

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kualitas pelayanan kesehatan pada tiap-tiap Rumah Sakit perlu di tingkatkan setiap saat karena hal tersebut sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit. Dimensi utama manajemen unsur pemerintah daerah adalah masalah pelayanan publik (*public service*). Pemerintah harus bisa memberi pelayanan yang efektif, efisien serta berkualitas.

Masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah dengan masyarakat, maka masalah kesehatan harus juga diselesaikan bersama-sama. Dan suatu kemajuan yang sangat bagus sekali karena sekarang telah berdiri banyak rumah sakit swasta yang ikut terlibat memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Ini adalah salah satu bukti bahwa masalah kesehatan tidak hanya beban bagi pemerintah saja, dan sebagai konsekuensinya pemerintah harus bisa menciptakan iklim persaingan sehat dalam memberikan pelayanan antar pemberi layanan (*provider*). Hal ini bertujuan untuk bersama-sama meningkatkan mutu pelayanan. Karena sekarang masyarakat makin sadar terhadap hak-haknya, apalagi sekarang otonomi daerah sudah diberlakukan, berarti kemungkinan tuntutan mutu atau kualitas akan pelayanan publik yang bagus akan semakin meningkat. Karena pada dasarnya inti dari tujuan

dilaksanakannya otonomi daerah adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik (*public service quality*). Kalau kita membicarakan masalah pelayanan pemerintah di daerah maka akan kita ketahui berbagai macam bentuk pelayanan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah, salah satunya adalah pelayanan kesehatan.

Pengelolaan kesehatan yang terpadu terus lebih dikembangkan dapat mendorong peran serta masyarakat, termasuk dunia usaha dalam pembangunan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan ditingkatkan dari jangkauannya serta kemampuan diperluas agar masyarakat terutama yang berpenghasilan rendah, dapat menikmati pelayanan yang berkualitas dengan tetap memperhatikan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Dalam menjalankan rumah sakit banyak faktor-faktor yang mempengaruhi jalannya rumah sakit, dari sekian banyak faktor tersebut bidang pelayanan kesehatan merupakan faktor penunjang pokok. Untuk dapat memperoleh gambaran tentang perkembangan rumah sakit, perlulah kita mengadakan analisa terhadap 'kualitas pelayanan kesehatan dapat diketahui dengan mengadakan analisis kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit yang bersangkutan. Perkembangan aktivitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang selanjutnya dipresentasikan, analisa usaha tersebut didapat dari data pelayanan yang tercantum dalam laporan kualitas pelayanan pada rumah sakit tersebut. Selanjutnya gambaran mengenai rumah sakit itu sendiri dapat dilihat melalui perkembangan rumah sakit yang diperoleh dengan mengadakan analisa terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Untuk mengetahui posisi kualitas pelayanan atau perkembangan kualitas pelayanan kesehatan yang telah dicapai rumah sakit pada masa-masa lampau dan pada saat sekarang dapat diperoleh dengan mengadakan analisa historis terhadap data pelayanan dari tahun ke tahun. Dari hasil analisis historis tersebut dapat digunakan bahan pertimbangan dalam rangka penyusunan serta kebijaksanaan yang akan dilaksanakan pada waktu mendatang.

Penelitian yang dilakukan oleh Robert dan provost disebutkan¹:

- a. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien.
- b. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran mutakhir atau pada waktu diselenggarakan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien.

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Smith dan Mizner² mengatakan adanya perbedaan dimensi sebagai berikut. Untuk para dokter sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan yang dipandang paling penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (80%), perhatian dokter secara pribadi terhadap pasien (60%), keterampilan yang dimiliki dokter (50%), serta pelayanan yang

¹ Azru Anwar, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, 1996, hal. 24

² *Ibid*, hal. 25

dirasakan oleh pasien (8%). Tetapi untuk pasien sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan (45%), perhatian dokter secara pribadi terhadap pasien (40%), keterampilan dokter (35%), serta kenyamanan yang dirasakan pasien (35%).

Dari perbedaan dimensi di atas dapat disimpulkan bahwa hakekat dasar diselenggarakannya pelayanan kesehatan rumah sakit adalah untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (*Health needs and demand*), sehingga kesehatan masyarakat dapat terpelihara dan mutu pelayanan yang dikaitkan dengan kehendak untuk memenuhi kebutuhan serta tuntutan pemakai jasa pelayanan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien. Makin sempurna pemenuhan kebutuhan dan tuntutan tersebut, makin baik pula pelayanan kesehatan.

Sebuah hajatan besar digelar oleh ikatan dokter Indonesia (IDI). Organisasi para dokter tersebut menyelenggarakan muktamarnya yang ke-26 di Balikpapan 7-11 oktober 2003. pada saat itu pembukaan yang dilakukan pekan lalu, presiden megawati Soekarno Putri melontarkan kritik bahwa kualitas pelayanan rumah sakit (RS) sebuah lembaga yang selama ini di kenal sebagai tempat praktik bagi para dokter mengabdikan profesinya masih sangat memprihatinkan. Secara faktual, kritik yang disampaikan kepala Negara ada benarnya sudah menjadi rahasia umum dan kita acapkali mendengar berbagai keluhan masyarakat yang tidak puas

atas pelayanan kesehatan yang mereka terima, baik dari dokter maupun rumah sakit. Keluhannya beragam, ada yang karena dokter sering telat menangani pasien, bahkan sampai pasien meninggal.

Ada pula pasien yang harus menunggu giliran di panggil sampai harus berjam-jam, atau yang malah lebih tragis lagi, ada beberapa oknum dokter atau rumah sakit yang cenderung diskriminatif dan pilih kasih menangani pasien. Belum lagi soal harga obat dan biaya perawatan di rumah sakit yang seolah tak mau kalah dengan harga BBM atau tariff dasar listrik (TDL), terus merayap naik sehingga kian sulit dijangkau sebagian masyarakat kurang mampu. Bagi masyarakat golongan ekonomi lemah, ketidakpuasan terhadap buruknya pelayanan kesehatan, baik yang mereka terima dari dokter maupun rumah sakit, sering diterima dengan pasrah. Sementara itu bagi orang kaya, ketidakpuasan atas pelayanan demikian, sudah cukup memberi alasan bagi mereka untuk berobat ke dokter atau rumah sakit luar negeri meski dengan biaya yang jauh lebih tinggi atas berbagai persoalan tersebut, baik dokter maupun rumah sakit. Biasanya selalu punya jawaban dari sisi kemampuan, para dokter slalu mengklaim bahwa sebenarnya kualitas dan profesionalisme mereka tidak jauh berbeda dengan dokter dari luar negeri. Masyarakat kurang percaya atau yakin kepada dokter lokal lebih banyak disebabkan oleh faktor *misscommunication* saja. Selain itu, rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, bukan semata-mata *an sich* kesalahan dokter. Salah satu faktor yang sering dikedepankan adalah soal masih rendahnya rasio antara

jumlah dokter dan pasien yang harus mereka tangani. Untuk Indonesia rasio antara dokter dan pasien masih “ngejomplang” alias tidak seimbang jumlah pasien terlalu banyak sehingga kemampuan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan dipastikan tidak optimum. Sementara mengenai tingginya harga obat dan biaya perawatan di rumah sakit, semua itu justru berpulang dari kebijakan yang dilahirkan oleh pemerintah sendiri.

Selama ini pemerintah dianggap kurang peduli atau berpihak pada sektor kesehatan, yang mestinya sektor ini mendapat sokongan dana memadai atau dilindungi oleh suatu peraturan yang memihak, justru malah dibebani oleh sejumlah aturan yang implikasi logisnya adalah kian beratnya beban pembiayaan yang harus ditanggung pasien atau masyarakat. Salah satunya adalah masih tingginya pajak bea masuk terhadap sejumlah peralatan rumah sakit yang didatangkan dari luar negeri.

Demikian pula soal kebijakan harga obat, pemerintah dianggap lebih memihak kepada produsen dan kurang melindungi masyarakat pengguna obat. Terlepas dari itu semua, bahwa kualitas pelayanan rumah sakit masih sangat memprihatinkan, haruslah diterima sebagai sebuah realitas. Para dokter tidak perlu malu mengakui hal itu dengan mencoba berlindung di balik berbagai alasan yang sebelumnya tidak perlu, yang semestinya di kedepankan adalah suatu komitmen dan pemahaman bersama seluruh *stakeholder* bidang kesehatan, bahwa setiap warga Negara tanpa kecuali mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Bahwa

para dokter dan pengelola rumah sakit mengemban amanat dan tanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan kepada khalayak sebaik-baiknya. Sementara itu, pihak pemerintah sebagai regulator juga harus mampu menciptakan suasana kondusif agar para dokter dan pengelola rumah sakit bisa optimum dalam menjalankan profesi mereka memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

Penambahan, pendayagunaan serta peningkatan kualitas tenaga kesehatan tidak saja harus tepat jumlah, tetapi pada saat yang sama pendistribusiannya haruslah tepat tempat, tepat waktu, dan tepat sasaran. Kita juga berharap dari kegiatan muktamar ke-26 IDI lahir keputusan-keputusan yang memungkinkan kinerja para dokter dan rumah sakit dalam memberikan layanan kesehatan menjadi lebih baik dari sebelumnya.³

Membicarakan perkembangan pelayanan kesehatan di Indonesia, mungkin sama sedihnya dengan melihat krisis ekonomi yang tidak berkesudahan dan ualah elit bangsa yang menyebarkan. Bagaimana tidak prihatin kalau usaha peningkatan status kesehatan masyarakat melalui upaya pelayanan kuratif kini terasa amat mahal untuk dibayar oleh rakyat atau masyarakat yang memerlukan. Sementara semua Negara sudah berlomba untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya. Konsep pelayanan kuratif, seolah melihat masalah kesehatan di Indonesia di masa depan hanya didominasi oleh pelayanan medik/pengobatan tanpa memperhatikan proses evolusi dan percepatan sejalan perubahan-

³ Pikiran Rakyat, Selasa 7 Oktober 2003

perubahan teknologi dan informasi, sosial dan ekonomi masyarakat, yang diperkirakan akan terjadi tahun 2020.

Aktualisasinya, hampir seluruh daya dan alokasi dana dicurahkan ke upaya kuratif. Penyediaan puskesmas lengkap dengan obat-obat gratis, pendirian rumah sakit serta penyebaran dokter dan bidan di desa dan bahkan karena keterbatasan biaya pemerintah untuk pelayanan kesehatan, melalui proyek kesehatan provinsi (PHP), pemerintah meminjam dana bank dunia sebesar 102,57 juta dolar AS dengan nilai kurs Rp 10.000 per dolar AS yang digunakan untuk memfasilitasi pelaksanaan desentralisasi kesehatan di tiga provinsi, yaitu Sumatra utara, Jawa Barat, dan Banten menjadi contoh.

Di Indonesia dikenal paradigma sehat. Selanjutnya, menjadi konsumsi publik. Paradigma sehat selanjutnya dikonversikan dalam visi atau pembangunan kesehatan Indonesia sehat 2010. pembangunan yang tidak ditandai dengan semua penduduk Indonesia, sehat dan tidak ada yang sakit, melainkan sebagai gambaran masyarakat yang dicita-citakan. Masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki akses untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil (*equity*) dan merata (*equality*). Paradigma sehat secara mikro sebenarnya pembangunan kesehatan yang lebih menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Hari kesehatan nasional tahun 2002 dengan tema "sehat itu, masa depan" seyogyanya menjadi momen ultimatum introspeksi diri. Sehat

merupakan modal utama untuk menghadapi masa depan. Sehat merupakan investasi, masyarakat yang sehat adalah masyarakat investor. Investasi masa depan mengandung arti bahwa biaya yang dikeluarkan untuk kesehatan saat ini akan berubah dan berlipat dimasa depan dengan tersedianya sumberdaya manusia yang sehat untuk melaksanakan pembangunan. Sehingga pemerintah tidak lagi mengeluarkan dana jutaan rupiah untuk pelayanan kesehatan utamanya pelayanan kuratif, jadi pembangunan kesehatan utamanya upaya kesehatan masyarakat seyogyanya tidak bisa lagi berada di pinggiran, tetapi harus menjadi *development centre*.

Sebelum melangkah ke bagaimana harus bersikap terhadap desentralisasi kesehatan, memang harus dipahami dulu bagaimana sebenarnya latar belakang pergeseran pelayanan kesehatan dari kuratif menjadi preventif (paradigma sehat) dan berbagai perubahan dalam era desentralisasi kesehatan.

Secara internasional, untuk melihat suatu Negara maju atau mundur indikatornya adalah human development indeks (HDI) indeks pembangunan manusia yang dikeluarkan oleh UNDP. HDI meliputi pendidikan, kesehatan, dan ekonomi dimana Indonesia berada pada peringkat 109 dari 174 negara. Indeks pembangunan manusia dalam bidang kesehatan menilai angka kematian bayi, angka kematian ibu dan umur harapan hidup sehat (DALE) suatu Negara. Meski kesehatan penduduk Indonesia meningkat dalam 30 tahun belakangan ini, namun

masih jauh tertinggal dibidang derajat kesehatan penduduk Negara ASEAN.

Di Indonesia angka kematian bayi (AKB) atau (IMR) masih 40 per 1.000 kelahiran hidup, jauh disbanding Singapura dan Malaysia yang hanya masing-masing empat dan sembilan per 1.000 kelahiran hidup. Demikian juga angka kematian ibu tercatat 450 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan di singapura enam dan di Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup. Dan umur harapan hidup sehat (DALE) Indonesia berada di peringkat 103 dari 191 negara.

Harus diakui pula, era desentralisaasi kesehatan berangkat dari kesulitan pemerintah Indonesia untuk mensubsidi biaya pelayanan kesehatan bukan upaya kesehatan masyarakat. Saat ini, pelayanan kesehatan tidak lagi bergantung pada subsidi pemerintah dan pembiayaan public, melainkan subsidi yang didukung pembayaran masyarakat serta pembiayaan oleh Negara swata. Artinya, masyarakat perlu sadar bahwa nilai sehat di satu pihak adalah mahal dan murah di sisi lain. Dengan kata lain, mungkinkah pembangunan Indonesia sehat 2010 tercapai tanpa menilai, bahwa sehat sebagai modal masa depan bagi masyarakat Indonesia adalah suatu hal yang mahal, tidak bisi diperoleh oleh orang-orang yang tidak berduit?.

Lalu, bagaimana kita harus bersikap? Sampai sejauh mana masyarakat menilai sehat sebagai investasi dan masa depan? Sejauh mana

konsep desentralisasi kesehatan meyakinkan *public community* bahwa investasi kesehatan adalah penanaman modal/nilai yang paling murah.

Jawabnya, ternyata kembali pada consensus para stakeholder seperti yang disarankan oleh paradigma sehat. Upaya kesehatan tidak hanya kuratif, tetapi juga promotif dan preventif. Desentralisasi kesehatan masa kini harus mengembangkan dialog antara semua pihak yang terlibat, baik langsung maupun tidak langsung. Desentralisasi kesehatan harus dibawa keruang perdebatan yang memungkinkan public itu mengambil bagian dalam gerak pergeseran sehat ke percabangan sosil, budaya dan bahkan politik.

Agar masyarakat Indonesia juga tidak hanya menjadi penonton, tetapi ikut andil dalam upaya mengembangkan derajat kesehatan masyarakat, tak ada jalan lain kecuali penyebaran paradigma sehat. Sosialisasi paradigma sehat diharapkan bisa mentransformasikan pola pikir masyarakat dari tradisional menjadi moderen, sehingga tidak lagi terbelenggu oleh paradigma kadaluarsa. Dan mampu mendayagunakan kesehatan sebagai modal perbaikan ekonomi.

Dalam rangka upaya pembangunan bidang kesehatan, tentunya pembiayaan tidak cukup hanya dibebankan pada Anggaran Daerah sah, tetapi bantuan dari propinsi maupun pusat masih sangat diharapkan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Salah satunya adalah bantuan dari *District Health project* sangat diharapkan untuk membantu mengatasi permasalahan kesehatan yang ada di Kota Cirebon.

B. Rumusan Masalah

Sesuai dengan latar belakang masalah, maka dapat disimpulkan perumusan masalahnya sebagai berikut:

“Bagaimanakah persepsi masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan di kota Cirebon tahun 2005-2006 ?

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan Penelitian

- a. Ingin mengetahui persepsi masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Kota Cirebon.
- b. Bagaimana kebutuhan dan kepuasan masyarakat terhadap layanan yang diberikan rumah sakit Gunung Jati tersebut kepada pasien.

2. Manfaat Penelitian

- a. Secara akademis penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang bagaimana kualitas pelayanan kesehatan khususnya pada pasien Rumah Sakit Gunung Jati
- b. Memberi masukan bagi organisasi yang bersangkutan mengenai kepuasan masyarakat terhadap layanan yang diberikan
- c. Penelitian ini juga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang terbaik bagi masyarakat khususnya dalam hal pemberian pelayanan kesehatan bagi pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun milik swasta sehingga nantinya dapat memenuhi kebutuhan dan kepuasan yang diharapkan masyarakat

D. Kerangka Dasar Teori

Kerangka dasar teori merupakan uraian yang menjelaskan variabel-variabel dan hubungan antara variabel yang di dasarkan pada konsep dan definisi tertentu. Unsur utama dan sangat penting dalam melakukan penelitian adalah teori. Definisi teori menurut Nasri Singarimbun dan Soffian Efendi adalah:

serangkaian asumsi, konsep, kontrak, definisi dan preposisi untuk menerangkan suatu fenomena sosial secara sistematis dengan cara merumuskan hubungan antar konsep.⁴

sedangkan DR.Irawan Soehartono mengemukakan:

Teori merupakan proposisi yang memberikan penjelasan atau suatu gejala.⁵

Untuk menjelaskan mengenai tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit Gunung Jati kota Cirebon, penulis akan menggunakan beberapa kerangka pemikiran sebagai acuan. Dalam hal ini, kerangka dasar teori yang digunakan adalah:

1. Desentralisasi dan Pelayanan Publik

a. Desentralisasi

Otonomi daerah adalah suatu hal yang telah lama direkomendasikan oleh para akademisi dalam forum-forum ilmiah dan didambakan oleh para praktisi dan birokrat di daerah. Otonomi daerah yang telah lama ditunggu-tunggu ini, akhirnya terwujud juga dengan dikeluarkannya undang-undang No 22 tahun 1999 tentang

⁴ Masri Singarimbun dan Sofian Efendi, *Metode Penelitian Survei*, LP3S, Jakarta, 1989, hal 37

⁵ Irawan Soehartono, *Metode Penelitian Sosial*, Remaja Rosdi Karya, Bandung. 1995, hal 6.

pemerintahan daerah dan undang-undang No 25 tahun 1999 tentang perimbangan keuangan pusat daerah.

Akan tetapi setelah hampir dua tahun pelaksanaan otonomi daerah, masyarakat banyak yang kecewa karena ternyata otonomi daerah belum dapat memperbaiki kinerja pemerintah daerah, khususnya daerah, khususnya dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Bahkan akhirnya kedua undang-undang otonomi daerah tersebut direvisi dengan disahkannya undang-undang No. 33 tahun 2004. Akan semakin lebih baik. Oleh karena itu tulisan ini mencoba untuk menganalisis perbaikan kualitas pelayanan publik di era otonomi daerah.

b. konsep dasar Otonomi Daerah

Dalam penjelasan undang-undang No. 22 tahun 1999 dinyatakan bahwa kewenangan otonomi luas adalah keleluasan daerah untuk menyelenggarakan pemerintahan yang mencakup kewenangan semua bidang pemerintahan, kecuali kewenangan di bidang politik luar negeri, pertahanan keamanan, peradilan, moneter dan fiskal, serta agama. Keleluasan otonomi mencakup pula kewenangan yang utuh dan bulat dalam penyelenggaraan pemerintahan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan evaluasi.

Selanjutnya disebutkan pula bahwa otonomi yang bertanggung jawab adalah berupa perwujudan pertanggungjawaban sebagai

konsekensi pemberian hak dan kewenangan kepada daerah dalam bentuk tugas dan kewajiban yang harus dipukul oleh daerah dalam mencapai tujuan pemberian otonomi, berupa peningkatan pelayanan dan kesejahteraan masyarakat yang semakin baik.

Berdasarkan ketentuan dalam undang-undang No. tahun 1999 tersebut, dapat disimpulkan bahwa dengan otonomi daerah telah diberikan kewenangan dan keleuasan kepada daerah untuk menyelenggarakan pemerintahan. Kewenangan tersebut semestinya dipergunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kesejahteraan masyarakat. Otonomi daerah adalah penyerahan wewenang segala urusan pemerintah ke kabupaten/kota, sehingga diharapkan pemerintah kabupaten/kota dapat meningkatkan pelayanan kepada masyarakat (lebih lancar, lebih mudah, lebih cepat dan lebih murah). Meskipun dengan diberlakukannya undang-undang No 32 dan undang-undang No 33 tahun 2004 sebagian kewenangan tersebut ditarik lagi, akan tetapi tanggung jawab dan kewenangan pemerintah daerah tetap masih sangat besar dalam kaitannya dengan penyelenggaraan pelayanan publik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa secara teoritis pelaksanaan otonomi daerah akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan publik karena:

- Otonomi daerah akan memperpendek tingkatan atau jenjang hirarkhi pengamilan keputusan dapat dilakukan secara lebih cepat

- Otonomi daerah akan memperbesar kewenangan dan keleluasan daerah sehingga pemerintah daerah kabupaten atau kota dapat merumuskan mengimplementasikan kebijakan yang lebih sesuai dengan kebutuhan daerah dan tuntutan masyarakat
- Otonomi daerah akan memperpendek penyelenggara pemerintah dengan knstituennya sehingga penyelenggara pemerintah akan dapat merespon tuntutan masyarakat secara lebih tepat
- Kedekatan dengan konstituen tersebut juga akan meningkatkan tingkat akuntabilitas penyelenggara pemerintah karena masyarakat lebih dekat dan memiliki akses yang lebih besar untuk mengontrol jalannya pemerintahan.

Secara teoritis otonomi daerah akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan publik, karena dengan adanya otonomi daerah dapat diciptakan adanya kesetaraan posisi tawar antara pemerintah daerah sebagai penyelenggara jasa pelayanan dengan masyarakat sebagai pengguna jasa.

c. Pelayanan Publik

Pelayanan publik adalah segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilakukan oleh suatu badan atau lembaga pemerintah atau non pemerintah dalam bentuk barang, maupun jasa baik dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan perundang-undangan.

Menurut keputusan MENPAN No. 81/1993, pelayanan publik dilaksanakan dalam satu rangkaian kegiatan terpadu yang bersifat sederhana, terbuka, lancar, tepat, lengkap, wajar dan terjangkau. Karena itu pelayanan umum harus mengandung unsur sebagai berikut:

- a. Hak dan kewajiban bagi pemberi maupun penerima pelayanan umum harus jelas dan diketahui secara pasti oleh masing-masing pihak.
- b. Pengaturan setiap bentuk pelayanan umum harus disesuaikan dengan kondisi kebutuhan dan kemampuan masyarakat untuk membayar berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan tetap berpegang pada efisiensi dan efektifitas.
- c. Mutu proses dan hasil pelayanan umum harus diupayakan agar dapat memberi keamanan, kenyamanan, kelancaran dan kepastian hukum yang dapat di pertanggung jawabkan.
- d. Apabila pelayanan umum yang diselenggarakan oleh instansi pemerintah terpaksa harus mahal, maka instansi pemerintah yang bersangkutan berkewajiban memberi peluang kepada masyarakat untuk ikut menyelenggarakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pelayanan publik mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:⁶

- a. tidak dapat memilih konsumen
- b. pelayanan dibatasi oleh peraturan perundang-undangan

⁶ Ahmad N. *Public Private Partnership dalam pelayanan publik Perkotaan Indonesia*, 1996. hal.5

- c. politik menginstitusikan konflik
- d. pertanggung jawaban yang kompleks
- e. sangat sering di teliti
- f. semua tindakan harus mendapatkan justifikasi
- g. tujuan dan output diukur atau ditentukan

2. Desentralisasi Kesehatan

Dalam lampiran keputusan menteri kesehatan nomor 004/MENKES/SK/ 2003 telah ditetapkan tujuan desentralisasi di bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia sehat 2010.

Undang-undang nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintah daerah telah menetapkan bidang kesehatan merupakan salah satu kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh kabupaten/kota. Penyelenggaraan kewenangan wajib oleh daerah adalah perwujudan otonomi yang bertanggung jawab, yang pada intinya merupakan pengakuan/pemberian hak dan kewenangan daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh daerah.

Tanpa mengurangi arti serta pentingnya prakarsa daerah dalam menyelenggarakan otonominya dan untuk menghindari terjadinya

kekosongan penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, daerah kabupaten dan daerah kota wajib melaksanakan kewenangan dalam bidang tertentu, termasuk didalamnya kewenangan bidang kesehatan.

Pemerintah pusat bertanggung jawab secara nasional atas keberhasilan pelaksanaan otonomi walaupun pelaksanaan operasionalnya diserahkan kepada pemerintah dan masyarakat daerah yang bersangkutan. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah Dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom, menyebutkan bahwa peran pemerintah pusat di era desentralisasi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, melakukan standarisasi, supervisi, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan ke daerah, sehingga otonomi dapat berjalan secara optimal.

Guna menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasikan kewenangan wajib bidang kesehatan di kabupaten/kota seiring dengan lampiran Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 100/756/OTDA tanggal 8 Juli 2002 tentang Konsep Dasar Penentuan Kewenangan Wajib Dan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat di daerah, telah ditetapkan keputusan menteri kesehatan nomor 1457/MENKES/SK/X/2003.

3. Persepsi

Persepsi merupakan suatu konsep atau istilah yang dikenal secara luas dalam kehidupan sehari-hari. Dalam pandangan umum persepsi sering diartikan atau disebut dengan istilah pandangan, anggapan dan sejenisnya. Meskipun ada benarnya, tetapi hal itu belum dapat merepresentasikan makna yang terkandung dalam konsep persepsi secara menyeluruh. Berkaitan dengan hal tersebut, berikut ini akan dipaparkan beberapa definisi persepsi yang disampaikan oleh para ahli sebagai berikut.

- (1) Sarwono mendefinisikan persepsi sebagai sejumlah penginderaan yang disatukan dan dikoordinasikan di dalam pusat syaraf yang lebih tinggi (otak) sehingga manusia bisa mengenali dan menilai.⁷
- (2) Rahmat menyebutkan bahwa persepsi adalah pengalaman tentang obyek peristiwa yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan, dengan kata lain persepsi ialah memberi makna pada stimulus indrawi.⁸
- (3) W.R. Nord dalam Gibson mengartikan persepsi sebagai proses kognitif atau pemberian arti yang digunakan seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya.⁹
- (4) Hamner dan Organ dalam Indrawijaya menyatakan bahwa persepsi adalah *the process by which people organize, interpretation, experience, and process cues or material (inputs) received from the external environment* (suatu proses dengan mana seseorang mengorganisasikan dalam pikirannya, menafsirkan, mengalami, dan mengolah pertanda atau segala sesuatu yang terjadi di lingkungannya).¹⁰

⁷ Sarwono, Sarlito Wirawan. 1992. *Psikologi Perkembangan*. Cetakan pertama. Jakarta : Raja Grafindo Persada., hlm 45

⁸ Rahmat, Jalaluddin. 1993. *Psikologi Komunikasi*. Cetakan kedelapan. Bandung : Remaja Rosdakarya, Hlm 64

⁹ Gibson, James L. 1990., *Organisasi dan Manajemen : Perilaku Struktur Proses*. Jakarta : Erlangga, hlm 53

¹⁰ Indrawijaya, Adam I. 1989. *Perilaku Organisasi*. Bandung : Insan Cendekia, hlm 45

Dari beberapa pendapat mengenai persepsi di atas dapat dikatakan bahwa persepsi merupakan suatu proses di mana seseorang mengolah, memahami dan menafsirkan dengan menggunakan panca indranya mengenai suatu rangsangan (stimulus), pertanda atau segala sesuatu yang ada dalam lingkungan sekitarnya.

Persepsi seseorang mengenai suatu obyek atau hal tertentu dapat terbentuk setiap saat, artinya persepsi akan terbentuk kapan saja sepanjang ada suatu stimulus yang masuk dalam panca indra seseorang. Berkaitan dengan hal tersebut, Nord dalam Gibson mengatakan bahwa karena persepsi bertautan dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang obyek atau kejadian pada saat tertentu, maka persepsi terjadi kapan saja stimulus menggerakkan indera.¹¹

Jadi persepsi menyangkut kognisi atau pengetahuan artinya persepsi menyangkut dan mencakup penafsiran obyek, tanda, orang, dan sudut pengalaman yang bersangkutan. Hal ini lebih kurang sama dengan pernyataan yang disampaikan oleh Thoha bahwa kunci untuk memahami persepsi terletak pada pengenalan bahwa persepsi merupakan suatu penafsiran yang unik terhadap situasi dan bukannya pencatatan yang benar terhadap suatu situasi.¹²

¹¹ Gibson, *op.cit.*, hlm 53

¹²Thoha, Miftah. 2000. *Perilaku Organisasi*. Jakarta : Rajawali, hlm 123

4. Masyarakat

Adanya bermacam-macam wujud kesatuan kolektif manusia menyebabkan bahwa kita memerlukan beberapa istilah untuk membedakan berbagai macam kesatuan manusia, kecuali istilah yang paling lazim yaitu masyarakat, ada istilah khusus menyebut kesatuan-kesatuan khusus yang merupakan unsur-unsur dari masyarakat, yaitu kategori sosial, golongan sosial, komunitas, dan perkumpulan. Masyarakat merupakan istilah yang paling lazim dipakai untuk menyebut kesatuan-kesatuan hidup manusia, baik dalam tulisan ilmiah maupun dalam bahasa sehari-hari, adalah *masyarakat*. Dalam bahasa Inggris dipakai istilah *society* yang berasal dari bahasa Latin *socius*, yang berarti “kawan”. Istilah masyarakat sendiri berasal dari akar kata Arab *syaraka* yang berarti “ikut serta” berpartisipasi.

Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling “bergaul” atau dengan istilah ilmiah, saling “berinteraksi”. Suatu kesatuan manusia dapat mempunyai perasaan melalui apa warga-warganya dapat saling berinteraksi. Suatu negara modern misalnya, merupakan kesatuan manusia dengan berbagai macam prasaranan yang memungkinkan para warganya untuk berinteraksi secara intensif, dan dengan frekuensi yang tinggi.

Masyarakat secara khusus dapat dirumuskan sebagai berikut: masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat-istiadat tertentu yang bersifat kontinyu, dan yang terikat oleh identitas bersama.

Sebagai mana halnya dengan ilmu-ilmu sosial lainnya, objek sosial adalah masyarakat yang dilihat dari sudut hubungan antara manusia dan proses yang timbul dari hubungan manusia didalam masyarakat oleh karena istilah masyarakat terlalu banyak mencakup berbagai faktor, sehingga walaupun diberikan suatu defenisi yang berusaha mencakup keseluruhannya masih ada juga yang tidak memenuhi unsur-unsurnya, beberapa orang sarjana telah mencoba memberikan defenisi masyarakat seperti misalnya:

- a. Mac Iver dan Page yang mengatakan bahwa “masyarakat ialah: suatu sistem dari kebiasaan dan tata cara dari wewenang dan kerja sama antar berbagai kelompok dan penggolongan dari pengawasan tingkah laku serta kebebasan manusia, keseluruhan yang sesalu berubah ini kita namakan masyarakat, masyarakat merupakan jalinan hubungan sosial dan masyarakat selalu berubah”
- b. Ralph Linton “ masyarakat merupakan setiap kelompok manusia yang telah hidup berkerja sama cukup lama sehingga mereka dapat mengatur diri mereka dan menganggap diri mereka sebagai suatu kesatuan sosial dengan batas-batas yang dirumuskan dengan jelas.
- c. Selp Soemardjan menyatakan bahwa masyarakat adalah orang-orang yang hidup bersama yang menghasilkan kebudayaan.

Walaupun defenisi dari sarjana tersebut berlainan akan tetapi pada dasarnya isinya sama yaitu masyarakat yang mencakup beberapa unsur:

a. Manusia yang hidup bersama

Didalam ilmu sosial tidak ada ukuran yang mutlak ataupun angka pasti untuk menentukan beberapa jumlah manusia yang harus ada akan tetapi secara teoritis angka minimalnya ada dua orang yang hidup bersama.

b. Bercampur untuk waktu yang lama

Kumpulan dari manusia tidaklah sama dengan benda-benda mati umpama meja, kursi dan sebagainya oleh karena dengan berkumpulnya manusia maka akan timbul manusia-manusia yang baru, manusia itu juga memiliki keinginan-keinginan untuk menyampaikan kesan-kesan atau perasaan –perasaannya sebagai akibat hidup bersama itu, timbullah sistem komunikasi dan timbullah peraturan-peraturan yang mengatur antar manusia dengan kelompok tersebut.

c. Mereka sadar bahwa mereka merupakan satu kesatuan

d. Mereka merupakan suatu sistem hidup bersama, sistem kehidupan bersama menimbulkan kebudayaan, oleh karena itu setiap anggota kelompok merasa terikat satu dengan yang lainnya.

5. Kualitas pelayanan

Mutu pelayanan hanya dapat diketahui setelah dilakukan penelitian baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat, totalitas dan wujud serta ciri dan ataupun terhadap kepatuhan para penyelenggara terhadap standar yang telah ditetapkan. Dalam praktek Sehari-hari melakukan penilaian tidaklah mudah. Penyebab utamanya adalah karena mutu pelayanan tersebut bersifat multidimensi. Tiap orang tergantung dari

latar belakang dan kepentingan masing-masing dapat saja melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda.

Ambil saja contoh penilaian dari pemakai jasa pelayanan yang mengadakan pelayanan kesehatan misalnya. Dimensi mutu pelayanan yang dianut ternyata sangat berbeda dengan penyelenggara pelayanan kesehatan.

Penelitian yang dia lakukan telah berhasil membuktikan adanya perbedaan dimensi. Dimana dalam bukunya disebutkan¹³ :

- a. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketangapan petugas memenuhi kebutuhan pasien.
- b. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan mutakhir atau pada waktu menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien

Dan penelitian yang dilakukannya juga mengatakan adanya perbedaan dimensi sebagai berikut. Untuk para dokter/perawat sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan yang di pandang paling penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (80%), perhatian dokter/perawat secara pribadi kepada pasien

¹³ Azrul Anwar, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan

(60%), keterampilan yang dimiliki dokter (50%), serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (8%).

Tetapi untuk pasien sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan dimensi pelayanan yang paling penting adalah efisiensi pelayanan kesehatan (45%), perhatian dokter/ bidan secara pribadi kepada pasien (40%), keterampilan dokter (35%), serta kenyamanan yang dirasakan oleh pasien (35%).

Dari perbedaan dimensi diatas dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa hakekat dasar diselenggarakannya pelayanan kesehatan adalah untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Sehingga kesehatan masyarakat dapat terpelihara, dan mutu pelayanan yang dikaitikan dengan kehendak untuk memenuhi kebutuhan serta tuntutan pemakai jasa pelayanan yang menunjuk kepada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien. Makin sempurna pemenuhan kebutuhan dan tuntutan tersebut makin baik pula mutu pelayanan kesehatannya.

a. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Pelayanan umum yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pelayanan dalam bidang kesehatan. Kesehatan itu sendiri menurut WHO di definisikan sebagai berikut: *"Health is state of complete physically and social well being and not merely the absence of disease and infirmity"* (sehat adalah sesuatu keadaan yang qua prima meliputi

tidak hanya fisik, mental, maupun sosial melainkan diartikan pula bebas dari sakit maupun cacat).¹⁴

Selanjutnya Hanlon menyatakan bahwa sehat itu mencakup pada diri seseorang secara menyeluruh untuk tetap mempunyai kemampuan untuk melakukan tugas fisiologis maupun psikologis penuh.¹⁵ Didalam UU No 9 tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan, pasal 2 disebutkan bahwa kesehatan ialah meliputi kesehatan badan, rohaniah (mental) dan sosial, dan bukan hanya bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan.

Sedangkan definisi kesehatan berdasar naskah akademik rancangan undang-undang (UUD) tentang ketentuan-ketentuan pokok kesehatan (1984) disebutkan sehat atau kesehatan adalah bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan yang memungkinkan setiap individu hidup produktif secara sosial, ekonomi, dan intelektual.¹⁶

Dari definisi-definisi sehat atau kesehatan yang telah dipaparkan di atas, pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai pelayanan yang diartikan oleh instansi kesehatan tertentu kepada masyarakat umum untuk mencapai suatu keadaan yang prima meliputi fisik, mental serta bebas dari sakit atau cacat. Dengan demikian derajat kesehatan yang optimal terwujud. Derajat kesehatan sendiri pada hakekatnya dipengaruhi oleh 4 (empat) faktor penentu yaitu: faktor

¹⁴ Maryati Sukarni, *Kesehatan Keluarga dan Lingkungan*. Yogyakarta, Kanisius 1999, hal. 1

¹⁵ *Ibid*

¹⁶ *Ibid*, hal 2

ba|waan, pelayanan kesehatan, perilaku dan faktor lingkungan (fisik, biologis, kemasyarakatan).¹⁷

b. Kualitas Pelayanan Ditinjau dari Kepuasan Pelanggan

Philip Kotler berpendapat bahwa “*quality is the totality feature and the characteristics stated or implied need*”.¹⁸ Maksud dari kepuasan pelanggan itu merupakan bentuk dan karakteristik produk maupun pelayanan yang dapat membawa rasa puas atau memenuhi harapan pengguna jasa. Sedangkan Fandy Tjiptono mengemukakan teorinya bahwa “dalam perspektif *Total Quality Management*”(TQM) kualitas dipandang secara luas, tidak hanya aspek masalah saja yang ditekankan, melainkan juga proses, lingkungan dan manusia.¹⁹

Jadi kualitas pelayanan menurut teori ini tidak hanya ditentukan oleh proses produk atau pelayanan saja, melainkan lingkungan dan orang-orang yang terlibat dalam proses tersebut juga bisa menentukan.

Penilaian terhadap kualitas pelayanan hanya dapat diberikan oleh pelanggan saja selaku penerima pelayanan. sebab merekalah yang mengkonsumsi pelayanan sehingga merekalah yang dapat menentukan, menilai secara keseluruhan atas kualitas pelayanan yang diberikan oleh produsen.

¹⁷ *Ibid*

¹⁸ Philip Kotler dalam Fandy Tjiptono, *Prinsip-prinsip Total Quality Service*. Andi Offset, Yogyakarta, 1997, hal. 53

¹⁹ *Op. Cit*, hal. 55

Untuk mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan oleh organisasi publik, dapat pula dilihat dari sejauh mana pelanggan atau orang yang dilayani menyatakan kepuasannya. pernyataan tentang kepuasannya tersebut dapat dilihat dari persepsi mereka terhadap produk pelayanan yang telah diberikan. Persepsi pelanggan sangat penting dalam menilai kualitas pelayanan publik. Teknik pengukuran kepuasan pelanggan sebenarnya banyak berasal dari teknik yang dikembangkan di dalam pemasaran bagi perusahaan-perusahaan yang berorientasi profit. Salah satu contohnya adalah konsep dari Morgan dan Murgantryd yang menyebutkan 10 kriteria yang bisa digunakan oleh pelanggan dalam persepsi mereka terhadap kualitas pelayanan publik, yaitu:²⁰

- a. *Reliability*, merupakan kemampuan untuk melaksanakan pelayanan yang telah dijanjikan
- b. *Responsibility*, adalah kesediaan untuk membantu pelanggan dengan menyediakan pelayanan yang cocok seperti yang mereka harapkan
- c. *Competence*, menyangkut pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk dapat melaksanakan pelayanan
- d. *Acces*, merupakan kemudahan untuk kontrak dengan lembaga penyedia jasa

²⁰ Atik Septi W. *Diktat kuliah Manajemen Pelayanan Publik*, FISIPOL UMY.

- e. *Courtesy*, sikap sopan, ramah, menghargai orang lain, penuh pertimbangan dan persahabatan
- f. *Communication*, selalu memberikan informasi yang tepat kepada pelanggan dalam bahasa yang mereka pahami, mau mendengarkan mereka yang berarti mau menjelaskan tentang pelayanan, kemungkinan pilihan, biaya, jaminan, pada pelanggan bahwa masalah mereka akan ditangani.
- g. *Credibility*, dapat dipercaya, jujur dan terutama mengutamakan pelanggan
- h. *Security*, bebas dari resiko, bahaya dan keragu-raguan
- i. *Understanding the customer*, berusaha untuk mengenal dan memahami kebutuhan dan menaruh perhatian pada mereka secara individual
- j. *Appearance Presentation*, penampilan dari fasilitas fisik, penampilan personal dan peralatan yang digunakan

Sedangkan Philip Kotler merinci adanya lima dimensi kualitas pelayanan. Adapun lima dimensi kualitas pelayanan itu adalah:²¹

- a. Keandalan (*reliability*)
kemampuan untuk memberikan jasa sesuai yang dijanjikan . Disini berarti kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan artinya harus tepat waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan dan tanpa adanya kesalahan

²¹ Ibid

b. Daya tanggap (*responsif*)

Kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat kepada pelanggan

c. Keyakinan (*confidence*)

pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.

d. Jaminan (*assurance*)

Kemampuan pemberi layanan untuk melakukan pendekatan, memberikan perlindungan, serta berusaha untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan konsumen (syarat untuk peduli memberikan perhatian pribadi pelanggan)

e. Bukti fisik (*tangibles*)

penampilan fisik dari sarana dan prasarana yang dapat diandalkan, keadaan lingkungan sekitar adalah bukti dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan

Dimensi-dimensi pelayanan tersebut seharusnya bisa diolah dengan baik oleh para penyelenggara pelayanan (*provider*) sehingga memuaskan pelanggan. Namun hal itu tak semudah membalikan telapak tangan karena antara provider dengan pelanggan selalu saja terjadi perbedaan persepsi.

Kualitas pelayanan pada dasarnya mengacu pada pengertian pokok-pokok berikut:²²

- a. Kualitas terdiri dari sejumlah keistimewaan langsung maupun keistimewaan abstraktif yang memenuhi keinginan pelanggan, dengan demikian memberikan kepuasan atas pengguna produk tersebut
- b. Kualitas terdiri dari segala sesuatu yang bebas dari kerusakan, berdasarkan pengertian tentang kualitas di atas bisa kita lihat bahwa kualitas selalu berfokus pada pelanggan (*customer to cassed quality*). dengan demikian produk akan didesain, diproduksi, serta pelayanan akan diberikan untuk memenuhi keinginan pelanggan. Karena kualitas mengacu pada segala sesuatu yang menentukan kepuasan pelanggan, maka suatu produk yang dihasilkan baru dapat dikatakan berkualitas apabila sesuai dengan keinginan pelanggan, dapat dimanfaatkan dengan baik oleh pelanggan serta barang tersebut diproduksi dengan cara yang baik dan benar.

Atas dasar inilah maka dalam penelitian ini, penyusunan akan mengukur kualitas pelayanan rumah sakit selain dengan menggunakan perspektif manajemen organisasi pelayanan, penyusun juga akan menggunakan persepsi konsumen . Sebab penilaian terhadap kualitas pelayanan juga bisa diberikan oleh konsumen atau pengguna jasa, karena merekalah yang merasakan atau mengkonsumsi pelayanan

²² Fandy Tjiptono, dalam Sadarmayanti, *Restrukturisasi Dan Pemberdayaan Organisasi Untuk Menghadapi Dinamika Perubahan Lingkungan*, Aktual Bandung 2000, hal 203

sehingga dia yang dapat menentukan, menilai secara keseluruhan atas kualitas pelayanan yang diberikan oleh produsen.

Hal ini didukung oleh pendapat Tjiptono bahwa: "penilaian kualitas dilihat dari persepsi pelanggan terhadap kualitas jasa yaitu merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu jasa"²³. jadi disini sangat jelas sekali bahwa untuk mengetahui kualitas sebuah pelayanan maka kita harus tahu apakah konsumen yang menerima pelayanan biasa puas atau tidak.

Karena adanya keterbatasan waktu yang dimiliki peneliti untuk melakukan penelitian tersebut dan atas keterkaitan dengan kondisi yang diteliti, maka dalam definisi operasional yang digunakan oleh peneliti adalah dimensi kualitas pelayanan menurut Philip Kotler.

c. Kualitas Pelayanan Dalam Perspektif Manajemen Organisasi Pelayanan Publik (*provider*)

Kualitas sebuah pelayanan ternyata juga biasa di ukur dari segi manajemen organisasi pelayanannya (*provider*) namun sebelum kita jauh untuk membahasnya ada baiknya kita ketahui teori tentang manajemen organisasi.

²³ *Op.Cit*, Hal 55

"Allah yang memiliki segala apa yang di langit dan di bumi. Dan celakalah bagi orang-orang kafir karena siksaan yang sangat pedih. Yaitu orang-orang yang lebih menyukai kehidupan dunia daripada kehidupan akhirat dan menghalang-halangi (manusia) dari jalan Allah dan menginginkan agar jalan Allah itu bengkok. Mereka itu berada dalam kesesatan yang jauh." (Ibrahim 14: 2-3).

9. Memperolok-olok Al-Qur'an dan Sunnah, atau orang-orang yang menegakkan keduanya, atau memperolok-olok hukum Allah atau syi'ar Islam.

Allah SWT menjelaskan di dalam Al-Qur'an bahwa orang-orang munafiklah yang suka memperolok-olok Islam:

يَحْذَرُ الْمُنَافِقُونَ أَنْ تَنْزَلَ عَلَيْهِمْ سُورَةٌ تُنَبِّئُهُمْ بِمَا فِي قُلُوبِهِمْ قُلِ اسْتَخْرِئُوا اللَّهَ عَزَّ وَجَلَّ إِنَّمَا يَخْرُجُ مَآخِذُهُمْ وَلَا يَكُنُ سَأَلْتَهُمْ لَيَقُولُنَّ إِنَّمَا كُنَّا نَخُوضُ وَنَلْعَبُ قُلْ أَبِاللَّهِ وَآيَاتِهِ وَرَسُولِهِ كُنْتُمْ تَسْتَهْزِئُونَ

"Orang-orang yang munafik itu takut akan diturunkan terhadap mereka sesuatu surat yang menerangkan apa yang tersembunyi dalam hati mereka. Katakanlah kepada mereka: "Teruskanlah olok-olokanmu itu. Sesungguhnya Allah akan menyatakan apa yang kamu takuti itu. Dan jika kamu tanyakan kepada mereka (tentang apa yang mereka lakukan itu), tentulah mereka akan menjawab: "Sesungguhnya kami hanyalah bersenda gurau dan bermain-main saja." Katakanlah: "Apakah dengan Allah, ayat-ayat-Nya dan Rasul-Nya kamu selalu berolok-olok?" (At-Taubah 9: 64-65).

10. Menghalalkan apa yang diharamkan oleh Allah, dan mengharamkan apa yang dihalalkan-Nya.

Perbuatan menghalalkan yang diharamkan oleh Allah dan sebaliknya itu termasuk kebohongan terhadap Allah. Allah berfirman:

وَلَا تَقُولُوا لِمَا تَصِفُ السِّينَتُمْ أَكْذَابٌ هَذَا حَلَلٌ وَهَذَا حَرَامٌ لَنْتَقِرُوا عَلَى اللَّهِ أَكْذَابٌ إِنَّ الَّذِينَ يَفْتَرُونَ عَلَى اللَّهِ الْكُذْبَ

لَا يُفْرِحُونَ

"Dan janganlah kamu mengatakan terhadap apa yang disebut-sebut oleh lidahmu secara dusta "ini halal dan ini haram" untuk mengada-adakan kebohongan terhadap Allah. Sesungguhnya orang-orang yang mengada-adakan kebohongan terhadap Allah tiadalah beruntung." (An-Nahl 16: 116).

Dan orang-orang yang berdusta kepada Allah itu adalah orang yang tidak beriman dengan ayat-ayat-Nya:

إِنَّمَا يَفْتَرُ الْكُذِبَ الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ بِآيَاتِ اللَّهِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْكَافِرُونَ

"Sesungguhnya yang mengada-adakan kebohongan, hanyalah orang-orang yang tidak beriman kepada ayat-ayat Allah, dan mereka itulah orang-orang pendusta." (An-Nahl 16: 125).

11. Tidak beriman dengan seluruh nash-nash Al-Qur'an dan Sunnah.

Nash-nash Al-Qur'an dan Sunnah adalah suatu kesatuan yang wajib diimani keseluruhannya. Menolak sebagian berarti menolak keseluruhannya. Allah berfirman:

أَفْتَوْهُمْ بِبَعْضِ الْكِتَابِ وَتَكْفُرُونَ بِبَعْضٍ فَمَا جَزَاءُ مَنْ يَفْعَلُ ذَلِكَ مِنْكُمْ إِلَّا جُزَاءُ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَبِئْسَ الْقِيمَةُ يَرُدُّونَ إِلَى الشَّدَائِدِ الْعَذَابِ وَمَا اللَّهُ بِغَافِلٍ عَمَّا تَعْمَلُونَ

"Apakah kamu beriman kepada sebagian isi Kitab dan ingkar terhadap sebagian yang lain? Tiadalah balasan bagi orang yang berbuat demikian, melainkan kehinaan dalam kehidupan dunia ini dan pada Hari Kiamat mereka dikembalikan kepada siksa yang sangat berat. Allah tidak lengah dari apa yang kamu perbuat." (Al-Baqarah 2: 85).

Termasuk juga dalam kategori ini orang-orang yang menambah-nambah Al-Qur'an dan Sunnah, sebagaimana yang

Raymond E. Miles menyebutkan bahwa ciri-ciri organisasi terdiri dari variabel-variabel organisasi dan variabel-variabel manusia.²⁴

Variabel-variabel yang dimaksud disini adalah tujuan, teknologi dan struktur. tujuan organisasi merupakan hasil interaksi dengan lingkungannya. Teknologi menyangkut mesin dan peralatan manapun juga prosedur serta pengetahuan dan keterampilan manusia di dalam organisasi, struktur merujuk pada cara-cara dimana bagian-bagian atau unit-unit organisasi di susun dalam suatu sistem yang terpadu dan saling menunjang.

Sedangkan variabel-variabel manusia yang dimaksudkan terdiri dari kemampuan sikap, nilai dan kebutuhan, dan ciri-ciri demografik. Kemampuan manusia dalam organisasi menyangkut keahlian (*skill*), keterdidikan (*educated*), keterlatihan (*trained*), dan pengalaman (*experienced*). Kemampuan atau kecakapan itu akan menentukan karir struktur ini akan lebih mudah mengatur sumber daya manusia bagi kegiatan-kegiatan pelayanan untuk mencapai kualitas struktur merupakan cara yang selaras dalam menempatkan manusia sebagai bagian organisasi pada suatu hubungan yang relative tepat, yang sangat menentukan pola interaksi, koordinasi, dan tingkah laku yang berorientasi pada tugas.

²⁴ Raymond E. Miles, *Theories of Management, Implication for Organizational Behavior and Development*, Mc Grow-Hill Series In Management, USA, 1975, Hal. 9-10.

a. Tujuan organisasi

Salah satu fungsi dan tujuan organisasi adalah sebagai standar pelaksanaan bila tujuan dinyatakan secara jelas dipahami, hal ini akan memberikan standar langsung bagi penilaian pelaksanaan kegiatan organisasi.

b. Tujuan organisasi

Teknologi mengacu pada bagaimana suatu organisasi mentransfer masukan menjadi keluaran dengan kata lain, teknologi berkenaan dengan proses transformasi dalam organisasi dimana energi mekanis dan intelektual dipergunakan efisiensi pemanfaatan sumber daya yang langka. dalam organisasi pelayanan penggunaan teknologi tepat guna akan berdampak langsung terhadap kualitas pelayanan yang dihasilkan.

c. Sumber daya manusia

Sumber daya manusia merupakan faktor terpenting dalam suatu organisasi. Sumber daya manusia dibutuhkan untuk mentransfer perubahan kedalam organisasi, variabel manusia dalam organisasi menyangkut keahlian, pendidikan, keterampilan dan pengalaman. Kemampuan atau kecakapan tersebut akan menentukan efektifitas organisasi dalam memberikan pelayanan sehingga kepuasan konsumen dapat tercapai. Seperti yang telah dikemukakan di depan oleh Azrul Anwar bahwa penelitian yang pernah dilakukan oleh Smith dan Mizner diketahui bahwa untuk para penyelenggara

pelayanan kesehatan dimer|si mutu pelayanan yang dipandang paling penting pengetahuan ilmiah yang dimiliki oleh dokter (80%) sedangkan keterampilan yang dimiliki oleh dokter (50%) dari contoh ini bisa disimpulkan bahwa sangatlah besar pengaruh kemampuan sumber daya manusia dalam pencapaian mutu pelayanan kesehatan.

F. Definisi Konseptual

Definisi konseptual adalah unsur penelitian yang terpenting sebagai usaha untuk menjelaskan mengenai pembatasan pengertian antara konsep yang satu dengan yang lainnya, agar tidak terjadi kesalah pahaman.

1. Desentralisasi

Adalah penyerahan wewenang segala urusan pemerintah ke kabupaten/kota, sehingga diharapkan pemerintah kabupaten/kota dapat meningkatkan pelayanan kepada masyarakat (lebih lancar, lebih mudah, lebih cepat dan lebih murah)

2. Persepsi

Persepsi merupakan suatu proses di mana seseorang mengolah, memahami dan menafsirkan dengan menggunakan panca indranya mengenai suatu rangsangan (stimulus), pertanda atau segala sesuatu yang ada dalam lingkungan sekitarnya.

3. Masyarakat

Masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat-istiadat tertentu yang bersifat kontinyu, dan yang terikat oleh identitas bersama.

4. Kualitas pelayanan kesehatan

Adalah kualitas (totalitas dari wujud serta ciri) dari pelayanan yang diberikan penyelenggara pelayanan kesehatan yang didalamnya terkandung, sekaligus pengertian adanya rasa aman terhadap tindakan dokter dan terpenuhinya harapan pasien

E. Definisi Operasional

Dengan kata lain sebagai pelaksanaan bagaimana caranya mengukur variabel untuk mempermudah penelitian selain itu definisi operasional adalah mengubah konsep atau variabel yang abstrak dengan kata-kata yang menggambarkan tingkah laku atau gejala yang dapat diamati, tidak diuji dan ditentukan atau dinyatakan kebenarannya oleh orang lain indikator, persepsi masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Kota Cirebon tahun 2005-2006 adalah sebagai berikut :

1. *Akses*
2. *Tangible* (bukti fisik)
3. *Reliability* (keandalan)
4. *Responsiveness* (Daya tanggap)
5. *Competence*
6. *Courtesy* (sikap)
7. *Credibility*
8. *Security* (keamanan)
9. *Communication* (komunikasi)
10. *Variabel Under standing the Customer* (Pengertian)

F. Metodologi Penelitian

1. Jenis penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif. Yaitu istilah umum yang mencakup beberapa teknik kuantitatif diantaranya penelitian yang menuturkan, mengklasifikasikan, menggambarkan dan menganalisa data serta untuk menyelesaikan masalah-masalah yang ada pada saat sekarang ini dengan menggunakan teknik interview, questioner dan dokumentasi.²⁵ jadi jenis penelitian kuantitatif merupakan suatu penelitian yang menerangkan, menggambarkan, menuturkan dan menjelaskan serangkaian peristiwa atau fenomena yang terjadi di lapangan.

2. Unit Analisa

Untuk mengetahui tentang kualitas pelayanan kesehatan di kota Cirebon, penelitian membutuhkan informasi sebagai pendukung dalam memperoleh data.

Adapun unit analisis penelitian ini adalah masyarakat Kota Cirebon, dalam hal ini masyarakat yang berada di dalam lingkup kegiatan pelayanan, yaitu: pasien dan keluarga pasien dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita gangguan kejiwaan tetapi telah menjalani beberapa perawatan sehingga pasien tersebut adalah komunikatif.

²⁵ Winarno Surakhmad, Loc, Hal.139.

Dengan alasan agar lebih memudahkan peneliti untuk meneliti sejauh mana tingkat kepuasan masyarakat tersebut terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit umum gunung Jati.

3. Lokasi Penelitian

Penelitian mengambil lokasi Kota Cirebon dengan memfokuskan pada Dinas Kesehatan dan untuk kualitas di Rumah Sakit Gunung Jati Kota Cirebon dengan alasan:

- a. Rumah sakit Gunungjati merupakan rumah sakit daerah dan mempunyai sarana dan prasarana terlengkap dan menjadi rujukan bagi daerah-daerah yang terdapat di wilayah III Cirebon.
- b. Selama ini belum menemukan hasil penelitian mengenai kualitas pelayanan rumah sakit Gunung Jati

4. Jenis Data

a. Data Primer

Yaitu data yang diperoleh melalui wawancara langsung di sumbernya, kemudian data tersebut digunakan sebagai alat analisis dalam penelitian

b. Data Sekunder

Yaitu data yang digunakan sebagai alat penunjang dalam penelitian

5. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik *non random sampling* yaitu tidak setiap individu mempunyai peluang yang sama untuk dipilih sebagai sampel. Adapun cara yang dipergunakan adalah *purposive sampling* yaitu penelitian yang menggunakan pertimbangan dalam menentukan sampel berdasarkan obyek penelitian yang berhubungan erat.

6. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan alat pengumpul data yang mendukung penelitian. Alat pengumpul data yang akan digunakan adalah:

a. Kuesioner

Teknik ini merupakan metode pengumpulan data dimana penyusun menggunakan daftar pertanyaan untuk dijawab oleh responden. Adapun responden dalam penelitian ini adalah pasien di rumah sakit umum Gunung Jati kota Cirebon beserta keluarganya. Tujuan dari penggunaan kuesioner ini adalah untuk memperoleh keterangan dari pasien dan keluarganya tentang pelaksanaan yang telah diberikan oleh pihak rumah sakit

c. Wawancara (*interview*)

Pengumpulan data dengan alat wawancara adalah dilakukan dengan wawancarai subyek penelitian (yaitu mereka para responden atau informan).²⁶

²⁶ *Op. Cit.* Hal. 84

Dalam wawancara ini pihak-pihak yang di wawancarai adalah masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Gunung Jati Kota Cirebon.

7. Dokumentasi

Yaitu dengan mempelajari dokumen-dokumen yang ada, ada catatan-catatan yang dimiliki oleh unit analisis sehingga dapat dimanfaatkan guna memperoleh serta melengkapi data-data.

7. Teknik Analisis Data

Untuk menjawab perumusan masalah mengenai sejauh mana tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan rumah sakit Gunung Jati kota Cirebon, sedangkan angket yang menggunakan skala lima tingkat (likert).²⁷

Adapun rumus yang digunakan adalah.²⁸

$$P = f/n \times 100\%$$

Dimana: P = Prosentase

f = frekuensi atau banyaknya jawaban

n = Jumlah responden

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis kuantitatif.

²⁷ J.Supranto, M.A, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Menaikkan Pangsa Pasar*, Rineka Cipta, Jakarta, Hal.240

²⁸ Ronny Hanitijo Soemitro, *Metodologi Penelitian Hukum*, Ghaila Indonesia, Jakarta 1983, Hal, 103.

Teknik analisis data dengan menggunakan model analisis kuantitatif adalah metode yang berpangkal pada peristiwa yang dapat diukur secara kuantitatif atau yang dinyatakan dengan angka (skala, indeks, rumus dan sebagainya).²⁹ Sedangkan untuk mengetahui tingkat kepuasan konsumen akan digunakan indeks dengan rumus sebagai berikut.³⁰

$$I = \frac{(f_a \times 5) + (f_b \times 4) + (f_c \times 3) + (f_d \times 2) + (f_e \times 1)}{N}$$

f_a = frekuensi yang menjawab option a

f_b = frekuensi yang menjawab option b

f_c = frekuensi yang menjawab option c

f_d = frekuensi yang menjawab option d

f_e = frekuensi yang menjawab option e

N = jumlah populasi

Indeks tersebut adalah sebagai berikut



²⁹ Faried Ali, *Metodologi Penelitian Sosial Dalam Bidang Ilmu Administrasi dan Pemerintahan*, Rajawali Pers, Jakarta, 1997, hal. 60

³⁰ Ibnu Syamsi, *Ensiklopedia umum dan pembangunan Jilid I*, FISIPOL UGM, 1987

Keterangan:

1 : Katagori buruk	= 1,00 – 1,80
2 : Katagori kurang baik	= 1,81 – 2,60
3 : Katagori sedang	= 2,61 – 3,40
4 : Katagori baik	= 3,41 – 4,20
5 : Katagori sangat baik	= 4,21 – 5,00

Teknik analisis data kuantitatif dalam penelitian ini digunakan untuk melihat sejauh mana tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan pada pasien rumah sakit umum Gunung Jati kabupaten Cirebon. Sedangkan teknik analisis data kualitatif digunakan untuk melihat bagaimana kualitas pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kota Cirebon.