

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Pengertian Rumah Sakit**

WHO memberikan batasan Rumah Sakit sebagai berikut; *The hospital is an integral part of social and medical organization the function which is to provide for the population complete health care, both curative and preventive and whose out patient service research and the family and its home environment. The hospital is also a center for the health workers and for biological research.*

Rumah sakit adalah merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan masyarakat yang menyediakan pelayanan kesehatan pada masyarakat baik pengobatan maupun pencegahan dan menyediakan rawat jalan hingga mencapai kehidupan keluarga dan masyarakat. Rumah Sakit juga merupakan pusat pendidikan tenaga kesehatan dan pusat penelitian biologi masyarakat.

Rumah Sakit juga diartikan sebagai suatu institusi untuk memberikan pelayanan kesehatan (*health care*) dan Pelayanan Kedokteran (*medical care*) yang berjalan secara menyeluruh (*Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif*), meliputi rawat inap (*inpatient care*), rawat jalan (*out-patient care*), rawat darurat (*emergency care*) dan rawat rumah (*home care*) (Damayanti, 2001).

Menurut *American Hospital Association*, yang dimaksud rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta saran kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran,

asuhan keperawatan berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

Sedangkan menurut Permenkes RI No. 1596/MenKes/PER/II/1998, yang dimaksud dengan Rumah Sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan, tenaga kesehatan dan penelitian (Azwar,1996).

### **2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Rumah sakit mempunyai tugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Fungsi Rumah Sakit adalah:

1. Pelaksanaan usaha pelayanan medis
2. Pelaksanaan usaha rehabilitasi medis
3. Pelaksanaan asuhan keperawatan
4. Pelaksanaan usaha pencegahan akibat penyakit dan peningkatan pemulihan kesehatan
5. Pelaksanaan sistem rujukan
6. Pelaksanaan usaha pendidikan dan pelatihan
7. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan (Damayanti, 2001).

### **2.1.3 Masyarakat Rumah Sakit**

Pada awal perkembangannya, masyarakat rumah sakit hanya para dokter serta pemakai jasa pelayanan rumah sakit. Dan pada tahap selanjutnya yang

dimaksud masyarakat rumah sakit tidak terbatas hanya pada dokter dan pemakai jasa pelayanan saja, tetapi juga berbagai tenaga kesehatan lainnya.

#### **2.1.4 Rumah Sakit sebagai suatu organisasi**

Dalam pengoperasian organisasi rumah sakit tentunya tidak bisa lepas dari prinsip-prinsip organisasi. Azwar (1996), menyebutkan bahwa prinsip organisasi tersebut adalah:

1. Mempunyai pendukung

Pendukung (*follower; member*) yang dimaksud disini adalah setiap orang perorang yang bersepakat membentuk organisasi.

2. Mempunyai tujuan

Setiap organisasi harus mempunyai tujuan baik yang bersifat umum (*goal*) dan ataupun yang bersifat khusus (*objectives*). Pada dasarnya tujuan yang dimaksudkan disini adalah sesuatu yang mengikat para pendukung yakni orang-orang yang bersekutu dalam organisasi.

3. Mempunyai kegiatan

Agar tujuan dapat tercapai diperlukan adanya berbagai kegiatan yang jelas dan terarah.

4. Mempunyai pembagian tugas

Yang dimaksud dengan kegiatan organisasi pada dasarnya adalah kegiatan yang dilakukan oleh para pendukung organisasi. Agar kegiatan tersebut dapat terlaksana dengan baik, perlu diatur pembagian tugas antar para pendukung. Masung-masing petugas yang ada di rumah sakit memiliki pembagian tugas, hak serta wewenang yang jelas dan tegas.

#### 5. Mempunyai perangkat organisasi

Agar tugas-tugas yang dipercayakan kepada pendukung dapat terlaksana, diperlukan adanya perangkat organisasi yang disebut satuan organisasi. Satuan organisasi ini harus memiliki fungsi dan wewenang yang jelas.

#### 6. Mempunyai pembagian dan pendelegasian wewenang

Karena peranan yang dimiliki oleh setiap organisasi tidak sama maka perlu diatur pembagian wewenang untuk setiap satuan organisasi.

#### 7. Mempunyai kesinambungan kegiatan, kesatuan perintah dan arah

Agar tujuan yang ditetapkan dapat tercapai maka kegiatan yang dilaksanakan oleh suatu organisasi harus bersifat kontinyu, fleksibel serta sederhana dan perlu ada prinsip kesatuan perintah (*unity of command*) serta kesatuan arah (*unity of direction*) yang kesemuanya satu hubungan mata rantai yang tidak terputus (*chain of command*) (Azwar, 1996).

### 2.1.5 Ciri jasa pelayanan rumah sakit

Pengertian barang (produk) dan jasa tidak dapat dipisahkan secara tegas. Hal ini dapat dilihat pada pada jasa yang dapat dilihat dan jasa yang tidak dapat dilihat. Menurut Kotler et al. (2002), bahwa jasa sebagai setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Dalam hal ini termasuk perawatan kesehatan.

Menurut Kotler (2003), bahwa jasa pelayanan rumah sakit memiliki 4 (empat) karakteristik utama atau ciri pelayanan kesehatan yang membedakannya dari barang yaitu:

### 1. Tak berwujud (*intangibility*)

Jasa yang tidak kelihatan, seperti pemeriksaan dokter untuk mendiagnosa penyakit pasien. Jasa ini tidak dapat dilihat, dirasakan, dicium atau didengar sebelum dibeli dan dikonsumsi.

Menurut Berry (1995), dalam Tjiptono (2005), bahwa konsep *intangible* pada jasa mempunyai dua pengertian yaitu :

- a. Sesuatu yang tidak dapat disentuh dan tidak dapat dirasa.
- b. Sesuatu yang tidak dapat dengan mudah didefinisikan, diformulasikan atau dipahami secara rohaniah berbeda dengan barang. Jika barang merupakan suatu obyek, alat atau benda, maka jasa adalah suatu perbuatan, kinerja (*performance*), atau usaha. Bila barang dapat dimiliki, maka jasa hanya bisa dikonsumsi tetapi tidak dimiliki. Meskipun sebagian besar jasa dapat berkaitan dan didukung oleh produk fisik.

### 2. Tak dapat dipisahkan (*inseparability*)

Biasanya jasa ditawarkan dulu baru diproduksi atau dikonsumsi. Hal ini sangat berbeda dengan barang, untuk barang diproduksi dulu baru dijual. Dalam produksi jasa, interaksi dan proses sangat berpengaruh dan tidak dapat dipisahkan.

### 3. Selalu berubah-ubah (*variability*)

Jasa pelayanan kesehatan sangat bervariasi dalam bentuk, kualitas dan jenisnya. Tergantung siapa, kapan dan dimana jasa tersebut diperoleh. Variasi produk dan kualitas yang tinggi sangat mempengaruhi pembeli jasa, untuk itu perlu pengendalian kualitas untuk menjaga kualitas.

Menurut Supriyanto (2003), ada tiga tahap dalam pengendalian kualitas yaitu :

- a. Melakukan investasi dalam seleksi dan pelatihan personil yang baik.
  - b. Melakukan standarisasi proses pelaksanaan jasa (*service, performance, process*). Hal ini dapat dilakukan dengan jalan menyiapkan suatu cetak biru (*blue print*) jasa yang menggambarkan peristiwa dan proses jasa dalam suatu diagram alur, dengan tujuan untuk mengetahui faktor-faktor potensial yang dapat menyebabkan kegagalan dalam jasa tersebut.
  - c. Memantau kepuasan pasien melalui sistem saran dan keluhan, survei pasien, dan *comparison shopping*, sehingga pelayanan yang kurang baik dapat dideteksi dan dikoreksi.
4. Tak tahan lama (*perishability*)

Jasa merupakan komoditas yang tidak dapat disimpan dan tidak tahan lama. Sebagai contoh bahwa klinik yang sepi pasien biayanya sama dengan yang ramai pasien. Tidak bisa ditunda untuk waktu yang lain, sehingga permintaan sepi dan ramai merupakan fluktuasi yang selalu diperhitungkan.

Adapun ciri lain pelayanan kesehatan menurut Supriyanto (2003) adalah :

1. *Consumer ignorance*
2. Non kompetitif
3. Nirlaba atau *just profit*
4. *Externality*
5. *Private goods VS Public goods*
6. Padat karya, padat modal dan padat teknologi
7. *Supply induced demand*

Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa ciri lain rumah sakit adalah sangat kompleks, kegiatannya sangat bervariasi, padat karya, padat

modal dan teknologi, SDM dengan latar belakang pendidikan yang berbeda, ketidakpastian tinggi, ribuan jenis barang, saling tergantung, *supply induced demand*, *externality* dan *just provit*. Ciri rumah sakit ini akan berkembang mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terus berkembang.

## **2.2 Konsep Harapan, Kebutuhan, Keinginan dan Permintaan Pelanggan**

### **2.2.1 Harapan**

Menurut Tjiptono (2004), bahwa organisasi yang mampu mengetahui secara khusus kebutuhan, keinginan dan harapan pelanggannya, maka organisasi tersebut yang mempunyai keuntungan dalam berhubungan dengan pelanggan tersebut.

Harapan pelanggan merupakan keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli produk yang akan dijadikan standar atau acuan dalam menilai kinerja produk tersebut. Agar rumah sakit dapat berkembang dan berhasil dengan baik, salah satu faktor yang tidak dapat diabaikan adalah faktor klien atau pelanggan. Hal ini sangat penting karena pelanggan sebagai individu mempunyai kebutuhan dan harapan yang harus dipenuhi. Pelanggan mempunyai harapan supaya sebagian kebutuhannya dapat dipenuhi. Joby (1996) dalam Tjiptono (2005), mengemukakan bahwa harapan pelanggan dibentuk oleh pengalaman sebelumnya, sedangkan Groonros (1994) dan Joby (1996) dalam Tjiptono (2005), menyebutkan bahwa harapan pelanggan ditujukan terhadap perilaku petugas memberi pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kualitas yang diharapkan dari pelayanan petugas kesehatan, sehingga kepuasan pelanggan merupakan suatu sikap dan respon emosional yang ditentukan oleh harapan pelanggan.

Apabila kita berpegang pada prinsip tersebut, maka citra rumah sakit yang baik bukan hanya berdasarkan persepsi atau sudut pandang pihak rumah sakit atau pemerintah saja, namun juga berdasarkan sudut pandang dan persepsi pelanggan, karena pelanggan yang mengkonsumsi dan menikmati jasa pelayanan rumah sakit, sehingga mereka ikut berperan dalam menilai dan menentukan kualitas pelayanan.

Harapan pelanggan atau pelanggan sebelum masuk rumah sakit dibandingkan dengan yang dirasakan setelah pelanggan menggunakan rumah sakit tersebut, akan menentukan tingkat kepuasan. Bila kenyataan yang diterima semakin mendekati harapan, maka pelanggan akan merasa semakin puas.

Harapan pelanggan diyakini mempunyai peranan yang besar dalam menentukan kualitas dan kepuasan pelanggan. Pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan kualitas dan kepuasan pelanggan. Dalam evaluasinya pelanggan menggunakan harapannya sebagai standar atau tujuan dengan demikian, harapan pelangganlah yang melatarbelakangi mengapa dua organisasi pada bisnis yang sama dapat dinilai berbeda oleh pelanggannya. Dalam konteks kepuasan pelanggan, umumnya harapan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang diterimanya menurut Zeithaml, et. al, (1993) dalam Tjiptono (2005). Sehingga dapat disimpulkan bahwa harapan pelanggan dapat dijadikan standar prediksi atau standar ideal yang berperan dalam menentukan kualitas suatu produk atau jasa.

Pemahaman terhadap harapan pelanggan adalah prasyarat untuk peningkatan kualitas dan mencapai kepuasan total pelanggan menurut Gaspersz (2000) dalam Supriyanto (2003). Harapan pelanggan terdiri dari tiga tingkatan yaitu :



### 1. Harapan level I

Merupakan harapan dasar dari pelanggan atau harapan implisit, yang menyangkut tingkat *performance* minimum yang selalu diasumsikan ada, sehingga bila karakteristik produk atau jasa tersebut hilang, maka konsumen menjadi tidak puas. Pada level ini *provider* umumnya bersifat reaktif dan kurang fokus pada upaya pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen. *Provider* bersikap pasif, menunggu dan hanya menampung keluhan yang ada. Sering kali harapan pada level ini terjadi pada pelayanan yang berkonotasi publik.

### 2. Harapan Level II

Merupakan harapan eksplisit dari pelanggan. Harapan pada level ini mencakup spesifikasi dan kebutuhan yang dapat dipilih. *Provider* mulai fokus pada harapan pelanggan dengan mencoba memenuhi harapan yang bersifat individual.

### 3. Harapan Level III

Merupakan harapan yang tersembunyi atau laten yang merupakan nilai tambah dari karakteristik jasa yang tidak diketahui sebelumnya dan tersembunyi. Pelanggan akan dikejutkan oleh karakteristik pelayanan ini, sehingga bila karakteristik ini diberikan maka pelanggan akan sangat senang dan terkejut. Pelayanan ini tidak terduga sebelumnya oleh pelanggan. Pada level ini terjadi komunikasi antara produsen dan konsumen.

Mekanisme untuk memenuhi harapan pelanggan dapat menggunakan suatu kerangka kerja berdimensi dua, dimana dimensi pertama mengklasifikasikan pendekatan yang dilakukan oleh produsen bergerak dari model reaktif ke

proaktif, sedangkan dimensi kedua mengindikasikan tingkat pemahaman yang mungkin dicapai oleh setiap mekanisme.

Menurut Gibson (1986) dalam Tjiptono (2005), harapan adalah suatu keyakinan bahwa suatu tindakan tertentu akan diikuti oleh suatu hasil tertentu. Harapan pelanggan dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah :

1. Kebutuhan dan keinginan yang berkaitan dengan hal-hal yang dirasakan pelanggan ketika mencoba melakukan transaksi dengan produsen. Jika pada saat itu kebutuhan dan keinginan besar maka harapan pelanggan akan tinggi, demikian sebaliknya.
2. Pengalaman masa lalu ketika mengkonsumsi produk dari perusahaan maupun pesaing-pesaingnya.
3. Pengalaman dari orang lain dimana mereka akan menceritakan kualitas produk yang akan dibeli oleh pelanggan itu.
4. Komunikasi melalui iklan dan pemasaran.

Harapan pelanggan dapat dibentuk melalui komunikasi perusahaan kepada pelanggan selanjutnya harapan itu akan meningkat atau bahkan menurun setelah pelanggan berkomunikasi atau berinteraksi dengan pelanggan lain secara singkat. Zeithaml dan Bitner (1996) dalam Tjiptono (2005), menyebutnya sebagai *gap* kualitas jasa. Motivasi pelanggan untuk menutup *gap* kualitas jasa lebih besar dari pada untuk barang (Chan, 2003).

Harapan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya Zeithaml et al., (1993) dalam Tjiptono (1997). Sedangkan Woodruff (2002), menyatakan bahwa harapan adalah suatu keyakinan bahwa suatu tindakan tertentu akan diikuti oleh suatu hasil tertentu.

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa harapan pelanggan dapat dijadikan sebagai standar prediksi atau standar ideal yang berperan dalam menentukan kualitas suatu produk atau jasa. Dengan demikian, harapan pelangganlah yang melatarbelakangi mengapa dua organisasi pada bisnis yang sama dapat dinilai berbeda oleh pelanggan. Harapan pelanggan dapat ditentukan oleh faktor umum yang meliputi kebutuhan pribadi, pengalaman masa lampau, rekomendasi dari mulut ke mulut dan iklan (Tjiptono, 2005).

Menurut Supriyanto (2003), bahwa pelanggan mempunyai harapan sebagai berikut :

1. Ingin kualitas tinggi dan harga murah
2. Pelayanan cepat dan ramah
3. Mudah didapat

Sedangkan Zeithaml et al., (1993) dalam Tjiptono (2005), mengemukakan bahwa harapan pelanggan terhadap kualitas suatu jasa terbentuk oleh beberapa faktor yaitu :

1. *Enduring service intensifiers*
2. *Personal needs*
3. *Transitory service intensifiers*
4. *Perceived service alternatives*
5. *Self-perceived service roles*
6. *Situational factors*
7. *Explicit service promises*
8. *Implicit service promises*
9. *Word of mouth*

## 10. *Past experience*

Selanjutnya dari pendapatnya ini dapat diuraikan berbagai faktor tersebut di atas sebagai berikut :

### 1. *Enduring service intensifiers*

Faktor yang bersifat stabil dan mendorong pelanggan untuk meningkatkan sensitivitas jasa, meliputi : harapan yang disebabkan orang lain dan filosofi individu.

### 2. *Personal needs*

Kebutuhan yang dirasakan oleh seseorang mendasar bagi kesejahteraannya juga sangat menentukan harapannya. Kebutuhan tersebut meliputi fisik, sosial dan psikologis.

### 3. *Transitory service intensifiers*

Faktor individu yang bersifat sementara yang meningkatkan sensitivitas pasien terhadap jasa, yang meliputi pada situasi darurat dan jasa terakhir.

### 4. *Perceived service alternatives*

Persepsi pelanggan terhadap tingkat atau derajat pelayanan perusahaan lain yang sejenis. Jika konsumen memiliki beberapa alternatif, maka harapannya terhadap suatu jasa cenderung akan semakin besar.

### 5. *Self-perceived service roles*

Persepsi pelanggan tentang derajat keterlibatannya dalam mempengaruhi tingkat jasa atau pelayanan yang tersedia diterimanya.

### 6. *Situational factors*

Faktor situasi terdiri atas segala kemungkinan yang bisa mempengaruhi kinerja jasa, yang berada di luar kendali penyedia jasa.

### 7. *Explicit service promises*

Faktor yang merupakan pernyataan atau perjanjian dari organisasi kepada pelanggan.

### 8. *Implicit service promises*

Faktor yang menyangkut petunjuk yang berkaitan dengan jasa dan memberikan kesimpulan bagi pelanggan mengenai bagaimana seharusnya dan yang akan diberikan. Petunjuk ini meliputi biaya dan alat pendukung jasa.

### 9. *Word of mouth (gethok tular)*

Merupakan pernyataan dari orang lain ke pelanggan. Sistem ini biasanya mudah diterima dan dapat dipercaya oleh pelanggan karena pelanggan belum merasakan sendiri.

### 10. *Past experience*

Sesuatu yang telah diterima dan dialami di masa lalu yang dapat menentukan dan mempengaruhi harapan pelanggan.

Masyarakat merupakan sasaran dari dari suatu produk atau jasa. Agar suatu produk atau jasa dapat berkembang membutuhkan dukungan dari pelanggan. Yang dimaksud pelanggan (*customer*) menurut Supriyanto (2003), adalah konsumen yang membutuhkan suatu produk atau jasa tertentu untuk memuaskan kebutuhannya.

Di dalam rumah sakit, pelanggan terdiri dari dua komponen yaitu :

1. Pelanggan eksternal seperti pembeli atau pemakai jasa, pemasok dan lain-lain.
2. Pelanggan internal seperti anggota atau karyawan rumah sakit dan dokter tamu.

### 2.2.2 Kebutuhan

Menurut Raphael dan Raphael (1995), dalam Tjiptono (2005), konsumen suatu produk, konsumen suatu produk atau jasa terdiri dari lima tipe yaitu prospek, pembelanja (*shoper*), pelanggan (*customer*), klien, dan penganjur (*advocates*).

Prospek yang berada pada anak tangga paling bawah adalah orang yang mengenal bisnis (produk atau jasa) suatu perusahaan. Pembelanja merupakan prospek yang telah yakin dan paling tidak pernah mengunjungi toko atau pasar (belum membuat keputusan membeli). Pelanggan adalah orang yang membeli produk atau jasa perusahaan. Tipe pelanggan yang menduduki anak tangga paling atas adalah penganjur (*advocates*) yakni mereka yang sedemikian puasny dengan produk atau jasa perusahaan sehingga mereka akan menceritakan kepada siapa saja tentang betapa bagusnya produk atau jasa perusahaan tersebut.

Dengan demikian agar *advocates*, maka diharapkan memberi pelayanan yang baik terhadap semua pelanggan dengan harapan mereka benar-benar puas sehingga menjadi penganjur bagi pelanggan yang lain. Tentu saja pelanggan memerlukan suatu produk atau jasa untuk memuaskan kebutuhannya. Untuk itu suatu produk atau jasa dipilih oleh masyarakat berdasarkan kebutuhan dasar yang diperlukan. Jadi kebutuhan ada sejak adanya kehidupan manusia.

Kotler et al., (2002) menyatakan bahwa kebutuhan adalah pernyataan dari rasa kehilangan. Kebutuhan adalah penyimpangan biologis (Reinke, 1994). Kebutuhan sama dengan keadaan sehat dan sakit (Donabedian, 1979) dalam Supriyanto (2003). Kebutuhan juga dinyatakan sebagai suatu jarak (*gap*) antara

harapan terhadap produk atau pelayanan jasa tertentu dan kenyataan dari produk atau pelayanan yang diterima.

Dari berbagai definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kebutuhan adalah sesuatu yang hendak dipuaskan baik fisik, sosial dan individual. Adapun kebutuhan akan kesehatan adalah pernyataan dari rasa kehilangan status kesehatan atau dapat dikatakan orang sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan atau pelayanan rumah sakit.

Maslow menyatakan bahwa setiap manusia mempunyai kebutuhan yang pemunculannya sangat tergantung dari kepentingan individu. Kebutuhan yang harus dipenuhi merupakan faktor pendorong (motif) yang menyebabkan seseorang beraktivitas. Manusia tidak hanya bereaksi terhadap satu motif atau kebutuhan saja, tetapi membuat seleksi terhadap sejumlah motivasi yang ada dalam dirinya pada saat yang sama. Kebutuhan itu terjadi secara bertahap (hierarki), mulai dari kebutuhan yang paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis. Bila kebutuhan ini sudah terpenuhi, baru seseorang akan mencari kebutuhan pada hierarki yang lebih tinggi yaitu kebutuhan rasa kasih sayang. Kebutuhan akan harga diri dan hierarki kebutuhan yang paling tinggi adalah kebutuhan akan aktualisasi diri. Teori ini dikenal sebagai *five hierarchy of need* dari Maslow. Tetapi teori Maslow yaitu kebutuhan yang timbul pada individu yang pada umumnya diatas mempunyai kelemahan yaitu tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya karena manusia tidak harus memenuhi kebutuhan pada hirarki yang lebih rendah, baru memikirkan kebutuhan pada hirarki yang lebih tinggi.

Moroney dalam Tjiptono (2005), mengelompokkan kebutuhan menjadi empat hal yaitu :

Supriyanto (2003), menyatakan bahwa keinginan adalah hasrat untuk memperoleh pemuas tertentu untuk kebutuhan yang lebih mendalam.

Sesuai dengan berbagai definisi di atas maka disimpulkan keinginan adalah suatu bentuk spesifik sebagai pemuas kebutuhan.

#### **2.2.4 Permintaan**

Permintaan adalah keinginan manusia yang didukung oleh daya beli (Kotler et al., 2002). Menurut Supriyanto (2003), bahwa permintaan adalah jumlah keinginan terhadap produk atau jasa pelayanan tertentu yang didukung suatu kemampuan dan kemauan untuk membeli atau memanfaatkan jasa tersebut *{(Total demand for curative care : (1). potential demand (2). efective demand (Satisfied demand))}*.

Jadi permintaan dapat disimpulkan sebagai keinginan yang disesuaikan dengan daya beli masing-masing. Misalnya kemampuan atau daya belinya terbatas, maka dapat memilih puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan. Bila daya belinya cukup tinggi, maka dapat memilih rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan karena di rumah sakit kegiatan pelayanan kesehatannya sangat bervariasi baik rawat jalan maupun rawat inapnya.

### **2.3 Konsep Kepuasan Pelanggan**

#### **2.3.1 Pengertian Kepuasan Pelanggan**

Kata kepuasan (*satisfaction*) berasal dari bahasa latin "*satis*" (artinya cukup baik, memadai) dan "*facio*" (melakukan atau membuat). Kepuasan bisa diartikan sebagai "upaya pemenuhan sesuatu" atau "membuat sesuatu memadai". *Oxford Advanced Learner's Dictionary* (2000) mendeskripsikan kepuasan sebagai "...*the good feeling that you have when you achieved something or when something that*



*you wanted to happen does happen”; “the act of fulfilling a need or desire”; dan “an acceptable way of dealing with a complain, a debt, an injury, etc...”*

Sekilas definisi ini kelihatan sangat sederhana, namun begitu dikaitkan dengan manajemen dan perilaku konsumen, istilah ini menjadi menjadi begitu kompleks. Giese dan Cote (2000), pakar dari *Washington State University* ini menemukan kesamaan dalam tiga hal komponen utama yaitu kepuasan pasien merupakan respon (emosional atau kognitif), respon tersebut menyangkut fokus tertentu (ekspektasi, produk, pengalaman konsumsi dan seterusnya) dan respon terjadi pada waktu tertentu (setelah konsumsi, setelah pemilihan produk/jasa, berdasarkan pengalaman akumulatif, dan lain-lain. Secara singkat dapat dikatakan bahwa kepuasan pelanggan terdiri atas tiga komponen yaitu respon menyangkut fokus tertentu yang ditentukan pada waktu tertentu (Tjiptono, 2004).

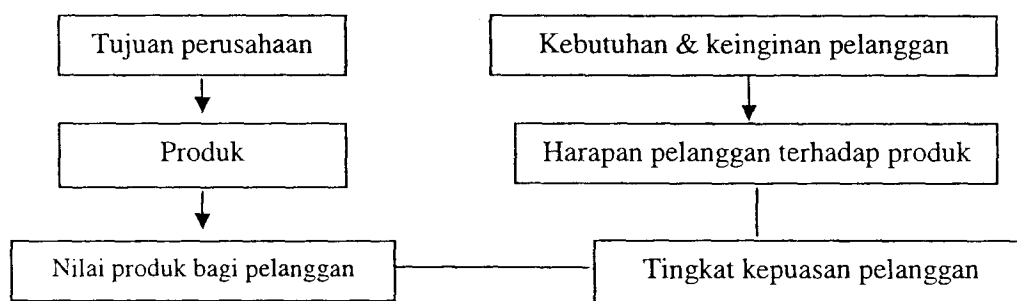
Menurut Kotler (2002), kepuasan didefinisikan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapan. Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa agar dapat memuaskan pelanggan maka harus diidentifikasi terlebih dahulu apa keinginan, kebutuhan dan harapan pelanggan sehingga pengorbanan yang telah dikeluarkan oleh pelanggan sebanding dengan yang didapat bahkan lebih. Sedangkan menurut Engel et al., (1990) dalam Tjiptono (2005), menyatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli di mana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (*outcome*) tidak memenuhi harapan.

Menurut Kotler et al., (2002), kepuasan pelanggan tergantung pada sejauh mana anggapan kinerja produk memenuhi harapan pembeli. Bila kinerja produk

lebih rendah ketimbang harapan pelanggan, pelanggan tidak puas. Bila prestasinya sesuai atau melebihi harapan, pelanggan merasa puas atau amat gembira. Sedangkan Wilkie (1990) dalam Tjiptono (2005), mendefinisikan kepuasan pelanggan merupakan suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa.

Dari berbagai definisi di atas dapatlah disimpulkan bahwa kepuasan pelanggan adalah penilaian pelanggan terhadap produk atau jasa sesuai atau melebihi harapan atau permintaannya. Hasil akhir tindakan dan kegiatan yang dilaksanakan tenaga profesional kepada pelanggan, dalam arti terjadinya perubahan derajat kesehatan yang positif atau negatif penilaian terhadap keluaran adalah evaluasi hasil akhir dari tingkat kesembuhan dan kepuasan pelanggan. Atau dengan kata lain dapat dikatakan bahwa apabila tercapai kepuasan pelanggan, maka tindakan atau kegiatan tersebut dilakukan dengan baik. Namun bila pelanggan tidak tercapai kepuasannya atau justru mengalami kekecewaan, maka dapat dipastikan bahwa tindakan atau kegiatan produk atau pelayanan tersebut berjalan tidak baik atau masih berada di bawah standar harapan pelanggan.

Dari uraian di atas konsep kepuasan pasien ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Konsep Kepuasan Pelanggan

Sumber: *Service, Quality and Satisfaction*, Tjiptono., (2005)

Kepuasan pelanggan harus menjadi prioritas utama bagi setiap organisasi baik *profit* maupun *nonprofit*. Saat ini masyarakat makin sadar pentingnya kesehatan dan mendapatkan perawatan kesehatan yang terbaik, sehingga biaya untuk itu tidak menjadi masalah utama bagi mereka, terutama bagi yang memiliki kemampuan finansial. Pada jasa yang dikategorikan sebagai *medium-high contact* (misalnya dokter keluarga, fisioterapis). Kualitas yang dievaluasi oleh pelanggan meliputi dua komponen mendasar, yaitu kualitas teknis dan kualitas fungsional Parasuraman (1985), dalam Tjiptono (2005). Kualitas teknis adalah kualitas layanan dasar (*core service*). Kualitas fungsional adalah komponen kualitas yang berkaitan dengan cara penyampaian layanan. Kualitas fungsional berkaitan dengan interaksi antara pelanggan dengan penyedia jasa. Interaksi dan komunikasi antar personal yang tinggi antara pelanggan dengan penyedia jasa profesi sangat penting untuk mencapai sukses dalam pencapaian jasa (Budiwaluyo, 1996).

Demikian juga yang terjadi di dalam bidang pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit. Agar hal ini dapat dicapai, bila rumah sakit harus berusaha memberi kepuasan kepada pelanggan. Untuk itu, setiap instansi atau rumah sakit yang mengutamakan pelanggan harus selalu berusaha memenuhi kebutuhan dan keinginan para pelanggan, sehingga perlu memahami tingkah laku pelanggan. Dengan pemahaman hal tersebut diharapkan instansi pelayanan kesehatan atau rumah sakit dapat mengungguli para pesaingnya untuk menjadikan pelanggan puas.

### **2.3.2 Model kepuasan**

Menurut Chan (2003), pada dasarnya tujuan sebuah bisnis adalah menciptakan para pasien yang puas. Sejalan dengan itu, berbagai upaya telah

dilakukan untuk menyusun rerangka teoritikal guna menjelaskan determinan, proses pembentukan dan konsekuensi kepuasan pelanggan. Secara garis besar, riset-riset dalam kepuasan pelanggan didasarkan pada tiga teori utama yaitu *contrast theory*, *assimilation theory* dan *assimilation contrast theory* (Chiou, 1999) dalam Tjiptono (2005).

*Contrast theory* berasumsi bahwa pelanggan akan membandingkan kinerja produk aktual dengan ekspektasi prapembelian. Apabila kinerja aktual lebih besar atau sama dengan ekspektasi, maka pelanggan akan puas. Sebaliknya, jika kinerja aktual lebih rendah dibandingkan ekspektasi, maka pelanggan akan tidak puas.

*Assimilation theory* menyatakan bahwa evaluasi purna beli merupakan fungsi positif dari ekspektasi pelanggan prapembelian. Karena proses diskonfirmasi secara psikologis tidak enak dilakukan, pelanggan cenderung secara perseptual mendistorsi perbedaan antara ekspektasi dan kinerjanya ke arah ekspektasi awal. Dengan kata lain, penyimpangan dari ekspektasinya cenderung akan diterima oleh pelanggan bersangkutan.

*Assimilation contrast theory* berpegangan bahwa terjadinya efek asimilasi (*assimilation effect*) atau efek kontras (*contrast effect*) merupakan fungsi dari tingkat kesenjangan antara kinerja yang diharapkan dan kinerja aktual. Apabila kesenjangan besar, pelanggan akan memperbesar *gap* tersebut, sehingga produk dipersepsikan jauh lebih bagus/buruk dibandingkan kenyataannya (sebagaimana halnya *contrast theory*). Namun, jika kesenjangan tidak terlampau besar, *assimilation* yang berlaku. Dengan kata lain, jika jarak deviasi bisa diterima (*acceptable deviations*) atau dilewati, maka kesenjangan antara ekspektasi dan kinerja akan menjadi signifikan dan disitulah efek kontras berlaku.

Di antara berbagai macam variasi teori yang ada, sejauh ini paradigma diskonfirmasi merupakan model yang paling banyak digunakan dan dijadikan acuan (Churchill & Suprenant, 1982; La Tour & Peat, 1977; Oliver, 1980; Spreng, MacKenzie & Olshavsky, 1996; Tse & Wilton, 1988) dalam Tjiptono (2005)}. Paradigma ini menegaskan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan purnabeli ditentukan oleh evaluasi pelanggan terhadap perbedaan antara ekspektasi awal (atau standar pembanding lainnya) dan persepsi terhadap kinerja produk aktual setelah pemakaian produk atau jasa. Oliver (1977) dalam Tjiptono (2005), mendefinisikan paradigma diskonfirmasi menyatakan bahwa pelanggan akan puas bila persepsinya sesuai dengan ekspektasi (konfirmasi tercapai).

Berdasarkan konsep *zone of indifference* yang diadopsi dari Erevelles & Leavitt (1992), Santos & Boote (2003) dalam Tjiptono (2005), mengidentifikasi empat tipe keadaan afektif purnabeli, yaitu *delight*, kepuasan (indiferen positif), *acceptance* (indiferen negatif) dan ketidakpuasan. Kepuasan dan *acceptance* berada di dalam *zone of indifference* antara konfirmasi dan diskonfirmasi.

*Acceptance* (indiferen negatif) bisa terjadi manakala kinerja produk/jasa yang dipersepsikan pelanggan berada di antara *predicted expectation* dan *minimum tolerable expectation*, sedangkan kepuasan (indiferen positif) bisa terjadi apabila *perceived performance* berada di antara *desired expectation* dan *predicted expectation*. Sementara itu, kondisi afektif *delight* dan ketidakpuasan terjadi di luar *zone of indifference*. *Delight* bakal terjadi jika *perceived performance* lebih besar daripada *desired expectation*, sedangkan ketidakpuasan terjadi bila *perceived performance* di bawah tingkat *minimum tolerable expectation*.

Lebih lanjut, keempat keadaan afektif (*delight*, kepuasan, *acceptance* dan ketidakpuasan) berpengaruh terhadap tindakan afektif, yaitu perilaku *complaining* dan *complimenting behavior*. Apabila sebuah produk atau jasa berkinerja lebih besar daripada *desired expectation* dan pasien bersangkutan merasa *delighted*, maka *complimenting behavior* (misalnya, rekomendasi *gethok tular* positif) mungkin terjadi. Jika produk atau jasa berkinerja di antara *predicted expectation* dan *desired expectation*, dan pasien merasa puas, *complimenting behavior* juga mungkin terjadi. Seiring dengan peningkatan diskonfirmasi positif, semakin besar pula intensitas *complimenting behavior*.

Sebaliknya, perilaku *complaining* (misalnya, komunikasi *gethok tular* negatif, berhenti membeli produk, mengeluh ke perusahaan dan *complaining* ke pihak ketiga) mungkin terjadi manakala *perceived performance* sebuah barang atau jasa berada di antara *minimum tolerable expectation* dan *worst imaginable expectation*. Perilaku *complaining* juga mungkin terjadi jika *perceived performance* berada di antara tingkat *adequate expectation* dan *minimum tolerable expectation*. Seiring dengan meningkatnya diskonfirmasi negatif, semakin besar pula intensitas *complaining*.

Sementara itu, Tjiptono (2005), mempertanyakan asumsi mayoritas operasionalisasi dan pengukuran kepuasan pelanggan yang beranggapan bahwa para pelanggan yang mengungkapkan tingkat kepuasan yang sama bakal memiliki pengalaman yang secara kualitatif identik dan mempunyai minat berperilaku yang sama (misalnya, loyalitas pembelian ulang). Mereka berargumen bahwa kepuasan atau ketidakpuasan memiliki dimensi kualitatif. Maksudnya, dimungkinkan saja bahwa sebuah jawaban yang diberikan pelanggan pada indeks kepuasan tertentu.

Berdasarkan model kepuasan kualitatif yang mereka kembangkan, Stauss & Neuhaus (1997) dalam Tjiptono (2005), membedakan tiga tipe kepuasan dan dua tipe ketidakpuasan berdasarkan kombinasi antara emosi spesifik terhadap penyedia jasa, ekspektasi menyangkut kapabilitas kinerja masa depan pemsok jasa dan minat berperilaku untuk memilih lagi penyedia jasa bersangkutan. Tipe kepuasan dan ketidakpuasan tersebut adalah *demanding satisfaction*, *stable satisfaction*, *resigned satisfaction*, *stable dissatisfaction* dan *demanding dissatisfaction*.

*Demanding customer satisfaction* adalah merupakan tipe kepuasan yang aktif, relasi dengan penyedia jasa diwarnai emosi positif, terutama optimisme dan kepercayaan. Berdasarkan pengalaman positif di masa lalu, pelanggan dengan tipe kepuasan ini berharap bahwa penyedia jasa bakal mampu memuaskan ekspektasi mereka yang semakin meningkat di masa depan. Selain itu, mereka bersedia meneruskan relasi yang memuaskan dengan penyedia jasa. Kendati demikian, loyalitas akan tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam meningkatkan kinerjanya seiring dengan meningkatnya tuntutan pelanggan.

*Stable customer satisfaction* keadaan dimana pelanggan dalam tipe ini memiliki tingkat aspirasi pasif dan perilaku yang demanding. Emosi positifnya terhadap penyedia jasa bercirikan *steadiness* dan *trust* dalam relasi yang terbina saat ini. Mereka menginginkan segala sesuatunya tetap sama. Berdasarkan pengalaman-pengalaman positif yang telah terbentuk hingga saat ini, mereka bersedia melanjutkan relasi dengan penyedia jasa.

*Resigned customer satisfaction* adalah keadaan dimana pelanggan dalam tipe ini juga merasa puas. Namun, kepuasannya bukan disebabkan oleh pemenuhan

ekspektasi, namun lebih didasarkan pada kesan bahwa tidak realistis untuk berharap lebih. Perilaku konsumen tipe ini cenderung pasif. Mereka tidak bersedia melakukan berbagai upaya dalam rangka menuntut perbaikan situasi.

*Stable customer dissatisfaction* adalah keadaan dimana pelanggan dalam tipe ini tidak puas terhadap kinerja penyedia jasa, namun mereka cenderung tidak melakukan apa-apa. Relasi mereka dengan penyedia jasa diwarnai emosi negatif dan asumsi bahwa ekspektasi mereka tidak bakal terpenuhi di masa datang. Mereka juga tidak melihat adanya peluang atau perbaikan.

*Demanding customer dissatisfaction* adalah bercirikan tingkat aspirasi aktif dan perilaku *demanding*. Pada tingkat emosi, ketidakpuasannya menimbulkan protes dan oposisi. Upaya protes yang dilakukan bisa melalui berbagai sarana, baik langsung maupun tidak langsung. Hal ini menyiratkan bahwa mereka akan aktif dalam menuntut perbaikan. Pada saat bersamaan, mereka juga merasa tidak perlu tetap loyal pada penyedia jasa. Berdasarkan pengalaman negatifnya, mereka tidak akan memilih penyedia jasa yang sama lagi di kemudian hari (Tjiptono, 2005).

### **2.3.3 Pengukuran dan analisis tingkat kepuasan pelanggan**

Konsep kepuasan pelanggan ini perlu diperhatikan karena walaupun rumah sakit telah menyediakan jasanya sesuai dengan permintaan dan harapan pelanggan, tetapi pihak *provider* tetap harus mengevaluasi kepuasan yang diperoleh pelanggan demi perbaikan pelayanan kepada pelanggannya atau demi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit.

Menurut Kotler et al., (2002) dalam Tjiptono (2005), mengidentifikasi empat metode untuk mengukur kepuasan pelanggan yaitu :



1. Sistem keluhan dan saran,
2. *Ghost shopping*,
3. *Lost Customer Analysis*,
4. Survei kepuasan pelanggan

Untuk lebih jelasnya, metode-metode tersebut dapat diuraikan secara singkat di bawah ini.

1. Sistem keluhan dan saran

Untuk mengetahui kepuasan pelanggan sebagai dasar peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit, maka rumah sakit memberi kesempatan kepada pelanggan untuk menyampaikan keluhan, saran dan pendapatnya melalui daftar pertanyaan atau kuesioner, kemudian memasukkannya pada kotak saran yang telah disediakan ditempat-tempat yang strategis. Penyampaian daftar pertanyaan sebagai evaluasi ini dapat dilaksanakan secara aktif maupun pasif. Dikatakan aktif jika jika daftar pertanyaan disampaikan secara langsung kepada penderita atau keluarganya, sedangkan pasif bila disediakan pada suatu tempat tertentu agar penderita atau pelanggan rumah sakit dapat mengambil dan mengisi tanpa adanya usaha dari pihak rumah sakit.

2. *Ghost shopping*

Cara untuk memperoleh gambaran kepuasan pelanggan dengan jalan :

1. Mempekerjakan orang lain untuk berperan sebagai pembeli atau,
2. Para manajer terjun langsung sebagai pelanggan, tetapi jangan sampai petugasnya tahu bila proses pelayanan ini dinilai.
3. *Lost customer analysis*

Mengetahui gambaran kepuasan pasien dengan menghubungi para pelanggan yang pindah ke pelayanan kesehatan lain agar mengetahui apa sebab sampai pindah ke pelayanan kesehatan lain tersebut. Dengan demikian dapat dipahami mengapa hal ini terjadi. Selanjutnya dapat digunakan sebagai perbaikan kebijakan.

#### 4. Survei kepuasan pelanggan

Menurut Carter (1998), bahwa umumnya banyak penelitian mengenai kepuasan pelanggan yang dilakukan dengan penelitian survei, baik dengan survei melalui pos, telepon, maupun wawancara pribadi. Melalui survei ini akan diperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dan juga mendapat nilai positif bahwa instansi atau rumah sakit memberi perhatian terhadap para pelanggannya.

#### 2.3.4 Kepuasan pelanggan versus kualitas jasa

Banyak akademisi dan peneliti yang sepakat bahwa kepuasan pelanggan merupakan ukuran spesifik suatu transaksi, situasi atau interaksi (*encounter*) yang bersifat jangka pendek, sedangkan kualitas jasa merupakan sikap yang dibentuk dari evaluasi keseluruhan terhadap kinerja perusahaan dalam jangka panjang (Parasuraman, et al., 1985; Hoffman & Bateson, 1997) dalam Tjiptono (2005). Akan tetapi, hubungan antara kedua konsep tersebut kerap kali belum jelas.

Sejumlah peneliti melontarkan isu seputar apakah kualitas jasa dan kepuasan pelanggan merupakan konstruksi yang sama atau berbeda. Dalam makalahnya yang dipresentasikan di *1993 Summer Educators Conference* di Boston, Dabholkar (1993) dalam Tjiptono (2005), merangkum berbagai perspektif terhadap keterkaitan antara kepuasan pelanggan dan kualitas jasa ke dalam tiga kategori: sama sekali berbeda, *partially overlap* dan tidak bisa dibedakan (satu konstruk).

Dalam risetnya terhadap pelanggan ritel, Dabholkar (1995) dalam Tjiptono (2005), menemukan bahwa kualitas jasa dan kepuasan pelanggan merupakan dua konstruk yang berbeda bagi pelanggan terbaru, namun maknanya saling tumpang tindih (*overlap*) bagi pelanggan lama (jangka panjang).

Beberapa pakar lain meyakini bahwa kepuasan pelanggan menimbulkan kualitas jasa. Kepuasan pelanggan terhadap pengalaman jasa tertentu akan mengarah pada evaluasi atau sikap keseluruhan terhadap kualitas jasa sepanjang waktu (Bitner et al., 1998) dalam Tjiptono (2005).

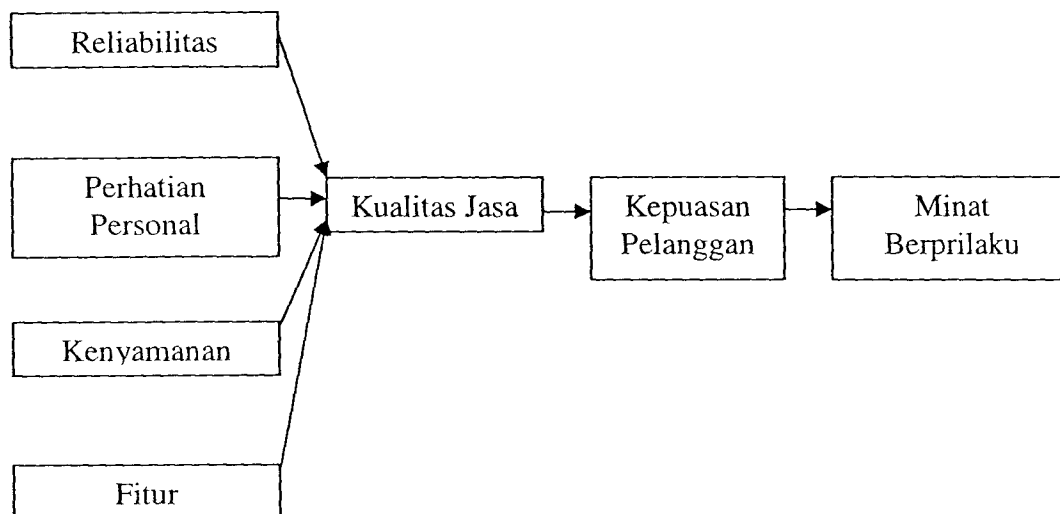
Tabel 2.1 Kepuasan Pelanggan versus Kualitas Jasa

Aspek Perbedaan	Dua Konstruk Berbeda			Ada Overlap Di Antara Keduanya	Konstruk Yang Sama
	[A]	[B]	[C]		
Pemisahan konstruk					
Transaksional atau Global	Bisa dua-duanya (T dan G)	CS=T SQ=G	CS=G SQ=T	Bisa dua-duanya (T dan G)	Bisa dua-duanya (T dan G)
Hubungan kausal	CS → SQ atau SQ → CS	CS → SQ	SQ → CS	Tidak perlu dianalisis	Tidak perlu dianalisis
Contoh	1. CS afektif, SQ kognitif 2. CS berdasarkan diskonfirmasi, SQ tidak.			1. CS afektif dan kognitif, SQ kognitif 2. CS dan SQ sama-sama berdasarkan diskonfirmasi, tetapi ekspektasi didefinisikan secara berbeda.	1. CS dan SQ sama-sama kognitif 2. CS dan SQ sama-sama berdasarkan diskonfirmasi, dan ekspektasi didefinisikan dengan cara yang sama. 3. CS dan SQ bisa pula sama-sama tidak didasarkan pada diskonfirmasi.

Keterangan: CS = kepuasan pelanggan; SQ = kualitas jasa; T = transaksional; G = global.

Sumber: Dabholkar (1993) dalam *Service Quality*, Tjiptono (2005).

Riset yang dilakukan Dabholkar, et al. (2003) dalam Tjiptono (2005), menyimpulkan bahwa kepuasan pelanggan berperan sebagai mediator dalam hubungan antara kualitas jasa dan minat berperilaku.



Gambar 2.2.  
Anteseden dan Konskuensi Kualitas Jasa Dengan Kepuasan pasien Sebagai Mediator

Sumber : Dabholkar, et al (2000) dalam dalam *Service, Qualityan Satisfaction*, Tjiptono (2005).

## 2.4 Pelayanan jasa

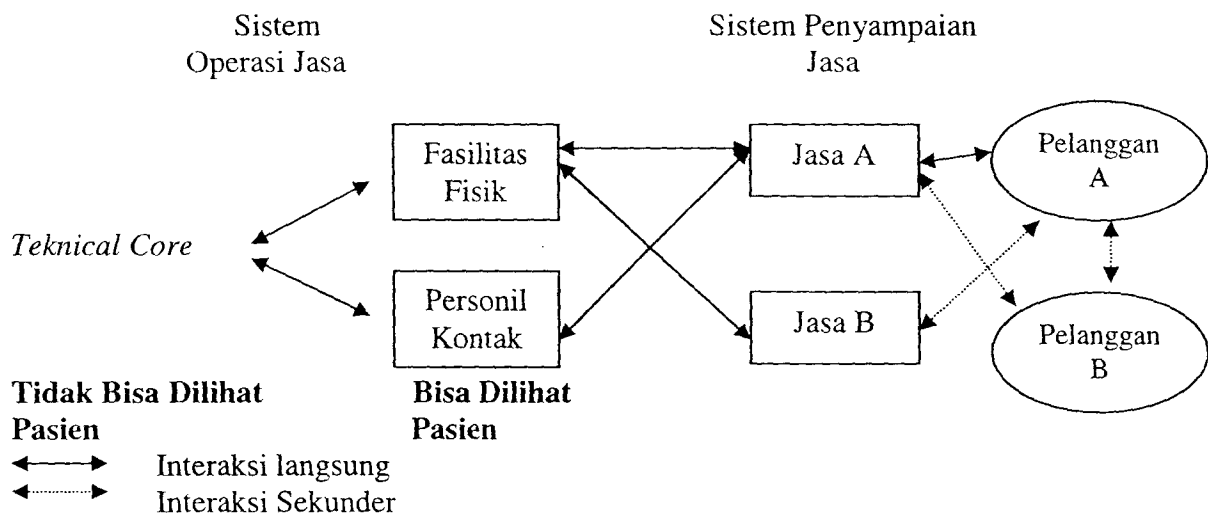
### 2.4.1 Konsep Dan Definisi Jasa

Definisi atas konsep *service* yang diacu pada banyak artikel bisa berbeda-beda. Dalam bahasa Indonesia saja, *service* bisa diterjemahkan sebagai jasa, layanan, dan servis; tergantung pada konteksnya. Dalam bahasa Inggris, istilah *service* pun bisa diinterpretasikan secara berbeda-beda. Kendati demikian, secara garis besar konsep “*service*” mengacu pada tiga lingkup definisi utama: industri, *output* atau penawaran, dan proses (Johns (1999) dalam Tjiptono, 2005). Dalam konteks industri, istilah jasa digunakan untuk menggambarkan berbagai sub-sektor dalam kategorisasi aktivitas ekonomi, seperti transportasi, finansial,

perdagangan ritel, *personal service*, kesehatan, pendidikan dan layanan publik. Dalam lingkup penawaran, jasa dipandang sebagai produk *intangible* yang outputnya lebih berupa aktivitas ketimbang objek fisik, meskipun dalam kenyataannya banyak pula jasa yang melibatkan produk fisik (contohnya makanan di restoran dan pesawat di jasa penerbangan). Sebagai proses, jasa mencerminkan penyampaian jasa inti, interaksi personal, kinerja serta pengalaman layanan.

Lovelock, Patterson & Walker (2004) dalam Tjiptono (2005), mengemukakan perspektif “*service*” sebagai sebuah sistem. Dalam perpektif ini, setiap bisnis jasa dipandang sebagai sebuah sistem yang terdiri atas dua komponen utama:

1. Operasi jasa (*service operations*), dimana masukan (*input*) diproses dan elemen produk diciptakan.
2. Penyampaian jasa (*service delivery*), dimana elemen-elemen produk jasa tersebut dirakit, dirampungkan dan disampaikan kepada pelanggan.



Gambar 2.3 Jasa Sebagai Suatu Sistem

Sumber: Lovelock, et al (2004) dalam dalam *Service, Quality and Satisfaction*, Tjiptono (2005).

Gummesson (1987) dalam Tjiptono (2005) mendefinisikan jasa sebagai “*something which can be bought and sold but which you cannot drop on your feet*” . Definisi ini menekankan bahwa jasa bisa dipertukarkan namun kerap kali sulit dialami atau dirasakan secara fisik.

Kotler (2002), mendefinisikan jasa sebagai setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Walaupun demikian, produk jasa bisa berhubungan dengan produk fisik maupun tidak. Maksudnya, ada produk jasa murni (seperti MC, pengacara, dan babysitter), ada pula jasa yang membutuhkan produk fisik sebagai persyaratan utama.

Menurut Gronroos (2000) dalam Tjiptono (2005), jasa adalah proses yang terdiri atas serangkaian aktivitas *intangible* yang biasanya terjadi pada interaksi antara pelanggan dan karyawan jasa dan atau sumber daya fisik atau barang dan atau sistem penyedia jasa, yang disediakan sebagai solusi atas masalah pelanggan. Interaksi antara penyedia jasa dan pelanggan kerap kali terjadi dalam jasa, sekalipun pihak-pihak yang terlibat mungkin tidak menyadarinya. Selain itu, dimungkinkan ada situasi di mana pelanggan sebagai individu tidak berinteraksi langsung dengan perusahaan jasa.

#### **2.4.2 Manajemen Jasa**

Bisnis dan pemasaran dalam era milenium baru bergeser dari yang semula berorientasi pada sektor manufaktur ke arah orientasi yang lebih luas dengan melibatkan pula aspek jasa/layanan.

Menurut Gronroos (2000) dalam Tjiptono (2005), konsep manajemen jasa lebih luas dan komprehensif dibandingkan pemasaran jasa. Schneider (2004) dalam Tjiptono (2005), menegaskan bahwa manajemen jasa merupakan bidang multidisiplin praktik dan riset berkenaan dengan kualitas jasa. Pemasaran jasa berfokus pada pelanggan dan atribut jasa, sedangkan manajemen jasa berfokus pada proses penyampaian jasa.

Ada tiga cara yang bisa ditempuh dalam memperkokoh relasi dengan para pelanggan melalui penambahan elemen layanan/jasa dalam penawarannya (Tjiptono, 2005) yaitu:

1. Mengembangkan jasa layanan baru. Cara ini bisa menjadi strategi efektif untuk memberikan nilai tambah dan mendiferensiasikan penawaran perusahaan. Akan tetapi, tentu saja penambahan jasa/layanan baru bisa membutuhkan tambahan biaya dan investasi baru.
2. Mengaktifkan elemen jasa/layanan yang sudah ada namun cenderung bersifat tersembunyi (*hidden services*). Contoh tipe jasa semacam ini antara lain penanganan pesan, pengiriman, penanganan komplain, dan jasa resepsionis.
3. Mengubah komponen barang menjadi elemen jasa/layanan dalam relasi pasien. Apabila komponen barang ditawarkan secara fleksibel dan disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan spesifik pasien, maka sebenarnya komponen barang tersebut digunakan sebagai jasa bagi para pasien. Dalam hal ini, komponen barang ditransformasi menjadi *customized service*.

Manajemen jasa pada prinsipnya berfokus pada pemahaman atas cara-cara mengelola bisnis dalam konteks kompetisi jasa, di mana jasa merupakan kunci sukses dalam memenangkan pasien.

Empat elemen utama manajemen jasa (Gronroos, (2000) dalam Tjiptono, 2005), meliputi:

1. Pemahaman atas nilai-nilai yang didapatkan pasien melalui proses konsumsi atau penggunaan penawaran organisasi dan pemahaman atau kontribusi jasa/layanan, baik secara terpisah maupun terintegrasi dengan informasi, barang fisik atau bentuk-bentuk *tangible* lainnya, terhadap nilai-nilai pasien; pemahaman atas persepsi pasien terhadap kualitas total dalam relasi pasien yang memfasilitasi nilai-nilai tersebut dan dinamika persepsi pasien sepanjang waktu.
2. Pemahaman atas kemampuan organisasi (SDM, teknologi, sumber daya fisik, sistem, dan pasien) dalam menghasilkan dan menyampaikan nilai dan persepsi kualitas tersebut.
3. Pemahaman atas cara mengembangkan dan mengelola organisasi dalam rangka mewujudkan nilai dan persepsi kualitas yang diharapkan.
4. Pengoperasian organisasi sedemikian rupa sehingga nilai dan persepsi kualitas yang diharapkan bisa diwujudkan dan tujuan semua pihak yang terlibat (organisasi, pasien dan pihak-pihak lain) dapat dicapai.

## **2.5 Manajemen Kualitas Jasa**

### **2.5.1 Manfaat kualitas**

Tjiptono (2005), menyatakan bahwa kualitas berkaitan dengan erat dengan kepuasan pelanggan. Kualitas memberikan dorongan khusus bagi para pelanggan untuk menjamin ikatan relasi yang saling menguntungkan dalam jangka panjang dengan perusahaan. Ikatan emosional semacam ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan dan kebutuhan spesifik pelanggannya.



Pada gilirannya, perusahaan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan, dimana perusahaan memaksimalkan pengalaman pelanggan yang menyenangkan dan meminimumkan atau meniadakan pengalaman pelanggan yang kurang menyenangkan. Selanjutnya, kepuasan pelanggan berkontribusi pada terciptanya rintangan beralih (*switching barriers*), biaya beralih (*switching cost*) dan loyalitas pelanggan.

Selain itu, perusahaan juga dapat meningkatkan pangsa pasarnya melalui pemenuhan kualitas yang bersifat *customer driven*. Hal ini akan memberi keunggulan harga dan *customer value*. *Customer value* merupakan kombinasi dari manfaat dan pengorbanan yang terjadi apabila pelanggan menggunakan suatu barang atau jasa guna memenuhi kebutuhan tertentu. Kualitas juga dapat mengurangi biaya Crosby (1979) dalam Tjiptono (2005). Biaya untuk mewujudkan produk berkualitas jauh lebih kecil dibandingkan dengan biaya yang ditimbulkan apabila perusahaan gagal memenuhi standar kualitas. Adanya penekanan biaya dikarenakan kemampuan mewujudkan proses dan produk berkualitas akan menghasilkan keunggulan kompetitif berupa peningkatan profitabilitas dan pertumbuhan bisnis. Menurut para pakar kualitas, suatu perusahaan dengan program pengelolaan kualitas yang berjalan dengan baik, biaya kualitasnya tidak lebih besar dari 2,5% dari penjualan (Nasution, 2001).

Secara ringkas dapat dikatakan bahwa manfaat kualitas yang baik adalah loyalitas pelanggan meningkat, pangsa pasar lebih besar, harga saham lebih tinggi, harga jual produk atau jasa lebih tinggi dan produktivitas lebih besar. Semua manfaat kualitas di atas pada gilirannya berkontribusi pada peningkatan daya saing berkesinambungan bagi perusahaan yang mengupayakan pemenuhan

kualitas yang bersifat *customer driven*. Dalam jangka panjang perusahaan seperti ini akan tetap *survive* dalam menghadapi persaingan, terlebih para pesaing yang memiliki kualitas produk atau pelayanan yang lebih baik (Tjiptono, 2005).

### 2.5.2 Konsep kualitas jasa

Sikap atau cara karyawan dalam melayani pelanggan secara memuaskan berperan besar dalam menciptakan keunggulan layanan (*service excellence*). Keunggulan seperti ini dibentuk melalui pengintegrasian empat pilar yang saling berkaitan erat yaitu kecepatan, ketepatan, keramahan dan kenyamanan layanan. Keunggulan layanan tidak bisa tercapai apabila terdapat salah satu pilar yang lemah. Untuk mencapai tingkat keunggulan layanan, setiap karyawan harus memiliki keterampilan khusus, diantaranya adalah memahami produk atau jasa secara mendalam, berpenampilan rapi dan menarik, bersikap ramah dan bersahabat, menunjukkan komitmen dan responsivitas dalam melayani pelanggan, tidak tinggi hati karena merasa dibutuhkan, menguasai pekerjaan yang berkaitan langsung maupun tidak langsung dengan bidangnya, mampu berkomunikasi secara efektif, bisa memahami dengan baik bahasa isyarat (*gesture*) pelanggan dan mampu menangani keluhan pelanggan secara profesional.

Pemisahan secara tegas antara produk berupa barang fisik dan jasa tidaklah mudah dilakukan. Pembelian sebuah barang seringkali dibarengi dengan unsur jasa atau layanan, demikian pula sebaliknya. Setidaknya konsep jasa mengacu pada beberapa lingkup definisi utama yaitu industri, output atau penawaran, proses dan sistem. Kendati berbagai perspektif ini bisa menimbulkan kerancuan, implikasi strategiknya adalah komponen jasa atau layanan memainkan peran strategis dalam setiap bisnis (Tjiptono, 2005).

### 2.5.3 Dimensi kualitas jasa

Garvin (1987) dalam Tjiptono (2005), mengemukakan delapan dimensi kualitas yang bisa digunakan sebagai kerangka perencanaan dan analisis strategik.

Berikut ini adalah kedelapan dimensi tersebut;

1. Kinerja (*performance*)
2. Fitur atau ciri-ciri tambahan (*features*)
3. Reliabilitas (*reliability*)
4. Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specifications*)
5. Daya tahan (*durability*)
6. *Serviceability*
7. Estetika
8. Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*)

Walaupun beberapa di antara dimensi tersebut dapat diterapkan pada bisnis jasa, sebenarnya konteks yang lebih relevan untuk delapan dimensi kualitas diatas adalah produk manufaktur.

Melalui serangkaian penelitian terhadap berbagai macam industri jasa, Parasuramana, Zeithaml, dan Berry (1985) dalam Tjiptono (2005), berhasil mengidentifikasi sepuluh dimensi pokok kualitas jasa:

1. Reliabilitas yang meliputi dua aspek utama yaitu konsistensi kinerja dan sifat dapat dipercaya.
2. Responsivitas atau daya tanggap.
3. Kompetensi
4. Akses
5. Kesopanan (*courtesy*)

6. Komunikasi
7. Kredibilitas
8. Keamanan (*security*)
9. Kemampuan memahami pasien
10. Bukti fisik (*tangibles*)

Dalam riset selanjutnya, mereka menemukan adanya *overlapping* di antara beberapa dimensi di atas. Oleh sebab itu mereka menyederhanakan sepuluh dimensi di atas menjadi lima dimensi pokok. Kompetensi, kesopanan, kredibilitas, dan keamanan disatukan menjadi jaminan (*assurance*). Sedangkan akses, komunikasi dan kemampuan memahami pelanggan diintegrasikan menjadi empati.

Selain itu, Johnston dan Silvestro (1990) dalam Tjiptono (2005), mengelompokkan dimensi kualitas jasa ke dalam tiga kategori yaitu; (1) *Hygiene factors*, (2) *Quality-enhancing factors* dan (3). *Dual-threshold factors*.

Lehtinen dan Lehtinen (1991) dalam Tjiptono (2005), mengajukan dua dimensi kualitas jasa: *process quality* (faktor yang dievaluasi pasien selama jasa disampaikan) dan *output quality* (faktor yang dievaluasi setelah jasa disampaikan). Gronroos (1990,2000) dalam Tjiptono (2005), memaparkan tiga dimensi utama kualitas jasa yang hampir serupa: *outcome related (technical quality)*, *process-related (functional quality)*, dan *image-related dimensions*. Tabel dibawah ini merangkum telaah literatur dimensi kualitas jasa yang banyak diacu.

Tabel 2.2 Dimensi-Dimensi Kualitas Jasa

Peneliti	Dimensi Kualitas
Albrecht dan Zemke (1985)	Perhatian dan kepedulian, kapabilitas pemecahan masalah, spontanitas dan fleksibilitas, recovery.
Brady dan Cronin (2001)	Kualitas interaksi, kualitas lingkungan fisik, kualitas hasil.
Caruana dan Pitt (1997)	Reliabilitas jasa dan manajemen ekspektasi.
Dabholkar, et al. (1996)	Aspek fisik, reliabilitas, interaksi personal, pemecahan masalah, kebijakan.
Dabholkar, et al. (2000)	Reliabilitas, perhatian pribadi, kenyamanan, fitur.
Edvardsson, Gustavsson dan Riddle (1989)	Kualitas teknis, kualitas integratif, kualitas fungsional, kualitas hasil.
Garvin (1987)	Reliabilitas, kinerja, fitur, konformasi, daya tahan, serviceability, estetika, perceived quality.
Gronroos (1979,1982)	Kualitas teknis, kualitas fungsional, citra.
Gronroos (1990, 2000)	Profesionalisme dan keterampilan, sikap dan perilaku, aksesibilitas dan fleksibilitas, reliabilitas dan trustworthiness. recovery, reputasi dan kredibilitas, servicescape.
Gummesson (1987)	Kualitas desain, kualitas produksi, kualitas penyampaian, kualitas relasional.
Gummesson (1991)	Kualitas desain, kualitas produksi jasa, kualitas proses, kualitas hasil
Gummesson (1993)	Kualitas desain, kualitas produksi dan penyampaian, kualitas relasional, kualitas hasil.
Hedvall dan Paltschik (1989)	Kesediaan dan kemampuan untuk melayani, akses fisik dan psikologi.
Johnson dan Silvestro (1990)	Faktor higienis, faktor peningkatan kualitas, dan threshold factors.
Leblanc dan Nguyen (1988)	Citra korporat, organisasi internal, dukungan fisik terhadap sistem penghasil jasa, interaksi antar staf dan pasien, tingkat kepuasan pasien.
Lehtinen dan Lehtinen (1982)	Kualitas fisik, kualitas interaktif, kualitas korporat
Lehtinen dan Lehtinen (1991)	Kualitas proses, kualitas hasil.
Ovretveit (1992)	Kualitas pasien, kualitas profesional, kualitas manajemen.
Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985)	Bukti fisik, reliabilitas, daya tanggap, kompetensi, kesopanan, kredibilitas, keamanan, akses, komunikasi, kemampuan memahami pasien.
Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1988)	Reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati, bukti fisik.

Sumber: *Service Quality*, Fandy Tjiptono dan Gregorius Chandra (2005).

#### 2.5.4 Strategi penyempurnaan kualitas jasa

Meningkatkan kualitas jasa memang memerlukan waktu yang tidak sebentar. Banyak faktor yang perlu dipertimbangkan secara cermat, karena upaya penyempurnaan kualitas jasa berdampak signifikan terhadap budaya organisasi secara keseluruhan. Di antara berbagai faktor yang perlu mendapatkan perhatian

utama adalah mengidentifikasi determinan utama kualitas jasa, mengelola ekspektasi pelanggan, mengelola bukti kualitas jasa, mendidik konsumen tentang jasa, menumbuhkembangkan budaya kualitas, menciptakan *automating quality*, menindaklanjuti jasa dan mengembangkan sistem informasi kualitas jasa.

## 2.6 Konsep Kualitas Jasa Berdasarkan Dimensi dari Dabholkar, et al. (1996)

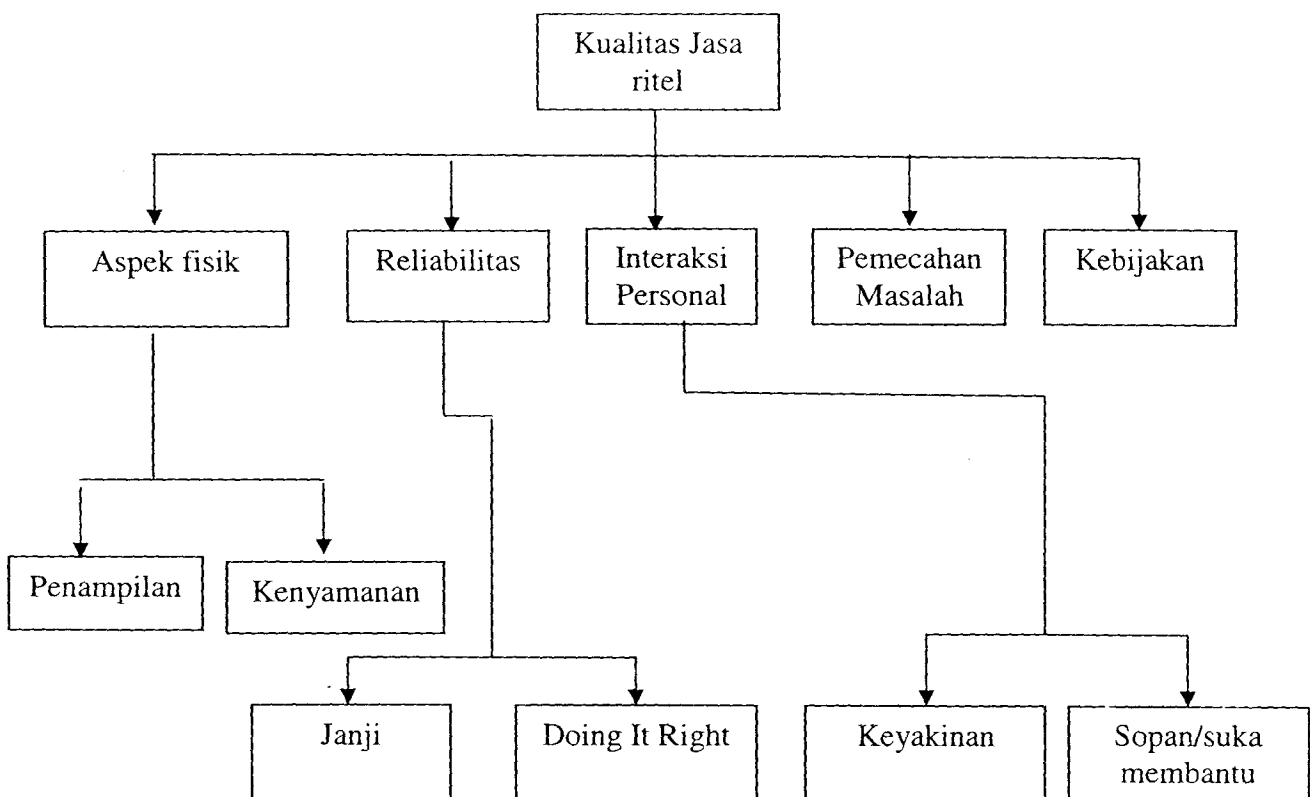
Dabholkar, et al. (1996) mengkritik bahwa model SERVQUAL tidak mampu menjelaskan secara akurat persepsi pelanggan terhadap kualitas jasa/layanan toko ritel, yaitu toko yang menjual berbagai macam barang dan jasa (seperti pasar swalayan, toserba, dan *specialty stores*). Walaupun SERVQUAL sudah teruji secara empiris pada beberapa studi yang melibatkan pelayanan murni seperti perbankan, pelayanan kartu kredit dan lain sebagainya, tapi tidak sukses diadaptasi dan tidak mampu secara valid dalam lingkungan toko retail. Toko retail menggabungkan antara pelayanan barang dan jasa. Pelayanan pada retail melibatkan hubungan antara pelanggan dan pegawai selama pelanggan berada di toko, mencari barang-barang yang mereka inginkan, interaksi dengan pelayan toko, dan pengembalian barang. Berdasarkan serangkaian riset kualitatif yang dilakukan dalam rangka menyusun dimensi kualitas jasa ritel. Dalam model yang mereka kembangkan, kualitas jasa ritel dievaluasi pada tiga level berbeda: level dimensi, level keseluruhan (overall), dan level sub-dimensi. Dimensi kualitas jasa ritel meliputi lima faktor utama:

1. Aspek fisik (*physical aspects*), meliputi penampilan fasilitas fisik dan kenyamanan yang ditawarkan kepada pelanggan berkaitan dengan layout fasilitas fisik (misalnya, memudahkan pelanggan untuk bergerak di dalam toko dan mencari barang yang dibutuhkan). Dimensi ini memiliki arti yang

lebih luas daripada dimensi yang dimiliki SERVQUAL. Dengan adanya fasilitas fisik, dimensi ini menyangkut kenyamanan yang ditawarkan melalui tatanan fisik kepada pelanggan. Dalam penelitiannya, Dabholkar et al(1996), menemukan bahwa pelanggan mengamati kebersihan, penampilan umum, dan fasilitas umumnya.

2. Reliabilitas (*reliability*), yang pada prinsipnya sama dengan dimensi reliabilitas pada model SERVQUAL. Hanya saja, disini reliabilitas dipilah ke dalam 2 sub dimensi, yaitu memenuhi janji (*keeping promises*) dan memberikan layanan dengan tepat (*doing it right*). Reliabilitas menurut pandangan pelanggan merupakan kombinasi menepati janji dan tepat. Selain itu pelanggan juga menggantungkan janji pada perusahaan tentang ketersediaan barang.
3. Interaksi personal (*personal interaction*), mengacu pada kemampuan karyawan jasa dalam menumbuhkan kepercayaan pelanggan dan sikap sopan dan suka membantu. Pada prinsipnya, dimensi ini merefleksikan cara karyawan memperlakukan pelanggan. Pelanggan membutuhkan sikap membantu, sopan dan keramahan karyawan.
4. Pemecahan masalah (*problem solving*), berkaitan dengan penanganan retur, penukaran, komplain. Aspek *policy* bertujuan untuk menangani pengembalian dan penukaran barang, juga keluhan. Walaupun aspek ini juga akan melibatkan interaksi antara pelanggan dan karyawan, secara spesifik berkaitan dengan penanganan masalah.
5. Kebijakan (*policy*), dimensi ini memperkuat aspek-aspek yang secara langsung dipengaruhi oleh kebijakan perusahaan. Bila para pelanggan

mengevaluasi apakah suatu rumah sakit mempunyai jam besuk yang menyenangkan, misalnya, hal ini akan dilihat dari kebijakan rumah sakit tersebut responsif terhadap kebutuhan pelanggannya atau tidak. Pelanggan juga menilai ketersediaan tempat parkir bagi pengunjung. Apakah lahan parkir cukup nyaman, luas, teduh dan dekat dengan fasilitas, sehingga pelanggan merasa nyaman.



Gambar 2.4 *Retail Service Quality Model*  
Sumber: Dabholkar, et al. (1996) dalam Tjiptono (2005)

Model kualitas jasa ritel yang dikemukakan Dabholkar, et al. (1996), diadaptasikan oleh peneliti untuk menganalisis kualitas pelayanan di rumah sakit dengan alasan dimensi kualitas jasa menurut Dabholkar lebih mampu menjelaskan secara akurat persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan.



## 2.7 Profile Chart

*Profile Chart* merupakan analisis yang digunakan untuk melihat performa atau kinerja perusahaan atau organisasi.

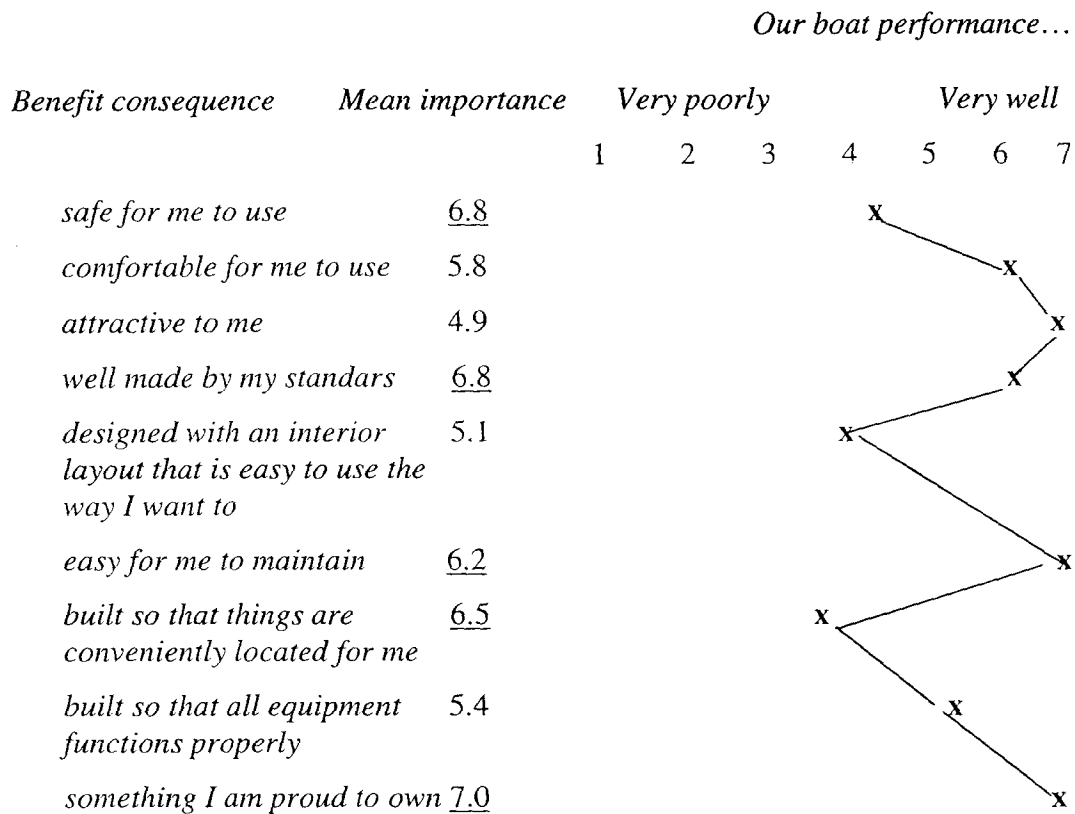
Dasar perhitungan *profile chart* adalah dari harapan dan penilaian responden. Dalam *profile chart* digambarkan seluruh dimensi yang akan diukur, nilai *mean* dari harapan serta tingkat performa atau kepentingan dari mulai paling rendah sampai dengan paling tinggi. Masing-masing penilaian ditandai dan selanjutnya dihubungkan dengan garis penghubung untuk membentuk sebuah *profile chart*. *Profile chart* digunakan pihak manajemen untuk membandingkan harapan dan penilaian atau membandingkan kinerja perusahaan dengan kinerja perusahaan pesaing. Dengan gambaran visual *profile chart* dapat secara cepat dilihat antara harapan pelanggan dan kenyataan yang mereka dapatkan, sehingga manajemen dapat dengan cepat mengatasinya.

Tahapan pembuatan *profile chart* :

1. Menentukan seluruh dimensi yang akan diukur kinerjanya
2. Menghitung harapan dan kenyataan dari konsumen
3. Menentukan nilai *cut off* dari harapan dan kenyataan. Penentuan nilai tidak mengikat sesuai dengan kondisi manajemen dan pertimbangan – pertimbangan lain yang ditentukan sesuai dengan tujuan penelitian. Berdasarkan jurnal nilai *cut off* untuk harapan adalah skor 6 dari skala rating 1 sampai 7. sedangkan nilai performa adalah 5 dari skala rating 1 sampai 7. Penentuan nilai skala ini bervariasi sesuai dengan skala pengukuran yang digunakan.

4. Menentukan indikator yang termasuk dalam kekuatan atau *strength* dan indikator yang termasuk dalam kelemahan atau *weakness*. Kekuatan ditentukan berdasarkan aturan jika indikator mempunyai skor harapan lebih dari 6 dan mempunyai skor performa atau penilaian lebih dari 5. Sedangkan kelemahan adalah indikator yang mempunyai harapan lebih dari 6 dan mempunyai skor performa atau penilaian kurang dari 5. Jika skor penilaian dan harapan kurang dari 6 maka indikator tersebut bukan termasuk kekuatan dan kelemahan. Menurut Woodruff (2002), kekuatan bagi *supplier's* adalah dimensi nilai yang nyata bahwa :
  - a. Yang diyakini pelanggan sebagai sesuatu yang sangat penting, dan
  - b. Dibagian mana pelanggan merasa provider telah melakukan hal yang baikDengan kebalikannya, suatu kelemahan adalah suatu dimensi nilai yang sangat penting dimana pelanggan merasa bahwa *supplier's* belum melakukannya dengan baik
5. Memberi tanda pada batas nilai *cut off* skor harapan dan penilaian dan memberi tanda pada masing – masing skor dari indikator kemudian menghubungkan tanda– tanda tersebut menjadi sebuah bentuk *chart*.
6. Langkah terakhir, temukan yang paling perlu diperhatikan dari kelemahan. Pada gambar dibawah ini ditemukan 2 dimensi nilai yang berada dibawah *rating cutoff performance* yaitu, '*safe for me to use* dan '*built so that things are conveniently located for me.*' (Woodruff, 2002).

Berikut adalah contoh *profile chart* :



Importance scale = 1-7 ; 7 is high

X = customer's perception of sponsoring company

Gambar 2.5 *Profile chart* untuk perusahaan pembuat kapal

Dari gambar tersebut, dari kiri ke kanan, kolom pertama berisi daftar dimensi yang diinginkan konsumen. Kolom kedua menampilkan rata-rata rating harapan yang dinilai penting oleh konsumen untuk dimensi tersebut. Rating ini didapat dari item-item yang ditanyakan ke responden, dalam skala 7.

Kolom selanjutnya, X menunjukkan rata-rata rating *performance* oleh pelanggan. Garis yang tetap menunjukkan *performance profile*.

yang melibatkan sekelompok kecil orang, dipimpin oleh moderator, yang bertujuan untuk menggali perilaku, pengalaman dan persepsi.

*Focus Group Discussion* merupakan cara yang efektif untuk mengevaluasi dan menentukan batasan konsep dan prototipe, untuk mendorong proses pengambilan keputusan. Selain itu juga untuk menggali persepsi, kesukaan pada produk-produk yang bersaing, serta permintaan dan keinginan yang baru ([Http://www.betterproductdesign.net.2003](http://www.betterproductdesign.net.2003)).

Menurut Wulandari (2002), ada beberapa karakteristik dalam FGD yaitu:

1. Peserta terdiri dari 6-12 orang
2. Dilaksanakan pada populasi sasaran yang homogen (mempunyai ciri-ciri yang sama). Mengelompokkan peserta berdasarkan keahlian, umur, status, perkawinan, budaya dan lain-lain.
3. FGD adalah suatu proses pengumpulan data.
4. FGD mengumpulkan data kualitatif
5. FGD menggunakan diskusi yang terfokus (topik ditentukan terlebih dahulu, diatur secara berurutan)
6. Lama FGD 60-120 menit.
7. Tempat FGD idealnya di ruangan yang ada fasilitas rekaman audio atau video, kaca satu arah dan ruangan observasi
8. Tempat tersebut mendatangkan rasa aman bagi peserta
9. Lingkungan netral

Menurut Wulandari (2002), ada langkah-langkah dalam FGD yaitu:

1. Moderator memperkenalkan diri pada peserta
2. Menjelaskan pada peserta tentang tujuan FGD dan tata tertib yang berlaku

yang melibatkan sekelompok kecil orang, dipimpin oleh moderator, yang bertujuan untuk menggali perilaku, pengalaman dan persepsi.

*Focus Group Discussion* merupakan cara yang efektif untuk mengevaluasi dan menentukan batasan konsep dan prototipe, untuk mendorong proses pengambilan keputusan. Selain itu juga untuk menggali persepsi, kesukaan pada produk-produk yang bersaing, serta permintaan dan keinginan yang baru ([Http://www.betterproductdesign.net](http://www.betterproductdesign.net).2003).

Menurut Wulandari (2002), ada beberapa karakteristik dalam FGD yaitu:

1. Peserta terdiri dari 6-12 orang
2. Dilaksanakan pada populasi sasaran yang homogen (mempunyai ciri-ciri yang sama). Mengelompokkan peserta berdasarkan keahlian, umur, status, perkawinan, budaya dan lain-lain.
3. FGD adalah suatu proses pengumpulan data.
4. FGD mengumpulkan data kualitatif
5. FGD menggunakan diskusi yang terfokus (topik ditentukan terlebih dahulu, diatur secara berurutan)
6. Lama FGD 60-120 menit.
7. Tempat FGD idealnya di ruangan yang ada fasilitas rekaman audio atau video, kaca satu arah dan ruangan observasi
8. Tempat tersebut mendatangkan rasa aman bagi peserta
9. Lingkungan netral

Menurut Wulandari (2002), ada langkah-langkah dalam FGD yaitu:

1. Moderator memperkenalkan diri pada peserta
2. Menjelaskan pada peserta tentang tujuan FGD dan tata tertib yang berlaku

3. Moderator mengungkapkan masalah dan melontarkan pertanyaan pada peserta, lalu peserta mengemukakan pendapatnya
4. Petugas mencatat semua pendapat yang disampaikan
5. Membuat rangkuman dan kesimpulan FGD
6. Menutup pertemuan

Menurut McNamara (1998) dalam *Journal Basics of Conducting Focus Group*, dijelaskan ada beberapa tahapan yang harus dilakukan dalam FGD yaitu:

- a. Mengidentifikasi tujuan umum dari pertemuan
- b. Mengembangkan pertanyaan dengan hati-hati
- c. Merencanakan hal-hal yang dilakukan dalam pertemuan
- d. Mengundang peserta yang potensial untuk datang ke pertemuan
- e. Pada waktu 3 hari sebelum pertemuan, tiap peserta diingatkan untuk datang

Menurut *Academia for educational Development and Education Development Centre, Inc.*(2002) ada beberapa kelebihan dalam metode FGD yaitu:

1. Waktu yang dibutuhkan relatif singkat karena topik diskusi terfokus
2. Dapat memperoleh pendapat yang lebih banyak dari peserta
3. dapat menggali informasi dari peserta lebih dalam, bukan hanya pada apa yang mereka pikirkan, tapi mengapa mereka memikirkan hal itu.
4. Dapat menghasilkan konsensus dari berbagai keinginan, pengalaman, kesukaan dan asumsi-asumsi peserta.
5. Adanya interaksi dalam kelompok menyebabkan peserta dapat membangun ide dan komentar.

6. komentar-komentar tak terduga dan perspektif baru dapat tergali dengan mudah
7. Kedekatan moderator dengan peserta menyebabkan peserta berani mengungkapkan perasaan mereka sejujurnya.

Menurut *Academia for Educational Development and Education Development Center, Inc.*(2002) ada beberapa kekurangan dalam metode FGD yaitu:

1. Dibutuhkan moderator yang profesional
2. tahap persiapan dan analisis hasil FGD memakan waktu yang lama
3. sampel bisa sangat kecil dan tidak representatif
4. Semua peserta harus berkumpul di tempat dan waktu yang sama, hal ini menyulitkan bagi peserta yang berada di wilayah yang berbeda
5. Dapat menghasilkan data kualitatif yang besar sehingga sulit untuk dianalisis
6. Informasi yang dikumpulkan mempunyai kemungkinan bias oleh interpretasi subyektif daripada data kuantitatif.
7. Peserta yang aktif bisa mendominasi diskusi sehingga sulit menggali informasi dari peserta yang pasif
8. Kualitas diskusi dan manfaat informasi tergantung dari keahlian moderator

Menurut jurnal *Online Focus Group : Electronic Discussion for Research* volume 1, no.1 January oleh Roger J Rezabeck (2000), disebutkan bahwa ada 2 skenario penting dalam FGD yaitu:

1. FGD dapat digunakan untuk mendiskusikan pengalaman yang sama tiap peserta dengan tujuan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang suatu fenomena.

2. FGD dapat menggambarkan pengalaman dari para ahli di suatu bidang, dengan tujuan untuk mengumpulkan pemikiran dan ide dari peserta yang memiliki keahlian di bidang yang sama.

### **2.8.1 Etika Dalam Melakukan FGD**

Etika dalam melakukan FGD sama dengan metode penelitian sosial lainnya. Dalam memilih peserta, peneliti harus memastikan bahwa peserta telah mengetahui tujuan dan manfaat dari pemikiran mereka. Selain itu kejujuran, dan tidak memaksa peserta merupakan hal yang harus dilakukan. Sebaiknya moderator selalu melakukan klarifikasi pada setiap pendapat peserta. Peserta juga harus diberi dorongan untuk menyakini pada apa yang mereka dengar dalam rapat, dan peneliti memiliki kewajiban untuk merahasiakan data dari kelompok tersebut (Gibbs (1997) dalam Tjiptono (2005)).