kepada teman-temannya, sehingga permintaan terhadap produk itu akan meningkat. Hal ini pada akhirnya akan memperluas pasar yang

berarti akan meningkatkan pangsa pasar (*Market Share*). Dengan demikian, dalam konteks rumah sakit, kebijakan penetapan tarif ruangan akan mempengaruhi permintaan terhadap produk jasa penggunaan ruang dalam hal ini berarti akan mempengaruhi BOR ruang Shofa.

(3) Proses Pelayanan

Proses pelayanan yang diberikan oleh petugas sangat mempengaruhi kepuasan pasien. Terdapat 3 dimensi tentang mutu pelayanan rumah sakit yaitu dimensi struktur, dimensi proses, dan dimensi outcome. Dimensi proses merupakan persepsi pasien berdasarkan interaksi pasien dengan petugas rumah sakit selama terjadi proses pelayanan yang meliputi keramahan, empati, komunikasi dan lain-lain (Baliga dan Krampf, 1997). Apabila proses pelayanan tidak dilaksanakan dengan baik, maka hal ini dapat mempengaruhi kepuasan pasien, yang pada akhirnya akan berdampak pada penurunan jumlah pasien rawat inap.

(4) Teknologi

Ketersediaan sarana dan teknologi medik sangat menentukan pemanfaatan ruang rawat inap oleh konsumen terutama pada ruang Shofa yang merupakan ruang perawatan pasien untuk kasus-kasus bedah, sehingga akan mengurangi angka rujukan ke center lain yang lebih lengkap peralatannya.

(5) Fasilitas

Pavilyun Shofa mempunyai 25 tempat tidur yang terdiri dari berbagai kelas yaitu kelas 1, kelas 2A, kelas 2B, kelas 3 (zaal), ruang isolasi *tetanus*, *Combutio* dan *ganggren*

(6) Manajemen

Menurut Elbeck M (1984), mutu pelayanan adalah hasil pemenuhan standart eksternal (*accreditation*) dan internal (*institution*) sebagai pelaksanaan kegiatan pelayanan dalam hal persepsi manajemen (*risk management*), persepsi petugas (*quality of working life*) dan persepsi klien (*quality control*). Hasil pemenuhan standart tersebut dicapai melalui kegiatan perbaikan secara terus menerus dan sistematis, yang biasa disebut sebagai siklus peningkatan mutu atau *Quality Cycle*. Proses mempertahankan dan proses peningkatan mutu produk harus disertai komitmen pimpinan untuk selalu memperhatikan tuntutan pelanggannya terhadap kualitas produk (Pudjirahardjo, 2001). Dengan demikian dalam konteks tesis ini, komitmen manajemen akan dapat mempengaruhi upaya peningkatan BOR ruang shofa.

(7) Promosi

Promosi perlu dilakukan untuk mengkomunikasikan manfaat dan kelebihan produk, jasa, gagasan sehat dari rumah sakit, yang pada akhirnya pasar yang membutuhkan akan memanfaatkan rumah sakit tersebut (Supriyanto, 2002). Keberhasilan promosi yang dilakukan oleh rumah sakit akan mempengaruhi konsumen untuk membeli dan memanfaatkan jasa yang ditawarkan oleh rumah sakit yang pada gilirannya akan mempengaruhi BOR. Beberapa bentuk promosi sudah dilakukan oleh RSML untuk memperkenalkan produk jasa yang dihasilkannya kepada masyarakat yaitu melalui media berupa leaflet, siaran radio, pemasangan spanduk secara insidental, menyelenggarakan seminar-seminar untuk awam, sampai dengan

membuka stand khusus pada event pameran pembangunan yang diadakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Lamongan.

1.2.2 Faktor eksternal

(1) Karakteristik Pasien

Banyak sekali faktor yang mempengaruhi seorang konsumen dalam menentukan pilihannya. Menurut Engel (1994) ada 3 hal yang mempengaruhi pengambilan keputusan seorang konsumen untuk membeli yaitu pengaruh lingkungan, perbedaan individu dan proses psikologis. Pengaruh lingkungan terdiri dari lingkungan budaya, kelas sosial, kelompok referensi dan pengaruh situasi. Pengaruh perbedaan individu terdiri dari perbedaan sumber daya, motivasi, keterlibatan, pengetahuan, sikap, kepribadian, gaya hidup dan demografi. Sedangkan pengaruh proses psikologis terdiri atas pengolahan informasi, perubahan sikap, persepsi dan pengalaman. Faktor-faktor di atas tampaknya sangat mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan memilih rumah sakit. Di kota Lamongan yang relatif dekat dengan Surabaya ketiga hal ini sangat mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang.

(2) Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah salah satu indikator kualitas pelayanan (Donabedian, 1980; Kotler dan Roberto, 1989; Zeithaml, et.al.,1990; Damayanti, 2000). Kepuasan Pasien pada Rumah Sakit dibedakan dalam 2 konsep mutu yaitu *Clinical quality* (mutu klinik) dan *Perceived quality* (mutu yang dirasakan oleh pengguna). Sedangkan ketidakpuasan konsumen di ruang rawat inap dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Faktor yang menyebabkan ketidakpuasan pasien dibedakan menjadi 2 yaitu faktor dari dalam rumah

sakit dan faktor luar rumah sakit. Faktor dari dalam rumah sakit yang terkait adalah faktor mutu pelayanan yang meliputi: aspek klinis, aspek keperawatan, aspek manajemen dan aspek lingkungan. Sedang faktor luar rumah sakit meliputi : karakteristik pasien, masyarakat dan sosial budaya. Ketidakpuasan pasien selanjutnya mempengaruhi tingkat masuk rumah sakit (admisi), yang berdampak pada rendahnya tingkat hunian ruangan (Baliga dan Krampf, 1997).

(3) Kebutuhan dan harapan pasien

Terpenuhinya kebutuhan dan harapan akan menimbulkan kepuasan (Donabedian, 1980; Kotler dan Roberto, 1989; Zeithaml, et.al., 1990). Kepuasan pasien akan dapat mempengaruhi tingkat pendapatan rumah sakit, pasien yang puas atau sangat puas cenderung akan kembali lagi ke rumah sakit yang sama apabila mereka membutuhkan (Hughes, 1991)

Dengan mengetahui kebutuhan dan harapan pasien maka akan lebih mudah untuk membuat rencana dalam rangka meningkatkan jumlah hunian ruang shofa. Kebutuhan yang dirasakan oleh pasien berhubungan langsung dengan pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan. Kebutuhan terdiri dari kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan *evaluate need* (Dever, 1984).

(4) Jenis Penyakit

Ancaman yang dirasakan oleh konsumen terhadap penyakit akan menimbulkan tindakan mencari pertolongan pengobatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu : (1) persepsi konsumen sendiri tentang kerentanan dirinya terhadap penyakit (*perceived susceptibility*) dan keseriusan

penyakitnya (*perceived seriousness*), (2) karakteristik konsumen dan (3) faktor pendorong, seperti media massa, anjuran dokter, teman (Donabedian, 1973).

Pasien yang masuk ke ruang Shofa berasal dari: Unit Gawat Darurat, poli bedah, dan kiriman dokter. Berdasarkan data dari bagian rekam medik, pasien ruang Shofa lebih banyak berasal dari UGD yang merupakan pasien *emergency*, kemudian poli bedah dan kiriman dokter atau puskesmas. Berdasarkan data dari bagian rekam medik diperoleh data 5 besar penyakit di ruang Shofa adalah sebagaimana nampak dalam tabel 1.5

Tabel 1.5 Lima Besar Penyakit di ruang Shofa tahun 2000-2001

| Peringkat | Tahun 2000 | Tahun 2001 |
|-----------|------------|------------|
| I | Fraktur | Fraktur |
| II | Comcer | Comcer |
| III | Hernia | Ileus |
| IV | Ileus | Hernia |
| V | BPH | V.App. |

Sumber : Bagian Rekam Medik RSML, 2001

(5) Pesaing

Kotler (1997) menyatakan bahwa perusahaan dapat memperoleh keunggulan bersaing yang lebih tinggi apabila dapat memberikan harga jual yang lebih murah, yang dapat dicapai karena memanfaatkan skala ekonomi, efisiensi produksi, penggunaan teknologi dan sebagainya. Keunggulan daya saing dalam artian kemampuan penyediaan barang dan jasa berkualitas tinggi pada tingkat harga yang kompetitif akan berpengaruh pada peningkatan permintaan terhadap produk yang bersangkutan (Deming dalam Gasperz, 1997).

Disamping RS Muhammadiyah Lamongan yang memiliki kapasitas 113 TT, saat ini di wilayah Kabupaten Lamongan terdapat 3 (tiga) buah

Rumah Sakit yakni (1) RSUD. dr. Soegiri Lamongan dengan kapasitas 100 TT ; (2) RS. Nasrul Ummah dengan kapasitas 50 TT dan (3) RS. Muhammadiyah Babat dengan kapasitas 50 TT serta beberapa klinik pelayanan Medis yakni klinik Mojopahit dan klinik Sartika serta RB. Annisa dengan kapasitas 10 TT.

(6) Faktor Aksesibilitas

Lokasi ruang Shofa RSML berada di jalan raya propinsi di kawasan pantura, dan transportasi relatif mudah dijangkau dari berbagai daerah. Hal ini merupakan keunggulan tersendiri dibanding para pesaing.

1.3 Batasan Masalah

Berdasarkan indentifikasi masalah sebagaimana tersebut diatas, maka peneliti akan membatasi penelitian ini terhadap :

- a. Faktor internal yang mempengaruhi BOR ruang Shofa RSML, yaitu faktor SDM (dokter dan perawat) meliputi kualitas, kuantitas, motivasi dan komitmen.
- b. Faktor Eksternal yaitu karakteristik pasien, penilaian pasien terhadap proses pelayanan dan perilaku dokter spesialis bedah, petugas ruang Shofa dan petugas penunjang medik serta tarif.

Selanjutnya berdasarkan hasil penelitian tersebut akan dirumuskan perencanaan strategis untuk meningkatkan hunian ruang Shofa RSML dengan mempergunakan pendekatan analisis medan kekuatan (*force field analysis*)

1.4 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah karakteristik pasien ruang shofa RSML berdasarkan faktor ekonomi, faktor referensi, faktor alasan MRS dan persepsi pasien terhadap penyakitnya ?
2. Bagaimanakah penilaian pasien terhadap proses pelayanan dan perilaku dokter spesialis bedah, petugas ruang shofa dan petugas penunjang medis serta tarif ?
3. Bagaimanakah karakteristik sumber daya manusia (dokter spesialis bedah dan petugas) ruang Shofa yang meliputi kualitas, kuantitas, motivasi, dan komitmennya ?.
4. Bagaimanakah jenis penyakit yang paling banyak ditangani oleh dokter spesialis bedah di ruang Shofa ?
5. Bagaimanakah perencanaan strategis yang harus disusun untuk peningkatan hunian ruang Shofa ?

1.5 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Menyusun rencana strategi dalam rangka meningkatkan hunian ruang shofa RSML melalui pendekatan analisis medan kekuatan (*force field analysis*).

Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi karakteristik pasien ruang shofa RSML berdasarkan faktor ekonomi, faktor referensi, faktor alasan MRS dan persepsi pasien terhadap penyakitnya.

2. Menganalisis penilaian pasien terhadap proses pelayanan dan perilaku dokter spesialis bedah, petugas ruang shofa dan petugas penunjang medis serta tarif.
3. Menganalisis karakteristik sumber daya manusia (dokter spesialis bedah dan perawat) yang bertugas di ruang Shofa yang meliputi kualitas, kuantitas, motivasi, dan komitmen.
4. Mengidentifikasi jenis penyakit yang paling banyak ditangani oleh dokter spesialis bedah ruang Shofa
5. Membuat dokumen perencanaan strategis peningkatan hunian ruang Shofa dengan pendekatan analisis medan kekuatan (*force field analysis*) melalui forum diskusi kelompok terpimpin.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Bagi RSML

1. Dapat mengetahui penilaian pasien terhadap proses pelayanan dokter spesialis bedah, petugas ruang shofa dan petugas penunjang medis serta tarif.
2. Dapat digunakan sebagai acuan bagi RSML untuk meningkatkan mutu pelayanan sehingga dapat meningkatkan hunian ruang shofa
3. Dapat mengetahui motivasi dan komitmen dokter spesialis bedah dan petugas ruang shofa RSML.

1.6.2 Bagi Peneliti

1. Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

2. Memperluas wawasan dan pengetahuan peneliti khususnya tentang penyusunan rencana strategis peningkatan hunian ruangan di suatu rumah sakit dengan pendekatan *force field analysis*.





BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian rumah sakit

Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (Azwar,1996).

Sedangkan menurut PerMenKes RI Nomor : 1596/Men.Kes/Per/II/1998 dalam Wijono (1997) disebutkan bahwa rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

2.1.2 Fungsi rumah sakit

Berdasarkan Keputusan Menteri Dalam Negeri RI No. 1 Tahun 2002 tentang Pedoman Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah, maka fungsi Rumah Sakit adalah :

1. Menyelenggarakan pelayanan medis.
2. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis.
3. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan.
4. Menyelenggarakan pelayanan rujukan.
5. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan.
6. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
7. Menyelenggarakan pengelolaan administrasi dan keuangan



2.1.3 Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan

Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari amal usaha Muhammadiyah lainnya, sehingga tujuan, visi, misi, dan mottonya tetap berpedoman pada misi Persyarikatan Muhammadiyah sebagai organisasi dakwah Islamiyah. Tujuan RSML adalah mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi semua lapisan masyarakat dalam rangka terwujudnya masyarakat utama adil dan makmur yang diridhoi oleh Allah SWT melalui pendekatan pemeliharaan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh

Visi RSML adalah menjadikan RSML sebagai perwujudan dari iman dan ibadah kepada Allah SWT dan sarana amal sholeh. Sedangkan Misi RSML adalah:

- (1) menjadikan RSML sebagai amal usaha pelayanan kesehatan yang Islami, profesional dan bermutu.
- (2) menjadikan RSML sebagai sarana dakwah amar makruf nahi munkar serta sebagai sarana untuk mewujudkan masyarakat dan keluarga yang sehat sejahtera (sakinah).

Pelaksanaan kegiatan usaha di RSML didasarkan pada motto cepat, bermutu, terjangkau dan Islami.

2.2 BOR sebagai ukuran efisiensi pengelolaan rumah sakit

Pengertian efisiensi dapat dirumuskan berdasarkan berbagai sudut pandang. Dalam sudut pandang ilmu teknik, efisiensi adalah ratio (perbandingan)

antara efek yang tercapai secara riil dan efek yang secara teoritis (harus) dapat dicapai. Dalam ilmu ekonomi, efisiensi adalah keseimbangan yang paling baik antara output dan input, antara hasil dan biaya (ongkos). Dalam ilmu sosial, efisiensi ditentukan pada kepuasan, pada perasaan si manusia yang bekerja. Jadi efisiensi adalah keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas atau hasil dan derita-derita serta jerih payah yang harus dialami guna memperoleh hasil tersebut.

Menurut Soejadi (1996) efisiensi dalam pengelolaan rumah sakit, secara garis besar dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi medis meninjau efisiensi dari sudut mutu pelayanan medis dan dari segi ekonomi meninjau efisiensi dari sudut pendayagunaan sarana yang ada. Untuk memenuhi kepentingan manajemen rumah sakit, Barber dan Johnson menciptakan suatu grafik yang dapat divisualisasikan sebagai sebagai indikator efisiensi dari kedua sudut pandang tersebut.

Menurut Departemen Kesehatan penampilan kerja suatu rumah sakit selain dapat diukur dengan menggunakan keempat indikator dalam grafik Barber-Johnson tersebut, yaitu BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length Of Stay*), BTO (*Bed Turn Over*) dan TOI (*Turn Over Interval*), juga dengan jumlah kunjungan poliklinik per hari buka (Depkes, 1993).

Sedangkan menurut Surat Keputusan Menteri Keuangan RI No. 826 Tahun 1992 (Departemen Keuangan RI, 1992), penilaian tingkat efisiensi dan produktivitas rumah sakit dapat diukur melalui Indikator Utama yang terdiri dari Rentabilitas yaitu kemampuan rumah sakit untuk menghasilkan laba atau surplus, Likuiditas yaitu kemampuan rumah sakit untuk memenuhi kewajiban jangka

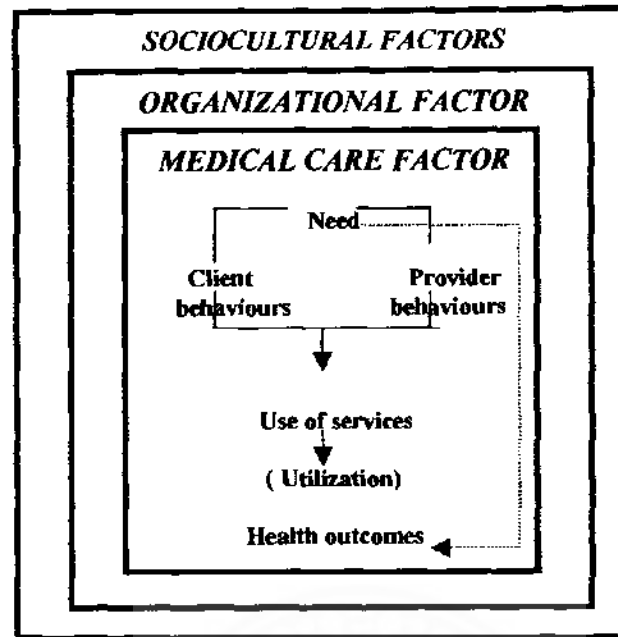
pendek, dan Solvabilitas yaitu kemampuan rumah sakit untuk memenuhi semua kewajibannya. Sedangkan Indikator tambahan terdiri dari Profit margin yaitu ratio antara laba sebelum pajak dikurangi penjualan asset dan penjualan, Ratio Operasi yaitu ratio antara penjualan dan total biaya, serta Produktivitas Tempat Tidur (*Bed Turn Over*) yaitu rasio antara jumlah pasien keluar dan jumlah tempat tidur tersedia, dalam periode setahun. Target produktivitas tempat tidur adalah 30 pasien per tempat tidur, pada persentase tempat tidur terisi (BOR) 75 persen dan waktu luang tempat tidur (TOI) 3 hari, serta rata-rata lama rawat (ALOS) 6 hari (Barber-Johnson, 1973).

Namun yang lebih sering dipakai dalam penilaian umum penampilan kerja rumah sakit adalah BOR. Suatu rumah sakit yang dikelola secara optimal adalah apabila nilai BOR mencapai 70%-85% karena menunjukkan neraca cost benefit paling feasible.

Jadi bila dikaitkan dengan efisiensi pengelolaan, maka BOR rendah dari suatu rumah sakit ataupun suatu ruangan, BTO yang tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, TOI yang melebihi batas normal serta ALOS yang tidak sesuai standar, maka dikatakan bahwa pemanfaatannya belum sesuai dengan harapan.

2.3. Need dan Demand Masyarakat

A model of the medical care process dari Donabedian (1973) mengatakan bahwa *utility* pelayan kesehatan dipengaruhi oleh *client behaviour and provider behaviour*, seperti terlihat pada gambar 2.1. sebagai berikut:



Gambar 2.1. Model penggunaan pelayanan kesehatan
 Sumber : Donabedian (1973), hal.61

Dengan mengetahui *need* dan *demand* konsumen maka akan lebih mudah untuk membuat rencana dalam rangka meningkatkan jumlah hunian rawat inap yang pada akhirnya akan tercapai efisiensi penggunaan ruangan. Secara garis besar *need* menjadi *demand* atau *utilization* dipengaruhi oleh perilaku konsumen sebagai pemakai jasa pelayanan dan provider sebagai penyedia pelayanan (Zeithaml, 2000; Donabedian, 1973).

Beberapa faktor yang mempengaruhi konsumen merubah *need* menjadi *utilization* adalah sosiodemografi, sosiopsikologi, dan epidemiologi penyakit. Ancaman yang dirasakan oleh konsumen terhadap penyakit sehingga menimbulkan tindakan mencari pertolongan pengobatan dipengaruhi oleh : (1) persepsi konsumen sendiri tentang kerentanan dirinya terhadap penyakit (*perceived susceptibility*) dan keseriusan penyakitnya (*Perceived Seriousness*), (2)

karakteristik konsumen dan (3) faktor pendorong, seperti media massa, anjuran dokter, teman (Donabedian, 1973).

Sedangkan model pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilization*) menurut Dever (1984) adalah bahwa faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah:

1. Faktor sosiokultural yang meliputi:

a. Norma dan nilai yang ada di masyarakat.

Norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada di masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

b. Tehnologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan:

Kemajuan di bidang teknologi dapat mengurangi angka kesakitan, sehingga secara tidak langsung dapat mengurangi pula pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tetapi kemajuan tehnologi juga dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2. Faktor Organisasional:

a. Ketersediaan Sumber daya

Sumber daya yang cukup baik kualitas maupun kuantitasnya sangat mempengaruhi pelayanan kesehatan.

b. Keterjangkauan lokasi

Keterjangkauan lokasi berkaitan dengan keterjangkauan tempat dan waktu yang diukur dengan jarak dan waktu tempuh serta biaya perjalanan. Hal ini sangat mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

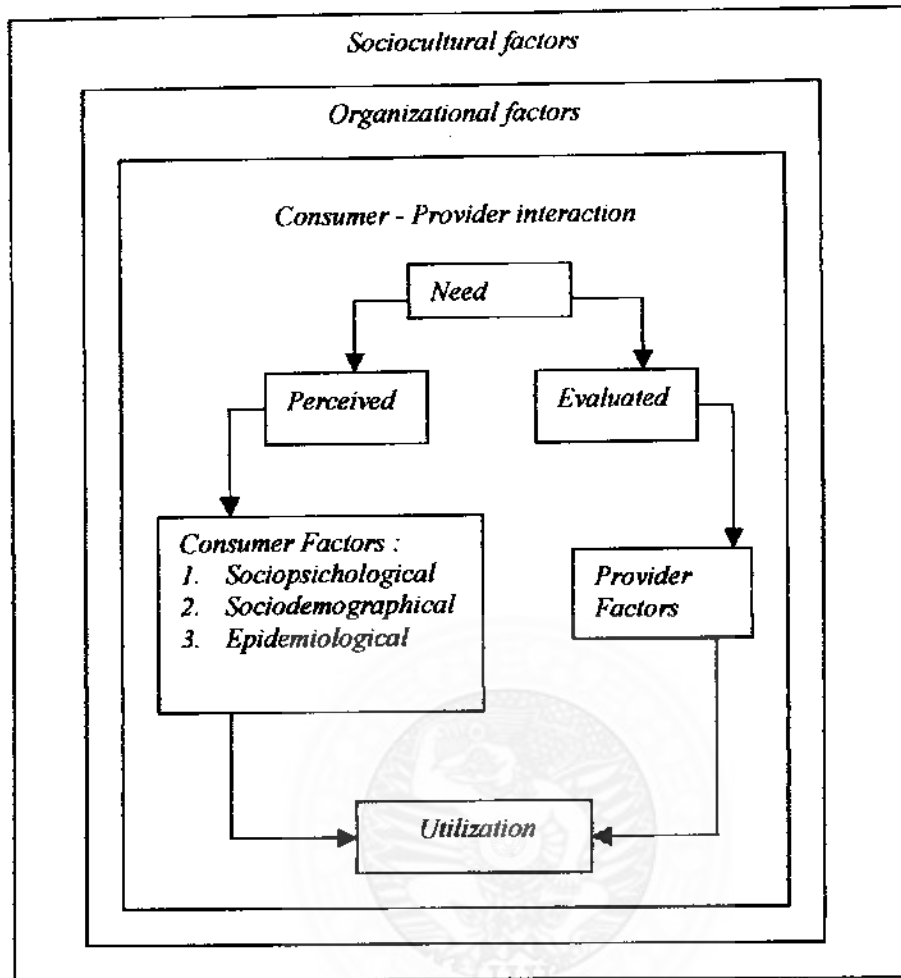
- c. Keterjangkauan sosial.
 - d. Karakteristik dari struktur organisasi formal dan dari cara pelayanan kesehatan.
3. Faktor interaksi konsumen provider:
- a. Faktor yang berhubungan dengan konsumen:

Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kebutuhan terdiri dari kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan *evaluate need* (*critical diagnosis*)

Perceived need dipengaruhi oleh:

1. Faktor sosio demografi, meliputi umur, sex, ras, status perkawinan, jumlah keluarga, status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan).
 2. Faktor sosio psikologis, meliputi persepsi sakit, gejala sakit, kepercayaan atau keyakinan terhadap layanan medis.
 3. Faktor epidemiologis: morbiditas, mortalitas. Disability dan faktor resiko.
- b. Faktor yang berhubungan dengan provider.

Model pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Alan Dever tersebut digambarkan (lihat gambar 2.2.) sebagai berikut:



Sumber : Dever (1984), *Epidemiology in Health Service Management*, An Aspen Publication Rockville, Maryland.

Gambar 2.2. : Faktor yang mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.4 Kepuasan Pelanggan

(1) Pelanggan Internal :

Dalam pendekatan TQM, kebutuhan pelanggan perlu diidentifikasi dengan jelas sebagai bagian dari pengembangan produk. Kunci utama untuk mengidentifikasi pelanggan internal adalah komunikasi terus menerus antar karyawan yang saling terkait dan tergantung satu sama lain sebagai individu

dan antar departemen yang saling tergantung sebagai satu unit tersebut. Dalam komunikasi tersebut setiap pihak menyampaikan kebutuhannya kepada pihak lain, sehingga terjadi saling pengertian dan kerja sama antar individu maupun antar departemen dalam organisasi yang bersangkutan

Untuk mendorong dan memudahkan komunikasi tersebut dapat digunakan mekanisme gugus mutu (*quality circles*), *self managed team*, tim antar departemen, dan tim perbaikan. Mekanisme ini selain dapat memudahkan komunikasi diantara pelanggan dan pemasok internal, juga dapat meningkatkan kualitas. Selain mekanisme tersebut ada banyak cara lain dalam mendorong komunikasi yang efektif, misalnya pembicaraan santai, pelatihan ketrampilan berkomunikasi dan lain-lain.

(2) Pelanggan Eksternal

Kepuasan pelanggan menurut Kotler (1997) adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja suatu produk dan harapannya. Sedang menurut Yazid (1999) kepuasan pelanggan merupakan perbedaan antara harapan dan unjuk kerja yang diterimanya. Apabila harapan tinggi sementara unjuk kerjanya biasa-biasa saja, kepuasan tidak akan tercapai dan kemungkinan konsumen akan kecewa. Sebaliknya bila unjuk kerja melebihi harapan, kepuasan akan meningkat.

Menurut Lele et al (1995) dalam Dinarsari (2001), kalau seorang pelanggan puas dengan nilai yang diberikan oleh produk suatu perusahaan, kalau ia merasa dihargai dan diperlakukan dengan baik, pelanggan itu akan tetap menjadi pelanggan perusahaan tersebut dalam waktu yang lama. Kalau tidak ia akan segera berpindah ke perusahaan lain .

Menurut Kotler (1997) bila pelanggan merasa puas akibatnya adalah pelanggan akan :

1. Menjadi lebih setia
2. Membeli lebih banyak jika perusahaan memperkenalkan produk baru
3. Memberi komentar yang menguntungkan tentang perusahaan dan produknya.
4. Kurang memberi perhatian pada merek dan iklan pesaing dan kurang sensitif terhadap harga.
5. membutuhkan biaya pelayanan yang lebih kecil daripada pelanggan baru karena transaksi menjadi rutin.

Sedang menurut LeBoeuf (1992) dalam Dinarsari (2001) bila pelanggan tidak puas maka yang terjadi adalah :

1. Pelanggan yang tidak puas 96% akan pergi atau meninggalkan perusahaan pemberi jasa dengan diam-diam dan hanya 4% yang menyampaikan keluhannya kepada perusahaan tersebut.
2. Dari pelanggan yang lari tersebut 3% disebabkan karena pindah tepat tempat tinggal, 5% karena menemukan perusahaan lain, 9% karena bujukan pesaing, 14% karena merasa tidak puas dengan produk yang dibelinya dan 68% disebabkan karena sikap masa bodoh yang diperlihatkan oleh pemilik, manajer atau karyawan perusahaan tersebut.
3. Rata-rata seorang pelanggan yang tidak puas akan menceritakan masalahnya kepada 8-10 temanya. Satu dari lima pelanggan yang tidak puas akan menceritakan masalahnya kepada 20 temanya.
4. Untuk memperbaiki satu insiden negatif diperlukan 12 pelayanan positif.

5. Tujuh dari sepuluh pelanggan yang mengeluh itu, baru akan kembali meneruskan hubungannya jika perusahaan tersebut dapat memecahkan masalah yang mereka hadapi. Jika masalah tersebut segera diatasi maka 95% akan kembali meneruskan hubungannya dengan perusahaan tersebut. Seorang pelanggan yang puas karena keluhannya ditanggapi akan menceritakan pengalamannya kepada lima temannya.
6. Untuk menarik pelanggan baru perusahaan menghabiskan waktu enam kali lebih banyak daripada yang digunakan untuk mempertahankan pelanggan yang lama.
7. Bisnis yang mutu pelayanannya rendah rata-rata hanya memperoleh tambahan 1% pelanggan, sangat baik rata-rata memperoleh tambahan pelanggan baru 12% dan meraih pangsa pasar sebesar 6% setahun.

Singh dalam Tjiptono (2000) mengatakan apabila pelanggan tidak puas, maka bentuk ketidakpuasannya tersebut dapat diwujudkan dalam 3 respon yaitu :

1. Voice Response

Apabila pelanggan yang tidak puas menyampaikan keluhannya kepada perusahaan yang bersangkutan. Respon ini sangat menguntungkan perusahaan karena:

- a. Pelanggan masih memberi kesempatan perusahaan untuk memuaskan mereka.
- b. Risiko publisitas buruk dapat ditekan.
- c. Memberi masukan mengenai kekurangan pelayanan yang perlu diperbaiki.

2. *Private response*

Apabila pelanggan yang tidak puas menyampaikan keluhannya kepada orang lain baik teman, kolega atau keluarga. Tindakan ini berdampak besar bagi citra perusahaan.

3. *Third-Party response*

Apabila pelanggan yang tidak puas menyampaikan keluhannya dengan mengadu lewat media masa, lembaga konsumen atau institusi hukum. Tindakan ini sangat ditakuti oleh sebagian besar perusahaan.

Melihat keuntungan bila perusahaan memberikan kepuasan pelanggan dan kerugian bila perusahaan tidak bisa memberi kepuasan kepada pelanggan, Kotler (1997) menyimpulkan bahwa mempertahankan pelanggan lebih penting daripada menarik pelanggan dan kunci untuk mempertahankan pelanggan adalah dengan memberi kepuasan pelanggan.

Kepuasan pelanggan selalu berubah seiring dengan berubahnya harapan pelanggan. Menurut Yazid (1999) harapan yang dimiliki konsumen cenderung meningkat sejalan dengan pengalaman konsumen. Agar perusahaan dapat memperbaiki kepuasan pelanggan atas produk dan jasanya, maka perlu dilakukan penilaian terhadap kepuasan pelanggan secara teratur (Kotler, 1997). Untuk itu harus ada cara konkrit sebagaimana mengukur kepuasan pelanggan.

2.4.1. Cara mengukur kepuasan pelanggan.

Menurut Tjiptono (2000) untuk mengukur kepuasan pelanggan ada 3 aspek penting yang saling berkaitan yaitu 1) apa yang diukur, 2). Bagaimana metode pengukurannya dan 3). Bagaimana skala pengukurannya.

1. Apa yang diukur

Ada 6 konsep yang bisa digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan yaitu:

a. Kepuasan pelanggan keseluruhan (*Overall Customer Satisfaction*).

Pengukuran kepuasan pelanggan dilakukan dengan menanyakan kepada pelanggan seberapa jauh mereka puas dengan produk atau jasa yang telah diterimanya. Ada 2 bagian dalam proses pengukurannya yaitu :

- 1) Mengukur tingkat kepuasan pelanggan terhadap produk atau jasa perusahaan bersangkutan.
- 2) Menilai dan membandingkan dengan tingkat kepuasan pelanggan keseluruhan terhadap produk atau jasa para pesaing.

b. Dimensi kepuasan pelanggan.

Ada 4 langkah untuk menentukan dimensi kepuasan pelanggan yaitu

- 1) Mengidentifikasi dimensi kunci kepuasan pelanggan.
- 2) Meminta pelanggan untuk menilai produk atau jasa berdasar item yang spesifik.
- 3) Meminta pelanggan untuk menilai produk atau jasa pesaing berdasar item spesifik yang sama.
- 4) Meminta pelanggan untuk menentukan dimensi yang menurut mereka paling penting dalam menilai kepuasan pelanggan keseluruhan.

c. Konfirmasi harapan (*Confirmation of Expectations*)

Dalam konsep ini kepuasan tidak diukur langsung, tetapi disimpulkan berdasar kesesuaian atau ketidak sesuaian antara harapan pelanggan dengan kinerja aktual perusahaan. Harapan pelanggan diyakini

mempunyai peranan yang besar dalam menentukan kualitas produk dan kepuasan pelanggan. Pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan kualitas dan kepuasan pelanggan. Dalam mengevaluasi kepuasan, pelanggan akan menggunakan harapannya sebagai standar atau acuan.

d. Minat pembelian ulang (*Repurchase Intent*)

Kepuasan pelanggan diukur dengan menanyakan apakah pelanggan akan membeli lagi atau mau menggunakan lagi jasa perusahaan tersebut.

e. Kesiediaan untuk merekomendasi (*Willingness to Recommend*)

Kepuasan pelanggan diukur dengan menanyakan apakah pelanggan merekomendasikan produk tersebut kepada keluarga atau teman.

f. Ketidakpuasan pelanggan (*Customer Dissatisfaction*)

Aspek-aspek yang digunakan untuk mengetahui ketidakpuasan pelanggan adalah dengan banyaknya terjadi komplain, pengembalian produk, biaya garansi, recall, *word of mouth* yang negatif dan *defection*.

2. Metode pengukuran

Kotler dalam Tjiptono (2000) dan Supriyanto (2000) menuliskan ada 4 metode yang banyak digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan yaitu :

a. Sistem keluhan dan saran.

Perusahaan yang berorientasi pelanggan wajib memberi kesempatan kepada pelanggan untuk menyampaikan keluhan, kritik, usulan, pendapat dan saran seluas-luasnya dengan melalui kotak saran, kartu komentar, saluran telepon khusus, pos, website atau sarana lainnya.

b. Ghost Shopping (Belanja siluman)

Untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan pelanggan dengan menempatkan beberapa orang untuk berperan sebagai pelanggan potensial jasa perusahaan pesaing. Mereka bertugas mencatat kekuatan dan kelemahan pesaing.

c. Lost Customer analysis. (Analisis kehilangan pelanggan)

Perusahaan menghubungi kembali pelanggan yang sudah berhenti atau beralih ke perusahaan lain, agar dapat memahami mengapa hal tersebut terjadi dan supaya dapat melakukan perbaikan atau penyempurnaan selanjutnya.

d. Customer Satisfaction Survey (.Survei kepuasan pelanggan).

Survei dapat dilakukan melalui pos, telepon, e-mail atau wawancara langsung. Melalui survei perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik langsung dari pelanggan dan merupakan sinyal positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap pelanggan.

Dari berbagai metode pengukuran sebagaimana tersebut diatas, peneliti memilih cara keempat (d) yaitu dengan melakukan survei kepuasan pelanggan yang dilakukan dengan menggunakan kuesioner.

3. Skala pengukuran

Hanan dan Karp dalam Tjiptono (2000) mengidentifikasi beberapa skala pengukuran yang banyak diterapkan yaitu :

(a) Skala 2 poin (ya – tidak);

(b) Skala 4 poin (sangat tidak puas – tidak puas – puas – sangat puas);

- (c) Skala 5 poin (sangat tidak memuaskan – tidak memuaskan – netral – memuaskan – sangat memuaskan);
- (d) Skala 7 poin (sangat tidak puas – tidak puas – agak tidak puas – biasa saja - agak puas – puas – sangat puas);
- (e) Skala 10 poin (1. sangat tidak puas -- ... 10. sangat puas).
- (f) Skala 100 poin (0% tidak puas sama sekali – 100% sangat puas)

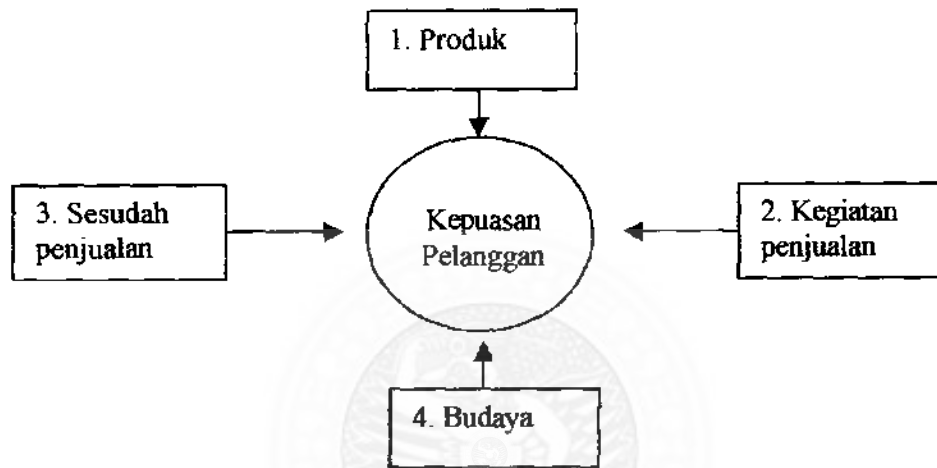
Sedangkan menurut Supriyanto (2000), ada empat macam teknik pengukuran yaitu :

1. Teknik pengukuran langsung dengan menanyakan pasien tentang kepuasan terhadap atribut tersebut(*Directly Reported Satisfaction*);
2. Persepsi jenis layanan. Pasien diasumsikan memiliki persepsi mengenai kedudukan masing-masing atribut. Persepsi khusus tentang atribut dikenal sebagai citra jenis. Persepsi sangat dipengaruhi oleh harapan pasien akan atribut. Dua pengukuran dilakukan saat pasien mau masuk rumah sakit (harapan terhadap atribut) dan saat pasien pulang (kenyataan yang diterima), hal ini akan menghasilkan informasi tentang tingkat kesesuaian atau mutu pelayanan;
3. Fungsi kegunaan. Fungsi kegunaan adalah tingkat kepuasan yang berbeda dari klien/pasien dengan tingkatan-tingkatan yang berbeda dari sebuah atribut. Tingkat kepuasan ditentukan oleh selisih manfaat dengan pengorbanan atau resiko yang diantisipasi. Hasilnya memberikan informasi tentang mutu layanan;
4. Bobot kepentingan (*Importance Performance Analysis*). Klien / pasien akan berusaha mendekatkan tingkat-tingkat kepentingan yang berbeda

dengan atribut yang bermacam-macam. Bobot kepentingan menentukan faktor dominan.

2.4.2 Faktor yang digunakan untuk mengukur kepuasan.

Menurut Lele (1995) dalam Dinarsari (2001) ada empat landasan kepuasan pelanggan seperti tampak dalam gambar. 2.3. di bawah ini :



Gambar 2.3. Landasan kepuasan konsumen
Sumber : Millind M. Lele et al (1995) dalam Dinarsari(2001)

1. Produk.

Bagaimana merancang produk sesuai dengan kebutuhan dan harapan konsumen meliputi mutu, biaya dan sumberdaya.

2. Kegiatan penjualan (proses)

Bagaimana proses tersebut berjalan meliputi sikap, tindakan dan latihan untuk para petugas. Apakah mereka menguasai tugasnya, bagaimana petugas berkomunikasi dan berinteraksi dengan pelanggan dan bagaimana mereka mengurus pelanggan.

3. Sesudah penjualan atau selanjutnya disebut purna beli

Bagaimana pelayanan pendukung diberikan kepada pelanggan mencakup informasi, garansi, nasihat, peringatan, latihan, umpan balik dan tanggapan terhadap keluhan.

4. Budaya

Bagaimana manajemen mencrapkan bahwa kepuasan pelanggan sungguh-sungguh merupakan tujuan perusahaan bukan sekedar omong kosong saja. Jadi memberi kepuasan kepada pelanggan sudah menjadi budaya kerja bukan hanya sekedar cita-cita saja. Contoh : menunda pertemuan atau rapat karena melayani pasien.

Sedangkan menurut Zeithaml et.al dalam Tjiptono (2000) faktor yang digunakan untuk mengevaluasi kepuasan di bidang kesehatan adalah RATER yaitu;

1. Bukti langsung (*Tangible*) yang terdiri dari ruang perawatan dan fasilitas.
2. Keandalan (*Reliability*) meliputi janji yang ditepati dan diagnosis yang akurat.
3. Daya tanggap (*Responsiveness*) meliputi penanganan keluhan pasien, mudah tidaknya dihubungi.
4. Jaminan (*Assurance*) meliputi ketrampilan, kepercayaan dan reputasi.
5. *Emphati* meliputi mengenal pasien, ingat masalahnya, perhatian dan kesabaran.

Oswald et.al. (1998) menyatakan bahwa di rumah sakit kepuasan pelanggan sangat dipengaruhi oleh mutu fasilitas dan kinerja Sumber Daya Manusianya. Sedangkan Atkins et.al. (1996) menyatakan bahwa kepuasan pasien ditentukan oleh adanya hubungan interpersonal dengan perawat dan informasi yang

diberikan. Kepuasan pasien terhadap perawat tersebut menyebabkan pasien akan kembali lagi ke rumah sakit tersebut dan merekomendasikan kepada orang lain untuk menggunakan rumah sakit tersebut bila membutuhkannya.

Straser dan Davis (1995) dalam Mukti (2001) menyatakan bahwa secara garis besar kepuasan pasien adalah suatu proses dinamis yang meliputi hubungan stimuli, value judgment, reaksi dan perbedaan individu. Sebagai contoh stimulus adalah jawaban perawat terhadap pertanyaan pasien, value judgment adalah pasien menyatakan jawaban jelas dan ringkas, reaksi adalah pasien memuji dan mengungkapkan kepuasan. Contoh perbedaan individu misalnya kepribadian, nilai, pengalaman perawatan yang lalu. Stimuli adalah lingkungan yang dirasakan, dibau, dilihat, diraba atau didengar oleh pasien, misalnya dekorasi yang terlihat, aroma yang tercium, sikap dokter, perilaku perawat. Bila stimuli ini diamati dan dirasakan, pasien berespon dengan membuat judgment tentang hal tersebut. Misalnya ruangan saya (stimulus) sangat luas (judgment), saya menyukainya (judgment). Kunci dari judgment adalah nilai pasien yang melekat padanya. Value judgment menggambarkan usaha pasien untuk memberi arti pada stimuli yang mereka terima yang dapat diungkapkan dengan kata baik, buruk, menakutkan, lembut dan sebagainya. Value judgment ditentukan oleh stimuli yang baru diterima dan merupakan elemen kunci yang pertama dari pengukuran kepuasan pasien. Setelah value judgment, pasien bereaksi secara efektif dan kognitif dengan perasaan dan pikirannya tentang kepuasan, maupun perilaku, misalnya pasien marah (afektif) karena perawat yang kasar, kemudian menulis surat keluhan (perilaku).

Value judgment digambarkan sebagai upaya penting dari sisi responden untuk mengevaluasi label stimuli, akan tetapi pada beberapa kejadian value judgment mungkin dipandang sebagai awal reaksi terhadap stimuli. Value judgment dan reaksi pasien sesudahnya ini merupakan dasar bagian pertama definisi konseptual kepuasan pasien.

Kepuasan pasien bukan peristiwa yang tidak disengaja, karena stimuli tertentu dapat menghasilkan value judgment dan respons yang konsisten pada pasien. Kita dapat secara langsung mempengaruhi kepuasan pasien, karena itu dapat mempengaruhi stimuli yang terungkap pada pasien, misalnya dokter yang terburu-buru diberitahu untuk memberi waktu lebih banyak pada pasien maka pasien merasakan dokter lebih menyenangkan dan mengurangi pikiran untuk pindah ke rumah sakit lain. Value judgment dan reaksi tidak hanya dapat dipengaruhi dengan langsung mengubah stimuli, tetapi juga dapat dilakukan intervensi langsung pada tahap value judgment atau harapan, misalnya pasien diberitahu tentang lamanya waktu tunggu, dalam hal ini stimulus tetap sama, pasien tetap harus menunggu, akan tetapi karena petugas memberi informasi (stimuli tambahan) maka value judgment pasien berubah. Intervensi juga dapat dilakukan pada tahap reaksi, misalnya bentuk reaksi pasien coba diubah dengan memberikan tambahan informasi tentang pembatasan makanan yang harus dijalannya (suatu stimulus baru) untuk menghilangkan perasaan tidak senang pasien.

Perbedaan individu pasien mempengaruhi interpretasi pasien terhadap stimuli yang diterima, maka definisi kepuasan pasien adalah : Kepuasan pasien secara konseptual didefinisikan sebagai value judgment yang unik dan reaksi

pasien sesudahnya terhadap stimuli yang dirasakan dalam lingkungan pelayanan kesehatan sebelum, selama dan sesudah rangkaian perawatan mereka. Value judgment dan reaksi ini dipengaruhi oleh perbedaan individu dan pengalaman pelayanan kesehatan sebelumnya.

Meskipun kepuasan pasien didefinisikan sebagai proses, dalam pertanyaan penelitian tidak selalu mengukur proses lengkap, tetapi dapat memilih hubungan dalam proses tersebut. Misalnya dapat mengukur ada tidaknya suatu stimulus dan meramalkan kemungkinan pasien puas atau tidak puas, juga dapat mengukur hubungan antara stimulus dan value judgment dan kemudian meramalkan kemungkinan reaksi pasien terhadap hal tersebut, dapat juga mengukur hubungan antara stimulus dan reaksi, selain itu juga mengukur sosiodemografi untuk membantu menentukan pengaruhnya (bila ada) pada hubungan yang disebutkan diatas. Terdapat berbagai segi kepuasan pasien yang merupakan berbagai bentuk reaksi, dengan mengkategorikan segi kepuasan pasien secara kronologis dari awal sampai akhir perawatan akan dapat mencakup sebagian besar stimuli dan segi kepuasan pasien.

2.5 Service Excellence (Pelayanan Prima)

Secara harfiah pelayanan prima dapat diartikan pelayanan tanpa cacat atau "zero accident" atau "zero defect", artinya prima dari kaca mata atau bagi pasien (customer / pengguna), prima bagi provider dan prima bagi produknya sendiri. Prima dari kaca mata pasien artinya bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan dapat memberikan kepuasan pada pasien, prima bagi provider artinya bahwa keamanan dan keselamatan provider dalam melaksanakan pekerjaannya terjamin.

Sedangkan prima bagi produknya sendiri artinya bahwa pengobatan, perawatan maupun service yang diberikan kepada pasien betul-betul dirasakan manfaatnya oleh pasien dan tidak menimbulkan efek negatif atau efek samping pada pasien (Damayanti dan Supriyanto.,2001). Disamping itu, Damayanti dan Supriyanto (2001) juga mengingatkan bahwa pelayanan kesehatan adalah pelayanan jasa dan ciri khusus pelayanan jasa yang terpenting adalah bahwa proses produksi terjadi didepan pasien. Karenanya dalam pelayanan jasa kesehatan, unsur proses adalah unsur yang sangat penting.

2.6. Pengertian Komunikasi

Beberapa ahli komunikasi dalam Kariyoso (1994) memberi pengertian yang berbeda-beda antara satu dengan lainnya, namun maksudnya kurang lebih sama.

1. Komunikasi dalam teori dan praktek, Dr. Phill Astrid Susanto memberikan pengertian, komunikasi adalah proses pengoperan lambang-lambang yang mengandung arti.
2. Human Relation at Work, Keith Davis memberikan pengertian, komunikasi adalah proses lewatnya informasi dan pengertian seseorang ke orang lain.
3. Oxford Dictionary, 1956, memberikan pengertian, komunikasi adalah pengiriman atau tukar menukar informasi, ide dan sebagainya.
4. Drs. Onong Uchjana Effendy, MA memberikan pengertian, komunikasi mencakup ekspresi wajah, sikap dan gerak gerik suara, kata-kata tertulis, percetakan, telegraf, telepon dan lain-lain.

Berdasarkan pendapat-pendapat sebagaimana tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa pengertian komunikasi adalah penyampaian dari seseorang kepada orang lain, dengan menyertakan kode atau lambang penyampaiannya itu sendiri melalui suatu proses. Secara formal komunikasi berarti pengiriman atau penerimaan pesan, berita atau amanat, rencana tindakan, harapan antara dua orang atau lebih dengan cara yang tepat, sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami dan dimengerti. Disini terlihat adanya hubungan timbal balik antara dua orang atau lebih untuk memahami sesuatu. Komunikasi dapat juga dipakai untuk bertukar pikiran atau berbicara dari hati ke hati (Supriyanto, 2000).

2.6.1. Komponen Dasar Komunikasi

Kariyoso (1994) mengatakan ada 5 (lima) faktor yang berperan dalam komunikasi, yaitu :

1. Komunikator :

Komunikator adalah pembawa berita, bisa individu, keluarga maupun kelompok yang mengambil inisiatif dalam menyelenggarakan komunikasi dengan individu atau kelompok lain yang menjadi sasarannya. Komunikator bisa juga berarti tempat berasalnya sumber pengertian yang dikomunikasikan.

2. Pesan

Pesan adalah berita yang disampaikan oleh komunikator melalui lambang lambang pembicaraan, gerakan dan sebagainya.

3. Saluran

Saluran adalah sarana tempat berlalunya berbagai lambang. Saluran tersebut meliputi pendengaran (lambang dan suara), penglihatan (lambang berupa gambar), penciuman (lambang berupa bau-bauan), rabaan (lambang

yang berupa rabaan). Jadi secara keseluruhan ini bisa berupa radio, televisi, majalah, koran, dan lain-lain.

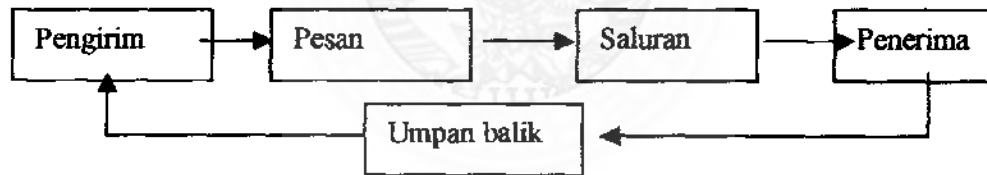
4. Komunikan

Komunikan adalah penerima berita, yaitu objek sasaran dari kegiatan komunikasi atau orang yang menerima berita atau lambang, bisa berupa individu, keluarga atau masyarakat.

5. Umpan Balik

Umpan balik atau tanggapan adalah arus umpan balik dalam rangka proses berlangsungnya komunikasi. Hal ini bisa juga dijadikan patokan sejauh mana pencapaian pesan yang telah disampaikan.

Dengan demikian proses komunikasi dalam konteks hubungan personal tidak dapat terjadi searah, melainkan dua arah timbal balik antara dua pribadi yang terlibat di dalamnya (Supriyanto, 2000)



Gambar 2.4. Komponen Dasar Komunikasi
Sumber : Ellis (2000) dan Potter and Perry (1985)

2.6.2. Bentuk Komunikasi

1. Komunikasi verbal, adalah komunikasi yang mempergunakan lambang bahasa

dalam penyampaian pesan kepada penerima;

2. Komunikasi non verbal, adalah komunikasi yang mempergunakan lambang bukan bahasa, dapat berwujud gambar, isyarat dan lain-lain.

2.6.3. Model Komunikasi

1. Komunikasi paternalistik, yaitu komunikasi vertikal dimana tenaga kesehatan

- lebih dominan dari pasien;
2. Komunikasi interaktif, yaitu komunikasi dimana tenaga kesehatan dan pasien mempunyai kedudukan yang sama kuat dan saling mempengaruhi;
 3. Komunikasi horizontal default, yaitu komunikasi dimana tenaga kesehatan dan pasien mempunyai kedudukan yang sama lemahnya;
 4. Komunikasi konsumeristik, yaitu komunikasi dimana kedudukan pasien lebih dominan.

2.7 Komitmen

Menurut Porter (1974) dalam Mc Neese (2001) komitmen didefinisikan sebagai "*the strenght of an individual's identification with, and involvement in, the goal and values of the organization*", sebuah keinginan yang kuat dari seseorang dalam berpartisipasi untuk mencapai tujuan dan nilai sebuah organisasi dan berusaha untuk memberi pelayanan pada organisasi.

Sedangkan komitmen karyawan di organisasi menurut Nelson (1999) adalah "*The strenght of an individual's identification with an organization*", dengan kata lain yaitu seberapa kuat seorang karyawan merasa menjadi bagian dari sebuah organisasi. Terdapat 3 jenis komitmen dalam organisasi yaitu:

a. *Affective Commitment*:

The type of organizational commitment that is based on an individual's desire to remain in organization. Pada tipe ini komitmen didasarkan pada keinginan yang kuat dari seseorang untuk tetap tinggal di organisasi. Pada tipe ini terdiri dari 3 faktor yaitu: *a belief*, keyakinan karyawan terhadap tujuan dan nilai

yang ada di organisasi, *a willingness*, kemauan menempatkan usahanya untuk keperluan organisasi, *a desire*, keinginan untuk menjadi anggota dari organisasi.

Belief adalah keyakinan yang kuat dan menerima tujuan dan nilai (*value*) pada organisasi (Zangaro, 2001). *Core belief* adalah keyakinan tentang kebenaran visi dan kebenaran jalan yang dipilih untuk mewujudkan visi organisasi (Mulyadi dan Setiawan, 1999). Karyawan dengan keyakinan yang kuat mempunyai semangat yang tinggi untuk mewujudkan visi organisasi. Sebaliknya karyawan dengan *belief* yang lemah tidak bersemangat untuk bekerja keras mewujudkan visi organisasi.

b. Normative Commitment:

Bagi karyawan dengan komitmen pada tipe ini merasa bahwa mereka telah mendapatkan yang diharapkan dari organisasi tersebut. Karyawan dengan komitmen seperti ini akan tetap tinggal di organisasi karena organisasi telah memberikan apa yang menurut karyawan tersebut seharusnya diberikan organisasi.

c. Continuance Commitment

Karyawan mempunyai keinginan untuk tetap tinggal di organisasi karena ia tidak mampu untuk pindah. Karyawan tersebut mempunyai keyakinan jika mereka meninggalkan organisasi mereka akan kehilangan sesuatu yang diyakini telah diinvestasikan pada organisasi baik berupa usaha-usaha yang telah dilakukan maupun kesempatan untuk mendapat keuntungan yang tidak dapat diperoleh ditempat lain.

2.8 Motivasi

2.8.1 Pengertian motivasi kerja.

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, motivasi adalah dorongan yang timbul pada diri seseorang sadar atau tidak sadar untuk melakukan sesuatu tindakan dengan tujuan tertentu. Pengertian motivasi kerja menurut kepentingan manajemen adalah merupakan dorongan kerja yang timbul dari dalam diri seseorang ataupun karena dipengaruhi orang lain untuk bertindak dan berperilaku dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Menurut Siagian (1995) bagaimanapun motivasi didefinisikan, ada 3 (tiga) komponen utama yang terkandung didalamnya

1. Kebutuhan :

Kebutuhan merupakan komponen pertama dari motivasi. Kebutuhan ini timbul apabila seseorang merasa ada ketidakseimbangan antara apa yang dimiliki dengan apa yang menurut persepsi seyogyanya dimiliki

2. Dorongan :

Usaha untuk mengatasi ketidak seimbangan tersebut menimbulkan dorongan-dorongan yang berorientasi pada tindakan, itulah inti dari motivasi, sebab apabila tidak ada tindakan, situasi ketidakseimbangan yang dihadapi seseorang tidak pernah teratasi. Dorongan dapat bersumber dari luar diri orang tersebut.

3. Tujuan :

Tujuan adalah segala sesuatu yang dihilangkan kebutuhannya dan mengurang atau menghilangkan dorongan untuk berbuat sesuatu. Mencapai tujuan berarti mengembalikan keseimbangan dalam diri seseorang.

2.8.2. Teori motivasi.

Banyak sekali teori yang membicarakan tentang motivasi, namun yang akan diuraikan adalah teori motivasi dari Maslow dan Mc. Clelland.

Teori hirarki kebutuhan dari Maslow menyebutkan bahwa kebutuhan manusia tersusun dalam suatu hirarki, sesuai dengan derajat kesejahteraan individu tersebut. Mulai kebutuhan paling dasar hingga paling tinggi, terdiri dari :

- I. Kebutuhan fisiologis: yaitu kebutuhan untuk mempertahankan hidup, manifestasi paling nyata dari kebutuhan ini adalah sandang, pangan, papan. Kebutuhan ini dipandang sebagai kebutuhan paling mendasar. Bukan saja karena setiap orang membutuhkannya terus menerus sejak lahir hingga ajal tetapi juga karena tanpa pemuasan berbagai kebutuhan tersebut seseorang tidak dapat dikatakan hidup secara normal;
- II. Kebutuhan rasa aman (*security*): kebutuhan rasa aman tidak hanya dalam arti kebutuhan keamanan fisik tetapi juga keamanan psikologis. Manifestasi dari keamanan psikologis adalah bebas dari rasa takut dan ancaman, perlakuan yang manusiawi dan adil, asuransi, dan pensiun (Siagian, 1995);
- III. Kebutuhan sosial / *afiliasi* / akseptansi; yaitu kebutuhan perasaan diterima oleh orang lain, kebutuhan untuk menunjukkan jati diri, kebutuhan untuk maju dan tidak gagal, dan kebutuhan untuk diikutsertakan (Siagian, 1995).
- IV. Kebutuhan akan penghargaan (*Esteem Needs*), yaitu kebutuhan harga diri, pengakuan atas keberadaan, dan status serta perhatian. Status dan prestise dapat dimanifestasikan dalam bentuk pujian, kedudukan, promosi, dan ruang kerja yang nyaman (Siagian, 1995)

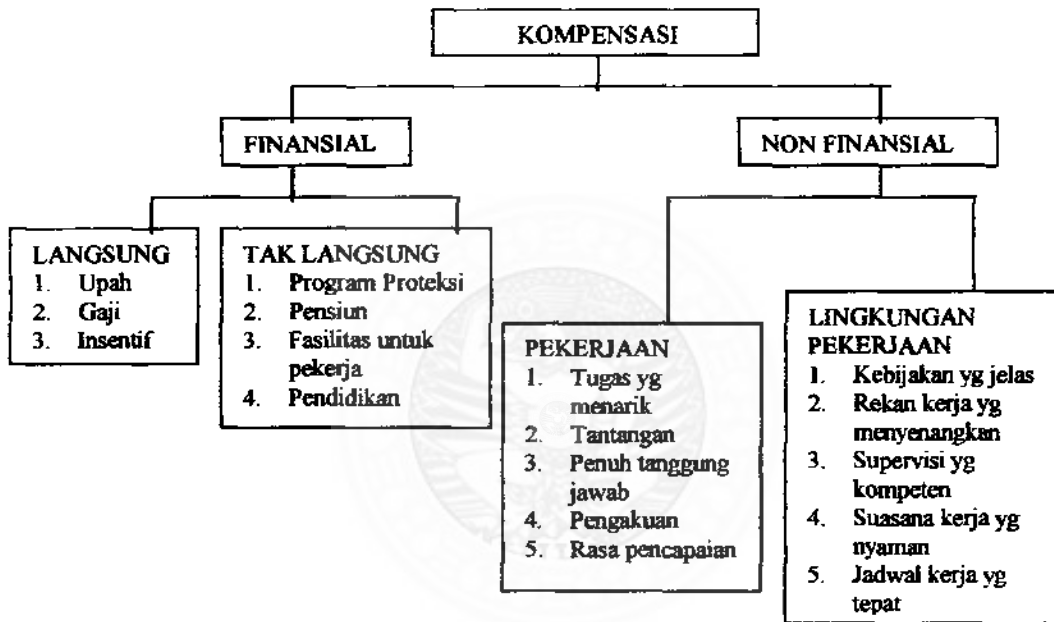
V. **Kebutuhan akan aktualisasi diri (*Self Actualization*), yaitu kebutuhan untuk mewujudkan potensi diri sesuai dengan kemampuan. Kecenderungan ini dapat diungkapkan sebagai keinginan untuk makin lama makin istimewa, untuk menjadi apa saja menurut kemampuan. Manifestasi dari kebutuhan ini sangat berbeda-beda bagi setiap individu**

Menurut Mc. Clelland yang ditulis oleh Siagian (1995), ada tiga jenis kebutuhan dasar yang sangat berbeda diantara individu, yaitu:

- (a) **Kebutuhan prestasi (*achievement*), yaitu seseorang mempunyai motivasi prestasi tinggi ingin dipandang sebagai orang yang berhasil dalam hidup. Kebutuhan ini tercermin pada dorongan untuk meraih kemajuan dan mencapai prestasi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Orang dengan motivasi prestasi tinggi adalah orang yang menyukai pekerjaan dengan kemungkinan berhasil besar, tetapi tidak senang pada pekerjaan yang terlalu berat atau terlalu ringan;**
- (b) **Kebutuhan kekuasaan (*power*), yaitu seseorang yang mempunyai motivasi kekuasaan tinggi menampakkan diri pada keinginan untuk mempunyai pengaruh terhadap orang lain. Mereka merasa mendapat dorongan apabila dapat mempengaruhi tindakan orang lain. Seseorang dengan motivasi kekuasaan tinggi menyukai kondisi persaingan dan akan lebih memberikan perhatian pada berbagai hal yang memungkinkan memperbesar pengaruh;**
- (c) **Kebutuhan afiliasi, yaitu seseorang yang mempunyai motivasi afiliasi tinggi yang tercermin pada keinginan berinteraksi dengan orang lain dalam organisasi, apakah teman sekerja atau atasan; kebutuhan akan afiliasi diusahakan melalui kerjasama dengan orang lain.**

2.9 Imbalan

Kompensasi merupakan istilah luas yang berkaitan dengan imbalan-imbalan finansial yang diterima oleh orang melalui hubungan kepegawaian dengan sebuah organisasi. Pada umumnya bentuk kompensasi adalah finansial karena pengeluaran moneter yang dikeluarkan oleh organisasi. Gambar 2.5. memberikan gambaran tentang program kompensasi.



Gambar 2.5. Komponen Program Kompensasi

Sumber : Simamora (1999)

Menurut Handoko (2000), Gaji adalah pembayaran tetap secara bulanan atau mingguan untuk karyawan (karyawan berkerah putih), sedangkan upah biasanya bersangkutan dengan pembayaran atas dasar jam kerja untuk kelompok karyawan berkerah biru.

Sedangkan insentif adalah tambahan penghasilan baik berupa uang maupun barang yang diberikan untuk membesarkan gairah kerja.

Menurut Simamora (1999) insentif digolongkan menjadi tiga, yaitu :

1. Insentif individu, yaitu program insentif individu memberikan kompensasi berdasarkan penjualan, produktifitas, atau penghematan biaya yang dapat dihubungkan dengan karyawan tertentu;
2. Insentive kelompok, program insentive kelompok mengalokasikan kompensasi kepada sekelompok karyawan (berdasarkan departemen, divisi, atau kelompok kerja) karena melampui syarat provitabilitas, produktivitas, atau penghematan biaya yang sudah ditentukan sebelumnya;
3. Insentive eksekutif, program insentive yang diberikan kepada tenaga pimpinan perusahaan.

Tujuan pemberian insentive adalah (1) memotivasi anggota organisasi, (2) Membuat kerasan pekerja yang sudah ada, (3) untuk menempatkan orang-orang yang berkualitas.

Dalam suatu sistem insentive yang mengkaitkan secara langsung antara pembayaran dengan prestasi, karyawan yang sama akan mengubah perilaku dengan meningkatkan hasil kerjanya untuk menaikkan penghasilan.

2. 10 Perencanaan

2.10.1 Pengertian Perencanaan :

Menurut Harold Koontz (1994), perencanaan adalah fungsi dari seorang manajer yang meliputi pemilihan berbagai alternatif tujuan-tujuan, kebijaksanaan-kebijaksanaan, prosedur-prosedur dan program-program. Sedang menurut Levey dan Loomba dalam Wiyono (1997), perencanaan adalah suatu penganalisaan dan pemahaman dari suatu sistem,

merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus, memperkirakan kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan rencana kerja yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan, menganalisa efektifitas dari berbagai rencana kerja ini, memilih satu diantaranya yang dipandang paling baik, menyusun perincian dari rencana kerja terpilih secara lengkap agar dapat dilaksanakan, dan mengikatnya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus dalam rangka dapat tercapainya hubungan optimal antara rencana kerja itu dengan sistem yang ada.

2.10.2 Tujuan Perencanaan

Perencanaan adalah suatu alat atau cara untuk mencapai suatu tujuan. Sedangkan maksud atau tujuan membuat perencanaan itu sendiri mempunyai alasan-alasan tertentu :

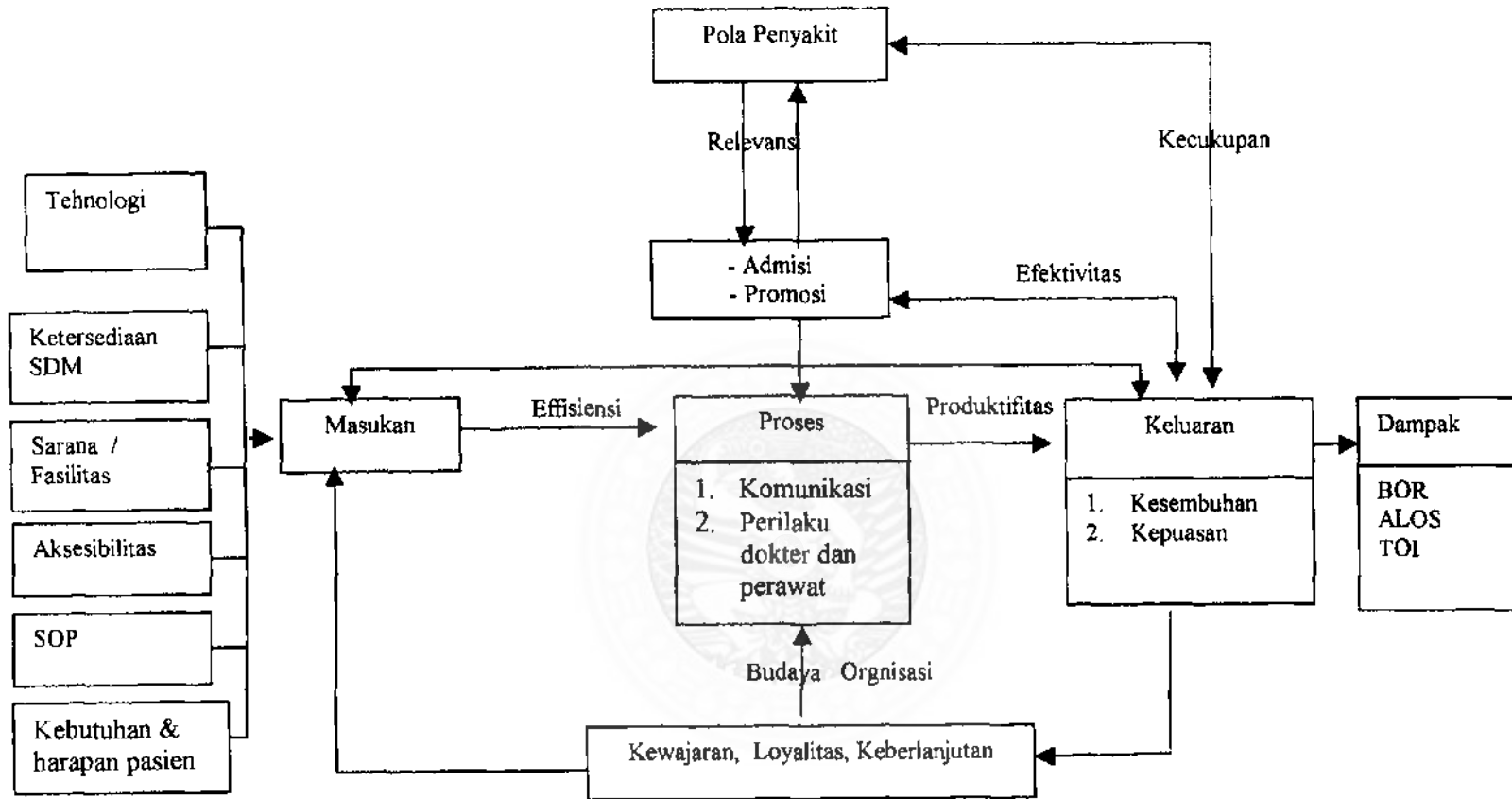
1. Dengan adanya perencanaan diharapkan tercapainya suatu pengarahan kegiatan, adanya pegangan bagi pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang ditujukan kepada pencapaian tujuan;
2. Dengan perencanaan maka dilakukan suatu perkiraan (forecasting) terhadap hal-hal dalam masa pelaksanaan yang akan dilalui. Perkiraan dilakukan mengenai potensi-potensi dan prospek-prospek perkembangan, juga mengenai hambatan dan resiko yang mungkin dihadapi. Perencanaan mengusahakan supaya ketidakpastian dapat dibatasi sedikit mungkin;
3. Perencanaan memberikan kesempatan untuk memilih berbagai alternatif tentang cara yang terbaik atau kesempatan untuk memilih kombinasi cara yang terbaik;

4. Dengan perencanaan dilakukan penyusunan skala prioritas. Memilih urutan-urutan dari segi pentingnya suatu tujuan, sasaran maupun kegiatan usahanya;
5. Dengan adanya rencana maka akan ada suatu alat pengukur atau standart untuk mengadakan pengawasan pengendalian/ evaluasi.

2.10.3 Cara berfikir sistem (*system thinking*)

Gambar 2.6. adalah gambaran cara berfikir sistem (*system thinking*) tentang Perencanaan Strategis Peningkatan Tingkat Hunian Ruang Shofa Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan yang menjadi fokus utama dari penelitian dan penulisan tesis ini.





Gambar 2.6. Proses Berfikir sistem dalam Perencanaan Peningkatan Hunian (Modifikasi Supriyanto S, 1988)

2.11 Analisis medan kekuatan (*Force field analysis*)

Sianipar dan Entang (2001) menyatakan bahwa analisis medan kekuatan (*force field analysis*) adalah suatu model analisis untuk pemetaan kekuatan organisasi. Dengan mengetahui peta kekuatan akan dapat dilihat arah yang dituju dan menyusun strategi pemanfaatan faktor unggulan pendorong yang paling potensial untuk mencapai sasaran dan mengurangi kekuatan faktor penghambat.

Analisis Medan Kekuatan (*force field analysis*) ini ditemukan oleh seorang ahli psikologi sosial bernama Kurt-Lewin dimaksudkan untuk membantu memvisualisasikan masalah. Manusia sebagai individu atau kelompok atau organisasi berjalan dalam satu medan kekuatan pengaruh positif dan negatif yang akan mempengaruhi upaya pencapaian suatu tujuan. Kekuatan positif (penggerak) membuat situasi saat itu menjadi lebih baik dan kekuatan negatif (penahan) membuat situasi menjadi lebih buruk. (S. Supriyanto, 2001)

Konsep dasar analisis medan kekuatan adalah bahwa dalam setiap upaya melakukan perubahan ada kekuatan mendorong dan menghambat. Dengan mempergunakan model analisis medan kekuatan dapat digambarkan dan dinilai kekuatan pergerakan sejumlah faktor pendorong (*driving force*) dan faktor penghambat (*resistensi force*) dalam membuat suatu perubahan kinerja organisasi dari satu posisi saat ini ke suatu arah posisi tertentu yang diinginkan organisasi.

Sedangkan S. Supriyanto (2001) menyebutkan bahwa melalui analisis medan kekuatan, kelompok atau organisasi dapat melakukan identifikasi

kekuatan penahan dan kekuatan penggerak, penilaian besar kekuatan " *the strength of each forces* " dari masing-masing kekuatan dan memutuskan tindakan apa yang harus dilakukan untuk memaksimalkan kekuatan penggerak serta meminimumkan kekuatan penahan.

2.11.1 Langkah Langkah Dalam Perencanaan Strategis (Model analisis medan kekuatan)

S. Supriyanto (2001) merumuskan tujuh langkah dalam perencanaan strategis dengan pendekatan *forces field analysis*, yaitu :

I. Langkah 1 : Nyatakan tujuan

Pada tahap ini dilakukan identifikasi situasi organisasi saat ini, identifikasi permasalahan, penyebab masalah dan tujuan;

Selanjutnya dalam langkah 1 ini dipaparkan dan dianalisis dan dirumuskan :

I.1.1. Tugas Pokok dan fungsi Organisasi (TUPOKSI)

I.1.2 Rumusan tujuan jangka panjang

I.1.3 Rumusan tujuan jangka pendek

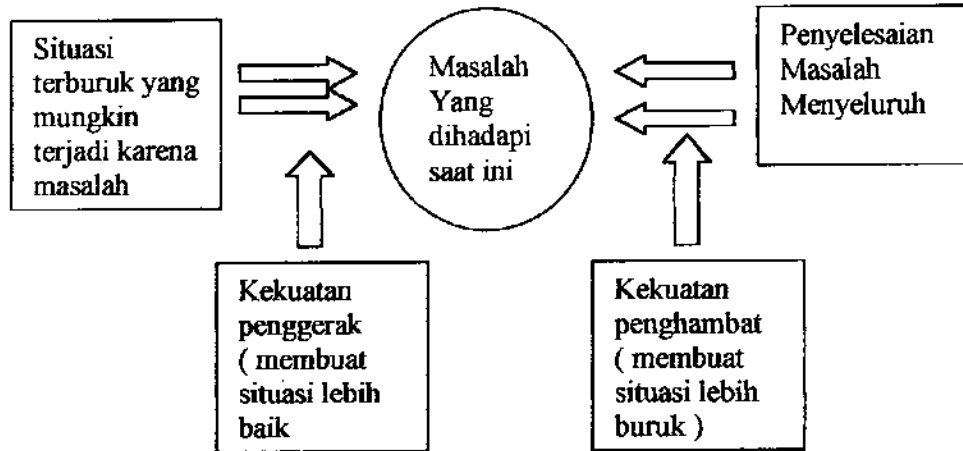
I.1.4 Kinerja saat ini dan di masa mendatang

II. Langkah 2 : Identifikasi Kekuatan Penahan dan Pendorong

II.1.1 Identifikasi kekuatan pendorong dan penghambat

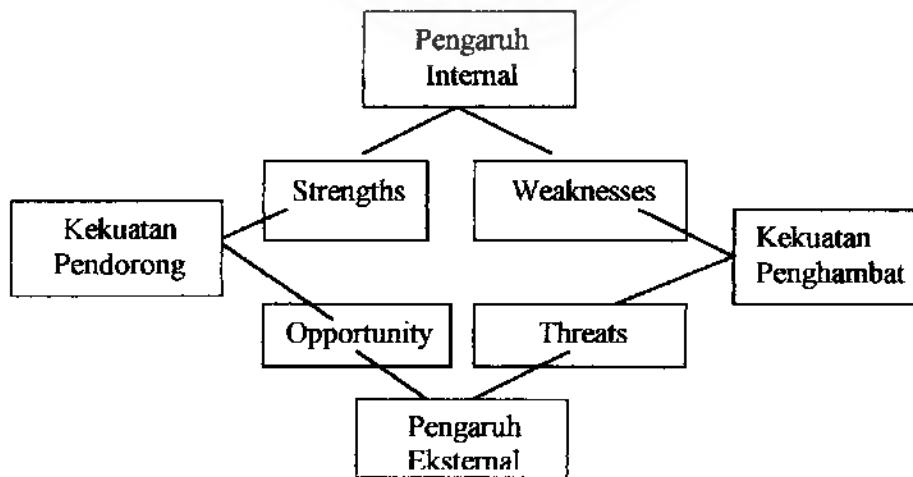
Kekuatan pendorong adalah faktor-faktor yang dapat membuat situasi saat ini menjadi lebih baik, sebaliknya kekuatan penghambat adalah faktor-faktor yang dapat membuat situasi menjadi lebih buruk. Secara lebih gamblang hubungan keterkaitan antara pemetaan kekuatan pendorong dan penghambat dengan pemecahan masalah yang dihadapi

adalah sebagaimana tergambar dalam gambar 2.7 sebagai berikut



Gambar 2.7 Keterkaitan Kekuatan Penggerak dan kekuatan Penghambat dengan pemecahan masalah (S. Supriyanto, 2001)

Apabila dikaitkan dengan teori SWOT (Strengths, weakness, opportunity, threats) maka posisi faktor penghambat dan faktor pendorong dapat dipahami sebagaimana tergambar dalam gambar 2.8 sebagai berikut :



Gambar 2.8. Keterkaitan Variabel kekuatan Pendorong dan kekuatan penghambat dengan teori SWOT (S. Supriyanto, 2001)

II.1.2. Identifikasi besar kekuatan (Skala Pengukuran)

Identifikasi besar kekuatan (pendorong dan penghambat) dilakukan dengan pembobotan penilaian terhadap masing-masing variabel dengan skala yang ditentukan yakni antara 1 sampai dengan 5

(a) Penilaian Variabel Pendorong

(b) Penilaian Variabel Penghambat

III. Langkah 3 : Analisis kekuatan dan pilih kekuatan kunci

III.1. Penilaian dampak kekuatan, kekuatan relatif dan kemudahan

Penyelesaian

III.2. Tentukan dampak , tingkat kendali dan kekuatan relatif pendorong

III.3. Keterkaitan kekuatan relatif

III.4. Pilih kekuatan kunci

Identifikasi besar kekuatan, analisis dampak kekuatan dari variabel kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat (langkah II dan langkah III) dilakukan dengan melakukan pembobotan nilai dengan berpedoman pada

a. Untuk Penilaian Variabel Penghambat & Kemudahan Penyelesaian dipergunakan skala penilaian sebagai berikut

| Definisi Kekuatan Penghambat dalam pencapaian tujuan | Penilaian |
|---|-----------|
| Dampak sangat kuat menghambat pencapaian tujuan (81-100%) | 5 |
| Dampak kuat menghambat pencapaian tujuan (61-80%) | 4 |
| Dampak cukup kuat menghambat pencapaian tujuan (41- 60%) | 3 |
| Dampak kurang menghambat pencapaian tujuan (21-40%) | 2 |
| Dampak sangat kurang menghambat pencapaian tujuan (0-20%) | 1 |

| Tingkat kemudahan masalah diselesaikan | Penilaian |
|---|-----------|
| Kekuatan penghambat sangat mudah diselesaikan | 5 |
| Kekuatan penghambat susah diselesaikan | 4 |
| Kekuatan penghambat cukup mudah diselesaikan | 3 |
| Kekuatan penghambat sukar diselesaikan | 2 |
| Kekuatan penghambat sangat sukar diselesaikan | 1 |

b. Untuk Penilaian Variabel Pendorong & Kemampuan Pengendalian Manajemen

| Definisi Kekuatan Pendorong dalam pencapaian tujuan | Penilaian |
|---|-----------|
| Dampak sangat kuat mendorong tujuan tercapai (81-100%) | 5 |
| Dampak kuat mendorong tujuan tercapai (61-80%) | 4 |
| Dampak cukup kuat mendorong tujuan tercapai (41 - 60 %) | 3 |
| Dampak kurang mendorong tujuan tercapai (21-40%) | 2 |
| Dampak sangat kurang mendorong tujuan tercapai (0-20%) | 1 |

| Definisi Kekuatan tingkat kendali manajemen | Penilaian |
|---|-----------|
| Seluruhnya dibawah kendali (81-100%) | 5 |
| Sebagian besar dibawah kendali (61-80%) | 4 |
| Sebagian dibawah kendali (41 - 60 %) | 3 |
| Sebagian kecil dibawah kendali (21-40%) | 2 |
| Diluar kendali (0-20%) | 1 |

Kekuatan relatif pendorong adalah penjumlahan skoring dari dampak kekuatan pendorong ditambah kekuatan pengendalian manajemen dibagi dua. Sedangkan kekuatan relatif penghambat adalah penjumlahan skoring dari dampak kekuatan penghambat ditambah kemudahan penyelesaian dibagi dua.

IV. Langkah 4 : Penciptaan ide strategis (melalui forum curah pendapat)

V. Langkah 5 : Susun sumber daya Organisasi

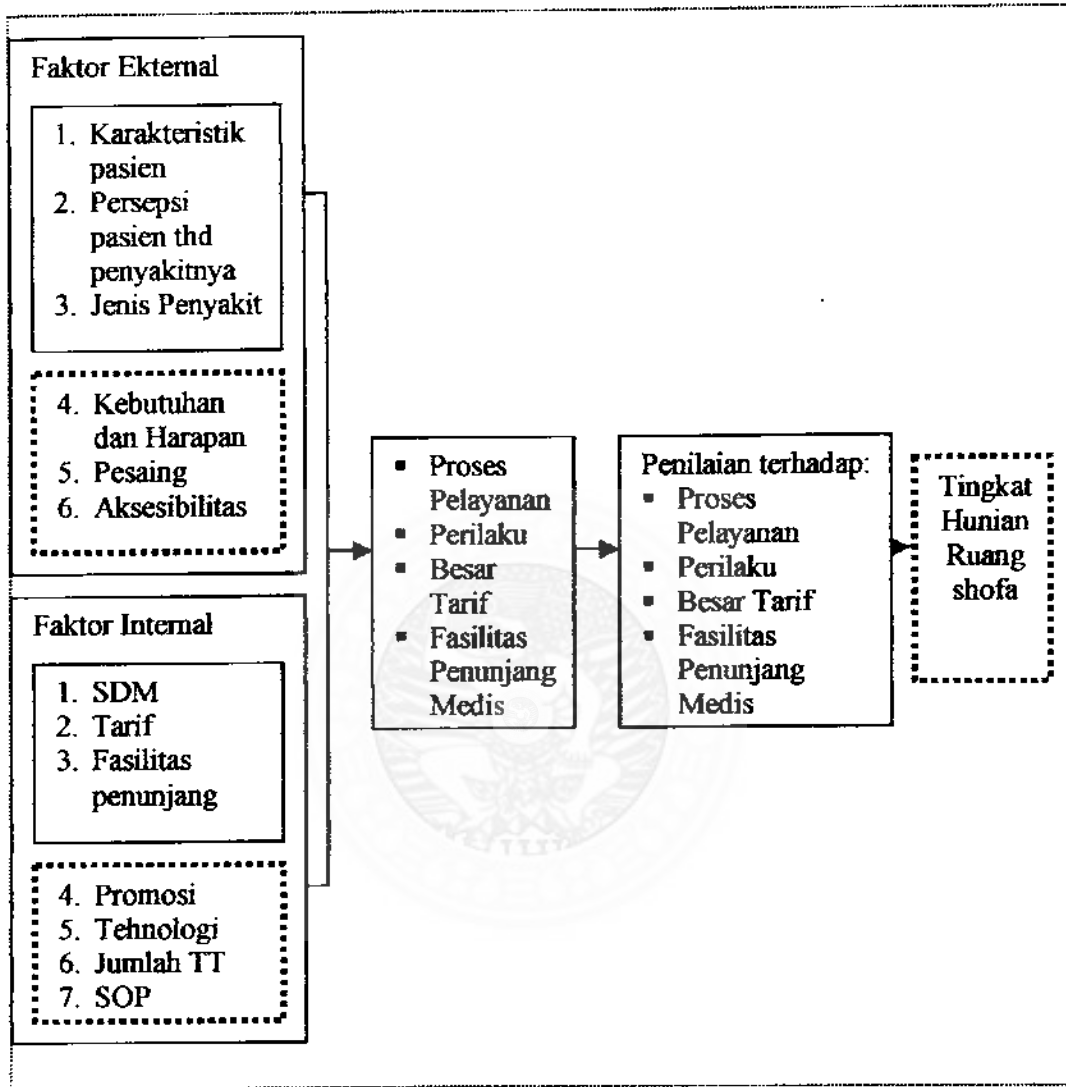
VI. Langkah 6 : Merencanakan kegiatan operasional

VII Langkah 7 : Pengorganisasi dan pengendalian



BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL



Keterangan

- : **Diteliti**
- : **Tidak diteliti**

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Keterangan Gambar 3.1

Tingkat hunian suatu rumah sakit sangat dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal yang oleh Damayanti dan Supriyanto (2001) dikelompokkan dalam tiga bagian. Pertama, faktor yang terkait dengan karakteristik individu atau masyarakat, misalnya umur, tingkat pendidikan, pengetahuan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan, sikap, kepercayaan maupun keyakinannya; Kedua, faktor yang terkait dengan lingkungan misalnya keterjangkauan/ aksesibilitas, rumah sakit pesaing; Ketiga, faktor yang berkaitan dengan aspek provider, misalnya proses pelayanan dalam hal ini sikap/perilaku dokter/petugas, SDM yang ada, jumlah tempat tidur, fasilitas, teknologi, SOP maupun promosi yang dilakukan oleh rumah sakit. Sesuai rumus, *bed occupancy rate* atau tingkat hunian adalah jumlah hari perawatan dibagi jumlah tempat tidur dalam satu satuan waktu tertentu. Sedangkan lama perawatan ditentukan oleh jenis penyakit yang ditangani, fasilitas yang tersedia dan kemampuan pasien dalam membayar. Dengan kata lain tingkat hunian adalah perpaduan antara lama perawatan, jumlah tempat tidur dan jumlah pasien.

Proses layanan dan perilaku petugas merupakan faktor yang sangat penting bagi usaha pelayanan jasa seperti rumah sakit, karena seluruh proses tersebut terjadi dan berlangsung dihadapan pasien sehingga hal tersebut sangat menentukan tingkat kepuasan konsumen/pasien. Sedangkan kepuasan pasien tersebut akan sangat berpengaruh terhadap tingkat hunian rumah sakit.



BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian *exspost facto* dengan rancangan *Cross sectional* yakni untuk meneliti ciri populasi pada waktu tertentu yakni mulai tanggal 15 September 2002 sampai tanggal 15 Oktober 2002 dan merupakan penelitian studi kasus di RSML. Dengan mempertimbangkan bahwa yang ingin diketahui adalah perasaan, pengalaman, alasan dan motivasi responden, maka pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan wawancara. (Alport dalam Zainudin, 2000)

4.2 Lokasi Penelitian

Pengambilan data dilakukan di rumah sakit Muhammadiyah Lamongan, khususnya di ruang shofa RSML.

4.3 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama satu bulan, mulai tanggal 15 September 2002 sampai tanggal 15 Oktober 2002.

4.4 Populasi dan Sampel

4.4.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah:

- a. Pasien ruang shofa RSML tanggal 15 September 2002 sampai tanggal 15 Oktober 2002;
- b. Dokter spesialis bedah dan perawat serta pembantu perawat ruang shofa seluruhnya diikutkan dalam penelitian ini karena jumlahnya relatif kecil.

diskusi terpimpin untuk menentukan isu strategis, prioritas penanganan dan perencanaan pemecahan final;

4.6 Variabel Penelitian

1. Karakteristik Responden

- 1.1. Ekonomi
- 1.2. Referensi
- 1.3. Alasan MRS
- 1.4. Persepsi Pasien terhadap penyakitnya
- 1.5. Jenis penyakit

2. Penilaian Responden

- 2.1. Penilaian terhadap proses layanan dan perilaku dokter spesialis bedah, petugas ruang Shofa dan petugas penunjang medik
- 2.2. Penilaian terhadap tarif
- 2.3 Penilaian terhadap sarana / prasarana

3. Sumber Daya Manusia (Dokter spesialis bedah dan petugas):

- 3.1. Kuantitas
- 3.2. Kualitas
- 3.3. Motivasi
- 3.4. Komitmen

4.7 Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel :

4.7.1 Karakteristik Responden :

Karakteristik responden adalah ciri-ciri yang dimiliki responden, yang meliputi :

- (1) Faktor Ekonomi, adalah semua hal yang dapat diuangkan dan berhubungan dengan uang. Variabelnya terdiri dari :
- a. Pekerjaan, adalah usaha yang dilakukan oleh salah satu anggota keluarga yang menjadi kepala keluarga dimana dalam melakukannya akan mendapat imbalan uang yang digunakan sebagian besar untuk pengeluaran keluarga tersebut. Kuisisionernya menggunakan skala nominal . Kriterianya (1) Swasta, (2) Pegawai negeri, (3) TNI/Polri, (4) Petani, (5) Lain-lain, sebutkan.
 - b. Pengeluaran, adalah sejumlah uang yang harus dikeluarkan untuk seluruh keperluan sehari-hari (pangan, papan, sandang, pendidikan), bagi seluruh keluarga yang menjadi tanggungan, diukur dengan cara diambil rata-rata dalam sebulan;
 - c. Sumber biaya, adalah semua yang menanggung biaya pengobatan konsumen berdasarkan rekening yang dikeluarkan rumah sakit selama dirawat di RS. Kuisisionernya menggunakan skala nominal, dengan kriteria (1) tanggungan asuransi, (2) tanggungan sendiri; (3) tanggungan keluarga; (4) tanggungan orang lain;
- (2) Faktor referensi, adalah kelompok atau perorangan atau suatu hal (gambar brosur, pameran) yang memberikan pengaruh langsung maupun tak langsung terhadap perilaku konsumen dalam memilih RS sebagai tempat rawat inap. Variabelnya meliputi :
- a. Sumber pribadi, adalah sumber yang mempunyai hubungan erat terhadap individu yang bersangkutan dimana terdapat interaksi

yang berkesinambungan seperti : keluarga, sahabat, tetangga dan teman sekerja;

- b. Sumber tenaga kesehatan, adalah saran atau anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan (dokter, paramedis), baik yang bertugas di RSML maupun tidak, selain dokter spesialis bedah yang akan merawat;
- c. Sumber komersial, adalah sumber yang merupakan usaha dari pihak pemasaran rumah sakit untuk menarik konsumen antara lain berbentuk brosur, leaflet, pameran pembangunan, penyuluhan kesehatan, bakti sosial;
- d. Sumber dokter spesialis yang akan merawat adalah dokter spesialis bedah yang bekerja di RSML baik organik maupun dokter mitra.

(3) Faktor alasan memilih ruang rawat inap, adalah proses belajar konsumen sehingga mempunyai alasan utama dalam memilih RS Muhammadiyah Lamongan sebagai tempat rawat inap. Variabelnya adalah :

- a. Alasan dokter, adalah alasan memilih RS karena dokter yang merawat;
- b. Alasan karena pelayanan di RSML cepat, murah, manjur
- c. Alasan karena lokasi, jarak dan kemudahan transportasi
- d. Alasan alat sarana, adalah alasan memilih RS karena kelengkapan alat dan sarana yang dimiliki oleh RSML;

(4) Persepsi Pasien Terhadap Penyakitnya, adalah persepsi pasien tentang penyakit yang dideritanya pada saat MRS. Cara pengukuran dengan menggunakan kuisioner dan jawaban dikelompokkan dalam katagori Ringan, cukup gawat, gawat dan sangat gawat sesuai dengan persepsi pasien dan keluarganya

4.7.2 Penilaian terhadap proses layanan dan perilaku

Penilaian responden adalah penilaian responden tentang perasaan dan pengalamannya terhadap proses pelayanan yang diterima di ruang shofa.

Penilaian tersebut meliputi penilaian terhadap proses layanan dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas ruang Shofa serta petugas penunjang medik yaitu pelayanan gizi, kamar operasi, rontgen, kamar obat, dan laboratorium.

Proses layanan yang dimaksud dalam hal ini adalah tentang :

- (a) Ketanggapan (*responsiveness*), yakni kesediaan, kecepatan dokter spesialis bedah dan petugas dalam menanggapi keluhan pasien, dan penilaian pasien yang meliputi kecepatan dan kesediaan memberikan bantuan pada pasien;
- (b) Empati, adalah kesediaan dokter spesialis bedah dan petugas untuk mendengarkan keluhan pasien dan harapan kebutuhan pasien. Dimensi ini meliputi mengenal pasien dengan baik, kesediaan untuk menjadi pendengar yang baik, kesediaan melakukan komunikasi interaktif dengan pasien, tidak pernah memarahi pasien dan keluarganya, serta pelayanan yang tidak membedakan status sosial;

(c) Keberadaan, adalah keberadaan dokter dan petugas pada saat dibutuhkan.

(d) Berwujud (*tangible*), adalah penampilan petugas yang dirasakan oleh pasien.

Sedang perilaku yang dinilai adalah tentang (a) memberi salam ketika bertemu, (b) memberikan do'a atau motivasi untuk kesembuhan dan (c) berbicara dengan tidak memalingkan muka

Cara pengukuran dengan menggunakan kuisioner, masing-masing jawaban diberi nilai :

| | |
|---------------|-----|
| Selalu | = 4 |
| Sering | = 3 |
| Kadang-kadang | = 2 |
| Tidak pernah | = 1 |

Nilai komposit (rata-rata) adalah total skor dibagi jumlah item. Skor adalah nilai dari masing-masing item. Nilai komposit dikembalikan menjadi tingkat penilaian yaitu :

| | |
|-------------|---------------|
| 1 -- 1,75 | = kurang |
| 1,76 -- 2,5 | = cukup |
| 2,6 ---3,25 | = baik |
| 3,26---4 | = Sangat baik |

4.7.3 Penilaian terhadap Sarana/ Prasarana

Sarana/ prasarana yang dimaksudkan disini adalah segala sesuatu yang merupakan kelengkapan pelayanan di ruang shofa yang meliputi ketersediaan alat dan sarana kelengkapan pelayanan medis (bahan gips, alat bebat, obat-obatan) , termasuk dalam hal ini adalah kebersihan ruang shofa maupun kamar mandi.

4.7.4 Penilaian terhadap tarif :

Tarif adalah sejumlah nilai nominal uang (atau kadang-kadang berupa barang *in-natura* yang setara nilainya) yang harus dibayar seseorang untuk memperoleh barang atau jasa pelayanan. Tarif dalam hal ini meliputi tarif sewa ruangan, tarif tindakan (operasi) dan tarif visite (kunjungan dokter). Cara pengukuran dengan mempergunakan kuesioner (terlampir). Jawaban responden merupakan pendapat responden terhadap kemauan membayar (*willingness to pay*) pada pola tarif ruang shofa RSML.

4.7.5 Sumber Daya Manusia (SDM) :

- a) SDM adalah tenaga yang bekerja di ruang shofa, meliputi dokter spesialis bedah dan perawat serta pembantu perawat ruang shofa
- b) Kuantitas adalah jumlah dokter spesialis bedah maupun petugas ruangan.
- c) Kualitas adalah tingkat pendidikan formal yang terakhir.
- d) Motivasi adalah dorongan atau motif seseorang untuk bertindak.

Variabel motivasi ini diukur melalui lima tingkatan kebutuhan sesuai dalam teori Maslow sebagai berikut:

- kebutuhan fisiologis dalam hal ini adalah tentang sistim pembagian jasa medik dan perbandingan penghasilan yang diperoleh pada rumah sakit lain untuk jenis pekerjaan yang sama.
- kebutuhan rasa aman dalam hal ini adalah tentang status kepegawaian dan pengaturan hubungan kerja serta peraturan lain yang terkait dengan perlindungan hukum.

- kebutuhan afiliasi dalam hal ini tentang tingkat penerimaan manajemen terhadap peran serta dokter spesialis bedah maupun petugas ruang shofa dalam proses pengambilan keputusan.
 - kebutuhan penghargaan adalah tentang sistem pemberian penghargaan kerja kepada karyawan.
 - kebutuhan perwujudan diri adalah tingkat penerimaan manajemen terhadap ide yang diajukan, keikutsertaan dalam diklat dan respon manajemen terhadap pentingnya diklat.
- e) Komitmen adalah seberapa kuat seorang karyawan ingin berpartisipasi untuk mencapai tujuan RSML. Pertanyaan komitmen dikelompokkan dalam tiga hal yaitu mengenai :
- *a willingness* yaitu kemauan menempatkan usahanya untuk keperluan organisasi.
 - *a belief* yaitu keyakinan yang kuat dan menerima tujuan dan nilai organisasi
 - *a desire* yaitu keinginan untuk menjadi anggota organisasi.
 - *normative and continuance commitment* yaitu keinginan untuk tetap tinggal pada organisasi.

4.7.6 Jenis Penyakit

Jenis penyakit disini adalah jenis penyakit atau diagnose penyakit pasien yang menjalani rawat inap diruang shofa selama penelitian berlangsung pada pertengahan bulan September sampai pertengahan Oktober 2002, dan juga data sekunder yang diperoleh dari bagian rekam medis pada saat observasi dilakukan.

4.7.7 Forum Diskusi Kelompok terpimpin

Forum Diskusi Kelompok Terpimpin adalah salah satu tehnik dalam pengumpulan data kualitatif, dalam pelaksanaannya sekelompok orang berdiskusi tentang suatu topik atau isu strategis tertentu yang telah dipilih dan dipersiapkan terlebih dahulu, dengan pengarahan dari seorang fasilitator.

Forum Diskusi tersebut dihadiri oleh direktur RSML, wadir administrasi & keuangan, wadir medik, dokter spesialis bedah, pejabat struktural setingkat kepala bidang, kepala ruang instalasi penunjang medis dan kepala ruang Shofa.

Pendapat dan penilaian para peserta diskusi terhadap isu yang dibicarakan akan menghasilkan prioritas isu strategis yang harus ditangani, ide strategis serta pemecahan final yang harus dilakukan.

4.7.8. Dokumen perencanaan strategis peningkatan hunian ruang shofa

Dokumen perencanaan peningkatan hunian ruang shofa adalah suatu dokumen yang berisi pemetaan variabel kekuatan pendorong dan variabel kekuatan penghambat, pemetaan pembobotan kekuatan pendorong dan penghambat, prioritas isue strategis dan rekomendasi perencanaan pemecahan final sebagai hasil analisis medan kekuatan (*force field analysis*) dari proses curah pendapat dalam forum diskusi kelompok terpimpin.

4.8. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah:

1. Kuesioner dan wawancara pada responden yaitu pasien/ keluarga, dokter

spesialis bedah dan petugas ruang shofa.

2. Data sekunder dari bagian rekam medik dan Polres Lamongan.

4.9. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian.

Djamaludin Ancok dalam Singarimbun (1995) mengatakan bahwa ketepatan pengujian suatu hipotesis tentang hubungan antar variabel penelitian sangat tergantung pada kualitas data yang dipakai dalam pengujian tersebut. Agar kita mendapatkan alat ukur yang relatif konsisten perlu melakukan uji validitas dan uji reliabilitas.

Sebuah pertanyaan dikatakan valid apabila mempunyai dukungan yang besar terhadap skor total, artinya satu pertanyaan memiliki validitas yang tinggi jika skor pada pertanyaan mempunyai kesejajaran dengan skor total. Teknik untuk mengetahui dukungan skor pertanyaan terhadap skor total menurut Djamaludin Ancok adalah dengan menghitung korelasi antar masing-masing pertanyaan dengan skor total yang menggunakan rumus teknik korelasi *product moment*.

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan korelasi Pearson, kemudian untuk item kuesioner yang belum valid dilakukan *face validity* dengan pembimbing. Uji reliabilitas dilakukan dengan teknik belah dua untuk kuesioner pasien, sedangkan kuesioner untuk dokter dan petugas menggunakan teknik *test retest*.

4.10. Teknik Analisis Data

1. Dilakukan analisis tentang karakteristik responden, penilaian responden, karakteristik petugas dan dokter spesialis bedah dengan membuat tabulasi dan

pengelompokan. Tabulasi terdiri dari frekwensi dan persentase masing-masing kelompok.

2. Selanjutnya berdasarkan hasil analisis dilakukan pemetaan terhadap variabel kekuatan pendorong dan penghambat, pembobotan dan penilaian kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat, perumusan isu strategis, prioritas isu, ide strategis melalui forum diskusi kelompok terpimpin sebagai bagian dari proses analisis medan kekuatan (*force field analysis*) untuk menyusun rencana strategis dan rencana pemecahan final tentang peningkatan tingkat hunian ruang Shofa yang menjadi fokus utama penulisan tesis ini.





BAB 5
HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Dalam bab ini akan disajikan hasil penelitian yang secara garis besar dibagi dalam tiga bagian. Pertama, hasil penelitian yang dilaksanakan terhadap pasien ruang Shofa yang meliputi tentang karakteristik pasien, penilaian pasien selama menjalani masa perawatan. Kedua, hasil penelitian yang telah dilaksanakan terhadap petugas ruang Shofa. Ketiga, hasil penelitian pada dokter spesialis bedah yang merawat pasien di ruang Shofa. Namun untuk dapat memberikan gambaran lebih utuh terhadap ketiga hal tersebut diatas, terlebih dahulu akan dipaparkan rona lingkungan RSML secara umum.

5.1 Gambaran Umum RSML

RSML adalah Rumah Sakit swasta milik Persyarikatan Muhammadiyah yang berdiri sejak tahun 1968, mengawali kegiatan amal usahanya dalam bentuk Balai Pengobatan yang berlokasi disebelah selatan alun-alun kota Lamongan dengan menempati bangunan bertingkat tiga dengan luas lahan sekitar 1.363 M². Sejak tahun 1998, RSML membangun bangunan baru di lokasi yang berbeda yang terletak ± 2 Km sebelah utara dari lokasi lama, tepatnya di Jalan Jaksa Agung Suprpto. Lokasi baru ini mempunyai luas lahan 17.534 M² dan secara bertahap dibangun fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih representatif.

RSML saat ini mempunyai fasilitas tempat tidur (TT) dengan perincian seperti yang tercantum dalam tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1 : Distribusi Tempat Tidur Ruang Rawat Inap RSML Tahun 2002

| No | Unit Perawatan | VIP | Klas I | Klas IIA | Klas II B | Zaal | Total |
|----|-------------------|-------|--------|----------|-----------|--------|-------|
| 1 | Marwah | 1 | 2 | 9 | 6 | 12 | 30 |
| 2 | Shofa | 0 | 1 | 8 | 4 | 12 | 25 |
| 3 | Sakinah | | | | | | |
| | a. Rumah Bersalin | 0 | 1 | 4 | 4 | 6 | 15 |
| | b. Neonatus | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 |
| 4 | ICU | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 5 | Mentari Dewasa | 0 | 1 | 2 | 1 | 9 | 13 |
| 6 | Mentari Anak | 0 | 0 | 5 | 0 | 4 | 9 |
| 7 | Ar-rohmah | | | | | | |
| | a. Ruang Bersalin | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 8 |
| | b. Neonatus | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| | Jumlah | 1 | 8 | 30 | 25 | 49 | 113 |
| | Persentase | 0.88% | 7.08% | 26.55% | 22.12% | 43.36% | 100% |

sumber : Laporan Bagian Rekam Medik bulan September tahun 2002

Berdasarkan tabel 5.1 tersebut diatas dapat diketahui bahwa RSML sebagai suatu unit amal usaha Persyarikatan Muhammadiyah lebih menitik beratkan penyediaan pelayanan bagi masyarakat kelas menengah kebawah yang dapat dilihat dari penyediaan TT kelas II B dan kelas Zaal yang jumlahnya mencapai 74 TT atau 65,48 % dari keseluruhan TT yang tersedia di RSML.

5.1.1 Tenaga Pelaksana

Keadaan ketenagakerjaan di RSML sejak didirikan sampai saat ini terus menerus mengalami pertumbuhan. Keadaan ketenagakerjaan pada akhir tahun 2002 dibandingkan dengan tahun 2000 dan 2001 memperlihatkan bahwa selama tiga tahun terakhir jumlah tenaga kerja terus meningkat secara signifikan seiring dengan meningkatnya pelayanan dan pengembangan sarana dan prasarana RSML. Secara terperinci penambahan jumlah tenaga kerja RSML tersebut dapat dilihat dari tabel dan grafik berikut :

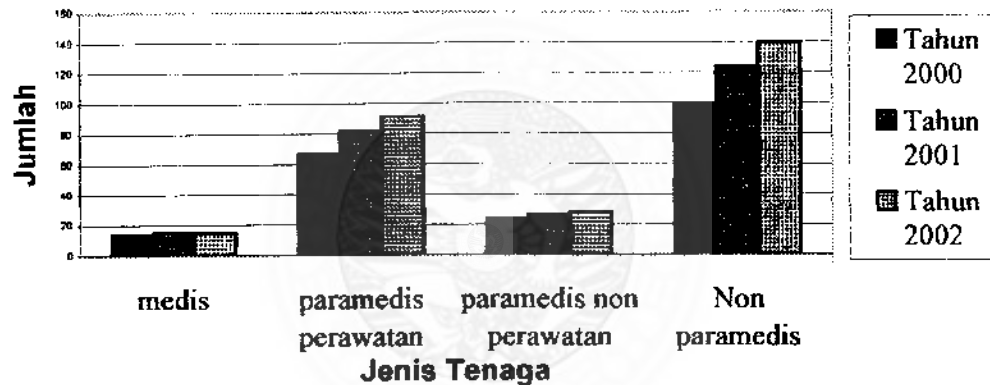
Tabel 5.2 Perkembangan Ketenagaan RSML Tahun 2000-2002.

| No | JENIS TENAGA | TENAGA 2000 | TENAGA 2001 | TENAGA 2002 |
|--------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 1 | Medis | 14 | 15 | 15 |
| 2 | Paramedis perawatan | 67 | 82 | 91 |
| 3 | Paramedis non perawatan | 24 | 26 | 28 |
| 4 | Non paramedis | 99 | 124 | 140 |
| JUMLAH | | 204 | 247 | 274 |

Data : laporan tahunan Rumah Sakit tahun 2002

Grafik 5.1 : Perkembangan Ketenagaan RSML tahun 2000-2002

Grafik Ketenagaan RSML Tahun 2000 - 2002



Data : laporan tahunan Rumah Sakit tahun 2002

Grafik diatas menunjukkan bahwa jumlah tenaga kerja di RSML secara berkelanjutan mengalami peningkatan pada setiap tahunnya. Peningkatan tersebut merupakan konsekwensi logis dari semakin berkembangnya jenis pelayanan dan peningkatan jumlah pasien di RSML. Dari 15 orang tenaga medis organik yang ada ini terdiri dari 12 orang dokter umum dan dokter gigi dengan perincian 7 orang dokter umum, satu orang dokter gigi dan 4 orang dokter jaga, serta 3 orang dokter spesialis organik masing-masing satu orang untuk spesialisiasi bedah umum, anestesi dan obsgyn. Keberadaan petugas Ruang Shofa didukung pula

dengan unit beserta tenaganya yang berperan dalam menunjang peningkatan hunian R Shofa adalah petugas IGD (8 orang), Kamar Operasi dan Anastesi (15 orang), ICU (6 orang) dengan latar belakang pendidikan sebagian besar D3 Keperawatan (75%). Ditambah dengan penunjang medis yang meliputi bagian Laboratorium (8 orang) dan bagian radiologi (2 orang), kedua bagian tersebut kesemuanya melayani selama 24 jam.

5.2 Karakteristik Responden.

Karakteristik responden yang diteliti meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, pengeluaran bulanan, sumber biaya pengobatan, referensi dan faktor alasan memilih berobat ke RSML serta persepsi responden terhadap penyakitnya.

5.2.1 Umur

Dari hasil penelitian karakteristik umur responden diperoleh temuan sebagaimana tergambar dalam tabel 5.3 sebagai berikut.

Tabel 5.3 Distribusi Umur Responden Ruang Shofa RSML, tahun 2002

| U m u r | F r e k u e n s i | P e r s e n t a s e |
|---------------------|-------------------|---------------------|
| 0 - 1 2 t a h u n | 5 | 7 . 1 |
| 1 3 - 2 0 t a h u n | 1 7 | 2 4 . 3 |
| 2 1 - 5 5 t a h u n | 4 0 | 5 7 . 1 |
| > 5 5 t a h u n | 8 | 1 1 . 4 |
| j u m l a h | 7 0 | 1 0 0 . 0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden ruang Shofa berumur antara 21 – 55 tahun yaitu sebesar 57,1% dan yang berumur 13-20 tahun sebesar 24,3%. Berdasarkan temuan ini, dapat diketahui bahwa responden ruang Shofa yang terbanyak berasal dari golongan usia dewasa.

5.2.2 Jenis kelamin

Dari sisi jenis kelaminnya, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.4 Distribusi Jenis Kelamin Responden Ruang Shofa RSML, Tahun 2002

| Jenis kelamin | Frekuensi | Persentase |
|---------------|-----------|------------|
| laki-laki | 47 | 67.1 |
| perempuan | 23 | 32.9 |
| jumlah | 70 | 100.0 |

Tabel 5.4 tersebut diatas memberikan gambaran bahwa sebagian besar responden yang dirawat di ruang Shofa berjenis kelamin laki-laki yakni mencapai 47 orang atau 67,1 %, sedangkan responden perempuan berjumlah 23 orang atau 32,9 % dari keseluruhan jumlah responden.

5.2.3 Pendidikan

Karakteristik responden dalam hal latar belakang pendidikannya, dalam hal ini adalah pendidikan formal responden, dari hasil penelitian diketahui sebagai berikut.

Tabel 5.5 Distribusi Tingkat Pendidikan Responden Ruang Shofa, Tahun 2002

| Pendidikan | Frekuensi | Persentase |
|----------------|-----------|------------|
| Tidak tamat SD | 9 | 12.9 |
| SD | 19 | 27.1 |
| SMT P | 18 | 25.7 |
| SMT A | 23 | 32.9 |
| P T | 1 | 1.4 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tertinggi responden adalah sarjana (1,4%) dan terendah tidak tamat SD dan tamat SD (40%). Sebanyak 32,9 % berpendidikan lulus SMTA atau sederajat. Data diatas dapat mencerminkan bahwa tingkat pendidikan responden 40 % berpendidikan SD dan tidak tamat SD, sehingga dapat dikategorikan memiliki tingkat pendidikan relatif rendah.

5.2.4 Pekerjaan

Karakteristik pekerjaan kepala keluarga responden ruang Shofa, hasil penelitian memperoleh temuan sebagaimana tampak dalam tabel 5.6 berikut ini.

Tabel 5.6 Distribusi pekerjaan Kepala Keluarga Responden Ruang Shofa, tahun 2002

| Pekerjaan | Frekuensi | Persentase |
|----------------|-----------|------------|
| Swasta | 17 | 24,3 |
| Pegawai negeri | 0 | 0,0 |
| TNI/Polri | 0 | 0,0 |
| Petani | 18 | 25,7 |
| Buruh/Kuli | 35 | 50,0 |
| Jumlah | 70 | 100,0 |

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar pekerjaan kepala keluarga responden ruang shofa adalah buruh/kuli musiman yaitu 50 %. Pekerjaan sebagai petani mencapai 25,7 %, sedangkan sebagai pegawai swasta sejumlah 24,3%.

5.2.5 Pengeluaran Keluarga

Dari sisi pengeluaran keluarga rata-rata per bulan yakni jumlah pengeluaran rata-rata perbulan untuk memenuhi keperluan sandang, pangan, papan dan pendidikan, didapatkan hasil penelitian sebagai berikut :

Tabel 5.7 Distribusi Pengeluaran Keluarga Responden Ruang Shofa, Tahun 2002

| Besar pengeluaran | Frekuensi | Persentase |
|-------------------|-----------|------------|
| 0 - 249 ribu | 44 | 62,9 |
| 250 - 499 ribu | 16 | 22,9 |
| 500 - 749 ribu | 5 | 7,1 |
| 750 - 1 juta | 5 | 7,1 |
| jumlah | 70 | 100,0 |

Berdasarkan data sebagaimana termuat dalam tabel 5.7 tersebut diperoleh temuan bahwa sebagian besar responden atau 62,9 % mengaku pengeluaran per bulan kurang dari Rp. 250.000,00, sedangkan 22,9 % mengaku memiliki pengeluaran per bulannya antara Rp. 250 ribu – Rp. 499 ribu. Sementara sisanya,

masing-masing 7,1% responden mengaku pengeluaran perbulannya diantara Rp. 500 ribu- Rp 749 ribu dan antara Rp. 750 ribu – 1 juta. Ini berarti bahwa sebagian besar responden merupakan golongan menengah kebawah.

5.2.6 Sumber Biaya Pengobatan

Dari hasil penelitian dapat diketahui sumber biaya pengobatan responden adalah sebagaimana termuat dalam tabel 5.8 sebagai berikut.

Tabel 5.8 Distribusi Sumber Biaya Pengobatan Responden Ruang Shofa,tahun 2002

| Sumber Biaya | Frekuensi | Persentase |
|--------------------------|-----------|------------|
| Asuransi | 1 | 1.4 |
| Tanggungannya sendiri | 23 | 32.9 |
| Tanggungannya keluarga | 45 | 64.3 |
| Tanggungannya orang lain | 1 | 1.4 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Tabel 5.8 tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar sumber biaya pengobatan responden yakni mencapai 64,3% ditanggung oleh keluarga, selanjutnya yang ditanggung orang lain dan asuransi masing-masing sebesar 1,4%. Dari tabel dapat diketahui bahwa tingkat kemampuan keluarga memiliki pengaruh yang kuat terhadap responden, karena keluargalah yang menjadi penanggung sumber biaya responden, sedangkan kepesertaan responden untuk mengikuti program asuransi masih tergolong rendah.

5.2.7 Referensi

Dari hasil penelitian mengenai referensi berobat di RSML diperoleh data temuan sebagaimana termuat dalam tabel 5.9 sebagai berikut.

Tabel 5.9 Distribusi Referensi Responden Ruang Shofa, Tahun 2002

| Referensi | Frekuensi | Persentase |
|------------------|-----------|------------|
| Pribadi | 54 | 77.1 |
| Tenaga kesehatan | 12 | 17.1 |
| Komersial | 2 | 2.9 |
| Dokter spesialis | 2 | 2.9 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (77,1 %) memilih berobat ke RSML berdasarkan referensi pribadi, baik yang berasal dari keluarga, sahabat, tetangga maupun teman sekerja, sedangkan 17,1 % merupakan referensi sumber tenaga kesehatan. Sementara referensi dari pesan promosi RSML hanya 2,9%. Data tersebut mencerminkan bahwa saran dan pendapat keluarga, sahabat, tetangga maupun teman sekerja memiliki pengaruh dalam menentukan pilihan MRS. Sementara itu, pendekatan melalui tenaga kesehatan daya pengaruhnya masih relatif kecil. Sedangkan promosi yang telah dilakukan oleh RSML ternyata masih belum dapat mempengaruhi responden dalam memilih RS

5.2.8 Alasan memilih rumah sakit

Tentang alasan responden memilih RSML sebagai tempat perawatan, berdasarkan hasil penelitian diketahui faktor alasan responden memilih berobat di R. Shofa RSML adalah sebagaimana tampak dalam tabel 5.10 sebagai berikut.

Tabel 5.10 Distribusi Alasan Responden Berobat Ke R Shofa RSML, Tahun 2002

| Alasan memilih RSML | Frekuensi | Persentase |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Dokter yang merawat | 3 | 4,3 |
| Pelayanan cepat, murah & manjur | 34 | 48,6 |
| Lokasi & kemudahan transport | 17 | 24,3 |
| Kelengkapan sarana medis | 14 | 20,0 |
| Agama | 2 | 2,9 |
| Jumlah | 70 | 100,0 |

Tabel 5.10 diatas menunjukkan bahwa alasan responden memilih berobat di RSML dikarenakan pelayanan di RS yang cepat, murah dan manjur (48,6%), selanjutnya alasan karena faktor lokasi dan kemudahan transport sebesar 24,3%. Sedangkan alasan karena dokter yang merawat hanya sekitar 4,3%. Data ini menunjukkan bahwa pelayanan RSML merupakan pertimbangan terpenting bagi responden untuk memilih RSML sebagai tempat perawatan.

5.2.9 Persepsi responden terhadap penyakit

Penelitian tentang persepsi responden terhadap penyakit yang dideritanya, memperoleh data temuan sebagaimana tampak dalam tabel 5.11 sebagai berikut.

Tabel 5.11 Distribusi Persepsi Responden Ruang Shofa Terhadap Penyakitnya, tahun 2002

| Persepsi pasien thd penyakit | Frekuensi | Persentase |
|------------------------------|-----------|------------|
| Sangat gawat | 1 | 1.4 |
| Gawat | 22 | 31.4 |
| Cukup gawat | 38 | 54.3 |
| Ringan | 9 | 12.9 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa 54,3 % responden menilai penyakit yang mereka derita termasuk dalam kategori cukup gawat dan 31,4% responden menilai gawat, sedangkan yang menilai sangat gawat sebesar 1,4%. Persepsi pasien tentang kegawatan penyakitnya sangat mempengaruhi penerimaan dan tuntutan responden dan keluarganya terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas.

5.3 Penilaian responden terhadap proses pelayanan dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas ruang Shofa

Penelitian tentang penilaian responden terhadap proses pelayanan dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas Ruang Shofa meliputi beberapa indikator, yaitu : *empati*, *responsivenss*, keberadaan, *tangibles*. Masing-masing

indikator tersebut mempunyai beberapa komponen. Nilai pelaksanaan proses pelayanan dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas ruang shofa dikategorikan sebagai kurang untuk pilihan jawaban tidak pernah, cukup untuk pilihan jawaban kadang-kadang, baik untuk pilihan jawaban sering dan sangat baik untuk pilihan jawaban selalu.

Selanjutnya akan dibahas masing-masing indikator pelaksanaan proses pelayanan dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas ruang Shofa kepada responden sebagai berikut.

5.3.1 Penilaian Responden terhadap Empati Dokter Spesialis bedah dan Petugas Ruang Shofa

Pelaksanaan empati yang diteliti dalam penelitian ini terdiri dari 5 komponen yaitu; (1) perhatian saat melakukan visite, (2) kemauan mendengarkan keluhan tentang perasaan responden, (3) kemauan berbincang-bincang dengan responden tentang penyakit yang dideritanya, serta (4) ketika berbicara menunjukkan minat, perhatian, keseriusan, kesabaran dan (5) tidak bicara kasar kepada pasien.

a. Empati dokter spesialis bedah

Berdasarkan hasil penelitian didapat hasil sebagai berikut.

Tabel 5.12 Distribusi Frekwensi dan Rerata Penilaian Empati Dokter di Ruang Shofa tahun 2002

| Nd | Empati Dokter | Kurang | Cukup | Baik | Sangat baik | Jumlah | Rata-rata |
|----|-------------------------------|----------|------------|------------|-------------|----------|-----------|
| 1 | Saat visit menanyakan keadaan | 1 (1,4%) | 1 (1,4%) | 28 (40%) | 40 (57,1%) | 70(100%) | 3,53 |
| 2 | Mendengarkan keluhan | - | 7 (10%) | 38 (54,3%) | 25 (35,7%) | 70(100%) | 3,26 |
| 3 | Berbincang tentang penyakit | 2 (2,9%) | 24 (34,3%) | 37 (52,9%) | 7 (10%) | 70(100%) | 2,70 |
| 4 | Bicara menunjukkan minat | - | 4 (5,7%) | 33 (47,5%) | 33 (47,5%) | 70(100%) | 3,41 |
| 5 | Tidak bicara kasar | - | - | - | 70 (100%) | 70(100%) | 4,00 |
| | Komposit empati dokter | 1 (1,4%) | 5 (7,1%) | 34 (48,6%) | 30 (42,9%) | 70(100%) | 3,38 |

Tabel 5.12 diatas menunjukkan bahwa secara umum empati dokter baik, yang diindikasikan dengan hasil komposit empati dokter untuk kategori penilaian baik mencapai 34 (48,6 %), dalam kategori penilaian sangat baik mencapai 30 (42,9%). Namun demikian pada komponen kemauan dokter untuk berbincang tentang penyakit yang diderita masih dibawah rata-rata yaitu 2,70. Terdapat 34,3% responden menyatakan bahwa dokter kurang berbincang tentang penyakit yang diderita, sedang 1,4% pasien menilai dokter tidak menanyakan keadan pasien saat melakukan visit.

b. Empati petugas

Tentang Empati petugas ruang Shofa, penelitian ini memperoleh temuan sebagaimana termuat dalam tabel 5.13 sebagai berikut.

Tabel 5.13 Distribusi Frekwensi dan Rerata Penilaian Empati Petugas di Ruang Shofa tahun 2002

| No | Empati petugas | Kurang | Cukup | Baik | Sangat baik | Jumlah | Rata-rata |
|----|-----------------------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| 1 | Menanyakan keadaan | 1 (1,4%) | 2 (2,9%) | 24 (34,3%) | 43 (61,45) | 70 (100%) | 3,56 |
| 2 | Mendengarkan keluhan | - | 3 (4,3%) | 34 (48,6%) | 33 (47,1%) | 70 (100%) | 3,43 |
| 3 | Berbincang tentang penyakit | - | 11 (15,7%) | 45 (64,3%) | 14 (20%) | 70 (100%) | 3,04 |
| 4 | Bicara menunjukkan minat | - | 4 (5,7%) | 30 (42,9%) | 36 (51,4%) | 70 (100%) | 3,46 |
| 5 | Tidak bicara kasar | - | - | - | 70 (100%) | 70 (100%) | 4,00 |
| | Komposit empati perawat | - | 3 (4,3%) | 31 (44,3%) | 36 (51,4%) | 70 (100%) | 3,50 |

Tabel 5.13 diatas menunjukkan bahwa pelaksanaan empati petugas ruang Shofa secara umum dapat dikatakan baik, yang diindikasikan dengan hasil komposit empati petugas dalam kategori penilaian baik mencapai 31 (44,3 %) dan dalam kategori penilaian sangat baik mencapai 36 (51,4%). Namun demikian, untuk komponen kemauan mendengarkan keluhan responden, kemauan untuk berbincang tentang penyakit dan berbicara dengan menunjukkan minat berada dibawah nilai rata-rata 3,50.

5.3.2 Penilaian responden terhadap *responsiveness* dokter spesialis bedah dan petugas ruang Shofa

Penelitian tentang *responsiveness* dokter dan petugas dalam penelitian ini terdiri dari 4 indikator, meliputi ; (1) tanggapan dengan cepat terhadap keluhan responden, (2) menawarkan bantuan tanpa diminta, (3) menanyakan hal-hal yang perlu dibantu dan (4) memberikan bantuan tanpa diminta.

a. *Responsiveness* dokter spesialis bedah

Tentang *Responsiveness* dokter, berdasarkan hasil penelitian ditemukan data sebagaimana termuat dalam tabel 5.14 sebagai berikut.

Tabel 5.14 Distribusi Frekwensi dan Rerata Penilaian *Responsiveness* Dokter di Ruang Shofa tahun 2002

| No | Responsiveness | Kurang | Cukup | Baik | Sangat baik | Jumlah | Rata-rata |
|----|--|------------|------------|------------|-------------|----------|-----------|
| 1 | Memberi tanggapan dengan cepat | - | 6 (8,6%) | 43 (61,4%) | 21 (30%) | 70(100%) | 3,21 |
| 2 | Segra memberikan bantuan kpd pasien jika mengalami kesulitan | 11 (15,7%) | 39 (55,7%) | 16 (22,9%) | 4 (5,7%) | 70(100%) | 2,19 |
| 3 | Menanyakan yang perlu dibantu | 14 (20%) | 32 (45,7%) | 21 (30%) | 3 (4,3%) | 70(100%) | 2,19 |
| 4 | Memberi bantuan tanpa diminta | 14 (20%) | 44 (62,9%) | 12 (17,1%) | - | 70(100%) | 1,97 |
| | Komposit <i>responsiveness</i> dokter | 6 (8,6%) | 30 (42,9%) | 30 (42,9%) | 4 (5,7%) | 70(100%) | 2,39 |

Berdasarkan tabel 5.14 tersebut diatas dapat diketahui bahwa *responsiveness* dokter yang merawat di Ruang Shofa secara umum dapat dinilai kurang yang ditunjukkan dengan data komposit *responsiveness* dokter dalam katagori penilaian cukup mencapai 30 (42,9%) dan dalam katagori penilaian kurang mencapai 6 (8,6%) sehingga dapat dinilai masih kurang (51,5%). Beberapa komponen yang masih dibawah nilai rata-rata 2,39 meliputi komponen memberikan bantuan kepada pasien jika mengalami kesulitan, menanyakan hal yang perlu dibantu dan memberikan bantuan tanpa diminta. Sedangkan untuk komponen memberikan bantuan dengan cepat berada di atas rata-rata.

b. *Responsiveness* Petugas

Tentang *Responsiveness* petugas, berdasarkan hasil penelitian diperoleh temuan sebagaimana termuat dalam tabel 5.15 sebagai berikut.

Tabel 5.15 Distribusi Frekwensi dan Rerata penilaian *responsiveness* petugas di Ruang Shofa tahun 2002

| No | Responsiveness petugas | Kurang | Cukup | Baik | Sgt baik | Jumlah | rata-rata |
|----|---|------------|------------|------------|------------|----------|-----------|
| 1 | Memberi tanggapan dengan cepat | - | - | 39 (55,7%) | 31 (44,3%) | 70(100%) | 3.44 |
| 2 | Segara memberikan bantuan kpd pasien jika mengalami kesulitan | 5 (7,1%) | 33 (47,1%) | 23(32,9%) | 9 (12,9%) | 70(100%) | 2.51 |
| 3 | Menanyakan hal yang perlu dibantu | 10 (14,3%) | 23 (32,9) | 31 (44,3%) | 6 (8,6%) | 70(100%) | 2.47 |
| 4 | Memberi bantuan tanpa diminta | 10 (14,3%) | 41 (58,6%) | 18 (25,7%) | 1 (1,4%) | 70(100%) | 2.14 |
| | Komposit <i>responsiveness</i> perawat | - | 21 (30%) | 37 (52,9) | 12 (17,1%) | 70(100%) | 2.64 |

Berdasarkan tabel 5.15 tersebut diatas, diketahui bahwa *responsiveness* petugas di Ruang Shofa dinilai baik yang diindikasikan dengan hasil komposit untuk kategori penilaian baik mencapai 37 (52,9%) bahkan yang menilai sangat baik sebesar 17,1 %. Namun demikian, untuk komponen segera memberikan bantuan kepada pasien jika mengalami kesulitan, menanyakan hal yang perlu dibantu dan memberikan bantuan tanpa diminta masih dibawah nilai rata-rata 2,64.

5.3.3 Penilaian Responden terhadap Keberadaan dokter spesialis bedah dan Petugas di Ruang Shofa

Penelitian tentang keberadaan dokter dan petugas ruang Shofa yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah penilaian pasien bahwa dokter dan petugas berada di tempat saat pasien membutuhkan. Dalam penelitian ini terdapat beberapa kategori penilaian yaitu (1) Tidak pernah ada ditempat saat pasien membutuhkan, (2) Kadang-kadang ada ditempat, (3) Sering ada ditempat, (4) Selalu ada ditempat.

a. Keberadaan dokter spesialis bedah

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh temuan bahwa 38,6% responden menyatakan bahwa dokter selalu ada ditempat pada saat responden membutuhkan, sedangkan 35,7% menyatakan bahwa dokter sering berada ditempat saat responden membutuhkan, sehingga dapat dikatakan bahwa untuk penilaian indikator keberadaan dokter yang merawat di Ruang Shofa ini dapat dikategorikan sudah baik (74,3%). Namun demikian masih ada responden yang menyatakan bahwa dokter kadang-kadang ada ditempat pada saat dibutuhkan (22,9%) bahkan ada yang menyatakan bahwa dokter tidak pernah ada di tempat pada saat dibutuhkan (2,9%).

b. Keberadaan petugas

Sedangkan tentang keberadaan petugas ruang Shofa, berdasarkan penelitian ini diperoleh temuan bahwa sebagian besar responden (94,3%) menyatakan bahwa petugas selalu ada ditempat pada saat responden membutuhkan, sedangkan sisanya (5,7%) responden menyatakan bahwa petugas sering ada ditempat pada saat responden membutuhkan.

5.3.4 Penilaian Responden terhadap *Tangibles* dokter spesialis bedah dan Petugas di Ruang Shofa

Penelitian tentang *tangibles* (berwujud) yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah penilaian responden tentang kerapian pakaian dokter dan petugas pada saat melaksanakan tugasnya. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diperoleh temuan sebagai berikut.

a. *Tangibles* dokter spesialis bedah

Tentang kerapian pakaian dokter ketika melaksanakan tugas, sebagian besar responden (97,1%) menyatakan bahwa dokter selalu berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugas, sedangkan 1,4% responden menyatakan bahwa sering berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugas, sedangkan sisanya sebesar 1,4 % reponden menyatakan bahwa dokter kadang-kadang memakai pakaian rapi pada saat melaksanakan tugasnya.

b. *Tangibles* petugas

Tentang kerapian pakaian petugas pada saat melaksanakan tugas, sebagian besar (97,1%) responden menyatakan bahwa petugas selalu berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugas, sedangkan sisanya sebesar 2,9% menyatakan bahwa petugas sering berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugas.

5.3.5 Penilaian Responden terhadap Perilaku dokter spesialis bedah dan Petugas di Ruang Shofa

Penelitian tentang penilaian responden terhadap perilaku dokter dan petugas ruang Shofa dalam hal ini meliputi penilaian terhadap 3 indikator, yaitu ; (1) memberikan salam ketika bertemu atau berpamitan, (2) memberikan doa atau motivasi untuk kesembuhan responden dan (3) sikap saat berbicara tidak memalingkan muka.

a. Perilaku dokter spesialis bedah

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang penilaian perilaku dokter ini diperoleh temuan sebagaimana nampak dalam tabel 5.16 sebagai berikut.

Tabel 5.16 Distribusi Frekwensi dan Rerata penilaian perilaku dokter di Ruang Shofa tahun 2002

| No | Perilaku dokter | Tdk pernah | Kadang2 | Sering | Selalu | Jumlah | rata-rata |
|--------------------------|---|------------|------------|------------|------------|----------|-----------|
| 1 | Memberikan salam | 9 (12,9%) | 10 (19,3%) | 35 (50%) | 16 (22,9%) | 70(100%) | 2.83 |
| 2 | Mendoakan dan memotivasi untuk kesembuhan | 6 (8,6%) | 32 (45,7%) | 25 (35,7%) | 7 (10%) | 70(100%) | 2.47 |
| 3 | Berbicara tidak memalingkan wajah | - | - | - | 70 (100%) | 70(100%) | 4.00 |
| komposit perilaku dokter | | - | 8(11.4%) | 28(40%) | 34(48.6%) | 70(100%) | 3.10 |

Berdasarkan tabel 5.16 tersebut diatas dapat diketahui bahwa secara umum responden memberikan penilaian baik terhadap perilaku dokter yang diindikasikan dengan hasil komposit untuk kategori penilaian selalu mencapai 34 (48,6%) dan katagori penilaian sering mencapai 28 (40%) sehingga dapat dikategorikan berperilaku baik (88,6%). Namun demikian masih ada komponen yang berada dibawah rata-rata (3,10) yaitu dalam hal memberi salam (2,83) dan mendoakan/memotivasi untuk kesembuhan (2,47).

b. Perilaku petugas

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang penilaian perilaku petugas ini diperoleh temuan sebagaimana nampak dalam tabel 5.17 sebagai berikut.

Tabel 5.17 Distribusi Frekwensi dan Rerata penilaian perilaku petugas di Ruang Shofa tahun 2002

| No | Perilaku perawat | Tdk pernah | Kadang2 | Sering | Selalu | Jumlah | Rata-rata |
|---------------------------|---|------------|-------------|------------|------------|----------|-----------|
| 1 | Memberikan salam | 7 (10%) | 12 (17,19%) | 35 (50%) | 16 (22,9%) | 70(100%) | 2.86 |
| 2 | Mendoakan dan memotivasi untuk kesembuhan | 6 (8,6%) | 32 (45,7%) | 25 (35,7%) | 7 (10%) | 70(100%) | 2.47 |
| 3 | Berbicara tidak memalingkan wajah | - | - | - | 70 (100%) | 70(100%) | 4.00 |
| Komposit perilaku perawat | | - | 8(11.4%) | 28(40%) | 34(48.6%) | 70(100%) | 3.11 |

Berdasarkan tabel 5.17 tersebut diatas dapat diketahui bahwa secara umum responden memberikan penilaian baik terhadap perilaku petugas yang diindikasikan dengan hasil komposit untuk kategori penilaian selalu mencapai 34 (48,6%) dan kategori penilaian sering mencapai 28 (40%) sehingga dapat dikategorikan berperilaku baik (88,6%). Namun demikian masih ada komponen

yang berada dibawah rata-rata (3,11) yaitu dalam hal memberi salam (2,86) dan mendoakan/memotivasi untuk kesembuhan (2,47).

5.4 Penilaian terhadap tarif

Penilaian terhadap tarif yang dimaksudkan dalam penelitian ini meliputi penilaian/ persepsi responden tentang ; (1) tarif sewa ruang perawatan, (2) tarif tindakan medis atau operasi dan (3) tarif kunjungan / visit dokter spesialis.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan , diperoleh temuan sebagaimana nampak dalam tabel 5.18 sebagai berikut.

Tabel 5.18 Distribusi Frekwensi dan Rerata penilaian tarif di Ruang Shofa tahun 2002

| No | Penilaian pasien thd tarif | Sgt mahal | Mahal | Cukup | Murah | Jumlah | Rata-rata |
|----|----------------------------|-----------|-----------|------------|----------|----------|-----------|
| 1 | Sewa kamar | 1 (1,4%) | 6 (8,6%) | 61 (87,1%) | 2 (2,9%) | 70(100%) | 2.91 |
| 2 | Tindakan medis | 4 (5,7%) | 9 (12,9%) | 56 (80%) | 1 (1,4%) | 70(100%) | 2.77 |
| 3 | Visit dokter | 2 (2,9%) | 6 (8,6%) | 60 (85,7) | 2 (2,9%) | 70(100%) | 2.89 |
| | Komposit tarif | 2(2.9%) | 8(11.4%) | 58(82.9%) | 2(2.9%) | 70(100%) | 2.86 |

Dari tabel 5.18 tersebut diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar (82,9%) responden memberikan penilaian bahwa tarif cukup , 11,4 % menilai tarif mahal, 2,9 % menilai sangat mahal dan murah. Secara lebih khusus untuk komponen tarif tindakan medis atau operasi responden memberikan nilai 2,77 berada dibawah nilai rata-rata (2,86). Sebanyak 80% responden menilai tarif tindakan medis/operasi cukup dan 18,6% menilai mahal dan sangat mahal.

5.5 Penilaian terhadap sarana penunjang

Penilaian terhadap sarana penunjang medis yang dimaksudkan dalam penelitian ini meliputi; pemenuhan akan kebutuhan alat dan sarana penunjang medis, kebersihan ruangan serta kebersihan kamar mandi, termasuk didalamnya kelancaran air dan kebersihan wc. Berdasarkan hasil komposit variable-variabel

tersebut, diperoleh temuan bahwa sebagian besar responden menilai pengadaan sarana penunjang medis seperti yang disampaikan diatas tergolong baik dan sangat baik (94,3%), sedang yang menilai cukup (5,7%)

5.6 Penilaian Responden terhadap proses pelayanan penunjang medis

Yang dimaksud dalam penilaian responden terhadap proses pelayanan petugas penunjang medis di RSML meliputi pelayanan bagian kamar operasi, laboratorium, radiologi, gizi dan kamar obat.

5.6.1 Penilaian Responden terhadap proses pelayanan petugas kamar operasi

Yang dimaksud dengan proses pelayanan petugas kamar operasi dalam penelitian ini meliputi empati, *responsiveness*, keberadaan, dan *tangible* serta perilaku petugas Kamar Operasi. Masing-masing variabel terdiri dari beberapa item pertanyaan. Perhitungan dalam tabel berikut ini merupakan hasil dari komposit variable-variabel tersebut. Berdasarkan hasil penelitian diketahui hal-hal sebagai berikut.

Tabel 5.19 Distribusi Frekwensi dan Rerata Penilaian Proses Pelayanan dan Perilaku Petugas Kamar Operasi RSML tahun 2002

| No | Petugas Kamar Operasi | Kurang | Cukup | Baik | Sangat Baik | Jumlah | rata - rata |
|----|-----------------------|--------|-----------|----------|-------------|----------|-------------|
| 1 | Empati | - | 2(4.3%) | - | 44(95.7%) | 46(100%) | 3.96 |
| 2 | <i>Responsiveness</i> | - | 30(65.2%) | 8(17.4%) | 8(17.4%) | 46(100%) | 3.00 |
| 3 | Keberadaan | - | 12(26.1%) | 6(13%) | 28(60.9%) | 46(100%) | 3.48 |
| 4 | <i>Tangible</i> | - | 2(4.3%) | - | 44(95.7%) | 46(100%) | 3.96 |
| 5 | Perilaku | - | 23(50%) | 9(19.6%) | 14(30.4%) | 46(100%) | 3.11 |

Perlu diketahui bahwa dari 70 responden yang mendapatkan pelayanan di kamar operasi sebesar 46 responden. Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan bahwa empati petugas kamar operasi dinilai sangat baik (95,7%), sedang *responsiveness* masih dinilai cukup (65,2%), keberadaan masih ada yang menilai cukup (26,1%), *tangible* dinilai sangat baik (95,7%), sedang perilaku masih dinilai cukup sebesar 50%.

5.6.2 Penilaian responden terhadap proses pelayanan laboratorium

Yang dimaksud dengan penilaian terhadap proses pelayanan petugas laborat dalam penelitian ini meliputi empati, *responsiveness*, keberadaan, *tangible* dan perilaku petugas laboratorium. Perhitungan dalam tabel berikut ini merupakan hasil dari komposit variable-variabel tersebut. Berdasarkan hasil penelitian diketahui hal-hal sebagai berikut.

Tabel 5.20 Distribusi Frekwensi dan Rerata Penilaian Proses Pelayanan dan Perilaku petugas Laborat RSML Tahun 2002

| Petugas Laboratorium | Kurang | Cukup | Baik | Sangat Baik | Jumlah | rata - rata |
|-----------------------|--------|-----------|-----------|-------------|----------|-------------|
| Empati | - | 30(53.6%) | 9(16.1%) | 17(30.4%) | 56(100%) | 3.14 |
| <i>Responsiveness</i> | - | 26(46.4%) | 23(41.1%) | 7(12.5%) | 56(100%) | 2.71 |
| Keberadaan | - | 30(53.6%) | - | 26(46.4%) | 56(100%) | 3.46 |
| <i>Tangible</i> | - | 5(8.9%) | - | 51(91.1%) | 56(100%) | 3.91 |
| Perilaku | - | 22(39.3%) | 26(46.4%) | 8(14.3%) | 56(100%) | 2.68 |

Perlu diketahui bahwa dari 70 responden yang mendapatkan pelayanan laboratorium sebesar 56 responden. Dari tabel dapat diketahui bahwa rasa empati petugas laborat dinilai oleh para responden masih tergolong cukup (53,6%), *responsiveness* dinilai cukup (46,4%), keberadaan dinilai cukup (53,6%). Sedang *tangible* dinilai sangat baik (91,1%) dan perilaku pada umumnya menilai baik dan sangat baik (60,7%).

5.6.3 Penilaian terhadap proses pelayanan radiologi

Yang dimaksud dengan proses pelayanan petugas radiologi dalam penelitian ini meliputi empati, *responsiveness*, keberadaan, *tangible* dan perilaku petugas. Perhitungan dalam tabel berikut ini merupakan hasil dari komposit variable-variabel tersebut. Berdasarkan hasil penelitian diketahui hal-hal sebagai berikut.

Tabel 5.21 Distribusi Frekwensi dan Rerata Penilaian Proses Pelayanan dan Perilaku Petugas Radiologi RSML Tahun 2002

| No | Petugas Radiolog | Kurang | Cukup | Baik | Sangat Baik | Jumlah | rata - rata |
|----|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|----------|-------------|
| 1 | Empati | 1(1.9%) | 27(50.9%) | 18(34.0%) | 7(13.2%) | 53(100%) | 2.75 |
| 2 | <i>Responsiveness</i> | 15(28.3%) | 8(15.1%) | 27(50.9%) | 3(5.7%) | 53(100%) | 1.98 |
| 3 | Keberadaan | - | 20(37.7%) | 8(15.1%) | 25(47.2%) | 53(100%) | 3.32 |
| 4 | <i>Tangible</i> | - | 2(3.8%) | - | 51(96.2%) | 53(100%) | 3.96 |
| 5 | Perilaku | - | 22(41.5%) | 29(54.7%) | 2(3.8%) | 53(100%) | 2.49 |

Perlu diketahui bahwa dari 70 responden yang mendapatkan pelayanan di instalasi radiologi sebesar 53 responden. Dari tabel diketahui bahwa empati petugas radiologi dinilai cukup (50,9%) bahkan ada yang menilai kurang 1,9%. Sedang *responsiveness* 28,3% menilai kurang dan 15,1% menilai cukup, demikian pula perilaku 41,5% menilai cukup.

5.6.4 Penilaian terhadap proses pelayanan bagian gizi

Yang dimaksud dengan penilaian terhadap proses pelayanan bagian gizi dalam penelitian ini meliputi empati, *responsiveness*, *tangible*, perilaku, ketepatan waktu penyajian dan kualitas menu yang disajikan. Perhitungan dalam tabel berikut ini merupakan hasil dari komposit variable-variabel tersebut. Berdasarkan hasil penelitian diketahui hal-hal sebagai berikut.

Tabel 5.22 Distribusi Frekwensi dan Rerata Proses Pelayanan dan Perilaku Petugas Bagian Gizi RSML tahun 2002

| No | Petugas Gizi | Kurang | Cukup | Baik | Sangat Baik | Jumlah | rata - rata |
|----|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|----------|-------------|
| 1 | Empati | - | 36(55.4%) | 21(32.3) | 8(12.3%) | 65(100%) | 2.80 |
| 2 | <i>Responsiveness</i> | 16(24.6%) | 6(9.2%) | 42(64.6%) | 1(1.5%) | 65(100%) | 1.88 |
| 3 | <i>Tangible</i> | - | 5(7.6%) | 4(6.2%) | 56(86.2%) | 65(100%) | 3.80 |
| 4 | Perilaku | - | 23(35.4%) | 36(55.4%) | 6(9.2%) | 65(100%) | 2.54 |
| 5 | Ketepatan Waktu | - | 4(6.2%) | 2(3.1%) | 59(90.7%) | 65(100%) | 3.88 |
| 6 | Kualitas menu | - | 29(44.6%) | 5(7.7%) | 31(47.7%) | 65(100%) | 3.40 |

Tabel menunjukkan, dari 70 responden yang mendapatkan pelayanan gizi sebesar 65 responden. Dapat diketahui bahwa empati petugas gizi dinilai cukup (55,4%), sedang *responsiveness* petugas gizi masih ada yang menilai kurang (24,6%), kualitas menu dinilai cukup sebesar 44,6%.

5.6.5 Penilaian terhadap proses pelayanan kamar obat

Yang dimaksud dengan penilaian terhadap proses pelayanan petugas kamar obat dalam penelitian ini meliputi empati, *responsiveness*, keberadaan, *tangible* dan perilaku petugas kamar obat. Perhitungan dalam tabel berikut ini merupakan hasil dari komposit variable-variabel tersebut. Berdasarkan hasil penelitian diketahui hal-hal sebagai berikut.

Tabel 5.23 Distribusi Frekwensi dan Rerata Proses Pelayanan dan Perilaku Petugas Kamar Obat RSML tahun 2002

| No | Petugas Kamar Obat | Kurang | Cukup | Baik | Sangat Baik | Jumlah | rata - rata |
|----|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|----------|-------------|
| 1 | Empati | - | 20(29%) | - | 49(71%) | 69(100%) | 3.71 |
| 2 | <i>Responsiveness</i> | 17(24.6%) | 10(14.5%) | 41(59.4%) | 1(1.4%) | 69(100%) | 1.93 |
| 3 | Keberadaan | - | 22(31.9%) | 3(4.3%) | 44(63.8%) | 69(100%) | 3.59 |
| 4 | <i>Tangible</i> | - | 2(2.9%) | - | 67(97.1%) | 69(100%) | 3.97 |
| 5 | Perilaku | 1(1.4%) | 28(40.6%) | 35(50.7%) | 5(7.2%) | 69(100%) | 2.54 |

Perlu diketahui bahwa dari 70 responden yang mendapatkan pelayanan di instalasi kamar obat sebesar 69 responden. Dari tabel diketahui bahwa empati petugas kamar obat dinilai sangat baik, namun masih ada yang menilai cukup sebesar 29%, sedang *responsiveness* masih dinilai kurang (24,6%), keberadaan masih ada yang menilai cukup sebesar 31,9%, dan perilaku dinilai cukup (40,6%).

5.7 Jenis Penyakit

Dari hasil penelitian ini diketahui jenis penyakit yang diderita oleh pasien di Ruang Shofa RSML berdasarkan tabel berikut ini.

Tabel 5.24 Distribusi Penyakit Pasien Ruang Shofa RSML, Tahun 2002

| NO | NAMA PENYAKIT | Frekuensi | Persentase |
|----|--------------------|-----------|------------|
| 1 | Closed Fraktur | 19 | 27.1 |
| 2 | Cidera Otak Ringan | 8 | 11.4 |
| 3 | Open Fraktur | 6 | 8.6 |
| 4 | Apendicitis | 6 | 8.6 |
| 5 | Colic renal | 5 | 7.1 |
| 6 | Strictur Uretra | 3 | 4.3 |
| 7 | Illeus | 3 | 4.3 |
| 8 | DM Ganggren | 3 | 4.3 |
| 9 | Hemmoroid | 2 | 2.9 |
| 10 | Cidera Otak Sedang | 2 | 2.9 |
| 11 | Ca Colon | 2 | 2.9 |
| 12 | Tetanus | 2 | 2.9 |
| 13 | Vulnus Apertum | 2 | 2.9 |
| 14 | Lain-lain | 7 | 10.0 |
| | Jumlah | 70 | 100.0 |

Berdasarkan data tabel diatas, ditemukan bahwa Closed Fraktur (Patah tulang tertutup) merupakan kasus terbanyak dengan 19 kasus (27, 1 %). Secara umum dapat diketahui bahwa kasus yang ditangani di ruang shofa merupakan kasus kecelakaan antara lain berupa Closed Fraktur, Cidera Otak Ringan, Open Fraktur, Cidera Otak Sedang dan Vulnus Appertum. Kasus lain-lain sebanyak 7 kasus(10%) masing-masing 1 kasus adalah Celulitis, BPH, Fistula Ani, Post Colostomy, Pneumothorax, Testis Intra abdomen, Batu Saluran Kencing.

5.8 Penelitian terhadap petugas ruang Shofa

Dalam penelitian ini, penelitian terhadap petugas Ruang Shofa dimaksudkan untuk mengetahui karakteristik petugas, penilaian terhadap kuantitas dan kualitas petugas, motivasi serta komitmen petugas.

5.8.1 Karakteristik petugas

Karakteristik petugas ruang shofa meliputi umur, jabatan, pendidikan, status kepegawaian, dan lama kerja.

1) Umur

Dari hasil penelitian karakteristik umur responden didapatkan hasil sebagai berikut.

Tabel 5.25 Distribusi Umur Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| U m u r | F r e k u e n s i | P e r s e n t a s e |
|---------------------|-------------------|---------------------|
| 2 0 - 2 4 t a h u n | 3 | 2 5 . 0 |
| 2 5 - 2 9 t a h u n | 7 | 5 8 . 3 |
| 3 0 - 3 4 t a h u n | 2 | 1 6 . 7 |
| j u m l a h | 1 2 | 1 0 0 . 0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden 58,3 % berada pada umur 25 – 29 tahun, sementara kelompok umur 20 – 24 tahun sebanyak 25 %. Hal ini menunjukkan bahwa petugas Ruang Shofa kebanyakan usia produktif.

2) Jabatan

Dari hasil penelitian karakteristik responden mengenai jabatan didapatkan hasil sebagai berikut.

Tabel 5.26 Distribusi Jabatan Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| J a b a t a n | F r e k u e n s i | P e r s e n t a s e |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|
| P e r a w a t | 8 | 6 6 . 7 |
| P e m b a n t u P e r a w a t | 4 | 3 3 . 3 |
| J u m l a h | 1 2 | 1 0 0 . 0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perawat (66,7 %), sedangkan responden sebagai pembantu perawat adalah 33,3 %.

3) Pendidikan

Karakteristik responden dalam hal pendidikan adalah pendidikan formal responden, dari hasil penelitian diketahui sebagai berikut.

Tabel 5.27 Distribusi Tingkat Pendidikan Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| Pendidikan | Frekuensi | Persentase |
|-------------|-----------|------------|
| Diploma III | 8 | 66.7 |
| SLTA | 4 | 33.3 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan pendidikan responden adalah ahli madya keperawatan dan terendah SLTA. Dari hasil tabel juga diketahui bahwa 66,7 % pendidikan responden adalah lulusan Diploma III.

4) Status Kepegawaian

Karakteristik status kepegawaian responden tampak dalam tabel berikut ini.

Tabel 5.28 Distribusi Status Kepegawaian Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| Status | Frekuensi | Persentase |
|---------------|-----------|------------|
| pegawai tetap | 6 | 50.0 |
| kontrak | 6 | 50.0 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa status kepegawaian responden merata antara yang berstatus pegawai kontrak dan sebagai pegawai tetap masing-masing 50 %.

5) Lama kerja

Dari hasil penelitian diketahui informasi mengenai lama kerja dari responden dari tabel berikut ini.

Tabel 5.29 Distribusi Lama Kerja Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| Lama Kerja | Frekuensi | Persentase |
|------------|-----------|------------|
| 1 tahun | 5 | 41.7 |
| 2 tahun | 2 | 16.7 |
| 3 tahun | 2 | 16.7 |
| 5 tahun | 1 | 8.3 |
| 6 tahun | 1 | 8.3 |
| 14 tahun | 1 | 8.3 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden baru bekerja selama 1 tahun sebesar 41,7%, selanjutnya responden yang terlalu lama bekerja adalah 14 tahun.

5.8.2 Kuantitas dan Kualitas Petugas

1) Penilaian terhadap proporsi jumlah petugas

Dari hasil penelitian diketahui penilaian mengenai proporsi jumlah petugas yang ada di R. Shofa sebagai berikut.

Tabel 5.30 Penilaian Terhadap Proporsi Jumlah Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|---------------|-----------|------------|
| tdk mencukupi | 11 | 91.7 |
| cukup | 1 | 8.3 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden menilai proporsi jumlah perawat di ruang Shofa tidak mencukupi (91,7%), dan menilai cukup (8,3%).

2) Penilaian terhadap kualitas pendidikan petugas.

Dari hasil penelitian diketahui penilaian mengenai kesesuaian pendidikan petugas ruang Shofa sebagai berikut.

Tabel 5.31 Distribusi Kesesuaian Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|---------------|-----------|------------|
| sesuai | 11 | 91.7 |
| sangat sesuai | 1 | 8.3 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa hampir semua responden menilai kualitas pendidikan petugas di ruang Shofa sesuai (91,7%), bahkan 1 responden saja yang menilai sangat sesuai (8,3%).

5.8.3 Motivasi Petugas

1) Kebutuhan fisiologis

a. Sistem pembagian uang jasa medis

Dari hasil penelitian diketahui kepuasan mengenai sistem pembagian besaran uang jasa medis yang berlaku di R. Shofa sebagai berikut.

Tabel 5.32 Distribusi Kepuasan Petugas Terhadap Jasa Medis Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|-------------------|-----------|------------|
| sangat tidak puas | 2 | 16.7 |
| tidak puas | 7 | 58.3 |
| puas | 3 | 25.0 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden merasa tidak puas sebanyak 58,3%, bahkan yang menyatakan sangat tidak puas mencapai 16,7%, sedangkan yang merasa puas sebesar 25% saja.

b. Perbandingan penghasilan dengan RS lain.

Dari hasil penelitian diketahui kepuasan terhadap perbandingan penghasilan yang diperoleh bila dibandingkan dengan RS lain sebagai berikut.

Tabel 5.33 Distribusi Perbandingan Penghasilan dengan RS lain Tahun 2002

| Kepuasan | Frekuensi | Persentase |
|-----------------|-----------|------------|
| sangat tdk puas | 2 | 16.7 |
| tidak puas | 6 | 50.0 |
| puas | 3 | 25.0 |
| sangat puas | 1 | 8.3 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan tidak puas terhadap penghasilan apabila dibandingkan dengan penghasilan petugas di RS lain (50%), bahkan 2 responden merasa sangat tidak puas dengan perbandingan tersebut (16,7%). Namun demikian responden yang menyatakan puas sebesar 25% dan sangat puas 8,3%.

2) Kebutuhan rasa aman

Dari hasil penelitian diketahui penilaian kepuasan responden terhadap pengaturan hubungan kerja dan status kepegawaian mereka di R. Shofa sebagai berikut.

Tabel 5.34 Penilaian Pengaturan Hubungan Kerja Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|-------------------|-----------|------------|
| sangat tidak puas | 1 | 8.3 |
| tidak puas | 6 | 50.0 |
| cukup puas | 5 | 41.7 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden menilai bahwa pengaturan hubungan kerja yang terkait dengan status kepegawaiannya tidak memuaskan sebanyak 50%, bahkan ada yang menyatakan sangat tidak puas mencapai 8,3, sedangkan yang merasa cukup puas sebesar 41,7 % .

3) Kebutuhan Afiliasi

Dari hasil penelitian diketahui penilaian responden mengenai tingkat penerimaan dan keterbukaan manajemen RS terhadap peran serta petugas dalam proses pengambilan keputusan kebijakan RS sebagai berikut.

Tabel 5.35 Penilaian Petugas Ruang Shofa Tentang Penerimaan Manajemen terhadap Peran Serta petugas dalam proses Pengambilan Keputusan Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|-------------------|-----------|------------|
| selalu dilibatkan | 2 | 16.7 |
| kadang-kadang | 3 | 25.0 |
| tidak pernah | 7 | 58.3 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden menilai mereka tidak pernah dilibatkan dalam pengambilan keputusan sebanyak 58,3%, sedangkan yang menilai selalu dilibatkan hanya 16,7%, sisanya menilai kadang-kadang dilibatkan (25%).

4) Kebutuhan Penghargaan

Dari hasil penelitian diketahui penilaian responden tentang sistem pemberian penghargaan kepada petugas sebagai berikut.

Tabel 5.36 Penilaian Tentang Sistem Pemberian Penghargaan RSML Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|----------------|-----------|------------|
| memiliki | 3 | 25.0 |
| tidak memiliki | 9 | 75.0 |
| jumlah | 12 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden (75%) menilai bahwa RS tidak memiliki sistem pemberian penghargaan kerja pada petugas, sedangkan yang menilai memiliki hanya 25%. Penilaian yang belum seragam, mungkin disebabkan belum adanya sosialisasi dari pihak manajemen perihal sistem yang dimaksud.

5) Kebutuhan Perwujudan Diri

Dari hasil penelitian diketahui penilaian petuga terhadap tingkat penerimaan manajemen terhadap ide atau gagasan serta inovasi, keikutsertaan dalam program diklat dan tingkat respon manajemen terhadap pentingnya diklat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.37 Penilaian Petugas Ruang Shofa Terhadap Manajemen RSML Tahun 2002

| No | Penilaian | Rendah | Sedang | Tinggi | Jumlah |
|----|---|---------|----------|---------|----------|
| 1 | Tingkat penerimaan manajemen terhadap inovasi | 1(8.3%) | 8(66.7%) | 3(25%) | 12(100%) |
| 2 | Tingkat respon manajemen terhadap diklat | 1(8.3%) | 6(50%) | 5(41,7) | 12(100%) |

Tabel diatas menunjukkan bahwa tingkat penerimaan manajemen terhadap inovasi pembaharuan yang diajukan petugas/perawat memperoleh penilaian sangat beragam, sebaigian besar responden (66,7%) menyatakan sedang, 29% menyatakan tinggi dan 8,3% menyatakan rendah. Sedangkan respon manajemen

terhadap terhadap pentingnya diklat 50% menjawab sedang dan 41,7% tinggi. Penelitian ini juga memperoleh temuan bahwa 66,7 % responden menyatakan tidak pernah diikutsertakan, 16,7% menyatakan kadang-kadang diikutsertakan, 16,7 % menyatakan sering diikutsertakan oleh pihak manajemen dalam suatu program diklat keperawatan.

5.8.4 Komitmen petugas ruang Shofa

Komitmen adalah seberapa kuat seorang karyawan ingin berpartisipasi untuk mencapai tujuan RSML. Penilaiannya terdiri atas *a willingness* yaitu kemauan menempatkan usahanya untuk keperluan organisasi, *a belief* yaitu keyakinan yang kuat dan menerima tujuan dan nilai organisasi, *a desire* yaitu keinginan untuk menjadi anggota organisasi, serta *normative and continuance commitment* yaitu keinginan untuk tetap tinggal pada organisasi.

1) *A willingness*

Penelitian tentang keberadaan petugas ruang Shofa bekerja di tempat sarana kesehatan lain dan membuka praktek pribadi ditemukan data berikut ini.

Tabel 5.38 Distribusi Tempat Kerja Petugas Ruang Shofa Tahun 2002

| No | Tempat bekerja | Ya | Tidak | Jumlah |
|----|------------------------|----------|-----------|----------|
| 1 | Bekerja di tempat lain | - | 12(100%) | 12(100%) |
| 2 | Praktek pribadi | 2(16.7%) | 10(83.3%) | 12(100%) |

Tabel menunjukkan bahwa semua responden (100%) tidak bekerja ditempat lain selain di RSML. Sedangkan yang membuka praktek pribadi hanya sekitar 16,7%, sisanya sebanyak 83,3% tidak membuka praktek

2) *A belief*

Dari hasil penelitian tentang pengetahuan petugas terhadap visi dan misi RSML serta pendapat petugas terhadap kesesuaian misi yang diemban oleh RS, diperoleh temuan bahwa semua responden (100%) mengetahui visi dan misi

RSML. Tentang kesesuaian visi dan misi dengan tujuan RSML untuk mewujudkan amal usaha pelayanan kesehatan yang Islami, professional dan bermutu, 83,3 % responden menyatakan sesuai, 16,7 % menyatakan sangat sesuai.

Sedangkan tentang pendapat responden mengenai perwujudan misi RS dalam pelaksanaan pelayanan di R. Shofa diperoleh temuan bahwa sebagian besar responden (75%) menilai bahwa misi RS sudah dapat diwujudkan sepenuhnya, namun ada yang menilai bahwa perwujudan visi misi RS tidak dapat diwujudkan sama sekali sebanyak 8,3%, sedang 16,7% menilai sebagian terwujud.

3) *A desire*

Dari hasil penelitian tentang rencana responden pada masa mendatang terkait dengan keberadaannya di RS, ditemukan bahwa hampir semua responden (91,7%) sangat menginginkan untuk tetap bekerja di RSML, namun ada 8,3% atau 1 responden yang tidak ingin tetap bekerja di RSML

4) *Normative and continue commitment*

Dari hasil penelitian tentang rencana responden terhadap praktek keperawatan di masa mendatang terkait dengan keberadaannya di RS apabila ada penawaran dari RS Swasta lain, ditemukan data sebagai berikut .

Tabel 5. 39 Tanggapan Petugas Ruang Shofa Terhadap Pekerjaan di luar RSML, Tahun 2002

| Rencana | Ya | Tidak | Jumlah |
|---------------------------------|--------|--------|----------|
| Keinginan pindah ke tempat lain | 3(25%) | 9(75%) | 12(100%) |

Tabel menunjukkan bahwa hampir semua responden (75%) punya rencana untuk tetap bekerja di RSML, sedangkan yang mempunyai rencana untuk pindah ke tempat lain sebesar 25%

5.9 Penelitian Pada Dokter Spesialis Bedah

Dalam penelitian ini, penelitian terhadap para dokter spesialis di Ruang Shofa dimaksudkan untuk mengetahui penilaian terhadap proporsi jumlah, kualitas pendidikan, motivasi serta komitmen para dokter spesialis bedah. Status dokter spesialis bedah yang dimiliki RSML adalah 1 dokter berstatus organik dan 2 dokter lainnya berstatus dokter mitra.

5.9.1 Kuantitas dan kualitas dokter spesialis bedah.

1) Penilaian terhadap proporsi jumlah dokter

Dari hasil penelitian diketahui penilaian mengenai proporsi jumlah dokter spesialis bedah yang ada di ruang Shofa sebagai berikut.

Tabel 5.40 Penilaian Proporsi Dokter Bedah Di RSML Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|------------------------|-----------|------------|
| Sangat tidak mencukupi | 1 | 33.3 |
| Cukup | 1 | 33.3 |
| Berlebih | 1 | 33.3 |
| Jumlah | 3 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa penilaian responden terhadap jumlah tenaga dokter spesialis bedah umum yang praktek di RSML sangat beragam, masing-masing menilai 33,3% untuk jawaban sangat tidak mencukupi, cukup dan berlebih.

2) Kualitas pendidikan dokter spesialis bedah.

Dari hasil penelitian diketahui penilaian mengenai kualitas pendidikan dokter spesialis yang merawat di ruang Shofa sebagai berikut.

Tabel 5.41 Penilaian Kualitas Pendidikan dokter spesialis Ruang Shofa Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|---------------|-----------|------------|
| Cukup Sesuai | 3 | 100.0 |
| Sangat sesuai | - | - |
| jumlah | 3 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa semua responden menilai kualitas pendidikan dokter spesialis bedah umum di ruang Shofa cukup sesuai.

5.9.2 Motivasi dokter spesialis bedah

1) Kebutuhan fisiologis

a. Sistem pembagian uang jasa medis

Sistem pembagian besaran jasa medis dokter spesialis bedah yang diterapkan di RSML dibedakan atas pasien rumah sakit dengan perbandingan 65% untuk dokter dan 35% untuk RSML. Sedangkan untuk pasien pribadi dengan perbandingan 80% untuk dokter dan 20% untuk RSML.

. Dari hasil penelitian diketahui kepuasan dokter spesialis bedah mengenai sistem pembagian besaran jasa medis yang berlaku di ruang Shofa sebagai berikut.

Tabel 5.42 Distribusi Kepuasan Dokter Terhadap Sistem Pembagian Jasa Medis Ruang Shofa Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|-------------------|-----------|------------|
| Sangat tidak puas | - | - |
| Tidak puas | 2 | 66.7 |
| Puas | 1 | 33.3 |
| jumlah | 3 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa sebagian besar responden merasa tidak puas (66,7%) sedangkan 33,3% menyatakan puas. Dari hasil tersebut, sebagian besar dokter spesialis bedah menginginkan adanya penambahan prosentase untuk dokter sebagaimana yang berlaku di RS lain

b. Perbandingan penghasilan dengan RS lain.

Dari hasil penelitian diketahui kepuasan terhadap perbandingan Persentase jasa medik yang diperoleh bila dibandingkan dengan RS lain sebagai berikut.

Tabel 5.43 Distribusi Perbandingan Persentase Jasa Medik Dengan RS lain, Tahun 2002

| Kepuasan | Frekuensi | Persentase |
|-----------------|-----------|------------|
| Sangat tdk puas | 1 | 33.3 |
| Tidak puas | 1 | 33.3 |
| Puas | 1 | 33.3 |
| Sangat puas | - | - |
| jumlah | 3 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa kepuasan responden terhadap perbandingan persentase jasa medik sangat beragam, masing-masing 33,3% menjawab sangat tidak puas, tidak puas dan puas.

2) Kebutuhan rasa aman

Dari hasil penelitian diketahui penilaian kepuasan responden terhadap pengaturan hubungan kerja dan status kepegawaian mereka di R. Shofa sebagai berikut.

Tabel 5.44 Penilaian Pengaturan Hubungan Kerja Dokter Spesialis Bedah di Ruang Shofa RSML Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|-------------------|-----------|------------|
| Sangat tidak puas | 1 | 33.3 |
| Tidak puas | 1 | 33.3 |
| Cukup puas | 1 | 33.3 |
| jumlah | 3 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa penilaian responden terhadap pengaturan hubungan kerja dan status kepegawaian tenaga dokter spesialis bedah umum di ruang Shofa sangat beragam, masing-masing 33,3% menjawab sangat tidak puas, tidak puas dan cukup puas.

3) Kebutuhan Afiliasi

Dari hasil penelitian diketahui penilaian responden mengenai tingkat penerimaan dan keterbukaan manajemen RS terhadap peran serta petugas dalam proses pengambilan keputusan kebijakan RS sebagai berikut.

Tabel 5.45 Penilaian Dokter Tentang Tingkat Penerimaan Manajemen RSML terhadap Peran Serta dokter Spesialis Bedah Dalam Proses Pengambilan Keputusan Kebijakan di RSML Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|-------------------|-----------|------------|
| Selalu dilibatkan | - | - |
| Sering | 1 | 33.3 |
| Kadang - kadang | 2 | 66.7 |
| Jumlah | 3 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa 66,7% memberikan penilaian bahwa responden kadang-kadang dilibatkan, sedang 33,3% memberikan penilaian sering dilibatkan oleh pihak manajemen RSML dalam proses pengambilan keputusan kebijakan di RSML .

4) Kebutuhan Penghargaan

Dari hasil penelitian diketahui penilaian responden mengenai sistem pemberian penghargaan kerja pada petugas sebagai berikut.

Tabel 5.46 Penilaian Tentang Sistem Pemberian Penghargaan Di RSML Tahun 2002

| Penilaian | Frekuensi | Persentase |
|----------------|-----------|------------|
| Memiliki | 1 | 33.3 |
| Tidak memiliki | 1 | 33.3 |
| Tidak tahu | 1 | 33.3 |
| Jumlah | 3 | 100.0 |

Tabel menunjukkan bahwa penilaian responden sangat beragam, masing-masing menjawab memiliki, tidak memiliki dan tidak tahu sebesar 33,3 %. Penilaian yang beragam tersebut mungkin disebabkan belum adanya sosialisasi dari pihak manajemen perihal sistem yang dimaksud.

5) Kebutuhan Perwujudan Diri

Dari hasil penelitian diketahui penilaian responden mengenai tingkat penerimaan manajemen RS terhadap ide, gagasan serta inovasi yang diajukan , keikutsertaan dalam program diklat dan tingkat respon manajemen terhadap pentingnya diklat dokter spesialis bedah adalah sebagai berikut.

Tabel 5.47 Penilaian Dokter Spesialis Bedah Terhadap Manajemen RSML Tahun 2002

| No | Penilaian | Rendah | Sedang | Tinggi | Jumlah |
|----|---|----------|----------|----------|---------|
| 1 | Tingkat penerimaan manajemen terhadap inovasi | 1(33.3%) | 1(33.3%) | 1(33.3%) | 3(100%) |
| 2 | Tingkat respon manajemen terhadap Diklat | | 2(66.7%) | 1(33.3%) | 3(100%) |

Tabel diatas menunjukkan bahwa tingkat penerimaan manajemen terhadap inovasi dokter spesialis bedah sangat beragam yaitu masing-masing 33,3% menjawab rendah, sedang dan tinggi. Sedangkan respon manajemen terhadap terhadap pentingnya diklat 66,7% menjawab sedang dan 33,3% tinggi. Penelitian ini juga memperoleh temuan bahwa keseluruhan responden menyatakan tidak pernah diikutsertakan oleh pihak manajemen dalam suatu program diklat dokter spesialis.

5.9.3 Komitmen dokter spesialis bedah

1) *A willingness*

Dari hasil penelitian tentang pekerjaan dokter spesialis bedah yang bekerja pada sarana kesehatan lain ditemukan data berikut ini.

Tabel 5.48 Distribusi Tempat Kerja Dokter Spesialis Bedah RSML Tahun 2002

| No | Tempat bekerja | Ya | Tidak | Jumlah |
|----|------------------------|---------|-------|---------|
| 1 | Bekerja di tempat lain | 3(100%) | - | 3(100%) |
| 2 | Praktek pribadi | 3(100%) | - | 3(100%) |

Tabel menunjukkan bahwa semua responden (100%) bekerja ditempat lain selain di RSML dan juga praktek pribadi.

2) *A belief*

Dari hasil penelitian tentang pengetahuan dokter spesialis bedah terhadap visi dan misi RSML serta kesesuaian visi dan misi dengan tujuan RSML, diperoleh temuan bahwa 66,7% responden menyatakan tidak mengetahui visi dan

misi RSML, sedang 33,3% menyatakan tahu tentang visi dan misi RSML. Tentang kesesuaian visi dan misi dengan tujuan RSML untuk mewujudkan amal usaha pelayanan kesehatan yang Islami, professional dan bermutu, 33,3 % responden menyatakan visi dan misi tersebut telah sesuai, sedangkan 66,7 % tidak memberikan penilaian.

Sedang pendapat responden mengenai perwujudan misi RS dalam pelaksanaan pelayanan di R. Shofa diperoleh temuan bahwa sebagian responden (66,7%) menilai bahwa visi misi RSML tersebut hanya sebagian yang dapat diwujudkan, dan 33,3% menyatakan dapat terwujud

3) *A desire*

Dari hasil penelitian tentang rencana responden pada masa mendatang terkait dengan keberadaannya di RSML, diperoleh temuan bahwa 66,7% responden menyatakan tidak ingin tetap bekerja di RSML sedangkan 33,3% menyatakan ingin tetap bekerja di RSML

4) *Normative and continue commitment*

Dari hasil penelitian tentang rencana responden untuk praktek di masa mendatang terkait dengan keberadaannya di RSML apabila ada penawaran dari RS swasta yang lain , ditemukan data sebagai berikut.

Tabel 5.49 Tanggapan Dokter Terhadap Pekerjaan di luar RSML, Tahun 2002

| Rencana | Ya | Tidak | Jumlah |
|---------------------------------|----------|----------|---------|
| Keinginan pindah ke tempat lain | 2(66.7%) | 1(33.3%) | 3(100%) |

Tabel menunjukkan bahwa 66,7% tidak ingin tetap bekerja di RSML dan apabila ada penawaran dari RS swasta yang lain ingin pindah ke tempat lain, sedang 33,3% ingin tetap bekerja di RSML dan tidak ingin pindah walau ada penawaran.

5.10 Ikhtisar temuan hasil penelitian

Berdasarkan hasil penelitian mengenai karakteristik responden seperti yang tercantum di atas, dapat disimpulkan dalam ikhtisar hasil temuan yang disajikan dalam bentuk matriks berikut ini.

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|---|-------------------------|--|--|
| Mengidentifikasi karakteristik pasien ruang Shofa RSML berdasarkan faktor ekonomi, faktor referensi, faktor alasan MRS dan persepsi pasien terhadap penyakitnya | Umur pasien | 57,1 % pasien ruang shofa berumur 21 - 55 tahun | Rendahnya latar belakang tingkat pendidikan pasien, dengan mayoritas pekerjaan KK pasien sebagai Buruh kuli dan sumber biaya pengobatan di tanggung keluarga sendiri |
| | Pendidikan | 40 % pasien ruang shofa adalah lulusan SD dan tidak tamat SD | |
| | Pekerjaan | 50% adalah buruh/ kuli | |
| | Pengeluaran keluarga | 62,9 % mengaku pengeluaran perbulan kurang dari Rp 250 ribu | |
| | Sumber biaya pengobatan | 64,3 % pasien menyatakan bahwa sumber biaya pengobatan berasal dari tang gungan keluarga | Adanya potensi bagi upaya pengem bangan dana kesehatan bagi masya rakat |
| | Referensi yg digunakan | 77,1 % berdasarkan referensi pribadi | <ul style="list-style-type: none"> - Rendahnya sumber referensi dari tenaga medis (dokter/perawat) - Tingginya sumber referensi pribadi menun ukkan tingginya tingkat keper cayaan masyara-at terhadap RSML - Media promosi tidak efektif |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|--|--------------------------------------|--|---|
| | Alasan MRS | 48,6 % memilih MRS di RSML karena pelayanan cepat, murah dan manjur, 24,3 % karena faktor lokasi dan kemudahan transport, alasan karena dokter yg merawat hanya 4,3 % | Alasan utama MRS karena pelayanan an cepat, murah dan manjur meru pakan faktor pendorong bagi RSML |
| | Persepsi pasien terhadap penyakitnya | 54,3 % pasien ruang shofa mem presepsi kan pen yakitnya dalam katagori cukup gawat, 31,4 % menilai gawat dan 1,4 % yang men ilai sangat gawat | Sebagian besar pasien mempresepsikan penyakitnya tergolong gawat dan sangat gawat, mempengaruhi adanya tuntutan proses layanan lebih tinggi |
| Menganalisis penilaian pasien terhadap proses pe layanan dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas ruang shofa serta petugas pada fasilitas jangmed dan penilaian terhadap tarif | Empati dokter ruang Shofa | Hasil komposit, 48,6 % menyatakan bahwa dokter berempati dengan baik, bahkan 42,9% menilai sangat baik, namun untuk komponen kemauan mendengarkan keluhan dan berbincang tentang penyakit, berada dibawah nilai rata-rata komposit | Empati dokter ruang Shofa dibawah rata-rata terutama dalah hal: <ul style="list-style-type: none"> - Berbincang-bincang tentang penyakit - Mendengarkan keluhan pasien |
| | Empati perawat | Hasil komposit 44,3 % empati perawat baik, bahkan 51,4% menilai sangat baik namun demi kian untuk komponen mendengarkan keluhan,berbincang tentang penyakit dan bicara menun- jukkan minat masih berada dibawah nilai rata-rata komposit | Empati perawat ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal : <ul style="list-style-type: none"> - Berbincang tentang penyakit; - Mendengar keluhan pasien; - Menunjukkan minat ketika berbicara |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|-------------------|-----------------------|---|---|
| | Responsive dokter | 8,6 % (dokter tidak responsive), 42,9% (cukup responsive), komponen yang masih berada dibawah nilai rata-rata komposit adalah segera memberi bantuan, menanyakan hal yg perlu dibantu dan memberikan bantuan tanpa diminta | Responsiveness dokter dan perawat ruang Shofa, terutama untuk komponen segera mem beri bantuan, menanyakan hal yang perlu di bantu dan memberikan bantuan tanpa di minta masih dibawah rata-rata; |
| | Responsive perawat | Hasil komposit; 30% (cukup responsive), 52,9% (baik), 17,1 % (sangat baik), namun demikian untuk komponen memberi bantuan tanpa diminta, menanyakan hal yg perlu dibantu dan segera memberikan bantuan masih dibawah rata-rata nilai komposit | |
| | Keberadaan dokter | 2,9% (dokter tidak pernah ada ditempat pada saat dibutuhkan), 22,9% (kadang-kadang), 35,7% (sering kali ada) dan 38,6% (selalu ada) | |
| | Keberadaan perawat | 94,3 % (perawat selalu berada ditempat pada saat dibutuhkan), 5,7% (sering ada). | |
| | Tangibles dokter | 1,4 % (kadang-kadang berpakaian tidak rapi), sedangkan 97,1 % (selalu berpakaian rapi) | |
| | Tangibles perawat | 2,9 % (sering berpakaian rapi), sedangkan 97,1 % (selalu berpakaian rapi) | |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|-------------------|---|--|---|
| | Perilaku dokter | 11,4 % (kadang-kadang), sedangkan 48,6 % menyatakan selalu, 40 % menyatakan sering. Untuk komponen memberikan salam dan mendo'akan masih dibawah nilai rata-rata komposit. | Perilaku dokter dan perawat ruang Shofa , terutama untuk komponen (a) memberi salam dan (b) memberikan motivasi kesembuhan pasien, masih dibawah rata-rata |
| | Perilaku perawat | 11,4% menilai kadang kadang, 40% menilai sering, 48,6% menilai selalu. Untuk komponen memberikan salam dan mendo'a kan masih berada di bawah nilai rata-rata komposit | |
| | Penilaian terhadap tarif | Hasil komposit, 2,9% (tarif sangat mahal), 11,4% (mahal), 82,9% (cukup), 2,9% (murah). Untuk komponen tarif tindakan medi berada dibawah nilai rata-rata komposit | Secara komposit, sebagian besar pasien menilai tarif ruang Shofa tergolong cukup (dapat diterima pasien) |
| | Penilaian terhadap sarana penunjang medik | 91,4% menilai bahwa kamar mandi, air dan sarana penunjang lainnya sangat baik, 2,9% (baik) dan sebesar 5,7% (cukup) | Dukungan fasilitas dan kemampuan layanan untuk menjadi rumah sakit rujukan |
| | Penilaian pasien terhadap Empati, Responsiveness, keberadaan, tangibility dan perilaku Petugas KO | Hasil komposit : - Empati; 95,7% (sangat baik), 4,3 % (cukup); - Responsiveness; 65,2 % (cukup), 17,4 % (baik), 17,4 % (sangat baik); - Keberadaan; 60,9 % (selalu ada), 13% (sering), 26,1% (kadang- | Ditemukan adanya penilaian kurang baik terhadap proses pelayanan di instalasi penunjang medik, khususnya tentang variable empati, responsiveness dan perilaku petugas |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|-------------------|---|--|-----------------------|
| | | kadang); - Tangible; 95,7% (selalu rapi), 4,3% (kadang-kadang). - Perilaku; 50 % (kadang-kadang berilaku Islami), 19,6 % (sering) dan 30,4 % (selalu) | |
| | Penilaian Pasien terhadap Empati, Responsiveness, keberadaan, tangible dan perilaku Petugas Laborat | Hasil komposit : - Empati; 30,4% (sangat baik), 16,1 % (baik), 53,65 (cukup) - Responsiveness; 46,4 % (cukup), 41,1 % (baik), 12,5 % (sangat baik) - Keberadaan; 53,6% (kadang-kadang ada), 46,4 % (selalu ada) - Tangible; 91,1% (selalu rapi), 8,9% (kadang-kadang) - Perilaku; 39,3% (kadang-kadang), 46,4 % (sering) dan 14,3 % (selalu berperilaku islami) | |
| | Penilaian pasien terhadap Empati, Responsive, keberadaan, tangible dan perilaku Petugas Radiologi | Hasil komposit : - Empati; 13,2% (sangat baik), 34,0 % (baik), 50,9% (cukup), 1,9% (kurang) - Responsiveness; 15,1% (cukup), 50,9 % (baik), 5,7 % (sangat baik), 28,3% (kurang) - Keberadaan; 37,7% (kadang-kadang), 15,1% (sering ada), 47,2% (selalu ada) - Tangible; 96,2% | |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|-------------------|--|--|-----------------------|
| | | (selalu rapi), 3,8% (kadang-kadang) - perilaku; 41,5% (kadang-kadang berilaku Islami), 54,7 % (sering) dan 3,8 % (selalu berperilaku islami) | |
| | Penilaian Pasien terhadap Empati, Responsiveness, keberadaan, tangible dan perilaku Petugas Gizi | Hasil komposit : - empati; 12,3% (sangat baik), 32,3 % (baik), 55,4% (cukup); - responsiveness; 9,2% (cukup), 64,6 % (baik), 1,5 % (sangat baik), 24,6% (kurang); - tangible; 86,2 % (selalu berpakaian rapi), 6,2 % (sering), 7,6% (kadang-kadang) - perilaku, 35,4 % (kadang-kadang berilaku Islami), 55,4 % (sering) dan 9,2 % (selalu berperilaku islami) - ketepatan waktu pelayanan; 90,7% (selalu tepat), 3,1% (sering tepat), 6,2% (kadang-kadang) - kualitas menu; 47,7% (sangat baik), 7,7% (baik), 44,6% (cukup) | |
| | Penilaian Pasien terhadap Empati, Responsiveness, keberadaan, tangible dan perilaku Petugas kamar obat | Hasil komposit: • empati; 71% (sangat baik), 29% (cukup) • responsive; 14,5% (cukup), 59,4% (baik), 1,4% (sangat baik), | |

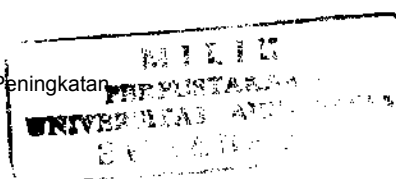
| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|---|-------------------------------------|---|---|
| | | 24,6% (kurang) <ul style="list-style-type: none"> • keberadaan; 31,9% (kadang-kadang), 4,3% (sering ada), 63,8% (selalu ada); • tangible: 97,1% (berpakaian rapi), 2,9 % (kadang-kadang); • perilaku, 1,4 % (tidak pernah berlaku Islami), 40,6 % (kadang-kadang), 50,7% (sering) dan 7,2% (selalu berperilaku islami) | |
| Menganalisis SDM ruang Shofa meliputi kuantitas dan kualitas, komitmen dan motivasi | Umur petugas | 58,3 % petugas ruang shofa berusia 26 - 29 tahun | Ketersediaan SDM perawat ruang Shofa yang berada dalam usia produk tif dengan tingkat pendidikan cukup tinggi serta pengalaman yang memadai |
| | Jabatan | 66,7 % memiliki jabatan sebagai perawat | |
| | Pendidikan formal | 66,7 % petugas ruang shofa berpendidikan Diploma III | |
| | Status kepegawaian | Berimbang 50 % antara yang berstatus sebagai pegawai tetap dengan yang berstatus sebagai pegawai tidak tetap. | |
| | Masa kerja | 41,7 % memiliki masa jabatan 1 tahun | |
| | Proporsi jumlah perawat ruang shofa | 91,7% menyatakan bahwa jumlah petugas tidak mencukupi. | |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|--------------------------|---|---|---|
| | Kualifikasi pendidikan perawat ruang shofa | 91,7 % menyatakan bahawa kualifikasi pendidikan telah sesuai dengan kebutuhan ruang shofa | |
| | Penilaian terhadap sistem pembagian uang jasa medis | 58,3 % petugas ruang shofa menyatakan tidak puas terhadap sistem pembagian uang jasa medis yang diberlakukan saat ini | Tidak terpenuhinya kebutuhan fisiologis, rasa aman, afiliasi, kebutuhan penghargaan dan perwujudan diri mengakibatkan rendahnya motivasi dokter spesialis bedah dan petugas ruang Shofa |
| | Perbandingan penghasilan dengan RS lain | 50 % responden menyatakan penghasilannya relatif lebih kecil dibandingkan dengan RS lain | |
| | Kebutuhan rasa aman | 50 % responden menyatakan bahwa status kepegawaiannya tidak memberikan rasa aman | |
| | Kebutuhan afiliasi | 58,3 % menyatakan bahwa tidak pernah diikuti sertakan dalam proses pengambilan keputusan RSML | |
| | Kebutuhan penghargaan | 75 % responden menyatakan bahwa RSML tidak memiliki sistem pemberian penghargaan kerja | |
| | Tingkat penerimaan manajemen RSML thd ide baru | 8,3 % menyatakan bahwa RSML tidak mau menerima ide baru atau terhadap masukan yang diajukan, 66,7 % menyatakan hanya kadang-kadang mau menerima | |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|--------------------------|---|---|--|
| | Program pendidikan berkelanjutan | 66,7 % menyatakan tidak pernah diikuti serta dalam program pendidikan berkelanjutan | |
| | Tingkat respon manajemen RSML terhadap pendidikan | 8,3 % menyatakan sangat tidak puas terhadap respon manajemen terhadap pendidikan, sedangkan 50,0% menyatakan tidak puas | |
| | A willingness | 16,7 % menyatakan membuka praktek pribadi | |
| | A belief | 100 % responden menyatakan mengetahui visi dan misi RSML | |
| | Perwujudan misi | 8,3 % menilai misi RSML tidak dapat diwujudkan sama sekali, 75 % menyatakan sudah dapat diwujudkan | |
| | A desire | 8,3 % menyatakan keinginannya untuk tidak ingin melanjutkan bekerja di RSML, sedangkan 91,7 % sangat menginginkan untuk menjadi pegawai tetap RSML | |
| | Rencana praktek masa mendatang | 25,0 % menyatakan tidak punya rencana untuk tetap bekerja di RSML, 75 % menyatakan punya rencana untuk tetap bekerja di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan | Cukup tingginya komitmen petugas ruang Shofa terhadap RSML |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|--------------------------|--|--|------------------------------|
| | Keinginan pindah tempat | 33,3 % menyatakan punya keinginan untuk pindah kerja bila ada penawaran, sedangkan 66,7 % menyatakan tidak berkeinginan pindah walau pun ada penawaran | |
| | Kuantitas dokter spesialis bedah | 33,3 % menyatakan jumlah dokter bedah sangat tidak mencukupi dibandingkan dengan kebutuhan. | |
| | Kualitas dokter spesialis bedah | 100 % menilai kualifikasi pendidikan telah cukup sesuai | |
| | Penilaian dokter spesialis terhadap sistem pembagian uang jasa medis | 66,7 % dokter Sp menyatakan tidak puas terhadap sistem pembagian uang jasa medis yang diterapkan di RSML | |
| | Perbandingan penghasilan (dokter spesialis) dengan RS lain | 33,3 % menyatakan sangat tidak berimbang bila dibandingkan dengan penghasilan di RS lain. | |
| | Kebutuhan rasa aman (dokter spesialis) | 33,3 % menyatakan bahwa status kepegaiannya saat ini sangat tidak memberikan rasa aman dalam bekerja. | |
| | Kebutuhan afiliasi (dokter spesialis) | 66,7 % menyatakan hanya kadang-kadang dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan di RSML | |
| | Kebutuhan penghargaan (dokter spesialis) | 33,3 % menyatakan bahwa RSML tidak memiliki sistem pemberian penghargaan kerja, sedangkan 33,3 % lainnya menyatakan | |

| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|-------------------|---|---|-----------------------|
| | | idak tahu tentang adanya sistem tersebut | |
| | Tingkat penerimaan manajemen RSML (terhadap ide baru dari dokter spesialis) | 33,3 % menyatakan manajemen tidak pernah mau menerima ide yang diajukan, 33,3% menyatakan kadang-kadang, 33,3 % menyatakan sering, terhadap hal ini 66,7 % menyatakan tidak puas terhadap penerimaan manajemen RSML | |
| | Program Pendidikan | 100 % responden menyatakan tidak pernah diikutserta dalam program pendidikan berkelanjutan | |
| | Tingkat respon manajemen terhadap pendidikan berkelanjutan | 66,7 % menyatakan tidak puas terhadap respon manajemen RSML terhadap pentingnya pendidikan | |
| | A willingness (dokter spesialis) | 100 % responden juga bekerja ditempat lain selain di RSML | |
| | A belief dokter | 66,7 % menyatakan tidak mengetahui visi dan misi RSML | |
| | Perwujudan misi (Dr Sp) | 66,7 % menyatakan hanya sebagian visi misi RSML yang dapat diwujudkan di ruang Shofa | |
| | A desire (dokter Sp) | 66,7 % menyatakan tidak menginginkan untuk tetap bekerja di RSML | |
| | Rencana praktek dimasa mendatang (dokter Sp) | 66,7 % menyatakan tidak punya rencana untuk tetap bekerja di RSML | |



| Tujuan Penelitian | Informasi yang digali | Temuan | Rumusan Isu Startegis |
|---|---------------------------------------|---|--|
| | Keinginan pindah tempat (dokter Sp) | 66,7 % menyatakan berkeinginan pindah ke tempat lain jika ada penawaran | Rendahnya komitmen dokter spesialis Bedah di ruang Shofa |
| Mengidentifikasi jenis penyakit yang ditangani di ruang Shofa | Jenis Penyakit | 27,1 % kasus Closed Fraktur, 11,4 % kasus cedera otak ringan, 10% (1 kasus) untuk masing-masing kasus Celulitis, BPH, Fistula Ani, Post Colostomy, Pneumothorax, Testis Intra Abdomen, Batu saluran kencing | |

5.11 Diskusi Kelompok Terpimpin

Hasil pembahasan sebagaimana telah dipaparkan sebelumnya, kemudian dibawa kedalam proses diskusi kelompok terpimpin.

5.11.1 Proses Diskusi Kelompok Terpimpin

Sebagai bagian dari proses penyusunan rencana strategis peningkatan tingkat hunian ruang Shofa RSML dengan pendekatan analisis medan kekuatan (*force field analysis*), maka pada tanggal 7 April 2003, bertempat di ruang Komite Medik Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, dilaksanakan Diskusi Kelompok Terpimpin dengan melibatkan pimpinan dan staf RSML yang terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, Ka.Bag Yanmed, Ka.Bag. Jangmed, Kepala ruang Shofa, Kepala ruang ICU, Kepala ruang Laboratorium, Kepala ruang Radiologi, Kepala IBS, Komite Medik/SMF Bedah, Ketua tim pemasaran, Kepala Humas, Kepala unit Gizi, Kepala Diklat, Kabid Keperawatan, Ketua SMF Bedah, dengan fasilitator DR. Stefanus Supriyanto, dr.MS.

Diskusi Kelompok Terpimpin ini dilaksanakan dengan alur sebagai berikut :

1. Tahap Pertama : Pemaparan tentang masalah, tujuan penelitian, metodologi dan temuan penelitian dan pada akhirnya dipaparkan pemetaan isu strategis tentang faktor kekuatan pendorong dan faktor kekuatan disampaikan oleh Umi Aliyah, dr selaku peneliti.
2. Tahap Kedua : Diskusi klarifikasi terhadap temuan penelitian dan pemetaan isu strategis tentang faktor kekuatan pendorong dan faktor kekuatan penghambat. Dalam tahapan ini keseluruhan peserta diskusi memberikan curah pendapat terhadap isu strategis yang telah dipaparkan oleh peneliti. Beberapa isu yang disoroti oleh para peserta diskusi, antara lain adalah :
 - a. Persepsi Responden tentang Tarif yang memberikan penilaian bahwa tarif di ruang Shofa tergolong cukup mahal. Sorotan terhadap issue ini bersumber dari adanya penilaian dokter spesialis bedah yang menilai bahwa tarif di ruang Shofa tergolong murah jika dibandingkan dengan tarif sejenis di rumah sakit di Gresik dan Surabaya; Terhadap permasalahan ini, peneliti menyampaikan bahwa temuan penelitian adalah dari sisi persepsi pasien, dan berdasarkan prinsip "*focus konsumen*" dan *service excelent* yang menghendaki "*zero defect*" maka masukan sekecil apapun harus selalu dipertimbangkan sebagai masukan. Sedangkan nara sumber dan fasilitator menyampaikan pendapat bahwa jika berbicara tentang rumah sakit swasta, kalau ada yang menyatakan mahal kurang dari 20 % tidak masalah , tetapi yang penting adalah bagaimana kita merespon yang 2,9 % yang menilai sangat mahal, walaupun hal ini

jumlahnya sangat sedikit sekali. Penilaian ini bisa jadi muncul karena masyarakat kita sudah dininabobokkan oleh pelayanan yang gratis, jadi begitu melihat tarif di rumah sakit swasta, ia juga menuntut tarif yang murah dan kalau perlu juga gratis. Apabila dilihat dari hasil temuan penelitiannya, persepsi pasien yang terbanyak menilai tarif cukup dan yang menilai sangat mahal hanya sedikit, jadi dapat dianggap pasien setuju terhadap tarif yang sudah ada.

- b. Tentang BOR ruang Shofa, sebagian peserta mempertanyakan tentang kontradiksi upaya peningkatan BOR dengan program *One day Surgery* (ODS) yang mulai diterapkan di ruang Shofa. Terhadap permasalahan ini peneliti menyampaikan bahwa memang BOR berkait dengan jumlah hari rawat, ALOS ruang Shofa memang rendah, berarti harus meningkatkan jumlah pasien. Sedangkan peserta yang lain berpendapat bahwa memang ada kelemahan di RSML dalam perencanaan jumlah TT dengan dokter memulangkan pasien. Di RSML belum punya rencana yang terintegrasi antara pihak manajemen dengan dokter yang merawat berkaitan dengan masalah BOR ini. Terhadap permasalahan ini fasilitator/ nara sumber mengemukakan pendapatnya bahwa dalam permasalahan ini memang ada perbenturan beberapa kepentingan. Kepentingan manajemen rumah sakit adalah bagaimana agar rumah sakit laku dan ada pemasukan untuk kesejahteraan karyawan dan pengembangan rumah sakit, sedangkan kepentingan Iptekdok perlu menerapkan ODS. Jika diterapkan ODS semua maka rumah sakit tidak dapat membayar gaji

karyawan dan membangun rumah sakit, jadi kepentingan ini harus dinegosiasikan.

- c. Tentang temuan bahwa media informasi yang digunakan untuk promosi tidak efektif, peserta diskusi mempertanyakan dasar dan temuan penelitian, Terhadap hal ini peneliti mengemukakan bahwa berdasarkan hasil penelitian tentang karakteristik pasien, diketahui bahwa referensi pasien dari sumber komersial sangat sedikit dan temuan ini diperkuat dengan temuan peneliti sebelumnya Absor (2002) yang menyimpulkan bahwa pesan yang disampaikan oleh RSMML melalui media promosi tidak dapat ditangkap dengan baik oleh konsumen.

Selanjutnya keseluruhan peserta dapat memahami dan menyetujui temuan dan pemetaan yang dilakukan oleh peneliti.

3. Tahap Ketiga : Proses Pembobotan / pemberian skoring pada faktor kekuatan pendorong dan faktor kekuatan penghambat.

Pada tahapan ini keseluruhan peserta melakukan curah pendapat untuk memberikan penilaian tentang dampak kekuatan pendorong dalam mencapai tujuan, dampak kekuatan penghambat dalam mencapai tujuan, tingkat kemudahan penyelesaian dan tingkat kemampuan kendali manajemen.

Pembobotan / pemberian nilai tersebut diberikan terhadap masing-masing isu strategis dengan berpedoman kepada skala nilai :

- a. Untuk Penilaian Variabel Penghambat & Kemudahan Penyelesaian :

| Definisi Kekuatan Penghambat dalam pencapaian tujuan | Penilaian |
|--|-----------|
| Kekuatan penghambat sangat mudah diselesaikan | 5 |
| Kekuatan penghambat mudah diselesaikan | 4 |
| Kekuatan penghambat cukup mudah diselesaikan | 3 |
| Kekuatan penghambat sukar diselesaikan | 2 |
| Kekuatan penghambat sangat sukar diselesaikan | 1 |

| Definisi Kekuatan Penghambat dalam pencapaian tujuan | Penilaian |
|---|-----------|
| Dampak sangat kuat menghambat pencapaian tujuan (81-100%) | 5 |
| Dampak kuat menghambat pencapaian tujuan (61-80%) | 4 |
| Dampak cukup kuat menghambat pencapaian tujuan (41- 60%) | 3 |
| Dampak kurang menghambat pencapaian tujuan (21-40%) | 2 |
| Dampak sangat kurang menghambat pencapaian tujuan (0-20%) | 1 |

b. Untuk Penilaian Variabel Pendorong & Kemampuan Pengendalian Manajemen

| Definisi Kekuatan Pendorong dalam pencapaian tujuan | Penilaian |
|---|-----------|
| Dampak sangat kuat mendorong tujuan tercapai (81-100%) | 5 |
| Dampak kuat mendorong tujuan tercapai (61-80%) | 4 |
| Dampak cukup kuat mendorong tujuan tercapai (41 - 60 %) | 3 |
| Dampak kurang mendorong tujuan tercapai (21-40%) | 2 |
| Dampak sangat kurang mendorong tujuan tercapai (0-20%) | 1 |

| Definisi Kekuatan tingkat kendali manajemen | Penilaian |
|---|-----------|
| Seluruhnya dibawah kendali (81-100%) | 5 |
| Sebagian besar dibawah kendali (61-80%) | 4 |
| Sebagian dibawah kendali (41 - 60 %) | 3 |
| Sebagian kecil dibawah kendali (21-40%) | 2 |

Selanjutnya hasil penilaian (pembobotan) dari keseluruhan peserta diskusi kelompok terpimpin ini dituang dalam tabel perhitungan sebagaimana nampak dalam lembar lampiran kumpulan hasil perhitungan.

Berdasarkan tabel hasil penilaian (pembobotan) tersebut kemudian dilakukan perhitungan nilai rata-rata terhadap keseluruhan isu strategis sehingga diperoleh hasil penilaian sebagai berikut :

- a. Tingkat kekuatan penghambat dan tingkat kemudahan masalah diselesaikan sebagaimana tertuang dalam tabel 5.50 ;
- b. Tingkat kekuatan pendorong dan tingkat kendali manajemen, sebagaimana tertuang dalam tabel 5.51.

4. Tahap Keempat : Penyusunan Skala Prioritas

Pada tahapan ini, hasil pembobotan yang telah dilakukan pada tahapan sebelumnya kemudian dipergunakan sebagai dasar bagi penentuan skala

prioritas. Pada tahapan ini keseluruhan peserta diskusi kelompok melakukan penilaian untuk penentuan skala prioritas dengan didasarkan pada :

- a. Terhadap Kekuatan Pendorong dan kendali menejemen :

| Nilai Scoring | Penentuan Skala Prioritas |
|--------------------|--|
| 4 | Dipertahankan |
| Lebih kecil dari 4 | Diprioritaskan untuk ditingkatkan dengan memperhatikan tingkat kendali manajemen |

- b. Terhadap Kekuatan Penghambat dan kemudahan diselesaikan

| Nilai Scoring | Penentuan Skala Prioritas |
|--------------------|--|
| 4 | Diprioritaskan untuk diselesaikan / diperkecil dengan memperhatikan kemudahan untuk diselesaikan |
| Lebih kecil dari 4 | Dipertahankan |

Dalam proses ini kemudian dihasilkan tabel skala prioritas sebagaimana nampak dalam tabel 5.53.

5. Tahap Kelima : Perumusan Ide Strategis

Pada tahapan ini, keseluruhan peserta diskusi saling melakukan curah pendapat untuk mengemukakan ide dan gagasan dalam upaya mencari solusi yang berujung pada peningkatan faktor kekuatan pendorong dan mengurangi faktor kekuatan penghambat agar tujuan peningkatan tingkat hunian ruang Shofa dapat tercapai. Hasil pembahasan dalam tahapan ini adalah sebagaimana tertuang dalam tabel 5.54.

Ide Strategis yang dihasilkan dari forum diskusi kelompok terpimpin ini akan menjadi dasar bagi penyusunan strategi pemecahan final.

5.11.2 Hasil Diskusi Kelompok terpimpin

a. Penilaian Variabel Penghambat & Kemudahan Penyelesaian

| Definisi Kekuatan Penghambat dalam pencapaian tujuan | Penilaian |
|---|-----------|
| Dampak sangat kuat menghambat pencapaian tujuan (81-100%) | 5 |
| Dampak kuat menghambat pencapaian tujuan (61-80%) | 4 |
| Dampak cukup kuat menghambat pencapaian tujuan (41- 60%) | 3 |
| Dampak kurang menghambat pencapaian tujuan (21-40%) | 2 |
| Dampak sangat kurang menghambat pencapaian tujuan (0-20%) | 1 |

| Definisi Kekuatan Penghambat dalam pencapaian tujuan | Penilaian |
|--|-----------|
| Kekuatan penghambat sangat mudah diselesaikan | 5 |
| Kekuatan penghambat mudah diselesaikan | 4 |
| Kekuatan penghambat cukup mudah diselesaikan | 3 |
| Kekuatan penghambat sukar diselesaikan | 2 |
| Kekuatan penghambat sangat sukar diselesaikan | 1 |

Tabel 5.50 Hasil Penilaian Variabel Penghambat dan Kemudahan Penyelesaian

| No. | Variabel Kekuatan penghambat | Nilai rata-rata | | |
|-----|---|-----------------|-----------|-----------|
| | | Dampak | Kemudahan | K.relatif |
| 01 | Media informasi yang dipergunakan untuk promosi tidak efektif | 3,7 | 3,1 | 3,4 |
| 02 | Empati dokter ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal berbincang tentang penyakit dan mendengar keluhan pasien | 3,6 | 3,0 | 3,3 |
| 03 | Empati perawat ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal berbincang tentang penyakit ; mendengar keluhan pasien dan menunjukkan minat ketika berbicara | 4,1 | 3,3 | 3,7 |
| 04 | Responsiveness dokter dan perawat ruang Shofa , terutama untuk komponen segera memberi bantuan, menanyakan hal yg perlu dibantu dan memberi bantuan tanpa diminta Masih berada dibawah nilai rata-rata. | 3,6 | 2,9 | 3,2 |
| 05 | Perilaku dokter dan perawat ruang Shofa , terutama untuk komponen memberi salam dan memberikan motivasi dinilai masih berada dibawah rata-rata | 2,8 | 3,6 | 3,2 |
| 06. | Masih ditemukan adanya penilaian kurang baik terhadap proses pelayanan di instalasi penunjang medis, khususnya | 3,6 | 2,9 | 3,3 |

| No. | Variabel Kekuatan penghambat | Nilai rata-rata | | |
|-----|---|-----------------|-----------|-----------|
| | | Dampak | Kemudahan | K.relatif |
| | tentang variable empati, responsiveness dan perilaku petugas. | | | |
| 07. | Rendahnya komitmen dokter spesialis bedah ruang Shofa terhadap RSML; | 3,6 | 2,3 | 2,9 |
| 08. | Rendahnya upaya motivasi yang diberikan oleh RSML kepada petugas dan dokter spesialis bedah ruang Shofa | 3,1 | 2,8 | 2,9 |
| 09. | Karakteristik pasien : Tingkat pendidikan SD& tidak tamat SD (40%); Mayoritas pekerjaan KK pasien adalah buruh/kuli (50%); Sumber biaya ditanggung pihak keluarga sendiri (64,3%) | 2,6 | 2,3 | 2,4 |
| 10. | Sumber referensi Tenaga Kesehatan (dokter/ paramedis) masih rendah (17,1%) | 3,1 | 2,4 | 2,8 |
| 11. | Persepsi pasien terhadap penyakitnya tergolong gawat & sangat gawat (32,8%) | 2,69 | 2,44 | 2,56 |

Berdasarkan hasil penilaian terhadap variabel penghambat dan kemudahan penyelesaian sebagaimana tertuang dalam tabel 5.50 tersebut diatas, diketahui bahwa komponen Empati perawat ruang shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal berbincang tentang penyakit, mendengar keluhan pasien dan menunjukkan minat ketika berbicara, memperoleh nilai kekuatan relatif tertinggi (3,7) yang berarti bahwa komponen ini memberikan dampak pengaruh cukup kuat dalam menghambat pencapaian tujuan peningkatan tingkat hunian ruang shofa, tetapi sebenarnya cukup mudah untuk diselesaikan. Sedangkan komponen karakteristik pasien merupakan komponen yang memperoleh nilai kekuatan relatif terendah (2,4) yang berarti bahwa komponen ini kurang memberikan dampak pengaruh penghambat pencapaian tujuan peningkatan tingkat hunian ruang shofa dan sukar diselesaikan karena merupakan persoalan eksternal yang tidak berada dibawah kendali manajemen RSML.

b. Penilaian Variabel Pendorong & Kemampuan Pengendalian Manajemen

| | |
|---|-----------|
| Definisi Kekuatan Pendorong dalam pencapaian tujuan | Penilaian |
| Dampak sangat kuat mendorong tujuan tercapai (81-100%) | 5 |
| Dampak kuat mendorong tujuan tercapai (61-80%) | 4 |
| Dampak cukup kuat mendorong tujuan tercapai (41 - 60 %) | 3 |
| Dampak kurang mendorong tujuan tercapai (21-40%) | 2 |
| Dampak sangat kurang mendorong tujuan tercapai (0-20%) | 1 |

| | |
|---|-----------|
| Definisi Kekuatan tingkat kendali manajemen | Penilaian |
| Seluruhnya dibawah kendali (81-100%) | 5 |
| Sebagian besar dibawah kendali (61-80%) | 4 |
| Sebagian dibawah kendali (41 - 60 %) | 3 |
| Sebagian kecil dibawah kendali (21-40%) | 2 |
| Diluar kendali (0-20%) | 1 |

Tabel 5.51 Hasil Penilaian Variabel Pendorong & Kemampuan Pengendalian Manajemen

| No. | Variabel Kekuatan pendorong | Nilai rata-rata | | |
|-----|---|-----------------|---------------|------------------|
| | | Dampak | Kendali Manaj | Kekuatan Relatif |
| 01 | Dukungan fasilitas dan kemampuan layanan untuk menjadi rumah sakit rujukan; | 4,1 | 3,8 | 4,0 |
| 02 | Ketersediaan SDM perawat ruang shofa yang berada dalam usia produktif dengan tingkat pendidikan cukup tinggi serta pengalaman yang memadai; | 4,3 | 3,8 | 4,0 |
| 03 | Komitmen petugas ruang shofa yang cukup tinggi terhadap RSML | 3,8 | 3,7 | 3,8 |
| 04 | Potensi pengembangan dana kesehatan bagi masyarakat melalui Kerjasama instansi, penanganan Jamsostek, JPKM khususnya dengan Persyarikatan Muhammadiyah, Program asuransi Katam BNI dsb; | 3,8 | 3,0 | 3,4 |
| 05 | Tingginya sumber referensi pribadi (77,1%) menunjukkan tingginya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap RSML | 4,3 | 2,8 | 3,5 |
| 06 | Penilaian alasan utama MRS adalah pelayanan cepat, murah dan manjur (48,6%) | 4,1 | 3,4 | 3,8 |
| 07. | Besar tarif ruang Shofa dapat disetujui oleh responden (82,9%) | 3,7 | 3,9 | 3,8 |

Penilaian terhadap variabel pendorong dan tingkat kendali manajemen sebagaimana tertuang dalam tabel 5.51 dapat diketahui bahwa komponen dukungan fasilitas dan ketersediaan SDM perawat ruang Shofa, memperoleh penilaian kekuatan relatif tertinggi (4,0) yang berarti bahwa komponen ini memiliki dampak pengaruh kuat dalam mendorong pencapaian tujuan untuk peningkatan tingkat hunian ruang Shofa dan merupakan komponen yang sepenuhnya berada dibawah kendali manajemen RSML.

Sedangkan komponen potensi pengembangan dana masyarakat dan komponen tingginya sumber referensi pribadi merupakan komponen yang memperoleh nilai kekuatan relatif terendah (3,5) yang memiliki arti bahwa komponen ini memiliki pengaruh cukup kuat dalam mendorong pencapaian tujuan akan tetapi hanya sebagian yang berada dibawah kendali manajemen RSML.

Berdasarkan variable kekuatan pendorong dan penghambat, kemudian dilakukan perhitungan untuk mendapatkan tingkat kekuatan relatif sebagaimana tabel berikut.

Tabel 5.52 Hasil Penilaian Kekuatan relatif pendorong dan penghambat

| No. | Kekuatan Pendorong | Tingkat Kekuatan Relatif | No. | Kekuatan Penghambat | Tingkat Kekuatan Relatif |
|-----|--|--------------------------|-----|--|--------------------------|
| 01. | Dukungan fasilitas dan kemampuan layanan untuk menjadi rumah sakit rujukan; | 4,0 | 01. | Media informasi yang dipergunakan untuk promosi tidak efektif | 3,4 |
| 02. | Ketersediaan SDM perawat ruang shofa yang berada dalam usia produktif dengan tingkat pendidikan cukup tinggi serta pengalaman yang | 4,0 | 02. | Empati dokter ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal berbincang tentang penyakit dan mendengar keluhan pasien | 3,3 |

| No. | Kekuatan Pendorong | Tingkat Kekuatan Relatif | No. | Kekuatan Penghambat | Tingkat Kekuatan Relatif |
|-----|---|--------------------------|-----|---|--------------------------|
| | memadai; | | | | |
| 03. | Komitmen petugas ruang shofa yang cukup tinggi terhadap RSML | 3,8 | 03. | Empati perawat ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal berbincang tentang penyakit ; mendengar keluhan pasien dan menunjukkan minat ketika berbicara | 3,7 |
| 04. | Potensi pengembangan dana kesehatan bagi masyarakat melalui Kerjasama instansi, penanganan Jamsostek, JPKM khususnya dengan Persyarikatan Muhammadiyah, Program asuransi Katam BNI dsb; | 3,4 | 04. | Responsiveness dokter dan perawat ruang Shofa , terutama untuk komponen segera memberi bantuan, menanyakan hal yg perlu dibantu dan memberi bantuan tanpa diminta masih berada dibawah nilai rata-rata. | 3,2 |
| 05. | Tingginya sumber referensi pribadi (77,1%) menunjukkan tingginya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap RSML. | 3,5 | 05. | Perilaku dokter dan perawat ruang Shofa , terutama untuk komponen memberi salam dan memberikan motivasi dinilai masih berada dibawah rata-rata | 3,2 |
| 06. | Penilaian alasan utama MRS adalah pelayanan cepat, murah dan manjur (48,6%) | 3,8 | 06. | Masih ditemukan adanya penilaian kurang baik terhadap proses pelayanan di instalasi penunjang medis, khususnya tentang variable empati, responsiveness dan perilaku petugas. | 3,3 |
| 07. | Besar tarif ruang Shofa dapat disetujui | 3,8 | 07. | Rendahnya komitmen dokter | 2,9 |

| No. | Kekuatan Pendorong | Tingkat Kekuatan Relatif | No. | Kekuatan Penghambat | Tingkat Kekuatan Relatif |
|-----|------------------------|--------------------------|-----|---|--------------------------|
| | oleh responden (82,9%) | | | spesialis bedah ruang Shofa terhadap RSML; | |
| | | | 08. | Rendahnya upaya motivasi yang diberikan oleh RSML kepada petugas dan dokter spesialis bedah ruang Shofa | 2,9 |
| | | | 09. | Karakteristik pasien : Tingkat pendidikan SD& tidak tamat SD (40%); Mayoritas pekerjaan KK pasien adalah buruh/kuli (50%); Sumber biaya ditanggung pihak keluarga sendiri (64,3%) | 2,4 |
| | | | 10. | Sumber referensi Tenaga Kesehatan (dokter/ paramedis) masih rendah (17,1%) | 2,8 |
| | | | 11. | Persepsi pasien terhadap penyakitnya tergolong gawat & sangat gawat (32,8%) | 2,56 |

c. Penentuan Prioritas Perencanaan

Sebagaimana telah diuraikan dalam paparan sebelumnya, prinsip dasar analisis medan kekuatan (*force field analysis*) dalam penentuan prioritas perencanaan adalah memperbesar kekuatan pendorong dan memperkecil kekuatan penghambat. Berdasarkan prinsip dasar tersebut maka penentuan prioritas didasarkan pada perhitungan bahwa untuk variabel kekuatan pendorong dan tingkat kendali manajemen yang memiliki nilai kekuatan relatif 4 maka akan

dipertahankan, sedangkan yang memiliki nilai kekuatan relatif dibawah 4 akan diprioritaskan untuk memperoleh penanganan. Sebaliknya untuk variabel kekuatan penghambat dan tingkat kemudahan penyelesaian, yang memiliki nilai kekuatan relatif tertinggi merupakan persoalan yang harus diprioritaskan dibandingkan dengan yang memiliki nilai kekuatan relatif lebih rendah.

Berdasarkan prinsip perhitungan sebagaimana tersebut diatas, maka dapat disusun tabel prioritas sebagaimana termuat dalam tabel sebagai berikut

Tabel 5.53 Penentuan Prioritas

| No. | Kekuatan Pendorong | TK Relatif | Prioritas | No. | Kekuatan Penghambat | TK Relatif | Prioritas |
|-----|---|------------|-----------|-----|--|------------|-----------|
| 01. | Potensi pengembangan dana kesehatan bagi masyarakat melalui Kerjasama instansi, penanganan Jamsostek, JPKM khususnya dengan Persyarikatan Muhammadiyah, Program asuransi Katam BNI dsb; (D-1) | 3,5 | I | 01. | Empati perawat ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal berbincang tentang penyakit ; mendengar keluhan pasien dan menunjukkan minat ketika berbicara (H-1) | 3,7 | I |
| 02. | Tingginya sumber referensi pribadi (77,1%) menunjukkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap RSML (D-2) | 3,5 | II | 02. | Media informasi yang dipergunakan untuk promosi tidak efektif (H-2) | 3,4 | II |
| 03. | Komitmen petugas ruang shofa yang cukup tinggi terhadap RSML (D-3) | 3,8 | III | 03. | Empati dokter ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal berbincang tentang penyakit dan mendengar keluhan pasien (H-3) | 3,3 | III |
| 04. | Besar tarif ruang Shofa dapat disetujui oleh responden (82,9%) (D-4) | 3,8 | IV | 04. | Masih ditemukan adanya penilaian kurang baik terhadap proses pelayanan di | 3,3 | IV |

| No. | Kekuatan Pendorong | TK Relatif | Prioritas | No. | Kekuatan Penghambat | TK Relatif | Prioritas |
|-----|---|------------|-----------|-----|--|------------|-----------|
| | | | | | instalasi penunjang medis, khususnya tentang variable empati, responsiveness dan perilaku petugas. (H-4) | | |
| 05. | Penilaian alasan utama MRS adalah pelayanan cepat, murah dan manjur (48,6%) (D-5) | 3,8 | V | 05. | Responsiveness dokter dan perawat ruang Shofa, terutama untuk komponen segera memberi bantuan, menanyakan hal yg perlu dibantu dan memberi bantuan tanpa diminta masih berada dibawah nilai rata-rata. (H-5) | 3,2 | V |
| 06. | Ketersediaan SDM perawat ruang shofa yang berada dalam usia produktif dengan tingkat pendidikan cukup tinggi serta pengalaman yang memadai; (D-6) | 4,0 | VI | 06. | Perilaku dokter dan perawat ruang Shofa, terutama untuk komponen memberi salam dan memberikan motivasi dinilai masih berada dibawah rata-rata (H-6) | 3,2 | VI |
| 07. | Dukungan fasilitas dan kemampuan layanan untuk menjadi rumah sakit rujukan; (D-7) | 4,0 | VII | 07. | Rendahnya komitmen dokter spesialis bedah ruang Shofa terhadap RSML; (H-7) | 2,9 | VII |
| | | | | 08. | Rendahnya upaya motivasi yang diberikan oleh RSML kepada petugas dan dokter spesialis bedah ruang Shofa (H-8) | 2,9 | VIII |
| | | | | 09. | Sumber referensi Tenaga Kesehatan (dokter/ paramedis) masih rendah (17,1%) (H-9) | 2,8 | IX |
| | | | | 10. | Persepsi pasien terhadap penyakitnya tergolong gawat & sangat gawat | 2,56 | X |

| No. | Kekuatan Pendorong | TK Relatif | Prioritas | No. | Kekuatan Penghambat | TK Relatif | Prioritas |
|-----|--------------------|------------|-----------|-----|--|------------|-----------|
| | | | | | (32,8%) (H-10) | | |
| | | | | 11. | Karakteristik pasien : Tingkat pendidikan SD& tidak tamat SD (40%); Mayoritas pekerjaan KK pasien adafah buruh/kuli (50%); Sumber biaya ditanggung pihak keluarga sendiri (64,3%) (H-11) | 2,4 | XI |

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk variabel kekuatan pendorong, komponen potensi pengembangan dana kesehatan masyarakat dan referensi pribadi merupakan komponen yang memiliki nilai kekuatan relatif rendah (3,5) sehingga diprioritaskan penanganannya dalam rangka mengembangkan kekuatan pendorong untuk mencapai tujuan peningkatan tingkat hunian ruang shofa. Sedangkan komponen ketersediaan SDM perawat dan komponen ketersediaan fasilitas yang memiliki nilai kekuatan relatif tinggi (4) akan dipertahankan. Sebaliknya untuk variabel kekuatan penghambat dan kemudahan penyelesaiannya, komponen Empati perwat ruang shofa yang memiliki nilai kekuatan relatif tertinggi (3,7) adalah merupakan komponen permasalahan yang memperoleh prioritas utama untuk diselesaikan, sedangkan untuk komponen karakteristik pasien yang memiliki nilai kekuatan relatif terendah (2,4) merupakan permasalahan yang tidak diprioritaskan penyelesaiannya karena merupakan permasalahan eksternal yang tidak mungkin dikendalikan oleh manajemen RSML

5.12 Perumusan ide strategis

Dalam tahapan ini dilakukan pengkajian dan perumusan gagasan dan ide strategis yang diyakini akan dapat didayagunakan untuk menangani permasalahan yang terjadi sebagaimana telah dibahas dalam bab sebelumnya. Berdasarkan hasil curah pendapat yang dilakukan dalam forum diskusi kelompok terpimpin diperoleh usulan atau ide strategis sebagaimana dalam tabel 5.54 sebagai berikut

Tabel 5.54 Ide Strategis

| NO | FAKTOR PENGHAMBAT | IDE STRATEGIS |
|----|--|---|
| 1 | Empati perawat (H-1) | <ul style="list-style-type: none"> - Mengadakan diklat rutin mengenai kepribadian dan customer satisfaction - Supervisi dan pembinaan berjenjang - Pengaturan jadwal jaga antara petugas junior dan senior (komposisi petugas) |
| 2 | Empati dokter (H-3) | |
| 3 | Empati dan responsiveness penunjang medis (H-4) | |
| 4 | Responsiveness perawat dan dokter (H-5) | |
| 5 | Perilaku perawat dan dokter (H-6) | |
| 6 | Media tidak efektif (H-2) | <ul style="list-style-type: none"> - Brosur disebar ke desa-desa, tidak hanya dilatakan di bagian layanan informasi saja - Proaktif lewat penyuluhan UKS di TK/sekolah-sekolah Muhammadiyah sebagai calon pelanggan - Restrukturisasi organisasi di bagian pemasaran |
| 7 | Sumber referensi (H-9) | <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan komunikasi dengan tenaga kesehatan - Memberikan jawaban rujukan |
| 8 | Motivasi rendah pada dokter dan perawat (H-8) | <ul style="list-style-type: none"> - Merealisir jasa askep dan tindakan - Kesempatan mengikuti Diklat lebih merata - Ada aturan jenjang karir karyawan |
| 9 | Komitmen dokter kurang (H-7) | <ul style="list-style-type: none"> - Lebih meningkatkan komunikasi diantara dokter bedah dan manajemen |
| 10 | Persepsi pasien tentang kegawatan penyakit (H- 10) | Diluar kendali manajemen |
| 11 | Karakteristik pasien (H- 11) | Diluar kendali manajemen |

| NO | FAKTOR PENDORONG | IDE STRATEGIS |
|----|---|---|
| 1 | Potensi Pengembangan Dana Kesehatan / Asuransi (D - 1) | <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan kerjasama dengan perusahaan/perkantoran - Lebih memperkenalkan profil layanan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan |
| 2 | Referensi Pribadi tinggi (D-2) | <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan promosi, mengenalkan fasilitas Rumah Sakit - Bakti sosial - Meningkatkan frekwensi siaran radio dan spot iklan - Media massa konsultasi |
| 3 | Tarif bersaing (D-4) | <ul style="list-style-type: none"> - Menggabungkan antara WTP, Unit cost dan perbandingan dengan Rumah Sakit lain. |
| 4 | Alasan MRS karena cepat, murah dan manjur (D-5) | <ul style="list-style-type: none"> - Promosi tetap dipertahankan |
| 5 | Komitmen petugas tinggi (D-3) | Pembinaan dan pengawasan secara rutin |
| 6 | Ketersediaan SDM perawat ruang Shofa masih dalam usia produktif (D-6) | <ul style="list-style-type: none"> - Pembinaan dan pengawasan secara rutin - Pemberian kesempatan mengikuti diklat |
| 7 | Dukungan fasilitas yang lengkap (D-7) | Pemeliharaan sarana terus dipantau |

Berdasarkan tabel tersebut diatas, maka untuk menangani isu strategis yang berkaitan dengan proses pelayanan, dalam hal ini adalah komunikasi dokter/ petugas medis dan perilaku dokter dan petugas medis yang meliputi empati, responsiveness dan perilaku dokter dan petugas medis, diusulkan untuk melakukan upaya-upaya strategis yang berupa diklat rutin mengenai kepribadian dan customer satisfaction, supervisi dan pembinaan berjenjang serta pengaturan jadwal jaga petugas yang seimbang antara petugas senior dan junior.

Sedangkan adanya isu strategis media informasi yang kurang efektif diusulkan agar brosur yang sudah tersedia tidak hanya diletakkan di bagian layanan informasi tetapi juga disebar ke desa-desa, melakukan penyuluhan / UKS ke sekolah-sekolah Muhammadiyah yang ada secara terjadwal, dan restrukturisasi

organisasi bagian pemasaran yang semula berada dibawah bagian kesekretariatan menjadi langsung dibawah direksi.

Isu strategis berupa rendahnya sumber referensi tenaga kesehatan

diusulkan agar RSML lebih meningkatkan forum komunikasi dengan tenaga kesehatan dan memberikan lembar jawaban untuk setiap rujukan.

Motivasi yang rendah dari dokter dan petugas ruang Shofa diusulkan untuk merealisasikan jasa askep dan tindakan (finansial), memberikan kesempatan diklat secara merata dan adanya aturan jenjang karier bagi karyawan.

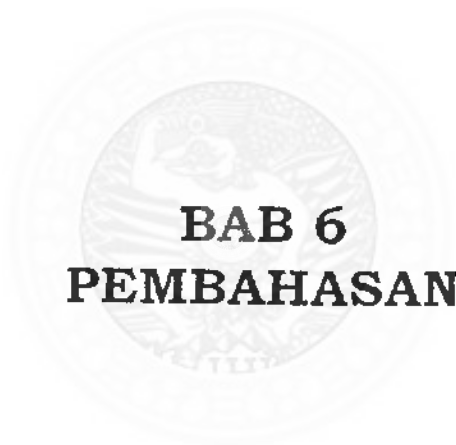
Komitmen dokter spesialis bedah yang kurang diusulkan agar manajemen lebih meningkatkan komunikasi.

Potensi pengembangan asuransi diusulkan agar RSML lebih proaktif memperkenalkan profil layanan dan meningkatkan kerjasama dengan perusahaan maupun perkantoran.

Tingginya sumber referensi pribadi masih dapat ditingkatkan lagi melalui peningkatan promosi memperkenalkan fasilitas, mengadakan bakti sosial, meningkatkan frekwensi siaran radio dan spot iklan serta membuat konsultasi kesehatan melalui media massa.

Isu tarif dapat dilakukan penetapan tarif baru dengan mempertimbangkan antara *willingness to pay*, unit cost dan perbandingan tarif dari rumah sakit pesaing.

Terhadap kekuatan pendorong yang sudah baik meliputi alasan MRS karena cepat murah dan manjur, komitmen petugas ruang Shofa tinggi, SDM ruang Shofa berusia produktif dan dukungan fasilitas yang lengkap agar dipertahankan.



BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis penelitian sebagaimana telah dipaparkan dalam bab 5, maka sesuai dengan tujuan penelitian, dalam bab ini akan dilakukan pembahasan lebih mendalam hal-hal yang berkaitan dengan temuan penelitian tentang karakteristik pasien, penilaian pasien terhadap pelayananan petugas dan dokter spesialis bedah, pelayanan penunjang medik, pola tarif, pola penyakit, karakteristik petugas Ruang Shofa, motivasi dan komitmen petugas dan dokter spesialis di Ruang Shofa. Dari hasil pembahasan ini diharapkan akan dapat disusun isu-isu strategis yang kemudian dengan mempergunakan metode analisis medan kekuatan (*force field analysis*) disusun pula pemetaan terhadap kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat untuk dijadikan dasar bagi penyusunan strategi pemecahan final dalam perencanaan strategis peningkatan hunian di Ruang Shofa RSML.

6.1 Karakteristik Pasien Ruang Shofa

Berdasarkan hasil penelitian sebagaimana tertuang dalam tabel 5.3 sampai dengan tabel 5.11 diketahui bahwa pasien Ruang Shofa mempunyai karakteristik demografi sebagai berikut; umur pasien sebagian besar (57,1%) tergolong usia dewasa antara 21-55 tahun dan sebanyak 67,1% berjenis kelamin Laki-laki. Tingkat pendidikan pasien relatif rendah, yaitu lulusan SD dan tidak tamat SD sebanyak 40%, lulusan SMTP atau sederajat sebesar 25,7 dan lulusan SMA atau sederajat sebesar 32,9%. Mayoritas pekerjaan kepala keluarga pasien adalah buruh/kuli sebanyak 50%, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Absor (2002) bahwa gambaran tingkat ekonomi pasien RSML rata-rata menengah ke

bawah. Fakta kondisi karakteristik pasien ini merupakan kekuatan negatif (penghambat) bagi pihak RSML dalam penentuan rencana strategis peningkatan hunian ruang Shofa karena menurut Kotler (1997) dan juga Engel (1994) karakteristik pasien yang meliputi pekerjaan, kelas sosial, ekonomi, demografi mempengaruhi perilaku konsumen dalam pengambilan keputusan untuk membeli suatu produk yang ditawarkan. Sedangkan sumber biaya pengobatan pasien di Ruang Shofa sebagian besar ditanggung oleh pihak keluarga yaitu sekitar 64,3% dan hanya 1,4% saja yang menggunakan jasa asuransi. Padahal menurut Gani (1994), peranan asuransi kesehatan sebagai pengelola dan penyanggah dana akan semakin besar dimasa yang akan datang. Situasi ini sebenarnya merupakan suatu potensi untuk menjadi kekuatan pendorong (positif) bagi Rumah Sakit untuk lebih banyak mengembangkan kerja sama dengan pihak asuransi misalnya Jamsostek atau dengan persyarikatan Muhammadiyah melalui program Katam BNI, maupun JPKM Ummat Muhammadiyah serta dengan perusahaan/instansi yang ada disekitar Lamongan.

Sumber referensi utama pasien untuk berobat di RSML adalah dari referensi pribadi sendiri (77,1%), hal ini dapat dikategorikan sebagai suatu kekuatan pendorong (positif) bagi Rumah Sakit karena kondisi ini menunjukkan bahwa keberadaan dan kinerja pelayanan RSML telah dipersepsikan secara positif oleh masyarakat konsumen kesehatan di Lamongan. Apabila temuan ini dihubungkan dengan temuan tentang alasan utama pasien memilih RSML adalah karena pertimbangan bahwa pelayanan di RSML cepat, murah dan manjur, maka dapat disimpulkan bahwa masyarakat konsumen kesehatan di Lamongan meyakini bahwa pelayanan kesehatan di RSML cepat, murah dan manjur.

Menurut Alan Dever (1984) keyakinan pasien terhadap suatu pelayanan medis yang oleh Dever dikategorikan sebagai faktor Sosiopsikologi ini akan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pemanfaatan masyarakat terhadap suatu fasilitas kesehatan. Sementara itu, sumber referensi yang berasal dari tenaga kesehatan masih tergolong kecil (17,1%). Oleh Donabedian (1973), referensi atau anjuran dokter kepada pasien dikategorikan sebagai faktor pendorong bagi pasien untuk merubah kebutuhan (*need*) menjadi pemanfaatan (*utilization*) pelayanan kesehatan, sehingga dengan demikian rendahnya referensi tenaga kesehatan ini akan berpengaruh negatif terhadap tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan, oleh karena itu hal ini merupakan kekuatan penghambat (negatif) bagi pihak RSML. Dengan kemampuan dan fasilitas yang dimiliki serta potensi kekuatan jaringan seharusnya RSML dapat menjadi pusat rujukan bagi institusi pelayanan kesehatan sekitarnya seperti; Puskesmas, BP Muhammadiyah, Praktek Bidan dan Perawat serta praktek dokter.

Temuan lainnya tentang faktor referensi ini adalah bahwa referensi yang berdasarkan pesan komersial (brosur, leaflet, dll) hanya mencapai hasil sangat kecil (2,9%). Sebagaimana juga faktor referensi tenaga kesehatan, Donebedian (1973) mengaktagorikan pesan komersial ini sebagai faktor pendorong bagi pasien untuk merubah kebutuhan menjadi pemanfaatan. Oleh karena itu, rendahnya referensi berdasarkan pesan komersial ini merupakan kekuatan penghambat (negatif) bagi RSML. Temuan tentang ketidak efektifan pesan komersial ini selaras dan diperkuat dengan hasil penelitian Absor (2002) yang menyimpulkan bahwa pesan yang disampaikan melalui media komunikasi yang kesemuanya berisi informasi tentang berbagai fasilitas pelayanan yang disediakan

oleh RSML, tidak ditangkap secara baik oleh responden dan penggunaan media komunikasi yang efektif adalah media brosur, bakti sosial dan melalui tenaga medis. Untuk itu perlu dikaji model media informasi lain yang mengarah pada penjualan personal (kunjungan dokter, dokter turun ke kelompok-kelompok masyarakat) dan hubungan masyarakat, misalnya bakti sosial, seminar, pengorganisasian dan pembentukan kelompok penderita Jantung, Diabetes).

Alasan utama responden memilih berobat di Ruang bedah RSML adalah pertimbangan bahwa pelayanan di RS adalah cepat, murah dan manjur (48,6%), hal ini selaras dengan motto RS yaitu "Cepat, Bermutu, Terjangkau dan Islami". Sedangkan alasan karena jarak atau lokasi sebesar 24,3% dan kelengkapan sarana medis sekitar 20%. Hal ini dapat menjadi kekuatan pendorong (positif) bagi RSML, karena adanya temuan bahwa pertimbangan pelayanan yang cepat, murah dan manjur sebagai pertimbangan terbesar responden untuk memilih berobat ke RSML memberikan indikasi kuat bahwa citra dan kinerja pelayanan RSML dipersepsikan secara sangat baik oleh masyarakat.

Dalam hal persepsi terhadap penyakit, sebagian besar pasien Ruang Shofa mempersepsikan penyakit yang dideritanya adalah penyakit yang cukup gawat (54,3%), bahkan ada yang menyatakan gawat dan sangat gawat (32,8%). Hal ini harus dianggap sebagai faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi RSML karena persepsi yang muncul tersebut sangat menentukan penerimaan pasien dan keluarganya terhadap proses pelayanan pasien yang diberikan oleh dokter dan petugas.

6.2 Penilaian Pasien terhadap Pelayanan Petugas dan Dokter Spesialis Bedah di Ruang Shofa

Dari tabel 5.12 dapat dilihat bahwa penilaian pasien terhadap empati dokter masih berada dibawah rata-rata, terutama dalam hal berbincang tentang penyakit pasien dan mendengar keluhan pasien, sedangkan empati perawat sebagaimana nampak dalam tabel 5.13 terdapat tiga hal yang masih dibawah rata-rata, yaitu berbincang tentang penyakit pasien, mendengar keluhan dan berbicara dengan menunjukkan minat dan perhatian. Temuan ini dapat dikategorikan sebagai faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi RSML dan harus dapat sesegera mungkin diatasi, karena hal ini sangat berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien yang pada gilirannya akan berpengaruh terhadap tingkat BOR ruang Shofa.

Bradford (1997) menyebutkan bahwa salah satu kunci ketrampilan komunikasi adalah rasa empati, dengan menunjukkan empati adalah suatu pemberian hadiah yang mulia kepada orang lain. Norton (1981) juga menyatakan bahwa kemampuan berempati dipandang sebagai bagian utama dari *helping relationship* dan sebagai karakteristik *helper* yang efektif. *Helping relationship* adalah suatu proses interpersonal. King dan Gerwig (1981) memperkuat hal itu, menurutnya empati adalah kemampuan sebagai *helper* yang memberikan respon cukup atau memadai pada kebutuhan pasien. Bahkan Roger (1961) dalam Norton (1986) menggambarkan pentingnya rasa empati tersebut dengan menyatakan bahwa sikap dan perasaan seorang *helper* lebih penting daripada teknik atau metode yang dipakai dalam merawat.

Sedangkan Like & Zysanski (1987) menyatakan bahwa trend peningkatan kepuasan pasien nampak pada pasien yang merasa menghabiskan banyak waktu dengan dokter. Pasien akan merasa senang jika perawat berbicara dengan mereka, dikatakan bahwa adalah sebuah kejutan yang menyenangkan ada seorang yang duduk bercakap-cakap dengan mereka. Pasien sering memandang perawat sebagai teman, mereka mengatakan bahwa pada waktu dirawat di Rumah Sakit, perawat benar-benar menjadi teman dan bagian dari keluarga mereka (Thomas et al, 1995).

Kondisi ini juga didukung dengan analisa Bradford (1997) yang melaporkan bahwa pasien mengharap dokter dan petugas kesehatan lebih banyak bertanya kepada mereka. Dan yang perlu diingat bahwa pertanyaan yang diungkapkan dengan tepat dapat menjadi teman yang baik. Semua pertanyaan harus diajukan dengan minat, ini akan menjadi tantangan yang sulit jika pertanyaan yang diajukan adalah pertanyaan yang sama yang ditanyakan untuk kesekian kalinya pada hari itu.

Bradford juga melanjutkan bahwa semua petugas kesehatan seharusnya membuat suara mereka terdengar menarik, tinggi nada, kecepatan dan volume suara merupakan alat komunikasi yang terkuat dan menunjukkan sesuatu yang dikatakan lebih dari isi sesungguhnya. Petugas kesehatan perlu melakukan latihan yang berguna dengan mendengarkan bunyi suaranya sendiri. Dan akhirnya, bagi pasien, sikap petugas yang penuh minat akan dihargai, ketika pasien percaya keadaan emosi mereka dipahami dan perawat benar-benar perhatian pada mereka, maka mereka akan lebih mau menerima proses keperawatan daripada jika mereka merasa terancam atau ditolak.

Bila melihat dari hasil penelitian ini, dimana penilaian pasien terhadap empati petugas maupun dokter yang mau berbincang tentang penyakit pasien masih berada di bawah rata-rata, demikian pula dalam hal mendengar keluhan pasien dan berbicara dengan menunjukkan minat dan perhatian, maka sudah seharusnya apabila pihak RSML dapat secara terus menerus dan berkesinambungan melaksanakan program pendidikan dan pelatihan dan dialog penyadaran bagi petugas dan dokter tentang pentingnya rasa empati, misalnya melalui pendidikan dan pelatihan komunikasi, *human relationship*, psikologi dan sebagainya serta mengembangkan perangkat atur dan awasi (*command and control*) melalui penyebaran kuisioner kepuasan pasien dan kotak-kotak pengaduan pasien.

Responsiveness dokter dan perawat Ruang Shofa yang mempunyai nilai dibawah rata-rata adalah komponen tentang : segera memberikan bantuan jika pasien kesulitan, menanyakan yang perlu dibantu dan memberi bantuan tanpa diminta.

Responsiveness adalah keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan dengan tanggap. Dalam bidang jasa pelayanan kesehatan, *responsiveness* dinilai dari dapat diakses, tidak lama menunggu, bersedia mendengar keluhan kesah pasien (Zeithalm et al, 1996 dalam Tjiptono, 2000). Sementara itu, Thomas et al (199%) menyatakan *responsiveness* adalah kemauan petugas kesehatan kontak dengan pasien untuk melayani dengan penuh perhatian.

Berdasarkan hasil penelitian, ada temuan tentang pasien yang menyatakan tidak seorangpun perawat yang bertanya apakah mereka membutuhkan

pertolongan, dapat dikategorikan sebagai faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi RSML, karena penilaian semacam ini akan sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien yang pada gilirannya akan mempengaruhi tingkat BOR ruang Shofa. Dalam hal ini, Potter dan Perry (1985) memberikan penjelasan bahwa pasien akan mulai mempercayai perawat yang menunjukkan keinginan membantu bukan karena tugas tapi karena keinginan memenuhi kebutuhan pasien. Pasien akan menerima dengan senang hati jika perawat terlebih dahulu mengetahui kebutuhan mereka, penting bagi pasien bahwa perawat tersedia atau kelihatan tersedia ketika dibutuhkan. Selanjutnya Abraham & Shankey (1997) memberikan analisa yang menarik mengenai *responsiveness*, dengan menyatakan bahwa aspek penting dari dukungan sosial adalah persepsi bahwa orang lain akan memberikan bantuan jika dibutuhkan, karena itu penting bagi petugas untuk tidak hanya selalu membantu, tetapi juga dirasakan oleh pasien bahwa petugas tersebut berkeinginan untuk membantu.

Perilaku dokter dan petugas Ruang Shofa yang mempunyai nilai di bawah rata-rata adalah komponen penilaian tentang : memberikan salam dan memberikan motivasi kesembuhan pada pasien. Temuan tentang hal ini juga merupakan faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi pihak RSML, karena perilaku dokter dan petugas ruang Shofa akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang Shofa yang pada gilirannya juga mempengaruhi tingkat BOR ruang Shofa. Sebagaimana diuraikan oleh Levinson dan Cassel (2000) yang menyatakan bahwa menyatakan komunikasi dokter-pasien berhubungan dengan kepuasan pasien dan penelitian menunjukkan mutu komunikasi berkorelasi dengan outcome biologik. Hal ini sama dengan pernyataan Bruster (1994) bahwa kepuasan pasien adalah

prediktor penting dari kepatuhan terhadap pengobatan, kegembiraan psikologik pasien adalah penting daripada kesembuhan. Kemudian diperkuat dengan analisa Bensing (1997) yang menekankan bahwa hubungan perilaku non verbal juga menentukan kepuasan pasien.

Sementara itu, ada sebuah metode umum yang mengatur prinsip hubungan konseling antara dokter atau petugas kesehatan dengan pasien, yang diaplikasikan dengan metode GATHER (Depkes RI, 1999). Elemen Gather tersebut meliputi :

- *Greeting* (Memberi salam dan sapa)
- *Ask* (Menanyakan persoalan pasien)
- *Tell* (Memberitahu pasien tentang pilihan yang memungkinkan)
- *Help* (Membantu pasien terhadap kesulitannya)
- *Explain* (Menjelaskan apa yang harus dilakukan)
- *Return* (Kembali untuk kunjungan selanjutnya)

Teknis hubungan petugas-pasien, juga dijelaskan oleh Norton (1986), yang menyatakan standar yang tercakup dalam perilaku *caring* adalah menyapa pasien dengan menyebut namanya. *Caring* dalam Forbes dan Brown (1995) didefinisikan sebagai suatu interaksi interpersonal atau teraupetik antara pasien dan perawat.

Penilaian responden tentang tarif ruang Shofa RSML, dimana secara komposit sebagian besar (82,9 %) responden menilai cukup mahal, adalah temuan yang penting diperhatikan, karena katagori penilaian cukup mahal dapat diartikan bahwa pada dasarnya pasien setuju dengan tarif yang telah ditetapkan (S.Supriyanto,2003). Persepsi dan penilaian pasien terhadap tarif ini dapat dikategorikan sebagai faktor kekuatan pendorong (positif) bagi RSML dan akan

berpengaruh pada tingkat kepuasan pasien, karena sebagaimana disampaikan oleh Deming dalam Gaspersz (1997), seseorang yang memperoleh produk berkualitas tinggi pada tingkat harga yang kompetitif akan menceriterakan kepada teman-temannya, sehingga permintaan terhadap produk itu akan meningkat. Dalam konteks penelitian ini dapat diartikan bahwa apabila seorang pasien dapat memperoleh layanan kesehatan yang berkualitas tinggi pada tingkat harga yang kompetitif dibandingkan dengan tingkat harga yang diberikan oleh rumah sakit lain untuk tingkat pelayanan yang sama, maka ia akan memberitahukan hal tersebut kepada teman-temannya yang kemudian akan berpengaruh terhadap BOR. Dalam pemahaman ini maka setidaknya ada 2 hal pokok yang harus dipertimbangkan untuk mengatasi adanya penilaian pasien tentang tarif ini, yakni peningkatan kualitas layanan yang lebih baik di ruang Shofa serta penetapan tarif untuk jenis pekerjaan yang sama yakni tarif tindakan medis atau operasi yang ada di rumah sakit lain.

Penilaian responden terhadap proses pelayanan pada instalasi penunjang medis yang meliputi kamar operasi, laborat, radiologi, Gizi dan kamar obat dilakukan secara komposit. Hasil dari nilai komposit tersebut menunjukkan bahwa rata-rata pasien memberikan penilaian bahwa proses layanan cukup baik, akan tetapi juga ditemukan adanya penilaian responden yang menyatakan bahwa untuk variabel empati, *responsiveness* dan perilaku petugas dinilai kurang baik. Hal ini dapat dikategorikan sebagai faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi fihak RSML, karena akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Widodo (2000) menyatakan bahwa faktor dominan yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap adalah *responsiveness* dan

empati petugas kesehatan. *Responsiveness* petugas ditemukan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kepuasan pasien, dimana tingkat kepuasan pasien yang lebih tinggi dihubungkan dengan penerimaan tanggapan. Makin cepat, makin empati dan makin nyata *responsiveness* maka makin besar tingkat kepuasan pasien. Tiap jenis tanggapan terhadap keluhan bermakna tinggi dalam menentukan kepuasan pasien (Dolinsky, 1997). Hal ini sesuai dengan pernyataan Kare et al (199&) bahwa yang lebih sensitif berhubungan dengan kepuasan pasien adalah dimensi yang mencerminkan *responsiveness* petugas kesehatan. Demikain pula, Fottler et al (1992) yang menuliskan bahwa atribut kepuasan mencakup *responsiveness*.

6.3. Karakteristik Petugas ruang Shofa

Berdasarkan hasil penelitian sebagaimana tertuang dalam bab sebelumnya diketahui bahwa 58,3 % petugas perawat ruang shofa berusia 25 - 29 tahun yang dapat dikategorikan sebagai usia produktif. Sedangkan dari latar belakang pendidikannya, 66,7 % merupakan lulusan Diploma III Akademi Keperawatan, dengan distribusi jabatan masing-masing 66,7% adalah perawat, 33,3 % merupakan pembantu perawat, dengan status kepegawaian masing-masing 50 % merupakan pegawai tetap dan sisanya 50 % merupakan pegawai kontrak, dengan memiliki masa kerja selama 1 tahun berjumlah 41,2 % dan yang memiliki masa kerja terlama yakni 14 tahun berjumlah 1 orang. Gibson (1987) menyatakan bahwa variabel individu yang meliputi kemampuan dan ketrampilan, latar belakang keluarga, tingkat sosial dan pengalaman, demografi yang meliputi umur, etnis dan jenis kelamin akan sangat mempengaruhi perilaku dan kinerja individu dalam organisasi. Sedangkan Kopelman (1986) menyatakan bahwa karakteristik

individu pada gilirannya akan mempengaruhi kinerja organisasi. Dalam konteks penelitian ini, temuan tentang karakteristik individu sebagaimana telah diuraikan diatas adalah merupakan faktor kekuatan pendorong (positif) bagi RSML, karena dukungan sumber daya manusia yang berada dalam usia produktif dengan tingkat pendidikan cukup tinggi serta pengalaman yang memadai akan dapat didayagunakan untuk menunjang perencanaan strategis peningkatan BOR ruang Shofa.

6.4 Kuantitas dan kualitas petugas ruang Shofa

Penilaian terhadap tingkat proporsionalitas jumlah petugas ruang shofa menghasilkan temuan bahwa 91,7 % responden menyatakan bahwa jumlah petugas ruang Shofa tidak mencukupi, sedangkan dari sisi kualitas pendidikannya 91,7 % responden menyatakan bahwa kualitas pendidikan petugas ruang Shofa telah sesuai dengan kualifikasi yang dibutuhkan oleh ruang Shofa. Berdasarkan data yang diperoleh dari RSML diketahui bahwa jumlah TT ruang Shofa saat ini adalah 25 TT sedangkan jumlah tenaga perawat yang bertugas di ruang Shofa berjumlah 12 orang. Berdasarkan Permenkes RI No. 262/Menkes/ter/7/1979 ditentukan bahwa untuk rumah sakit tipe C jumlah tenaga perawat dibanding dengan jumlah TT adalah 1 : 1. Sedangkan menurut Gillies (1996) penentuan kebutuhan kuantitatif tenaga keperawatan didasarkan kepada rumus :

$$\frac{\sum \text{jam perawatan yang dibutuhkan klien/hr}}{\sum \text{hari/ tahun}} \times \frac{\text{rata-rata}}{\sum \text{klien}} \times \sum \text{hari/ tahun}$$

$$\frac{\sum \text{hari/ tahun yang dibutuhkan klien/hr}}{\text{hari tak kerja / thn}} \times \sum \text{jam kerja per orang/hari}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut diatas maka dapat diketahui bahwa apabila didasarkan pada Permenkes RI No.262/Menkes/ter/7/1979 maka jumlah tenaga perawat ruang shofa sangat kurang, apabila dihitung berdasarkan perhitungan rumus Gillis maka untuk ruang Shofa dibutuhkan 13 orang perawat. Perlu diketahui bahwa dalam Permenkes RI maupun dalam rumus Gillis yang dihitung adalah jumlah perawat sedang pembantu perawat tidak dihitung, padahal untuk saat ini tenaga yang ada di ruang Shofa terdiri dari 8 orang perawat dan 4 orang pembantu perawat. Dengan demikian, baik berdasarkan Permenkes RI No. 262/Menkes/ter/7/1979 maupun berdasarkan perhitungan rumus Gillis maka jumlah perawat di ruang Shofa masih dapat dikatakan kurang dari jumlah yang dipersyaratkan. Kekurangan jumlah perawat ini dapat dikategorikan sebagai faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi RSML , karena dikhawatirkan akan mempengaruhi tingkat kemampuan pelayanan yang kemudian akan berpengaruh kepada tingkat kepuasan pasien dan pada akhirnya akan mempengaruhi BOR ruang Shofa.

6.5 Motivasi petugas ruang Shofa

6.5.1 Kebutuhan fisiologis

Hasil penelitian terhadap kebutuhan fisiologis petugas ruang Shofa memberikan temuan bahwa 58,3 % tenaga ruang Shofa menyatakan tidak puas terhadap sistem pembagian uang jasa medis yang diterapkan oleh manajemen RSML, bahkan 16,7 % menyatakan sangat tidak puas.

Sedangkan berkaitan dengan penilaian tentang perbandingan penghasilan dengan rumah sakit lainnya, diperoleh temuan bahwa 50 % responden menyatakan tidak puas atas penghasilan yang diterima dari RSML apabila

dibandingkan dengan rumah sakit lain, bahkan 16,7 % responden menyatakan sangat tidak puas.

6.5.2 Kebutuhan rasa aman

Hasil penelitian terhadap tingkat kebutuhan rasa aman dalam penelitian dikaitkan dengan status kepegawaian dari masing-masing petugas ruang Shofa yang menjadi responden dalam penelitian. Dalam penelitian ini diperoleh temuan bahwa 50 % responden menyatakan tidak puas terkait dengan status kepegawaiannya, bahkan 8,3% menyatakan sangat tidak puas.

6.5.3 Kebutuhan Afiliasi

Hasil penelitian terhadap kebutuhan afiliasi yang dalam penelitian ini diteliti berdasarkan indikator tingkat pelibatan manajemen RSML terhadap responden dalam proses pengambilan keputusan, diperoleh temuan bahwa 58,3 % responden menyatakan tidak pernah dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan, sedangkan 25 % menyatakan hanya kadang-kadang dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan.

6.5.4 Kebutuhan penghargaan

Tentang kebutuhan penghargaan diperoleh temuan bahwa 75 % responden memberikan penilaian bahwa RSML tidak memiliki sistem pemberian penghargaan kerja kepada petugas ruang Shofa.

6.5.5 Kebutuhan perwujudan diri

Dalam hal penelitian tentang kebutuhan perwujudan diri, dalam penelitian ini diperoleh temuan bahwa 66,7 % responden menyatakan bahwa manajemen RSML hanya kadang-kadang saja menerima ide, gagasan dan inovasi baru yang diajukan responden. Sementara itu, 66,7 % responden juga menyatakan bahwa

tidak pernah diikutsertakan dalam program pendidikan dan pelatihan di bidang keperawatan.

Menurut Maslow (1987) variabel sebagaimana terurai dalam pembahasan point 6.5.1 sampai dengan 6.5.5 sebagaimana tersebut diatas adalah merupakan hirarki kebutuhan manusia dari kebutuhan paling dasar hingga paling tinggi, dengan tingkat kebutuhan paling rendah adalah kebutuhan fisiologis dan hirarki kebutuhan paling tinggi adalah kebutuhan aktualisasi diri. Hampton (1987) menyatakan bahwa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan mengakibatkan frustrasi, konflik dan tekanan sehingga hasil kerjanya menjadi tidak memuaskan yang pada gilirannya akan mempengaruhi kinerja pelayanan rumah sakit dan mempengaruhi tingkat BOR. Carnegie (1993) dalam Suhalis (2002) menegaskan bahwa uang, fasilitas dan bonus bukan jaminan untuk memotivasi karyawan, tetapi ada hal lain yang lebih penting yaitu bagaimana menghargai karyawan sebagai bagian dari perusahaan dan menghargai mereka sebagai individu yang utuh. Sedangkan Tracy (1990) dalam Suhalis (2002) menyatakan bahwa penghargaan atas prestasi karyawan juga penting dalam meningkatkan motivasi kerja karyawan. Temuan tidak adanya sistem pemberian penghargaan karyawan, tidak terpenuhinya kebutuhan karyawan tentang fisiologi, rasa aman, afiliasi serta pewujudan diri akan mengakibatkan terjadinya frustrasi, konflik dan tekanan yang sangat berpengaruh negatif terhadap motivasi kerja karyawan dalam mendukung upaya strategis dalam peningkatan hunian ruang Shofa, sehingga hal ini dapat dikategorikan sebagai faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi fihak RSML.

6.6 Komitmen petugas ruang Shofa

6.6.1 *A Willingness*

Tentang *a willingness* yang dalam penelitian ini diteliti dengan indikator ada tidaknya responden yang bekerja ditempat lain selain di RSML, diperoleh temuan bahwa keseluruhan responden (100%) menyatakan tidak bekerja di tempat lain. Sebanyak 83,3% menyatakan tidak melakukan praktek pribadi.

6.6.2 *A belief*

Penelitian tentang *a belief* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan terhadap visi dan misi RSML serta penilaian terhadap kesesuaian visi misi dengan pelaksanaan kerja RSML sehari-hari. Dari penelitian ini diperoleh temuan bahwa keseluruhan responden (100%) menyatakan mengetahui visi dan misi RSML dan 83,3 % responden menyatakan bahwa visi dan misi sudah sesuai dengan penerapan praktek kerja di RSML. Sedangkan tentang keberhasilan penerapan visi dan misi, 75 % responden menyatakan bahwa visi dan misi RSML sudah dapat diwujudkan sepenuhnya. Mulyadi dan Setiawan (1999) menyatakan bahwa karyawan dengan keyakinan yang kuat tentang kebenaran visi dan kebenaran jalan yang dipilih mempunyai semangat yang kuat untuk bekerja keras.

6.6.3 *A desire*

Penelitian *a desire* ini adalah untuk menilai keinginan responden untuk menjadi anggota organisasi yang dalam penelitian ini diindikasikan dengan tingkat keinginan responden untuk tetap menjadi karyawan di RSML. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa 91,7 % responden menyatakan sangat menginginkan untuk tetap bekerja di RSML.

6.6.4 Normative and continue commitment

Penelitian tentang Normative and continue commitment ini diarahkan untuk mengetahui tingkat kehendak responden untuk tetap bekerja di RSML untuk masa mendatang. Dalam penelitian tentang hal ini diperoleh temuan bahwa 75 % responden menyatakan ingin tetap bekerja di RSML walaupun ada penawaran dari rumah sakit lain, sedangkan 25 % responden menyatakan memiliki rencana untuk pindah bekerja ketempat lain apabila ada penawaran.

Temuan hasil penelitian tentang tingkat komitmen petugas ruang shofa sebagaimana terurari dalam point 6.6.1 sampai 6.6.4 yang memberikan petunjuk bahwa secara umum petugas ruang Shofa memiliki komitmen tinggi terhadap RSML yang diindikasikan dengan temuan bahwa 100 % responden tidak merangkap kerja ditempat lain, 100 % mengetahui dan mempercayai kesesuaian dan keberhasilan visi dan misi RSML, 91,7 % menyatakan sangat berkeinginan untuk menjadi pegawai tetap RSML, serta 75 % responden menyatakan tetap ingin bekerja di RSML walupun ada penawaran dari rumah sakit lain. Ditilik dari teori Nelson (1999) temuan ini memberikan indikasi kuatnya kehendak petugas ruang Shofa untuk menjadi bagian tak terpisahkan dari RSML, sehingga hal ini dapat dikategorikan menjadi faktor kekuatan pendorong (positif) bagi RSML.

6.7 Kualitas dan kuantitas dokter spesialis di ruang Shofa

Perlu diketahui sebelumnya bahwa yang menjadi responden dalam penelitian terhadap dokter spesialis ini adalah dokter spesialis bedah yang bertugas di ruang Shofa. Berdasarkan data personalia di RSML diketahui bahwa jumlah dokter spesialis bedah yang bertugas di ruang Shofa saat ini ada 3 (tiga) orang dokter spesialis bedah umum, dengan status kepegawaian masing-masing

adalah 1 orang dokter spesialis sebagai tenaga dokter organik dan 2 orang sebagai dokter mitra.

Hasil penelitian tentang tingkat proporsional jumlah dokter spesialis bedah yang bertugas di ruang Shofa ini memperoleh temuan bahwa 33,3 % responden menyatakan jumlah dokter spesialis yang ada di ruang Shofa sangat tidak mencukupi, 33,3 % menyatakan cukup sedangkan sisanya menyatakan berlebih. Sedangkan tentang kualitas dokter spesialis, keseluruhan responden (100%) menyatakan bahwa kualifikasi dokter spesialis yang bertugas di ruang Shofa telah cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan di ruang Shofa.

Hasil temuan dalam penelitian tentang jenis penyakit yang ditangani di ruang Shofa sebagaimana nampak dalam tabel 5. 30 hampir sesuai dengan kasus terbanyak yang ditangani di ruang Shofa selama tahun 2000 - 2001 yaitu kasus Fraktur dan cedera otak, sedangkan apabila dikonfirmasi dengan data rujukan pasien dari ruang Shofa ke rumah sakit lain diperoleh temuan bahwa selama tahun 1999 - 2001 kasus yang dirujuk sejumlah 59 kasus cedera otak berat dan 58 kasus fraktur. Berdasarkan data ini maka dapat diketahui bahwa kualifikasi dokter spesialis yang tersedia perlu lebih dikonsentrasikan untuk memenuhi kebutuhan terhadap kasus yang dirujuk. Temuan ini dapat dikategorikan sebagai faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi RSML, khususnya apabila hal ini dikaitkan dengan rencana strategis RSML, 2000-2004 yang ingin menjadi RSML sebagai pusat trauma untuk wilayah Pantai Utara.

6.8 Motivasi dokter spesialis bedah ruang Shofa

6.8.1 Kebutuhan Fisiologis

Hasil penelitian terhadap pemenuhan kebutuhan fisiologis dokter spesialis bedah ini menghasilkan temuan bahwa 66,7 % responden menyatakan tidak puas terhadap sistem pembagian uang jasa medis yang diterapkan oleh pihak manajemen RSML saat ini. Sedangkan apabila dibandingkan dengan penghasilan yang diperoleh dari rumah sakit lain, 33,3 % responden menyatakan sangat tidak puas atas penghasilan yang diperolehnya dari RSML, sedangkan 33,3 % menyatakan tidak puas.

6.8.2 Kebutuhan rasa aman

Hasil penelitian terhadap tingkat kebutuhan rasa aman dalam penelitian dikaitkan dengan status kepegawaian dari masing-masing dokter spesialis bedah ruang Shofa yang menjadi responden dalam penelitian. Dalam penelitian ini diperoleh temuan bahwa 33,3 % responden menyatakan tidak puas terkait dengan status kepegawaiannya, bahkan 33,3% menyatakan sangat tidak puas.

6.8.3 Kebutuhan Afiliasi

Hasil penelitian terhadap kebutuhan afiliasi yang dalam penelitian ini diteliti berdasarkan indikator tingkat pelibatan manajemen RSML terhadap responden dalam proses pengambilan keputusan, diperoleh temuan bahwa 66,7 % responden menyatakan hanya kadang-kadang dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan.

6.8.4 Kebutuhan penghargaan

Tentang kebutuhan penghargaan diperoleh temuan bahwa 33,3 % responden memberikan penilaian bahwa RSML tidak memiliki sistem pemberian

penghargaan kerja kepada petugas ruang Shofa, sedangkan 33,3 % menyatakan tidak mengetahui adanya sistem pemberian penghargaan kerja tersebut.

6.8.5 Kebutuhan perwujudan diri

Dalam hal penelitian tentang kebutuhan perwujudan diri, dalam penelitian ini diperoleh temuan bahwa 33,3 % responden menyatakan bahwa manajemen RSML tidak pernah mau menerima ide, gagasan dan inovasi baru yang diajukan responden. Sementara itu, 33,3 % responden menyatakan hanya kadang-kadang.

Sebagaimana telah disampaikan sebelumnya, penelitian tentang motivasi sebagaimana termuat dalam point 6.8.1 sampai dengan point 6.8.5 adalah penelitian motivasi yang didasarkan pada teori hirarki kebutuhan dari Maslow. Menurut Maslow (1987) variabel sebagaimana terurai dalam pembahasan point 6.8.1 sampai dengan 6.8.5 tersebut diatas adalah merupakan hirarki kebutuhan manusia dari kebutuhan paling dasar hingga paling tinggi, dengan tingkat kebutuhan paling rendah adalah kebutuhan fisiologis dan hirarki kebutuhan paling tinggi adalah kebutuhan aktualisasi diri. Hampton (1987) menyatakan bahwa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan mengakibatkan frustrasi, konflik dan tekanan sehingga hasil kerjanya menjadi tidak memuaskan yang pada gilirannya akan mempengaruhi kinerja pelayanan rumah sakit dan mempengaruhi tingkat BOR. Carnegie (1993) menegaskan bahwa uang, fasilitas dan bonus bukan jaminan untuk memotivasi karyawan, tetapi ada hal lain yang lebih penting yaitu bagaimana menghargai karyawan sebagai bagian dari perusahaan dan menghargai mereka sebagai individu yang utuh. Sedangkan Tracy (1990) menyatakan bahwa penghargaan atas prestasi karyawan juga penting dalam meningkatkan motivasi kerja karyawan.

Temuan hasil penelitian dalam hal motivasi ini dapat dikategorikan sebagai kekuatan penghambat (negatif) bagi pihak RSML, karena temuan tidak adanya sistem pemberian penghargaan karyawan, tidak terpenuhinya kebutuhan karyawan tentang fisiologi, rasa aman, afiliasi serta pewujudan diri akan sangat berpengaruh terhadap motivasi kerja karyawan dalam mendukung upaya strategis dalam peningkatan BOR ruang Shofa.

6.9 Komitmen dokter spesialis bedah

6.9.1 A Willingness

Tentang *a willingness* yang dalam penelitian ini diteliti dengan indikator ada tidaknya responden yang bekerja ditempat lain selain di RSML, diperoleh temuan bahwa keseluruhan responden (100%) menyatakan bekerja di tempat lain dan keseluruhannya juga menyatakan memiliki praktek pribadi.

6.9.2 A belief

Penelitian tentang *a belief* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan terhadap visi dan misi RSML serta penilaian terhadap kesesuaian visi misi dengan pelaksanaan kerja RSML sehari-hari. Dari penelitian ini diperoleh temuan bahwa 66,7 % responden menyatakan tidak mengetahui visi dan misi RSML.

6.9.3 A desire

Penelitian *a desire* ini adalah untuk menilai keinginan responden untuk menjadi anggota organisasi yang dalam penelitian ini diindikasikan dengan tingkat keinginan responden untuk tetap menjadi karyawan di RSML. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa 66,7 % responden menyatakan tidak menginginkan untuk tetap bekerja di RSML.

6.9.4 Normative and continue commitment

Penelitian tentang Normative and continue commitment ini diarahkan untuk mengetahui tingkat kehendak responden untuk tetap bekerja di RSML untuk masa mendatang. Dalam penelitian tentang hal ini diperoleh temuan bahwa 66,7 % responden menyatakan tidak ingin tetap bekerja di RSML.

Temuan hasil penelitian tentang tingkat komitmen dokter spesialis bedah ruang shofa sebagaimana terurai dalam point 6.9.1 sampai 6.9.4 yang memberikan petunjuk bahwa secara umum dokter spesialis bedah ruang Shofa kurang memiliki komitmen tinggi terhadap RSML yang diindikasikan dengan temuan bahwa 100 % responden merangkap kerja ditempat lain, 66,7% tidak mengetahui visi dan misi RSML, 66,7% menyatakan tidak berkeinginan untuk menjadi pegawai tetap RSML, serta 66,7 % responden menyatakan tidak ingin bekerja di RSML dan akan berpindah apabila ada penawaran dari rumah sakit lain. Sebagaimana telah diuraikan sebelumnya, menurut pendapat Mulyadi dan Setiawan (1999) yang menyatakan bahwa rendahnya keyakinan terhadap kebenaran visi dan misi yang dimiliki oleh dokter spesialis ini akan mengakibatkan rendahnya semangat kerja dokter spesialis bedah dalam mewujudkan visi RSML yang pada gilirannya akan berpengaruh terhadap tingkat hunian ruang Shofa, oleh karena itu, hal ini dapat dikategorikan sebagai faktor kekuatan penghambat (negatif) bagi RSML.

6.10 Perumusan isu strategis dan Pemetaan Kekuatan Pendorong dan Penghambat

Berdasarkan pembahasan sebagaimana telah diuraikan pada sub bab sebelumnya, kemudian dilakukan perumusan isu strategis. Isu strategis adalah

masalah atau persoalan yang harus segera diselesaikan (Supriyanto, 2000). Isu strategis ini merupakan estimasi terhadap kondisi operasi masa depan yang harus diselesaikan. Berdasarkan isu strategis tersebut kemudian dilakukan pemetaan tentang faktor kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat yang hasilnya adalah sebagai berikut :

Tabel 6.1 Tabel Pemetaan Kekuatan Pendorong dan Kekuatan Penghambat

| Pemetaan Kekuatan Pendorong dan Kekuatan Penghambat | |
|---|---|
| Kekuatan Pendorong | Kekuatan Penghambat |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan fasilitas dan kemampuan layanan untuk menjadi rumah sakit rujukan; 2. Ketersediaan SDM perawat ruang shofa yang berada dalam usia produktif dengan tingkat pendidikan cukup tinggi serta pengalaman yang memadai; 3. Komitmen petugas ruang shofa yang cukup tinggi terhadap RSML 4. Potensi pengembangan dana kesehatan bagi masyarakat melalui Kerjasama instansi, penanganan Jamsostek, JPKM khususnya dengan Persyarikatan Muhammadiyah, Program asuransi Katam BNI 5. Tingginya sumber referensi pribadi (77,1%) menunjukkan tingginya tingkat kepercayaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Media informasi yang dipergunakan untuk promosi tidak efektif 2. Empati dokter ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal : <ul style="list-style-type: none"> - Berbincang tentang penyakit - Mendengar keluhan pasien 3. Empati perawat di ruang Shofa dibawah rata-rata, terutama dalam hal : <ul style="list-style-type: none"> - Berbincang tentang penyakit - Mendengar keluhan pasien - Menunjukkan minat ketika bicara 4. Responsiveness dokter dan perawat ruang Shofa , terutama untuk komponen segera memberi bantuan, menanyakan hal yang perlu dibantu dan memberi bantuan tanpa diminta masih |

| Pemetaan Kekuatan Pendorong dan Kekuatan Penghambat | |
|---|---|
| Kekuatan Pendorong | Kekuatan Penghambat |
| masyarakat terhadap RSML | berada dibawah rata-rata. |
| 6. Penilaian alasan utama MRS adalah pelayanan cepat, murah dan manjur (48,6%) | 5. Perilaku dokter dan perawat ruang Shofa, terutama untuk komponen : |
| 7. Secara komposit 82,9 % menilai Tarif ruang Shofa tergolong cukup mahal sedangkan yang menilai mahal hanya 11,4 % dan yang menilai sangat mahal hanya 2,9 % | - Memberi salam - Memberikan motivasi dinilai masih berada dibawah rata - rata |
| | 6. Masih ditemukan adanya penilaian kurang baik terhadap proses pelayanan di instalasi penunjang medis, khususnya tentang variable empati, responsiveness dan perilaku petugas. |
| | 7. Rendahnya komitmen dokter spesialis bedah ruang Shofa terhadap RSML; |
| | 8. Rendahnya upaya motivasi yang diberikan oleh RSML kepada petugas dan dokter spesialis bedah ruang Shofa |
| | 9. Karakteristik pasien : |
| | ▪ Tingkat pendidikan SD& tidak tamat SD (40%) |
| | ▪ Mayoritas pekerjaan KK pasien adalah buruh / kuli (50%) |
| | ▪ Sumber biaya ditanggung pihak keluarga sendiri (64,3%) |

| Pemetaan Kekuatan Pendorong dan Kekuatan Penghambat | |
|---|--|
| Kekuatan Pendorong | Kekuatan Penghambat |
| | <p>10. Sumber referensi Tenaga Kesehatan (dokter / paramedis) masih rendah (17,1%)</p> <p>11. Persepsi pasien terhadap penyakitnya tergolong gawat & sangat gawat (32,8%)</p> |

6.11. Strategi Pemecahan Final

Berdasarkan hasil diskusi kelompok terpimpin sebagaimana telah dipaparkan dalam bab sebelumnya, disusun suatu strategi pemecahan final untuk peningkatan tingkat hunian ruang Shofa sebagaimana termuat dalam tabel 6.2 sebagai berikut

Tabel 6.2 Strategi Pemecahan final


| No. | Bidang | Media | Sasaran | |
|-----|------------|-----------------|--|---|
| 01. | Organisasi | Strukturisasi | Perubahan kedudukan tim Pemasaran dari kedudukan di bawah kesekretariat an menjadi dibawah langsung direksi. | Manajemen RSML |
| | | Reward | Realisasi jasa Askep dan tindakan | Perawat Dokter Manajemen |
| | | | Diklat Berkelanjutan | Perawat Dokter |
| | | | Jenjang Karier | Dokter Perawat Karyawan |
| | | Penetapan tarif | Tarif dengan dasar WTP , unit Cost dan pesaing | WTP : Masyarakat Unit cost : RSML Pesaing : RS lain |
| | | Fasilitas | Pemantauan dan pembinaan pemeli | Rumah Sakit Petugas bagian |

| No. | Bidang | | Media | Sasaran |
|-----|--------------------------|--------------------------------|--|--|
| | | | haraan sarana pra sarana | rumah tangga |
| | | Komitmen | Komunikasi dokter dan manajemen | Dokter Bedah Manajemen RSML |
| 02. | Peningkatan Mutu Layanan | Empati Responsiveness Perilaku | Diklat berkelanjutan Supervisi Pembinaan Pengawasan dan penindakan | Dokter Petugas ruang Shofa dan Penunjang Medis |
| 03. | Pemasaran | Iklan | Brosur Siaran radio | Masyarakat |
| | | Hubungan Masyarakat | Bakti sosial. Seminar. Pembentukan club. Kerjasama dengan Instansi dan organisasi profesi. | Masyarakat Departemen/ instansi pemerintah dan swasta Organisasi Profesi |
| | | Penjualan Personal | Penyuluhan UKS ke Sekolah Muhamma diyah, kelompok pengajian | Sekolah Muhammadiyah Masyarakat |
| | | Promosi Penjualan | Pameran Pelayanan Gratis bagi Masyarakat dalam event kegiatan tertentu | Masyarakat |

Ada tiga bidang yang menjadi fokus pengembangan strategis pemecahan final untuk mengembangkan kekuatan pendorong dan memperkecil kekuatan penghambat dalam pencapaian peningkatan tingkat hunian ruang Shofa, yakni :

- I. Bidang Organisasi yang meliputi (a) Strukturisasi tim pemasaran melalui perubahan status dan kedudukan dibawah kesekretariatan menjadi dibawah direktur; (b) Pengembangan sistem penghargaan kerja melalui realisasi jasa askep, pengembangan akses mengikuti diklat dan penataan jenjang karier bagi dokter dan petugas medis; (c) Penataan tarif melalui perencanaan dan

- penyusunan tarif yang didasarkan kepada WTP, unit cost dan rumah sakit pesaing; (d) Pemeliharaan dan pengembangan fasilitas melalui pemantauan, pemeliharaan sarana dan prasarana; (e) peningkatan komitmen dokter spesialis melalui penguatan media komunikasi antara dokter dan pihak manajemen;
- II. Bidang Mutu Layanan yang meliputi peningkatan empati, responsiveness dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas ruang shofa serta petugas penunjang medis melalui penyelenggaraan diklat berkelanjutan, supervisi, pembinaan, pengawasan dan penindakan;
- III. Bidang Pemasaran yang meliputi (a) pengembangan media iklan melalui brosur dan siaran radio; (b) pengembangan media hubungan masyarakat melalui kegiatan bakti sosial, seminar, pembentukan klub-klub kesehatan, pengembangan kerjasama pemeriksaan dan pemeliharaan kesehatan dengan instansi, perusahaan, organisasi sosial dan organisasi profesi; (c) pengembangan media penjualan personal melalui penyuluhan UKS, kelompok pengajian Aisyiyah dan Nasiatul Aisyiyah (d) pengembangan media promosi penjualan melalui kegiatan pelayanan kesehatan gratis pada event-event tertentu.



BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan pemaparan, analisis dan kajian sebagaimana telah diuraikan pada bab-bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik Pasien Ruang Shofa

Pasar RSML lebih diminati golongan ekonomi menengah ke bawah dengan tingkat pendidikan relatif rendah. Sumber referensi utama pasien untuk berobat di RSML adalah dari referensi pribadi sendiri, dengan mempertimbangkan aspek pelayanan di RS yang cepat, murah dan manjur.

2. Penilaian Pasien terhadap proses layanan dan perilaku dokter spesialis bedah, terhadap petugas ruang shofa, terhadap petugas penunjang medis dan terhadap tarif.

2.1. Penilaian terhadap proses pelayanan yang tergolong positif atau diatas nilai rata-rata adalah keberadaan dokter dan perawat serta *tangibles* dokter dan perawat.

2.2. Penilaian terhadap proses pelayanan yang tergolong negatif atau masih ada dibawah nilai rata-rata adalah empati dokter dan perawat, *responsiveness* dokter dan perawat serta perilaku dokter dan perawat.

2.3. Penilaian terhadap proses pelayanan pada instalasi penunjang medis yang meliputi kamar operasi, laborat, radiologi, Gizi dan kamar obat menunjukkan bahwa rata-rata pasien memberikan penilaian bahwa proses layanan cukup baik, namun ada penilaian kurang baik khususnya tentang *variable* empati, *responsiveness* dan perilaku petugas

2.4. Terhadap tarif ruang Shofa, sebagian besar responden menilai bahwa tarif ruang shofa cukup atau dapat diterima.

3. Karakteristik Sumber Daya Manusia ruang Shofa

3.1 Petugas Ruang Shofa ;

- Ketersediaan SDM perawat ruang Shofa yang berada dalam usia produktif dengan tingkat pendidikan cukup tinggi serta pengalaman yang memadai
- Belum terpenuhinya kebutuhan fisiologis, rasa aman, afiliasi, kebutuhan penghargaan dan perwujudan diri mengakibatkan rendahnya motivasi petugas ruang Shofa
- Namun komitmen petugas ruang Shofa masih cukup tinggi terhadap RSML

3.2. Dokter spesialis Ruang Shofa ;

- Secara kualitas dokter spesialis sudah cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan di ruang Shofa.
- Belum terpenuhinya kebutuhan fisiologis, rasa aman, afiliasi, kebutuhan penghargaan dan perwujudan diri mengakibatkan rendahnya motivasi dokter spesialis bedah ruang Shofa
- Rendahnya komitmen dokter spesialis Bedah di ruang Shofa

4. Jenis penyakit di ruang Shofa

Jenis penyakit yang ditangani di ruang Shofa sebagian besar adalah *Closed fractur*, cedera otak ringan dan *open fraktur*.

5. Perencanaan Strategis dengan pendekatan analisis medan kekuatan (*force field analysis*)

5.1 Pemetaan variabel kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat

Dengan mempergunakan pendekatan analisis medan kekuatan (*force field analysis*) diperoleh pemetaan variabel kekuatan pendorong dan kekuatan penghambat bagi pencapaian tujuan peningkatan hunian ruang Shofa, sebagai berikut :

- (a) Variabel kekuatan pendorong yang meliputi (1) dukungan fasilitas dan kemampuan layanan untuk menjadi rumah sakit rujukan; (2) ketersediaan SDM perawat ruang shofa yang masih berada dalam usia produktif, dengan pendidikan cukup tinggi dan pengalaman yang memadai; (3) komitmen tinggi petugas ruang shofa; (4) besarnya potensi pengembangan dana kesehatan bagi masyarakat; (5) tingginya sumber referensi pribadi; (6) alasan MRS karena pelayanan yang cepat, murah dan manjur; (7) Tarif ruang Shofa yang dapat disetujui pasien;
- (b) Variabel kekuatan penghambat yang meliputi (1) media informasi yang dipergunakan untuk promosi tidak efektif; (2) rendahnya empati dan responsiveness dokter spesialis bedah dan petugas ruang shofa; (3) perilaku dokter spesialis bedah dan petugas yang jarang memberi salam dan memberikan motivasi bagi kesembuhan pasien; (4) rendahnya empati dan responsiveness petugas penunjang medis; (5) rendahnya komitmen dan motivasi dokter spesialis bedah; (6) Karakteristik pasien yang kebanyakan hanya lulusan SD dengan pekerjaan buruh; (7) rendahnya sumber referensi tenaga kesehatan;

(8) persepsi pasien yang menganggap penyakitnya berada dalam kondisi gawat.

5.2 Skala Prioritas

Berdasarkan hasil diskusi kelompok terpimpin dihasilkan prioritas isu sebagai berikut :

I. Untuk variabel kekuatan pendorong :

- 1 Prioritas I : pengembangan potensi pengembangan dana kesehatan bagi masyarakat;
- 2 Prioritas II : mempertahankan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap mutu layanan rumah sakit yang cepat, murah dan manjur;
- 3 Prioritas III : mempertahankan dan memperkuat komitmen tinggi yang telah dimiliki petugas ruang Shofa;
- 4 Prioritas IV : mengembangkan tarif rumah sakit dengan mempertimbangkan *Willingness To Pay*, *unitcost* dan tarif rumah sakit sekitar.

II. Untuk variabel kekuatan penghambat

1. Prioritas I : peningkatan empati dan responsiveness dokter spesialis bedah dan petugas ruang shofa;
2. Prioritas II : pengembangan media informasi yang dipergunakan untuk promosi;
3. Prioritas III : peningkatan empati dan responsiveness petugas penunjang medis;

4. Prioritas IV : peningkatan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas khususnya dalam memberi salam dan memberikan motivasi bagi kesembuhan

5.3 Strategi Pemecahan Final

Ada tiga bidang yang menjadi fokus pengembangan strategis pemecahan final untuk mengembangkan kekuatan pendorong dan memperkecil kekuatan penghambat dalam pencapaian peningkatan hunian ruang Shofa, yakni :

- I. Bidang Organisasi yang meliputi (a) Strukturisasi tim pemasaran melalui perubahan status dan kedudukan dibawah kesekretariatan menjadi dibawah direksi; (b) Pengembangan sistem penghargaan kerja melalui realisasi jasa askep, pengembangan akses mengikuti diklat dan penataan jenjang karier bagi dokter dan petugas medis; (c) Penataan tarif melalui perencanaan dan penyusunan tarif yang didasarkan kepada WTP, unit cost dan rumah sakit pesaing; (d) Pemeliharaan dan pengembangan fasilitas melalui pemantauan, pemeliharaan sarana dan prasarana; (e) peningkatan komitmen dokter spesialis bedah melalui penguatan media komunikasi antara dokter dan pihak manajemen;
- II. Bidang Mutu Layanan yang meliputi peningkatan empati, responsiveness dan perilaku dokter spesialis bedah dan petugas ruang shofa serta petugas penunjang medis melalui penyelenggaraan diklat berkelanjutan, supervisi, pembinaan, pengawasan dan penindakan;
- III. Bidang Pemasaran yang meliputi (a) pengembangan media promosi melalui brosur dan siaran radio; (b) pengembangan media hubungan

masyarakat melalui kegiatan bakti sosial, seminar, pembentukan klub-klub kesehatan, pengembangan kerjasama pemeriksaan dan pemeliharaan kesehatan dengan instansi, perusahaan, organisasi sosial dan organisasi profesi; (c) pengembangan media penjualan personal melalui penyuluhan UKS, kelompok pengajian Aisyiyah dan Nasiatul Aisyiyah; (d) pengembangan media promosi penjualan melalui kegiatan pelayanan kesehatan gratis pada event-event tertentu.

7.2. Saran

- (1) Pembenahan bidang Organisasi yang meliputi upaya ; (a) restrukturisasi status dan kedudukan tim pemasaran ; (b) mengembangkan sistem penghargaan kerja; (c) mengembangkan sistem tarif; (d) peningkatan pemeliharaan dan pengembangan sarana dan prasarana; (e) mengembangkan media komunikasi untuk menjembatani kepentingan dokter spesialis bedah dengan fihak manajemen;
- (2) Pembenahan bidang peningkatan mutu pelayanan yang meliputi upaya peningkatan pendidikan pelatihan berkelanjutan, pengawasan dan pengembangan sistem pentaatan untuk meningkatkan empati, responsiveness dan perilaku dokter spesialis bedah, petugas ruang shofa serta petugas di instalasi penunjang medis;
- (3) Pembenahan bidang pemasaran yang meliputi upaya pengembangan media promosi, humas, penjualan personal dan promosi penjualan.

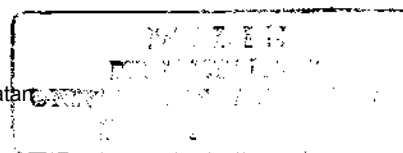
Bagi peneliti lain hendaknya melakukan penelitian / kajian menyangkut organisasi, manajemen SDM, dan pemasaran yang kesemuanya terkait dengan mutu layanan.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Atmosoeprapto (2001), *Produktifitas Aktualisasi Budaya Perusahaan*, PT. Elek Media Computindo, Jakarta.
- Absor, S. (2002) Penyusunan Pola Bauran Promosi Berdasarkan Tahap Kesiapan Pembeli Dan Tahap Siklus Kehidupan Produk Di RS Muhammadiyah Lamongan. *Tesis*, Universitas Airlangga Surabaya.
- Abraham, C., Shanley, E. (1997) *Psikologi Sosial Untuk Perawat*, alih bahasa Leonny Sally M. Jakarta, PenerbitnBuku Kedokteran EGC.
- Atkins, P.M. (1996) Happy Employees Lead To Loyal Patients. *Journal of Health Care Marketing*, Winter, pp 15-23.
- Azwar (1996), *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Bina Rupa Aksara, Jakarta
- Baliga & Krampf , (1997), Managing Perception of Hospital Quality, *Journal of Marketing Health Services*.
- Bensing,J. (1991) *Doctor-Patient Communication and The Quality of Care*, Soc. Sci. Med., volume 32(11),pp 1301-1310
- Brelin, Davenport, Jenning, Murphy, (1997), *Focused Quality*, PT Pustaka Binaman presindo, Jakarta.
- Bradford, V., (1997) *The Total Service Medical Practice: 17 Steps to Satisfying Your Internal and External Customer*, IRWIN Professional Publishing, Chicago.
- Damayanti, N.A.(2000) Kontribusi Kinerja Perawat dan Harapan Pasien Dalam Dimensi Non Tehnik Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kasus Kronis (Suatu Studi Eksplorasi dan Intervensi di Rumah Sakit). *Ringkasan Disertasi*. Universitas Airlangga Surabaya.
- Dever,D.G.A, (1984), *Epidemiology in Health Services Utilization*, Rocville Mafyland, An Aspen Publication.
- Dinarsari, E., (2001), "Analisis Kepuasan dan Harapan Pelanggan Dalam Rangka Peningkatan Loyalitas Pelanggan Kelas Utama RS Panti Rahayu Purwodadi Grobogan", *Tesis*, Universitas Airlangga Surabaya.
- Donabedian, (1973), *Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirements for Health.Care*, A Commonwealth Fund Book Harvard University Press Cambridge, Massachusetts, and London, England.



- Dolinsky, A.L. (1997) *Patients Elderly Satisfaction With The Outcome of Their Health Care Complaints*. Health Care Management Review, volume 22(2), pp 737-743.
- Gaspersz, (1997), *Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa*, penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Kariyoso (1994), *Pengantar Komunikasi Bagi Siswa Perawat*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Koontz, H, (1994), *Manajemen* , jilid I, penerbit Erlangga, Surabaya.
- Kotler (1997), *Majemen Pemasaran* terjemahan Jilid I, II, PT Prenhallindo, Jakarta.
- Mc. Neese, Smith, B.Kaud Nazarey, M (2001), "A Nursing Services : Building Organization Comitte Among Nurse/ Practice Application", *Journal of Health Care Management*, Vol. 46 No. 3 May / June.
- Mukti, M, (2001), "Analisis Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap dalam Upaya Meningkatkan Kemampuan Perawat di RS Budi Mulia Surabaya", *Tesis*, Universitas Airlangga Surabaya.
- Mulyadi dan Setiawan (1999), *Sistem Perencanaan Dan Pengendalian Manajemen*, Aditya Media, Yogyakarta.
- Nelson, D.L. (1999), *Organizational Behavior : Fondation, Realities and Chalenger*, 3 th Edition, Cincinaty, South- Western Thomson Learning.
- Payne, (2000), *The Essence of Services Marketing Pemasaran Jasa*, penerbit Andi, Yogyakarta.
- Pudjirahardjo,m (2002) *Siklus Peningkatan Mutu Dan Sistem Monitoring*, Program Studi Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
- Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, (2000), *Rencana Strategik (Strategic Plan) Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan th 2000--2004*.
- Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, (2002),*Tanfidz Pengesahan Anggaran Pendapatan dan Belanja RSML*.
- Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, (2003), *Pola Tarip Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan*.
- Singarimbun, M, (1995), *Metode Penelitian Survei*, LP3ES, Jakarta.

- Siagian, S.P. (1995), *Teori Motivasi Dan Aplikasinya*, Ed.2., PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Soejadi, (1996), *Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum*, penerbit Katigabina, Jakarta.
- Soejadi, (1996), *Efesiensi Pengelolaan Rumah Sakit*, Penerbit Katigabina, Jakarta
- Soepriyanto, S., (1999), *Modul II Perencanaan Tingkat Puskesmas*, Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Soepriyanto, S., (2001), *Analisis Medan Kekuatan, Perencanaan dan Evaluasi Pascasarjana Unair*.
- Soepriyanto, S., Damayanti, N.A. (2001), *Service Excellence (Pelayanan Prima) Dan Customer Value Mindset Pada Organisasi Pelayanan Kesehatan*, Program Studi Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan , Pascasarjana Universitas Airlangga
- Sianipar, J.Entang., (2001), *Teknik-Teknik Analisis Managemen*, Bahan Ajar Diklatpim Tingkat III, Lembaga Administrasi Negara- Republik Indonesia.
- Tjiptono, Diana, (2000), *Total Quality Management*, penerbit Andi, Yogyakarta
- Tjiptono, (2001), *Prinsip-Prinsip Total Quality Service*, penerbit Andi, Yogyakarta
- Zainuddin,(2000),*Metodologi Penelitian*, Pascasarjana Unair.
- Zeithaml,V, (1999), *Delivery Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectation* The Free Press A Division of Macmilan, Inc.



**Lampiran I : Kuesioner Penilaian Pasien
(Responden : Pasien / keluarga pasien)**

Kepada Yth : Bapak /Ibu/Saudara
Pasien Ruang Shofa
Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penelitian yang akan kami lakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, kami mohon kesediaan Bapak / Ibu / Saudara untuk meluangkan waktu sejenak guna menjawab pertanyaan yang kami ajukan.

Semua keterangan dan jawaban yang Bapak/ Ibu/ Saudara berikan semata-mata untuk kepentingan penelitian dan dirahasiakan, untuk itu kami berharap Bapak/ Ibu/ Saudara memberikan jawaban yang sejujurnya terhadap pertanyaan yang kami sampaikan.

Atas bantuan dan kerjasamanya, disampaikan terima kasih.

Peneliti
Umi Aliyah
Mahasiswa Pasca Sarjana UNAIR

Nomor : Pewawancara :
Tanggal : Pasien dirawat oleh :

Wawancara dilakukan dengan :

1. Konsumen sendiri
2. Keluarga konsumen, sebutkan hubungan dengan konsumen
Dirawat di kelas

Diagnosa waktu dirawat.....

Petunjuk Pengisian :

Isilah jawaban dengan cara memberi tanda silang pada jawaban yang dipilih dan atau dengan menuliskan jawaban pada tempat yang telah disediakan.

Identitas responden :

1. Umur :
2. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
3. Agama : 1. Islam 2. Kristen 3. Katolik
4. Pendidikan : 4. Hindu 5. Budha 6. Lain-lain,.....
4. Pendidikan : 1. SD 2. SMTP 3. SMTA
4. Akademi 5. PT (S1-S2) 6. Lain-lain.....
5. Alamat :

Karakteristik Ekonomi Pasien :

Jenis Pekerjaan :

6. Pekerjaan : 1. Swasta 2. Pegawai Negeri 3. TNI/Polri
4. Petani 5. Lain-lain.....

7. Pengeluaran keluarga :

- (1) Pengeluaran rata-rata keluarga untuk kebutuhan pangan (pembelian bahan makanan dan minuman) dalam 1 bulan : Rp.
- (2) Pengeluaran rata-rata keluarga untuk kebutuhan papan (sewa rumah dan atau pengeluaran lain untuk kebutuhan tempat tinggal) dalam 1 bulan: Rp.....
- (3) Pengeluaran rata-rata keluarga untuk kebutuhan sandang (pembelian pakaian) dalam 1 bulan : Rp.
- (4) Pengeluaran rata-rata keluarga untuk kebutuhan pendidikan (sekolah anak dll) dalam 1 bulan : Rp.

Sumber biaya pengobatan :

8. Siapakah yang menanggung biaya pengobatan selama Bpk/ibu/sdr dirawat di Rumah Sakit saat ini ?

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| (1) Tanggungan Asuransi | (2) Tanggungan Sendiri |
| (3) Tanggungan Keluarga | (4) Tanggungan Orang Lain |

Faktor Referensi :

9. Siapakah yang memberikan saran atau anjuran kepada Bpk/Ibu/Sdr untuk memilih Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan sebagai tempat untuk perawatan kesehatan?

- (1) Sumber Pribadi yakni : (a) keluarga, (b) sahabat, (c) tetangga, (d) teman sekerja
- (2) Sumber tenaga kesehatan, yakni : (a) dokter , (b) Paramedis
- (3) Sumber komersial, yakni (a) brosur, (b) leaflet; (c) bakti sosial; (d) penyuluhan
- (4) Sumber dokter spesialis, yakni (a) Dokter spesialis Bedah organik, (b) Dokter (c) spesialis Bedah Mitra;

Faktor Alasan Memilih RSML :

10. Kenapa Bpk/Ibu/Sdr memilih Rumah Sakit Muhammadiyah sebagai tempat perawatan ?

- (1) Karena dokter yang merawat pasien
- (2) Karena pasien menilai bahwa pelayanan di RSML cepat, murah dan manjur;
- (3) Karena lokasi, jarak dan kemudahan transportasi RSML
- (4) Karena RSML memiliki sarana, kelengkapan medis dan dokter yang lengkap;
- (5) Karena alasan lain, sebutkan :

Jawablah pertanyaan di bawah ini sesuai dengan pengalaman sdr setelah mendapatkan pelayanan, dengan memberi tanda silang pada kolom yang sesuai. Kolom terdiri dari :

Penilaian : SLL= selalu, SRG= sering, KDG= Kadang - kadang, TP= Tidak Pernah
SM= Sangat mahal, M= Mahal, CM= Cukup mahal, MR= Murah

Persepsi Pasien tentang penyakitnya :

11. Menurut pendapat Bpk/ibu/Sdr penyakit yang saat ini sedang diderita, termasuk dalam kategori apa ?

- | | | | |
|------------------|-----------|-----------------|------------|
| (1) Sangat gawat | (2) gawat | (3) cukup gawat | (4) ringan |
|------------------|-----------|-----------------|------------|

12. Bagaimana pendapat Bpk/Ibu/sdr tentang tanggapan dokter dan petugas terhadap tingkat kegawatan penyakit yang anda derita ?

| Subjek | Penilaian | | | |
|---------|---------------|--------|------|-------------|
| | Sangat Kurang | Kurang | Baik | Sangat Baik |
| Dokter | | | | |
| Petugas | | | | |

Proses pelayanan dokter spesialis bedah dan petugas ruang Shofa :

| No | PERTANYAAN | Subjek | Penilaian | | | |
|----|---|---------|-----------|---------|---------|----|
| | | | SL L | SR G | KD G | TP |
| 13 | Empati : Apakah saat melakukan pemeriksaan/visit dokter/petugas di ruang shofa setiap hari menanyakan keadaan sdr? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 14 | Apakah dokter/ petugas di ruang Shofa mau mendengarkan keluhan tentang perasaan Bpk/ibu/Sdr (tentang rasa sakit, kesedihan, ketakutan, kejengkelan, kemarahan, beban keluarga)? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 15 | Apakah dokter/ petugas di ruang Shofa mau berbincang-bincang dengan Bpk/Ibu/Sdr tentang penyakit yang sedang Bpk/ibu/Sdr derita ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 16 | Apakah dokter/ petugas di ruang Shofa mau berbincang-bincang dengan Bpk/Ibu/Sdr tentang penyakit yang sedang Bpk/ibu/Sdr derita ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 17 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/sdr, petugas/dokter ruang Shofa berbicara dengan kasar, atau memarahi atau membentak Bpk/ibu/Sdr ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 18 | Responsiveness : Apakah dokter/petugas ruang shofa memberikan tanggapan dengan cepat dan tepat terhadap keluhan yang Bpk/Ibu/Sdr sampaikan? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 19 | Apakah saat anda mengalami suatu kesulitan, dokter/petugas ruang shofa segera menawarkan bantuan tanpa diminta ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 20 | Apakah petugas/dokter ruang Shofa menanyakan pada Bpk/ibu/Sdr hal-hal yang perlu dibantu ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |

| No | PERTANYAAN | Subjek | Penilaian | | | |
|----|--|---------|-----------|---------|---------|----|
| | | | SL L | SR G | KD G | TP |
| 21 | Apakah petugas/dokter ruang Shofa memberikan bantuan kepada Bpk/Ibu/Sdr tanpa diminta ? : | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 22 | Keberadaan : Apakah dokter/petugas selalu berada ditempat pada saat Bpk/Ibu/Sdr butuhkan? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 23 | Berwujud (tangibles) : Menurut penilaian Bpk/Ibu/Sdr, Apakah dokter/petugas ruang Shofa berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugasnya ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 24 | Perilaku Dokter/ petugas ruang Shofa : Apakah dokter/petugas memberikan salam ketika bertemu dan atau menemui dan atau mengakhiri/ berpamitan kepada Bpk/ibu/Sdr ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 25 | Apakah dokter/ petugas memberikan do'a atau motivasi untuk kesembuhan Bpk/Ibu/sdr ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |
| 26 | Ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas/dokter ruang Shofa memalingkan wajah ? | Dokter | | | | |
| | | Petugas | | | | |

| No | PERTANYAAN | SM | M | CM | MR |
|----|---|----|---|----|----|
| 27 | Penilaian pasien terhadap Tarif : Pendapat Bpk/Ibu/sdr tentang tarif sewa ruang perawatan yang dikenakan kepada Bpk/ibu Sdr ? | | | | |
| 28 | Pendapat Bpk/Ibu/sdr tentang tarif tindakan medis/ operasi yang dikenakan kepada Bpk/ibu Sdr ? | | | | |
| 29 | Pendapat Bpk/Ibu/sdr tentang tarif visite (kunjungan) dokter spesialis, yang dikenakan kepada Bpk/ibu Sdr ? | | | | |

| No | PERTANYAAN | SLL | SRG | KDG | TP |
|----|---|-----|-----|-----|----|
| 30 | Penilaian pasien terhadap sarana penunjang : Apakah untuk memenuhi kebutuhan alat | | | | |

| No | PERTANYAAN | SLL | SRG | KDG | TP |
|----|--|-----|-----|-----|----|
| | dan sarana kelengkapan medis (bahan gips, alat beban, pembalut, obat-obatan, dll) Bpk/ibu/Sdr harus membeli sendiri ke toko atau apotik <u>di luar</u> Rumah Sakit Muhammadiyah ? | | | | |
| 31 | Apakah petugas membersihkan lantai ruangan, mengganti spreng, membersihkan kaca dan membersihkan peralatan lain yang ada di ruang shofa setiap hari ? | | | | |
| 32 | Apakah petugas membersihkan kamar mandi, menjaga kelancaran air kamar mandi, membersihkan wc yang ada dalam kamar mandi dalam ruangan Shofa setiap hari ? | | | | |
| 33 | Penilaian terhadap proses Pelayanan Kamar Operasi (Khusus untuk pasien operasi) Empati Petugas Kamar Operasi : Apakah pada saat akan melakukan operasi dokter/perawat di ruang Operasi menanyakan keadaan Bpk/ibu/sdr ? | | | | |
| 34 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, perawat/dokter ruang Operasi menunjukkan minat, perhatian, keseriusan dan kesabaran ? | | | | |
| 35 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/sdr, perawat/dokter ruang Operasi berbicara dengan kasar, atau memarahi atau membentak Bpk/ibu/Sdr ? | | | | |
| 36 | Responsiveness petugas KO : Apakah dokter/perawat ruang Operasi memberikan tanggapan dengan cepat dan tepat terhadap keluhan yang Bpk/Ibu/Sdr sampaikan ? | | | | |
| 37 | Apakah saat anda mengalami suatu kesulitan, dokter atau perawat ruang Operasi segera menawarkan bantuan tanpa diminta ? | | | | |
| 38 | Apakah perawat/dokter ruang Operasi menanyakan pada Bpk/ibu/Sdr hal-hal yang perlu dibantu ? | | | | |
| 39 | Apakah perawat/dokter ruang Operasi menengok Bpk/Ibu/Sdr tanpa diminta ? | | | | |
| 40 | Keberadaan petugas KO: Apakah dokter/perawat selalu berada ditempat pada saat Bpk/Ibu/Sdr butuhkan? | | | | |
| 41 | Berwujud (tangibles) petugas KO : | | | | |

| No | PERTANYAAN | SLL | SRG | KDG | TP |
|----|---|-----|-----|-----|----|
| | Menurut penilaian Bpk/Ibu/Sdr, Apakah dokter/perawat ruang Operasi berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugasnya ? | | | | |
| 42 | Perilaku petugas Kamar Operasi : Apakah petugas Kamar Operasi memberikan salam ketika bertemu dan atau menemui dan atau mengakhiri/ berpamitan kepada Bpk/ibu/Sdr ? | | | | |
| 43 | Apakah petugas KO memberikan do'a atau motivasi untuk kesembuhan Bpk/Ibu/sdr ? | | | | |
| 44 | Ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas KO memalingkan wajah ? | | | | |
| 45 | Penilaian terhadap proses Pelayanan Laboratorium : Empati Petugas Laborat : Apakah pada saat memberikan pelayanan, petugas ruang Laborat menanyakan keadaan Bpk/ibu/sdr ? | | | | |
| 46 | Apakah petugas Laborat mau mendengarkan keluhan tentang perasaan Bpk/ibu/Sdr (tentang rasa sakit, kesedihan, ketakutan, kejangkelan, kemarahan, beban keluarga | | | | |
| 47 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas Laborat menunjukkan minat, perhatian, keseriusan dan kesabaran ? | | | | |
| 48 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/sdr, petugas Laborat berbicara dengan kasar, memarahi atau membentak | | | | |
| 49 | Responsiveness petugas Laboratorium : Apakah petugas Laborat memberikan tanggapan dengan cepat dan tepat terhadap keluhan yang Bpk/Ibu/Sdr sampaikan ? | | | | |
| 50 | Keberadaan petugas Laboratorium : Apakah petugas Laborat selalu berada ditempat pada saat Bpk/Ibu/Sdr butuhkan? | | | | |
| 51 | Berwujud (tangibles) petugas Laborat: Menurut penilaian Bpk/Ibu/Sdr, Apakah petugas Laborat berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugasnya ? | | | | |
| 52 | Perilaku Petugas Laborat : Apakah petugas Laborat memberikan salam ketika bertemu dan atau menemui dan atau mengakhiri/ berpamitan kepada Bpk/ibu/Sdr ? | | | | |
| 53 | Apakah petugas Laborat memberikan do'a atau motivasi untuk kesembuhan | | | | |

| No | PERTANYAAN | SLL | SRG | KDG | TP |
|----|---|-----|-----|-----|----|
| | Bpk/Ibu/sdr ? | | | | |
| 54 | Ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas Laborat memalingkan wajah ? | | | | |
| 55 | Penilaian terhadap proses Pelayanan petugas Rontgen (Khusus untuk pasien yang dilakukan foto rontgen) Empati petugas Kamar Rontgen : Apakah pada saat memberikan pelayanan, petugas kamar Rontgen menanyakan keadaan Bpk/ibu/sdr ? | | | | |
| 56 | Apakah petugas Rontgen mau mendengarkan keluhan tentang perasaan Bpk/ibu/Sdr (tentang rasa sakit, kesedihan, ketakutan, kejengkelan, kemarahan, beban keluarga? | | | | |
| 57 | Apakah petugas Rontgen mau berbincang-bincang dengan Bpk/Ibu/Sdr tentang penyakit yang sedang Bpk/ibu/Sdr derita | | | | |
| 58 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas Rontgen menunjukkan minat, perhatian, keseriusan dan kesabaran ? | | | | |
| 59 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/sdr, petugas Rontgen berbicara dengan kasar, atau memarahi atau membentak Bpk/ibu/Sdr ? | | | | |
| 60 | Responsiveness petugas Kamar Rontgen : Apakah petugas Rontgen memberikan tanggapan dengan cepat dan tepat terhadap keluhan yang Bpk/Ibu/Sdr sampaikan ? | | | | |
| 61 | Apakah saat anda mengalami suatu kesulitan, petugas Rontgen segera menawarkan bantuan tanpa diminta ? | | | | |
| 62 | Apakah petugas Rontgen menanyakan kepada Bpk/ibu/Sdr hal-hal yang perlu dibantu ? | | | | |
| 63 | Keberadaan petugas Rontgen: Apakah petugas Rontgen selalu berada ditempat pada saat Bpk/Ibu/Sdr butuhkan? | | | | |
| 64 | Berwujud (tangibles) petugas Rontgen: Menurut penilaian Bpk/Ibu/Sdr, Apakah petugas Rontgen berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugasnya ? | | | | |
| 65 | Perilaku Petugas Rontgen: Apakah petugas Rontgen memberikan salam ketika bertemu dan atau menemui dan atau mengakhiri/ berpamitan kepada | | | | |

| No | PERTANYAAN | SLL | SRG | KDG | TP |
|----|---|-----|-----|-----|----|
| | Bpk/ibu/Sdr? | | | | |
| 66 | Apakah petugas Rontgen memberikan do'a atau motivasi untuk kesembuhan Bpk/Ibu/sdr ? | | | | |
| 67 | Ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas Rontgen memalingkan wajah ? | | | | |
| 68 | Penilaian terhadap proses Pelayanan Gizi : Empati Petugas Pelayanan Gizi : Apakah pada saat memberikan pelayanan, petugas Gizi menanyakan keadaan Bpk/ibu/sdr ? | | | | |
| 69 | Apakah petugas pelayanan Gizi mau mendengarkan keluhan tentang perasaan Bpk/ibu/Sdr (tentang rasa sakit, kesedihan, ketakutan, kejengkelan, kemarahan, beban keluarga)? | | | | |
| 70 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas gizi menunjukkan minat, perhatian, keseriusan dan kesabaran ? | | | | |
| 71 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/sdr, petugas gizi berbicara dengan kasar, atau memarahi atau membentak Bpk/ibu/Sdr ? | | | | |
| 72 | Responsiveness petugas Pelayanan Gizi : Apakah petugas pelayanan Gizi memberikan tanggapan dengan cepat dan tepat terhadap keluhan yang Bpk/Ibu/Sdr sampaikan ? | | | | |
| 73 | Apakah saat anda mengalami suatu kesulitan, petugas pelayanan Gizi segera menawarkan bantuan tanpa diminta ? | | | | |
| 74 | Apakah petugas pelayanan Gizi menanyakan kepada Bpk/ibu/Sdr hal-hal yang perlu dibantu ? | | | | |
| 75 | Apakah petugas pelayanan gizi memberikan konsultasi gizi ? | | | | |
| 76 | Berwujud (tangibles) pelayanan Gizi: Menurut penilaian Bpk/Ibu/Sdr, apakah petugas pelayanan Gizi berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugasnya ? | | | | |
| 77 | Perilaku Petugas pelayanan Gizi: Apakah petugas pelayanan Gizi memberikan salam ketika bertemu dan atau menemui dan atau mengakhiri/ berpamitan kepada Bpk/ibu/Sdr ? | | | | |
| 78 | Apakah petugas pelayanan Gizi memberikan | | | | |

| No | PERTANYAAN | SLL | SRG | KDG | TP |
|----|---|-----|-----|-----|----|
| | do'a atau motivasi untuk kesembuhan Bpk/Ibu/sdr ? | | | | |
| 79 | Ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas pelayanan Gizi memalingkan wajah ? | | | | |
| 80 | Ketepatan Waktu Penyajian : Apakah waktu penyajian makan tepat sesuai dengan yang dijadwalkan ? | | | | |
| 81 | Kualitas menu makanan : Apakah menu makanan yang disajikan bersih, menarik, bercitarasa enak, bervariasi (tidak membosankan) dan bergizi cukup ? | | | | |
| 82 | Penilaian terhadap Pelayanan Kamar Obat : Empati petugas Kamar Obat : Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/Sdr, petugas kamar obat menunjukkan minat, perhatian, keseriusan dan kesabaran ? | | | | |
| 83 | Apakah ketika berbicara dengan Bpk/ibu/sdr, petugas kamar obat berbicara dengan kasar, atau memarahi atau membentak Bpk/ibu/Sdr ? | | | | |
| 84 | Responsiveness petugas Kamar Obat : Apakah petugas Kamar Obat memberikan tanggapan dengan cepat dan tepat terhadap keluhan yang Bpk/Ibu/Sdr sampaikan ? | | | | |
| 85 | Apakah saat anda mengalami suatu kesulitan, petugas kamar obat segera menawarkan bantuan tanpa diminta ? | | | | |
| 86 | Apakah petugas kamar obat menanyakan kepada Bpk/ibu/Sdr hal-hal yang perlu dibantu ? | | | | |
| 87 | Keberadaan petugas kamar obat : Apakah petugas kamar obat selalu berada ditempat pada saat Bpk/Ibu/Sdr butuhkan? | | | | |
| 88 | Berwujud (tangibles) petugas kamar obat: Menurut penilaian Bpk/Ibu/Sdr, Apakah petugas Laborat berpakaian rapi pada saat melaksanakan tugasnya ? | | | | |
| 89 | Perilaku Petugas kamar obat : Apakah petugas kamar obat memberikan salam ketika bertemu dan atau menemui dan atau mengakhiri/ berpamitan kepada Bpk/ibu/Sdr ? | | | | |

| No | PERTANYAAN | SLL | SRG | KDG | TP |
|----|--|-----|-----|-----|----|
| 90 | Apakah petugas kamar obat memberikan do'a atau motivasi untuk kesembuhan Bpk/Ibu/sdr ? | | | | |
| 91 | Ketika berbicara dengan Bpk/ibu, petugas kamar obat memalingkan wajah ? | | | | |



Lampiran II : Daftar pertanyaan Untuk Dokter Spesialis Bedah

Kepada Yth : Sejawat Dokter Spesialis Bedah Ruang Shofa
Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penelitian yang akan kami lakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, kami mohon kesediaan sejawat untuk meluangkan waktu sejenak guna mengisi kuesioner yang kami ajukan.

Semua keterangan dan jawaban yang Sejawat berikan semata-mata untuk kepentingan penelitian dan dirahasiakan, untuk itu kami berharap sejawat sekalian berkenan memberikan jawaban yang sejujurnya terhadap pertanyaan yang kami sampaikan.

Atas bantuan dan kerjasamanya, disampaikan terima kasih.

Peneliti
Umi Aliyah
Mahasiswa Pasca Sarjana

UNAIR

Nomor : Pewawancara :
Tanggal : Tanda tangan :

Data Responden :

Umur : tahun
Pendidikan terakhir : Lulus tahun :
Pekerjaan/Jabatan :
Status Kepegawaian di RSML : 1. Dokter Organik 2. Dokter Mitra
3. Lain-lain, sebutkan

1. Sejak kapan saudara bekerja sebagai dokter spesialis bedah di RSML ?
Sebutkan :

Kuantitas dan Kualitas Dokter Spesialis Bedah

2. Saat ini, RSML memiliki 4 orang dokter spesialis Bedah Umum (2 orang tenaga organik dan 2 orang dokter mitra) bertugas di ruang Shofa, menurut pendapat sejawat sekalian, bagaimana jumlah dokter spesialis bedah tersebut dibandingkan dengan jumlah pasien yang harus ditangani ?

- (1) Sangat tidak mencukupi;
- (2) Tidak mencukupi;
- (3) Cukup
- (4) Berlebih

Terhadap hal demikian sejawat merasa :

- (1) Sangat tidak puas;
- (2) Tidak puas;
- (3) Puas;
- (4) Sangat puas

3. Sampai saat ini, 4 orang Dokter Spesialis Bedah yang ada di RSML adalah dokter spesialis Bedah Umum, menurut pendapat sejawat sekalian, bagaimanakah kualifikasi pendidikan formal yang dimiliki oleh dokter spesialis bedah ini apabila dibandingkan dengan pola penyakit dan kebutuhan pasien yang harus ditangani ?

- (1) Sangat tidak sesuai;
- (2) Tidak sesuai
- (3) Cukup sesuai
- (4) Sangat sesuai

Terhadap hal demikian sejawat merasa :

- (1) Sangat tidak puas;
- (2) Tidak puas;
- (3) Puas;
- (4) Sangat puas

Motivasi : kebutuhan Finansial

4. Sistem pembagian besaran uang jasa medis dokter spesialis bedah yang diterapkan di RSML saat ini adalah :

| | RSML | Dokter Sp.B |
|----------------|------|-------------|
| Pasien Pribadi | 20 % | 80 % |
| Pasien R.S. | 35 % | 65 % |

Bagaimanakah pendapat sejawat dokter spesialis bedah tentang sistem pembagian besaran uang jasa medis diterapkan di RSML saat ini ?

- (1) Sangat tidak memuaskan;
- (2) Tidak memuaskan;
- (3) Cukup memuaskan;
- (4) Sangat memuaskan;

Jelaskan pendapat saudara :

.....

5. Berdasarkan pengalaman dan pengetahuan sejawat, bila dibandingkan dengan penghasilan yang dapat diperoleh dari rumah sakit lain untuk jenis pekerjaan yang sama, maka penghasilan yang diperoleh dari RSML :

- (1) Sangat tidak memuaskan
- (2) Tidak memuaskan
- (3) Cukup memuaskan
- (4) Sangat memuaskan

Jelaskan pendapat saudara :

.....

Motivasi : kebutuhan rasa aman

6. Ada 2 Status kepegawaian dokter spesialis bedah yang ada di RSML saat ini yakni dokter dengan status kontrak dan dokter mitra yang keseluruhannya diatur berdasarkan suatu akta perjanjian kerja. Disamping itu, terhadap dokter spesialis juga diberlakukan peraturan RS beserta peraturan Persyarikatan lainnya.

Bagaimanakah pendapat sejawat dokter spesialis bedah tentang pengaturan hubungan kerja / status kepegawaian serta peraturan lain yang ada di RSML saat ini dalam memberikan perlindungan hukum bagi dokter spesialis bedah ?

- (1) Sangat tidak memadai;
- (2) Tidak Memadai;
- (3) Cukup memadai;
- (4) Sangat memadai;

Terhadap hal yang demikian, sejawat merasa :

- (1) Sangat tidak memuaskan;
- (2) Tidak memuaskan;
- (3) Cukup memuaskan;
- (4) Sangat memuaskan;

Jelaskan pendapat saudara :

.....

.....

Motivasi : kebutuhan Afiliasi

7. Bagaimanakah penilaian sejawat dokter spesialis tentang tingkat penerimaan dan keterbukaan manajemen RSML terhadap peran serta dokter spesialis dalam proses pengambilan keputusan kebijakan di RSML selama ini ?

- (1) Selalu dilibatkan
- (2) Sering dilibatkan
- (3) Kadang-kadang dilibatkan
- (5) Tidak pernah dilibatkan

Terhadap hal yang demikian ini, sejawat merasa :

- (1) Sangat tidak memuaskan
- (2) Tidak memuaskan
- (3) Memuaskan
- (4) Sangat Memuaskan

Jelaskan pendapat saudara :

.....

.....

Motivasi : kebutuhan penghargaan

8. Apakah RSML memiliki sistem pemberian penghargaan kerja kepada karyawan ?

- (1) Memiliki
- (2) tidak memiliki
- (3) tidak tahu

9. Jika memiliki sistem penghargaan kerja, bagaimana sistem penghargaan kerja yang selama ini ada di RSML :

- (1) Sangat Tidak Memuaskan
- (2) Tidak Memuaskan
- (3) Memuaskan
- (4) Sangat Memuaskan

Motivasi : kebutuhan perwujudan diri

10. Bagaimana dengan tingkat penerimaan manajemen RSML terhadap ide atau gagasan serta inovasi yang diajukan oleh dokter spesialis bedah selama ini ?

- (1) Selalu mau menerima
- (2) Sering mau menerima
- (3) Kadang-kadang mau menerima
- (4) Tidak pernah mau menerima

Terhadap hal yang demikian ini, seawat merasa :

- (1) Sangat tidak memuaskan;
- (2) Tidak memuaskan;
- (3) Memuaskan
- (4) Sangat memuaskan

Jelaskan jawaban seawat :

11. Selama menjalankan pekerjaan di RSML, pernahkah saudara diikuti sertakan dalam suatu program pendidikan berkelanjutan di bidang saudara ?

- (1) Selalu
- (2) Sering
- (3) Kadang kadang
- (4) Tidak pernah

Terhadap hal yang demikian ini, seawat merasa :

- (1) Sangat tidak memuaskan;
- (2) Tidak memuaskan;
- (3) Memuaskan
- (4) Sangat memuaskan

Jelaskan jawaban seawat :

12. Menurut saudara, bagaimanakah tingkat respon manajemen RSML terhadap pentingnya pendidikan berkelanjutan di bidang saudara :

- (1) Sangat tidak memuaskan
- (2) Tidak memuaskan
- (3) Memuaskan
- (4) Sangat memuaskan

Jelaskan pendapat saudara :

Komitmen :

Affektive Commitment : a willingness

13. Disamping berpraktek di RSML, apakah seawat juga berpraktek di Rumah Sakit Lain ? :

- (1) Ya
- (2) Tidak

14. Disamping berpraktek di RSML, apakah seawat juga membuka praktek pribadi ?

- (1) Ya
- (2) Tidak

15. Jika Saudara juga bekerja sebagai dokter di rumah sakit lain atau memiliki praktek pribadi, apakah selama bertugas di rumah sakit lain/ praktek pribadi tersebut, saudara juga merujuk pasien ke ruang Shofa RSML ?

- (1) Selalu
- (2) Sering
- (3) Kadang-kadang
- (4) Tidak pernah

Jelaskan jawaban seawat :

16. Pertimbangan/ petunjuk dan saran apakah yang saudara sampaikan kepada pasien untuk memilih tempat rujukan perawatan di ruang shofa RSML ?
1. Biaya yang murah
 2. Sarana dan prasarana medis yang lengkap
 3. Ketersediaan tenaga perawat yang memadai
 4. Jarak dan kemudahan akses ke rumah sakit
 5. Lain-lain, sebutkan :

Affective Commitment : a belief

17. Apakah sejawat tahu tentang visi dan misi dari RSML ?

(1) Tidak tahu

(2) Tahu

Jelaskan jawabab saudara :

.....

18. Menurut pendapat saudara, bagaimana dengan misi yang diemban oleh RSML untuk mewujudkan amal usaha pelayanan kesehatan yang Islami, profesional dan bermutu ?

(1) Sangat tidak sesuai

(2) Tidak sesuai

(3) Sesuai

(4) Sangat sesuai

Jelaskan pendapat saudara :

.....

19. Menurut pendapat saudara, bagaimana perwujudan misi RSML tersebut dalam pelaksanaan pelayanan di ruang Shofa sampai saat ini ?

1. Tidak dapat diwujudkan sama sekali

2. Sudah dapat diwujudkan sepenuhnya

Jelaskan pendapat saudara :

Affective Commitment : a desire

20. Berdasarkan pengalaman saudara selama bekerja di RSML, bagaimana rencana saudara di masa mendatang ? :

(1). Tidak ingin menjadi tenaga tetap di RSML, karena lebih senang menjadi dokter spesialis bedah mitra;

(2). Sangat berkeinginan untuk menjadi tenaga dokter spesialis bedah tetap di RSML

Jelaskan pendapat saudara :

Normative and Continuance Commitment

21. Bagaimana dengan rencana praktek profesi saudara dimasa mendatang ?

(1). Tidak mempunyai rencana untuk secara tetap dan terus menerus berpraktek di RSML

Alasan

(2). Mempunyai rencana untuk tetap dan 100 % berpraktek di RSML

Alasan :

22. Menurut rencana, di Lamongan akan didirikan sebuah Rumah Sakit Swasta yang baru. Jika ada penawaran dari rumah sakit tersebut, apakah sejawat memiliki keinginan untuk pindah ?

(1) Ya

Alasan :

(2) Tidak

Alasan :



Motivasi : kebutuhan Afiliasi

7 Bagaimanakah penilaian saudara tentang tingkat penerimaan dan keterbukaan manajemen RSML terhadap peran serta perawat dalam proses pengambilan keputusan kebijakan di RSML selama ini ?

- (1) Selalu dilibatkan
- (2) Sering dilibatkan
- (3) Kadang-kadang dilibatkan
- (4) Tidak pernah dilibatkan

Terhadap hal yang demikian ini, saudara merasa :

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Memuaskan
4. Sangat Memuaskan

Jelaskan pendapat saudara :

Motivasi : kebutuhan penghargaan

8 Apakah RSML memiliki sistem pemberian penghargaan kerja kepada karyawan ?

- (1) Memiliki
- (2) tidak memiliki
- (3) tidak tahu

9 Jika memiliki sistem penghargaan kerja, bagaimana sistem penghargaan kerja yang selama ini ada di RSML :

- (1) Sangat Tidak Memuaskan
- (2) Kurang Memuaskan
- (3) Cukup Memuaskan
- (4) Sangat Memuaskan

Jelaskan pendapat saudara :

Motivasi : kebutuhan perwujudan diri

10. Bagaimana dengan tingkat penerimaan manajemen RSML terhadap ide atau gagasan serta inovasi yang diajukan oleh perawat selama ini ?

- (1) Selalu mau menerima
- (2) Sering mau menerima
- (3) Kadang-kadang mau menerima
- (4) Tidak pernah mau menerima

Terhadap hal yang demikian ini, sejawat merasa :

- (1) Sangat tidak memuaskan;
- (2) Tidak memuaskan;
- (3) Memuaskan
- (4) Sangat memuaskan

Jelaskan jawaban saudara :

11 Selama menjalankan pekerjaan di RSML, pernahkah saudara diikuti sertakan dalam suatu program pendidikan berkelanjutan di bidang saudara ?

- (1) Selalu
- (2) Sering
- (3) Kadang kadang
- (4) Tidak pernah

Terhadap hal yang demikian ini, sejawat merasa :

- (1) Sangat tidak memuaskan;
- (2) Tidak memuaskan;
- (3) Memuaskan
- (4) Sangat memuaskan

Jelaskan jawaban sejawat :

12 Menurut saudara, bagaimanakah tingkat respon manajemen RSML terhadap pentingnya pendidikan berkelanjutan di bidang saudara :

- (1) Sangat tidak memuaskan
- (2) Tidak memuaskan
- (3) Memuaskan
- (4) Sangat memuaskan

Jelaskan pendapat saudara :

Komitmen :

Affective Commitment : a willingness

13 Disamping bekerja di RSML, apakah saudara juga bekerja ditempat/ sarana kesehatan Lain ? :

- (1) Ya
- (2) Tidak

14 Pertimbangan/ petunjuk dan saran apakah yang saudara sampaikan kepada pasien untuk memilih tempat rujukan perawatan di ruang shofa RSML ?

- (1) Biaya yang murah
- (2) Sarana dan prasarana medis yang lengkap
- (3) Ketersediaan tenaga perawat yang memadai
- (5) Jarak dan kemudahan akses ke rumah sakit
- (6) Lain-lain, sebutkan :

Affective Commitment : a belief

15 Apakah saudara tahu tentang visi dan misi dari RSML ?

- (1) Tidak tahu
- (2) Tahu

Jelaskan jawaban saudara :

16 Menurut pendapat saudara, bagaimana dengan misi yang diemban oleh RSML untuk mewujudkan amal usaha pelayanan kesehatan yang Islami, profesional dan bermutu ?

- (1) Sangat tidak sesuai
- (2) Tidak sesuai
- (3) Sesuai
- (4) Sangat sesuai

Jelaskan pendapat saudara :

17. Menurut pendapat saudara, bagaimana perwujudan misi RSML tersebut dalam pelaksanaan pelayanan di ruang Shofa sampai saat ini ?

- (1) Tidak dapat diwujudkan sama sekali
- (2) Sudah dapat diwujudkan sepenuhnya

Jelaskan pendapat saudara :

Affective Commitment : a desire

18. Berdasarkan pengalaman saudara selama bekerja di RSML, bagaimana rencana saudara di masa mendatang ? :
1. Tidak ingin menjadi tenaga tetap di RSML
 2. Sangat berkeinginan untuk menjadi tenaga perawat tetap di RSML
- Jelaskan pendapat saudara :

Normative and Continuance Commitment

19. Berdasarkan pengalaman saudara selama bekerja di RSML, bagaimana rencana saudara di masa mendatang ? :
- (1) Tidak ingin menjadi tenaga tetap di RSML, karena lebih senang menjadi tenaga perawat tidak tetap
 - (2) Sangat berkeinginan untuk menjadi pegawai tetap di RSML
- Jelaskan pendapat saudara :

Normative and Continuance Commitment

20. Bagaimana dengan rencana praktek profesi saudara dimasa mendatang ?
- (1) Tidak mempunyai rencana untuk secara tetap dan terus menerus bekerja di RSML
Alasan :
 - (2) Mempunyai rencana untuk tetap dan 100 % berpraktek di RSML
Alasan :
21. Menurut rencana, di Lamongan akan didirikan sebuah Rumah Sakit Swasta yang baru. Jika ada penawaran dari rumah sakit tersebut, apakah saudara memiliki keinginan untuk pindah ?
- (1) Ya
Alasan :
 - (2) Tidak
Alasan :

**NOTULEN DISKUSI KELOMPOK TERPIMPIN
PENGKAJIAN HASIL PENELITIAN TESIS
DENGAN JUDUL
PERENCANAAN STRATEGIS PENINGKATAN TINGKAT HUNIAN
RUANG SHOFA RS. MUHAMMADIYAH LAMONGAN
(DENGAN PENDEKATAN *FORCE FIELD ANALYSIS*)**

Pada hari ini, Senin tanggal 7 april 2003, bertempat di ruang Komite Medis RSMIL, telah dilaksanakan diskusi kelompok terpimpin dalam rangka mengkaji, menyusun penilaian medan kekuatan dan menggali ide-ide strategis atas hasil penelitian tesis dengan judul “Perencanaan Strategis Peningkatan Tingkat Hunian Ruang Shofa Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan (Dengan Pendekatan *Force Field Analysis*)”, dengan dihadiri oleh 16 peserta (terlampir).

Susunan acara Diskusi Kelompok Terpimpin sebagai berikut :

1. Pembukaan (oleh Rachmad PG, S.KM)
2. Penyajian oleh peneliti (dr. Umi Aliyah)
3. Diskusi kelompok (dipandu oleh Fasilitator, DR. Stefanus Supriyanto, dr., MS)
4. Penutup

Berikut kami sajikan hasil notulensi diskusi kelompok terpimpin tersebut :

1. Pembukaan : Pre memory
2. Penyajian oleh peneliti : Pre memory
3. Diskusi kelompok :

Pak Pri : Hasil penelitian Bu Umi ini perlu diklarifikasikan, mungkin ada yang kurang berkenan. Namun semua ini adalah realita, jawaban dan penilaian dari responden saat itu. Jadi silakan bagi peserta untuk memberikan komentar, saran atau pendapatnya.

Taf : Saya hanya ingin berkomentar, yang dilihat dari hasil penelitian tersebut adalah bahwa sebagian responden hanya lulus SD. Apakah penilaian pasien tidak subyektif ? Yang kedua, Apakah dapat dipakai untuk kesimpulan kalau responden yang menyatakan mahal untuk tarif tindakan?

Umi : Responden yang berpendidikan rendah, apa cukup obyektif dalam menilai? Saya pikir kita harus kembali pada fokus konsumen dan prinsip service exceleant yang zero defect, dimana siapapun yang memberi penilaian atau masukan harus selalu kita pertimbangkan sebagai masukan. Mengenai tarif, kita mengacu yang di Gresik dan Surabaya

Pak Pri : Jadi perlu saya tambahkan, bahwa penelitian ini adalah obyektif, kalau memang kondisi responden seperti itu, yang penting adalah apa yang dapat direspon oleh Rumah Sakit. Rumah Sakit Swasta harus tahu apa harapan pasien, kalau bicara Rumah Sakit Swasta memang ada gap, kalau ada yang menyatakan mahal kurang dari 20% tidak masalah. Yang penting bagaimana kita merespon yang 2,9% yang menilai sangat mahal sedikit sekali. Malah kalau ada kata murah jadi aneh, jadi kelihatannya masyarakat banyak yang mampu. Karena masyarakat kita sudah dinabobokkan oleh pelayanan yang gratis alias murah, jadi begitu melihat tarif di swasta, yang mauanya murah, malah kalau perlu gratis.

Dr. David: Jadi kira-kira yang terbanyak masuk kategori apa ?

- Pak Pri : sebetulnya kalau Bu Umi mau buat rata-rata dapat dengan cara pemberian skor, misalnya sangat mahal (4), mahal (3), cukup mahal (2), murah (1). Terus dikalikan, jumlahnya dibagi responden nanti berada dimana. Tapi kelihatannya hasil yang didapat cukup mahal. Tapi dimana-mana Rumah Sakit tidak ada yang menagatakan murah, kalau Puskesmas ya murah.
- dr. TR : Persepsi tentang tarif jasa tindakan ini kalau pembaca melihat seolah-olah menyimpulkan cukup mahal, tapi harusnya membandingkan pelayanan yang serupa di Rumah Sakit lain, disekitar Lamongan. Sehingga menurut saya, tarif ini tidak dimasukkan faktor penghambat, tapi menjadi faktor pendorong. Bagaimana ?
- Pa Pri : Ya...memang ini tergantung kesepakatan kita. Tapi jika melihat dari perspektif pasien memang dia untuk menilai mesti punya standart, pengalaman. Mendengar dari orang lain. Jadi mesti ada yang melatarbelakangi. Tapi yang perlu dipahami, yang sangat mahal hanya sedikit, jadi cukup mahal, itu berarti setuju alias bersainglah. Disini masuk mana Bu Umi ? Jadi untuk klarifikasi ini tarif dipindah menjadi faktor pendorong. Ada lagi, biar nanti mengisinya jelas untuk mencari solusinya.
- Anto : Kalau melihat willingness perawat dan dokter, saya ingin tahu Bu Umi dalam menentukan sampling, apakah pada perawat yang masih kontrak, Mereka masih berharap ingin jadi pegawai tetap ?? Judul tesisnya Bu Umi apa ??
- Bu Umi : Responden perawat adalah seluruh petugas ruang Shofa, totalnya 12 orang, terdiri dari 8 perawat dan 4 PP. Untuk responden dokter spesialis waktu itu ada 4 dokter, terhubung 1 dokter tidak mau mengisi, sehingga hanya 3 orang yang menjadi responden.
- Taf : Saya lihat tesis Bu Umi ini, strategi mendatang, kalau dilihat tarif kita ini murah, karena ada pasien MRS di Gresik jauh lebih mahal dari kita, kalau dari segi dokternya. Tidak tahu lagi dari segi pasien. BOR ruang Shofa itu memang tidak pernah mencapai ideal, karena dibagian bedah saat ini telah dilakuakn paket One Day Surgery (ODS). Ini dilema, untuk kasus akut post operasi tanpa penyulit, Saya bisa KRS pasien 3 hari, sementara di SOPnya Rumah Sakit Pemerintah perlu 5 hari. Saya hanya berpikir, dari segi pasien, apakah dengan ODS itu berarti berpengaruh terhadap turunnya BOR?
- Bu Umi : Memang BOR terkait dengan jumlah hari rawat, ALOS Shofa memang rendah, berarti harus meningkatkan jumlah pasien. Waktu pembuatan pola tarif sudah dibandingkan dengan Rumah Sakit di Surabaya. Kalau perkembangan terakhir tentang tarif harus dikembalikan dengan persepsi pasien (ATP/WTPnya)
- TY : Dalam hal pasien menilai mahal atau tidak, sulit kalau pasien harus membandingkan dengan Rumah Sakit lain, karena tidak ada orang yang ingin sering MRS di Rumah Sakit berbeda-beda. Jadi persepsi pasien itu timbul, dapat diukur dari kemampuan masyarakat terhadap tarif itu sendiri, sehingga dia akan bilang mahal atau murah. Sedangkan kelemahan kita adalah pada perencanaan jumlah TT, dengan dokter memulangkan pasien. Kita belum punya rencana yang terintegrasi,

ini yang belum pernah dibicarakan sehingga nanti dapat dicapai BOR ideal. Mungkin penelitian ini ada baiknya, sehingga nanti ada pertemuan terintegrasi antara pihak manajemen Rumah Sakit dengan dokter yang merawat.

Pak Pri : Saya bisa menambahkan bahwa kalau melihat visi Rumah Sakit sebagai trauma center, maka seolah-olah bagian bedah ini jadi core bisnisnya. Kalau memang tidak, ya visinya perlu dirubah.

Hal yang menarik bagini, karena ada beberapa kepentingan, ada kepentingan manajemen Rumah Sakit dan kepentingan perkembangan Iptekdok. Kepentingan Rumah Sakit adalah bagaimana agar Rumah Sakit ini laku dan ada just profit untuk kesejahteraan karyawan dan pengembangan Rumah Sakit. Sementara pada kepentingan Iptekdok, perlu ada ODS. Maka 2 kepentingan ini harus ada nego, nanti kalau ODSnya diterapkan semua, kan tidak dapat menggaji karyawan. Jadi prinsipnya harus dinegoisasikan dengan beberapa kepentingan yang ada. Seperti tadi Bu Umi bilang, untuk penetapan tarif dulu selalu membandingkan dengan tarif pesaing, kemudian berdasarkan unit cost untuk tiap tindakan baru kemudian yang terakhir berdasar willingness to pay pasien. Menurut saya, jangan hanya berdasar unit cost saja, Kalau di Jepang memang dasarnya itu sehingga mungkin SOPnya disederhanakan . sehingga tidak terlalu teknologi tinggi betul, tapi itu bertentangan dengan Iptekdok. Sehingga membuat manajemen dan kedokteran bingung. Tapi ide Bu Umi hanya mementingkan antara harapan kemudian dikaitkan dengan WTP pasien disini. Kalau memang kemampuan segitu, apa tetap dengan teknologi tinggi dengan unit cost yang tinggi. Atau malah menyederhanakan dengan menurunkan unit cost dengan kualitas tetap. Mungkin itu yang diharapkan Bu Umi.

TR : Media informasi yang digunakan untuk promosi tidak efektif, kesimpulannya ini berdasar data yang sama?

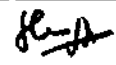

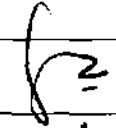
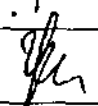
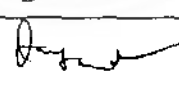


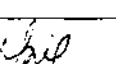



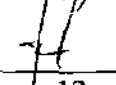

Bu Umi : Pada data karakteristik pasien, dimana untuk referensi komersial tidak banyak diketahui oleh masyarakat. Sehingga saya taruh di faktor penghambat.

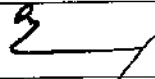
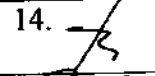

Pak Pri : Baiklah, sekarang kita coba untuk mengisi form yang ada dihadapan Bapak/Ibu. Nanti akan kita lihat, apa ini jadi prioritas apa tidak ?

Acara kemudian dilanjutkan dengan pengisian tabel faktor penghambat, faktor pendorong, dan penyusunan ide strategis. Adapun hasil skoring kedua faktor beserta ide strategis tersebut kami lampirkan dalam notulensi ini.

**BERITA ACARA DISKUSI KELOMPOK TERPIMPIN
PENGKAJIAN HASIL PENELITIAN TESIS
DENGAN JUDUL
PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS PENINGKATAN TINGKAT HUNIAN
RUANG SHOFA RS. MUHAMMADIYAH LAMONGAN
(DENGAN PENDEKATAN *FORCE FIELD ANALYSIS*)**

Pada hari ini : Senin, tanggal 7 April 2003, bertempat di ruang Komite Medik RSML, telah dilaksanakan diskusi kelompok terpimpin dalam rangka mengkaji, menyusun penilaian medan kekuatan dan menggali ide-ide strategis atas hasil penelitian tesis dengan judul " Penyusunan Rencana Strategis Peningkatan Tingkat Hunian Ruang Shofa RS Muhammadiyah Lamongan (Dengan Pendekatan *Force Field Analysis*), dengan dihadiri oleh **DR. STEVANUS SUPRIYANTO, dr.,MS.** selaku Fasilitator / Pembimbing dan **dr. UMI ALIYAH,** selaku Peneliti/ Penyaji serta peserta diskusi sebagai berikut :

| No. | Nama | Pekerjaan / Jabatan | Tanda tangan |
|-----|-------------------|---|---|
| 01. | Anto Maliki | EDP | 1.  |
| 02. | Taufik Y. | Waktu | 2.  |
| 03. | Abdi. Ichwan. | IGR. | 3.  |
| 04. | Abdi. Sutarno | ICU | 4.  |
| 05. | Metanti & Wihyan |  | 5.  |
| 06. | Ninik Endang. ST. | Keperawatan | 6.  |
| 07. | Ririn P. A. | Kelekes Persoralian | 7.  |
| 08. | Ponco Agus Y | Giz | 8.  |
| 09. | Rumi | Shofa | 9.  |
| 10. | Kardi | Humas & Pemasaran | 10.  |
| 11. | Taufan. H. | Kom Dis | 11.  |
| 12. | Taufik R | Kabid Yanmed | 12.  |

| | | | | |
|-----|--------------|---------|-----|---|
| 13. | Mr. Anid I | brockho | 13. |  |
| 14. | dr. Syahrini | Objekt | 14. |  |
| 15. | Eria Mesnura | laborat | 15. |  |
| 16. | Nurjati | Farmasi | 16. | meke |
| 17. | | | 17. | |
| 18. | | | 18. | |
| 19. | | | 19. | |
| 20. | | | 20. | |

Demikian berita acara ini dibuat, ditutup dan ditanda tangani oleh dr. UMI ALIYAH selaku peneliti dan RACHMAT. PG, SKM selaku Ketua Panitia Pelaksana Diskusi, pada tanggal 7 April 2003.

Dibuat di : Lamongan
Pada tanggal : 7 April 2003

Panitia Pelaksana


RACHMAT PG, SKM

Peneliti/Penyaji


dr. UMI ALIYAH

Lampiran
Kumpulan Hasil Perhitungan

FAKTOR PENDORONG

| Pendorong Peserta | Dukungan Fasilitas | | | SDM Perawat | | | Komitmen tinggi | | | Dana Kesehatan | | | Referensi Pribadi | | | Alasan MRS | | | Tarif bersaing | | |
|----------------------|--------------------|------------|-----------|-------------|------------|-----------|-----------------|------------|------------|----------------|-----------|------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------|------------|------------|
| | 1a | 1b | 1c | 2a | 2b | 2c | 3a | 3b | 3c | 4a | 4b | 4c | 5a | 5b | 5c | 6a | 6b | 6c | 7a | 7b | 7c |
| Taf | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4.5 |
| Dav | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3.5 | 3 | 4 | 3.5 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3.5 |
| TY | 3 | 2 | 2.5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4.5 | 3 | 1 | 2 | 5 | 2 | 3.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Tin | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4.5 | 3 | 3 | 3 |
| TR | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 5 | 4 | 4.5 | 3 | 5 | 4 |
| EM | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 4 | 3.5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 |
| AM | 4 | 5 | 4.5 | 4 | 5 | 4.5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4.5 |
| Iks | 4 | 2 | 3 | 5 | 4 | 4.5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 2 | 3.5 | 4 | 4 | 4 |
| Trj | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 2 | 3 | 2.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3.5 |
| Mei | 4 | 5 | 4.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 4 | 5 | 4.5 | 4 | 4 | 4 |
| Nest | 4 | 5 | 4.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 5 | 4.5 | 4 | 4 | 4 |
| Rin | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 2 | 3.5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2.5 | 5 | 4 | 4.5 |
| SN | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 |
| Yus | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4.5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 |
| Ksd | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4.5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 4 | 3 |
| Nur | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 4 | 3.5 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 4 | 3.5 |
| Jumlah | 66 | 61 | 64 | 69 | 60 | 65 | 61 | 59 | 60 | 61 | 48 | 55 | 69 | 44 | 57 | 66 | 54 | 60 | 59 | 62 | 61 |
| Rerata | 4.1 | 3.8 | 4 | 4.3 | 3.8 | 4 | 3.8 | 3.7 | 3.8 | 3.8 | 3 | 3.4 | 4.3 | 2.8 | 3.5 | 4.1 | 3.4 | 3.8 | 3.7 | 3.9 | 3.8 |

Keterangan :
a : Kekuatan Pendorong
b : Tingkat Kendali Manajemen
c : Kekuatan Relatif

Lampiran :
Kumpulan Hasil Perhitungan

FAKTOR PENGHAMBAT

| Penghambat Peserta | Media | | | Empati dokter | | | Empati perawat | | | Persepsi prwt & dr | | | Perilaku dr & prwt | | | Jangmed | | | Komitmen dr | | | Motivasi | | | Karakter pasien | | | Sumber referensi | | | Persepsi pasien | | |
|-----------------------|-------|-----|-----|---------------|----|-----|----------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|---------|-----|-----|-------------|-----|-----|----------|-----|-----|-----------------|-----|-----|------------------|-----|-----|-----------------|------|-----|
| | 1a | 1b | 1c | 2a | 2b | 2c | 3a | 3b | 3c | 4a | 4b | 4c | 5a | 5b | 5c | 7a | 7b | 7c | 8a | 8b | 8c | 9a | 9b | 9c | 10a | 10b | 10c | 11a | 11b | 11c | 12a | 12b | 12c |
| Taf | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3.5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 5 | 3.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4.5 | 4 | 3 | 3.5 | 5 | 1 | 3 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 4 | |
| Dav | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 | 2 | 3 | 2.5 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2.5 | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 1 | 1.5 |
| TY | 1 | 2 | 1.5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1.5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2.5 |
| Tin | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 |
| TR | 3 | 2 | 2.5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 2 | 3.5 | 5 | 2 | 3.5 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1.5 | 4 | 3 | 3.5 | 1 | 1 | 1 |
| EM | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3.5 | 2 | 3 | 2.5 | 2 | 3 | 2.5 | 3 | 4 | 3.5 | 2 | 3 | 2.5 |
| AM | 4 | 5 | 4.5 | 3 | 1 | 2 | 5 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| Iks | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4.5 | 4 | 5 | 4.5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 4 | 3 | 3.5 | 5 | 2 | 3.5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 |
| Trj | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 3.5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 3 | 2.5 | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 1 | 1.5 |
| Mei | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 2 | 5 | 3.5 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 1 | 2 | 1.5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Nest | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 2 | 5 | 3.5 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 1 | 2 | 1.5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Rin | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 4 | 3.5 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2.5 | 1 | 5 | 3 | 2 | 3 | 2.5 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 5 | 3.5 | 3 | 2 | 2.5 | 5 | 2 | 3.5 |
| SN | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 4 | 3.5 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 3 | 2 | 2.5 |
| Yus | 4 | 3 | 3.5 | 5 | 4 | 4.5 | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 3 | 3.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3.5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 3 | 2 | 2.5 |
| Ksd | 4 | 3 | 3.5 | 2 | 3 | 2.5 | 2 | 3 | 2.5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2.5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2.5 | 4 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2.5 |
| Nur | 3 | 4 | 3.5 | 5 | 2 | 3.5 | 5 | 4 | 4.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2.5 | 2 | 4 | 2.5 |
| Jumlah | 59 | 49 | 54 | 58 | 48 | 53 | 66 | 53 | 60 | 57 | 46 | 52 | 45 | 57 | 51 | 58 | 46 | 52 | 57 | 37 | 47 | 50 | 44 | 47 | 41 | 36 | 39 | 50 | 39 | 45 | 43 | 39 | 4 |
| Rerata | 3.7 | 3.1 | 3.4 | 3.6 | 3 | 3.3 | 4.1 | 3.3 | 3.7 | 3.6 | 2.9 | 3.2 | 2.8 | 3.6 | 3.2 | 3.6 | 2.9 | 3.3 | 3.6 | 2.3 | 2.9 | 3.1 | 2.8 | 2.9 | 2.6 | 2.3 | 2.4 | 3.1 | 2.4 | 2.8 | 2.69 | 2.44 | 2.5 |

Keterangan :
a : Kekuatan Penghambat
b : Tingkat Kemudahan untuk diselesaikan
c : Kekuatan Relatif

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN

