

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Definisi Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Kualitas pelayanan menurut Suwithi (Mangkunegara, 2002) mengatakan bahwa “Kualitas pelayanan adalah mutu dari pelayanan yang diberikan kepada pelanggan, baik pelanggan internal maupun pelanggan eksternal berdasarkan standar prosedur pelayanan”. Jadi dalam hal ini kualitas dan mutu pelayanan merupakan hal yang tidak terpisahkan. Sedangkan kualitas pelayanan menurut Kotler (2000), “merupakan totalitas dari bentuk karakteristik barang dan jasa yang menunjukkan kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan pelanggan, baik yang nampak jelas maupun yang tersembunyi”. Bagi perusahaan utamanya yang bergerak di sektor jasa, pelayanan yang berkualitas merupakan hal yang mutlak dalam mencapai keberhasilan dan kesuksesan perusahaan.

Menurut Donabedian (Azwar, 2010) bahwa „ mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program“. Menurut Crosby (1978), (Assaf, 2009) mutu adalah „kepatuhan terhadap persyaratan atau spesifikasi“. Assaf (2009) “mutu adalah merupakan proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen, baik internal maupun eksternal, yang dikaitkan sebagai suatu proses perbaikan yang bertahap dan terus-menerus”. Menurut Sedarmayanti (2013) bahwa mutu adalah „kesesuaian dengan persyaratan (tuntutan), kecocokan untuk

pemakai, perbaikan (penyempurnaan yang berkelanjutan), bebas dari kerusakan (cacat), pemenuhan kebutuhan pelanggan (awal dan setiap saat), melakukan sesuatu secara benar diawal, dan sesuatu yang bias membahagiakan pelanggan.

Dimana arti pelanggan disini adalah pengguna jasa yang terdiri atas "pelanggan internal dan eksternal".(Assaf, 2009). Pelanggan eksternal adalah masyarakat yang harus diidentifikasi dalam memenuhi kebutuhan serta harapan mereka. Adapun pelanggan internal adalah orang yang bekerja diinstitusi pelayanan kesehatan yang harus diketahui kebutuhan serta harapannya dan ada upaya yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhannya. Hubungan antara pelanggan internal dan eksternal dalam menjaga kualitas pelayanan, seperti dikemukakan oleh Tjiptono (2005), adalah sebagai berikut: Kualitas pelayanan internal akan mendorong terwujudnya kualitas pelayanan karyawan dan tumbuhnya rasa memiliki diantara karyawan yang tercermin dalam lingkungan internal yang kondusif (lewat pemberdayaan, delegasi, wewenang, saling percaya, komunikasi yang efektif, dan sebagainya) dan implementasi total human reward (gaji, bonus, kenaikan gaji; pujian, kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan tambahan, dan lain-lain. Kualitas pelayanan internal akan mengarah pada peningkatan produktifitas yang mendorong penciptaan nilai pelayanan eksternal, yang menentukan kualitas pelayanan pelanggan eksternal.

Defenisi mutu pelayanan kesehatan menurut WHO yang dikutip dari Muninjaya (2015), bahwa "mutu produk layanan kesehatan harus sesuai

dengan standar intervensi yang aman, terjangkau oleh masyarakat yang membutuhkan, dan diproduksi untuk mengurangi kematian, ketidakmampuan, dan gangguan gizi”. Terdapat pandangan yang berbeda tentang unsur apa yang penting dalam mutu, maka setiap orang akan menilai mutu layanan kesehatan berdasarkan standar atau kriteria yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan perbedaan latar belakang, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pengalaman, lingkungan, dan kepentingan. Salah satu kesulitan merumuskan mutu layanan kesehatan sangat melekat dengan faktor-faktor subjektivitas orang yang berkepentingan, baik pasien, pemberi layanan, penyanggah dana, masyarakat, atau pemilik sarana layanan kesehatan” (Pohan, 2003).

Kegiatan dalam menilai mutu pelayanan kesehatan pada prinsipnya harus meliputi setidaknya tiga tahap (Aditama, 2007:159), adalah: “menetapkan standar, menilai kinerja yang ada dan membandingkan dengan standar yang sudah disepakati; dan upaya memperbaiki kinerja yang menyimpang dari standar yang sudah ditetapkan”. Ada pula yang beranggapan bahwa penting mutu diterapkan oleh karena masalah persaingan dalam layanan kesehatan. Persaingan bukan dalam hal harga akan tetapi konsumen layanan kesehatan meminta perawatan yang lebih baik dan akses yang lebih mudah terhadap layanan yang tepat.

Mutu dan kesempurnaan merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan sebagaimana Crosby (1979), (Assaf, 2009) sebagai “*Zero defect* atau tanpa kecacatan”. Dengan kata lain bahwa profesional kesehatan harus

melakukan usaha terbaiknya untuk memperbaiki proses dan prosedur kerja mereka, dan melakukannya tanpa kesalahan. Kesalahan harus diminimalkan dan selanjutnya dihilangkan untuk mencapai kesempurnaan.

Mutu merupakan tanggung jawab perorangan, namun demikian dalam pelaksanaannya harus didukung secara aktif oleh manajemen puncak. Hal ini sesuai dengan pernyataan Deming, (Assaf, 2009). Bahwa "hampir 85% kesalahan merupakan kesalahan sistem (atau manajemen) bukan kesalahan pekerja". Oleh sebab itu, mutu membutuhkan kepemimpinan, komitmen, fokus pada konsumen, fokus pada proses, partisipasi pimpinan, tanggung jawab perorangan, pemberdayaan pekerja, identifikasi dan solusi masalah secara proaksi, perbaikan yang berkesinambungan, sistem penghargaan pekerja, pendidikan serta pelatihan. Sehingga organisasi harus berkomitmen untuk menjamin layanannya selalu bermutu dan berkualitas tinggi melalui penerapan standar yang benar.

Layanan berkualitas Assaf (2009) adalah "layanan berorientasi pelanggan (*customer-oriented*), tersedia (*available*), mudah didapat (*accessible*), memadai (*acceptable*), terjangkau (*affordable*), mudah dikelola (*controllable*)". Untuk memenuhi hal tersebut diperlukan suatu sistem yang mengatur sehingga pelayanan yang diharapkan dapat tercapai menurut Assaf (2009:79), bahwa :teori sistem menyatakan bahwa setiap sistem sederhana terdiri atas tiga komponen: *input*, *proses*, dan *output*. Ketiga komponen diatas lebih lanjut dijelaskan oleh Dr. Donabedian sebagai struktur (*input*), proses, dan *outcome* (*output*)". Untuk menilai kualitas layanan kesehatan.

Donabedian memperkenalkan tiga ukuran kualitasnya yang terkenal, yaitu struktur (*input*), proses, *outcome*” (Assaf,2009). Beliau mendorong organisasi kesehatan untuk mengamati ketiga ukuran tersebut secara keseluruhan. Organisasi kesehatan untuk mengamati ketiga ukuran tersebut secara keseluruhan. “ukuran mutu yang dikemukakan oleh Donabedian pada prinsipnya sama dengan yang dianjurkan olehWHO” (Pohan, 2003).

Dalam penelitian ini teori untuk pelayanan kesehatan oleh Donabedian dijanjikan rujukan untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan di IGD. Menurut (Wijono, 2000), bahwa: Penelitian mutu pelayanan kesehatan mencakup hubungan mutu dan aspek- aspek dalam pelayanan kesehatan dan caracara peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat melalui pendekatan institusional atau individu. Pada umumnya ada dua cara untuk meningkatkan umum pelayanan yaitu dengan meningkatkan mutu dan kuantitas struktur dan input (sumber daya tersebut termasuk biaya) yang diperlukan dengan menggunakan teknologi tinggi namun cara ini mahal dan memperbaiki proses pelayanan dengan menggunakan metode atau penerapan teknologi yang dipergunakan dalam kegiatan pelayanan.

Menurut Donabedian (1980), bahwa “proses pelayanan kesehatan merupakan pendekatan langsung dalam menilai mutu Sedangkan pendekatan tidak langsung adalah penilaian dari struktur dan penilaian *outcome*.”. karakteristik struktur cenderung mempengaruhi proses pelayanan kesehatan sehingga kualitasnya dapat berkurang atau ditingkatkan. Demikian pula, pelayanan dalam proses pelayanan, termasuk variasi dalam mutu pelayanan,

akan mempengaruhi *outcome* pelayanan yaitu perubahan status kesehatan dan kualitas pelayanan pasien. Selain mutu pelayanan, ketiga “atribut ini relevan untuk menilai atribut lembaga kesehatan, program, dan sistem” (Donabedian, 1980).

Atribut pertama dari penilaian mutu dan kualitas pelayanan yaitu struktur merupakan “karakteristik yang relatif stabil dari penyedia layanan kesehatan yang berfungsi menghasilkan lingkungan yang dapat mempengaruhi pelaksanaan pelayanan kesehatan, termasuk peralatan, sumber daya yang dimiliki, dan aturan organisasi” (Donabedian, 1980). Konsep struktur meliputi sumber daya manusia (jumlah, distribusi, dan kualifikasi tenaga profesional), sumber daya fisik (jumlah, ukuran, peralatan, dan disposisi geografis fasilitas kesehatan), dan keuangan yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan (mencakup faktor-faktor produksi yang terdiri dari pembiayaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan baik secara formal dan informal, seperti: asuransi kesehatan). Konsep struktur meliputi aturan organisasi (tata cara petugas kesehatan bekerja dengan baik dalam praktek individu atau kelompok, tata cara penggajian, pengorganisasian staf). Struktur berpengaruh terhadap peningkatan atau mengurangi kemungkinan kinerja yang baik terhadap mutu institusi pelayanan, mutu program, atau mutu sistem. “struktur akan mempengaruhi perencanaan suatu sistem yang baik dan berpengaruh terhadap kinerja petugas yang baik” (Donabedian, 1980).

Atribut kedua dari penilaian mutu pelayanan yaitu proses yang mengacu pada kegiatan pelayanan (Donabedian, 1982). Proses merupakan “objek utama menilai mutu yang berhubungan antara karakteristik pelayanan kesehatan dan konsekuensinya terhadap kesehatan dan kesejahteraan individu dan masyarakat sesuai dengan nilai yang berlaku di masyarakat” (Donabedian, 1980:79). Mutu proses pelayanan didefinisikan “sebagai perilaku normatif berdasarkan ilmu kedokteran dan nilai-nilai etika masyarakat. Dimana nilai-nilai dan etika sosial yang bersangkutan sangat penting untuk mencapai hasil pelayanan” (Donabedian, 1980). Penilaian mutu proses dapat dilakukan melalui pengamatan langsung atau dari informasi rekam medis, yang memungkinkan untuk melihat kembali kelebihan atau kelemahan yang mungkin terjadi.

Proses pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua komponen utama, yaitu “pelayanan teknis dan pengelolaan hubungan interpersonal antara petugas kesehatan dan klien” (Donabedian, 1982). Pelayanan teknis adalah aplikasi dari ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, dan ilmu-ilmu kesehatan lainnya, dengan penatalaksanaan masalah kesehatan perorangan. Pelayanan interpersonal adalah penatalaksanaan interaksi sosial dan psikologi antara klien dan praktisi. Pelayanan teknis dan interpersonal saling terkait dan tak terpisahkan dimana hubungan interpersonal dapat mempengaruhi sifat dan keberhasilan manajemen teknis. Demikian pula, sifat dari prosedur teknis yang digunakan dan tingkat keberhasilannya akan mempengaruhi hubungan interpersonal.

Perawatan medis yang baik terbatas pada praktek kedokteran yang rasional berdasarkan ilmu kedokteran, menekankan pencegahan, membutuhkan kerjasama yang baik antara masyarakat dan petugas kesehatan, memperlakukan individu secara utuh, mempertahankan hubungan pribadi yang akrab dan berkesinambungan antara dokter dan pasien, dikoordinasikan dengan pekerjaan kesejahteraan social, mengkoordinasikan dengan semua jenis pelayanan kesehatan, dan penerapan semua layanan yang diperlukan dalam pengobatan modern sesuai dengan kebutuhan semua orang. (Lee dan Jones 1933) dalam (Donabedian, 1980). Sedangkan atribut ketiga dari penilaian mutu pelayanan yaitu *Outcome*, outcome pelayanan kesehatan disini adalah “konsekuensi (dampak) kesehatan yang diperoleh setelah memperoleh pelayan kesehatan” (Donabedian, 1982), yakni “terjadi perubahan status kesehatan pasien (mencakup perbaikan fungsi sosial dan psikologis), dan mencakup sikap pasien setelah memperoleh pelayanan kesehatan (termasuk kualitas pelayanan, pengetahuan yang terkait dengan kesehatan, dan perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan)” (Donabedian, 1980). *Outcome* pelayanan kesehatan dapat sebagai komponen kesehatan saat ini dan kontribusi untuk kesehatan masa depan. Menurut Wijono (2000:39) bahwa *outcome* adalah “hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan yang terdiri atas *outcome* jangka pendek dan *outcome* jangka panjang”, dimana: *Outcome* jangka pendek adalah hasil dari segala sesuatu tindakan tertentu atau prosedur tertentu. *Outcome* jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien. Dapat dikatakan



bahwa *outcome* adalah petunjuk aktif tidaknya proses. Bagi tenaga kesehatan profesional, *outcome* berkaitan erat dengan tanggung jawab profesi. Status kesehatan fungsional secara teoritis dapat didefinisikan sebagai “kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan kehidupan sehari-hari secara mandiri tanpa mengalami kesulitan dan ketidaknyamanan yang semestinya” (Bastable, 2002).

Menurut Assaf (2009) bahwa *outcome* adalah: Hasil dan *output* yang diinginkan dari proses layanan, misalnya, angka kesakitan dan kematian, serta kualitas pelayanan pasien. Kualitas *outcome* meliputi hasil dari suatu sistem, contohnya: angka infeksi di rumah sakit, angka kesakitan dan kematian, serta kualitas pelayanan pasien dan pegawai. Jadi *Outcome* dapat diartikan sebagai hasil akhir yang dapat dianalisis sebagai gambaran keseluruhan, yaitu pasien dan lingkungannya. Apabila berpedoman pada *output*, maka hasil dari pelayanan adalah kuantitas layanan yang diberikan seperti capaian jumlah kunjungan, jumlah bayi yang diimunisasi, dan banyaknya jumlah pemakaian tempat tidur. Apabila berpedoman pada *outcome*, maka hasil dari pelayanan kesehatan adalah kualitas layanan yang diberikan seperti kualitas layanan, angka kesakitan dan kematian menurun.

Mengidentifikasi mutu pelayanan mengacu pada pemusatan kriteria dan standar yang akan digunakan untuk menilai kualitas yang dapat diterjemahkan dari konsep ke dalam operasional” (Donabedian, 1982). Klasifikasi yang cermat dan deskripsi yang tepat akan memberikan kontribusi dalam memahami sifat dasar kriteria dan membantu mengidentifikasi

beberapa kriteria yang dapat dinilai. “yang pertama kita lakukan adalah bagaimana mencapai kesepakatan mengenai penamaan (*nomenklatur*) terhadap fenomena yang menjadi objek penilaian” (Donabedian, 1982).

Elemen dasar dari sebuah *nomenklatur* adalah melakukan langkah-langkah sebagai asumsi bahwa kita telah menyepakati tata cara, seberapa sering kriteria muncul, dapat didefinisikan, dapat diukur, lebih spesifik dan relevan dengan definisi kualitas pelayanan yang diharapkan sebagai sarana untuk penilaiannya. Selain itu, dimungkinkan untuk menggunakan ukuran *numeric* dari kuantitas layanan. Misalnya, pengambilan hasil pengukuran tekanan darah merupakan elemen dari proses pelayanan. Istilah kriteria dan standar sebagaimana yang dikemukakan oleh Donabedian (1982:8-9), bahwa: Kriteria adalah kriteria pelayanan kesehatan yang telah ditentukan elemennya terhadap aspek- aspek kualitas pelayanan kesehatan yang dapat dibandingkan. Aspek- aspek tersebut dikembangkan oleh para profesional yang mengacu pada literature dan keahlian. Sedangkan standar profesional dikembangkan dari berbagai variasi yang dapat diterima dari norma atau kriteria.

Menurut Wijono (2000) bahwa “semakin patuh semua tenaga kesehatan profesional kepada standar yang baik yang diakui oleh masing-masing profesi, akan semakin tinggi pula mutu pelayanan terhadap pasien”. Untuk mengembangkan standar dan mutu pelayanan, berbagai jenis pelatihan perlu dilaksanakan secara rutin sebagai bentuk peningkatan kapasitas organisasi. Tujuan agar standar mutu pelayanan kesehatan dapat dirumuskan dan dituangkan ke dalam *Standard Operating Prosedure (SOP)*.

Penilaian mutu dinyatakan sebagai kualitas pelayanan atau ketidakpuasan yang merupakan “unsur kesehatan psikologis sebagai pencapaian maksimum dari tujuan dan hasil pelayanan” (Donabedian, 1982:25-26) Kualitas pelayanan klien sangat penting sebagai ukuran mutu pelayanan karena memberikan informasi tentang keberhasilan penyedia layanan terhadap nilai-nilai dan harapan yang merupakan kewenangan tertinggi dari klien yang dapat menunjukkan pelayanan tersebut baik. Kualitas pelayanan dapat merupakan sebuah kesimpulan tentang subjektif dan penilaian klien dalam merepresentasikan kualitas pelayanan secara keseluruhan. Misalnya, klien yang puas lebih mungkin untuk bekerjasama secara efektif dengan petugas kesehatan untuk menerima dan mematuhi anjuran. Kualitas pelayanan mempengaruhi akses, karena klien puas dianggap lebih mungkin untuk mencapai pelayanan kesehatan yang sama.

Kualitas pelayanan adalah perbedaan antara persepsi dan pengalaman dari konsumen, yang menyatakan dugaan dari kualitas pelayanan Parasuraman dalam Nawangsari (2012). Kualitas pelayanan pelanggan adalah hal pokok di dalam pembahasan tentang kualitas pelayanan, dimana kualitas pelayanan pelanggan dilihat sebagai fungsi dari *perceived quality* (kualitas yang dirasakan), atau sebaliknya, *perceived quality* merupakan fungsi dari kualitas pelayanan pelanggan.

## 2. Kriteria Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kriteria kualitas jasa pelayanan kesehatan akan sangat ditentukan apabila kebutuhan atau ekspektasi para pengguna jasa bisa terpenuhi atau tepat waktu. Untuk itu, para penyedia jasa pelayanan kesehatan harus mampu memenuhi harapan pengguna jasa. Dua hal yang mempengaruhi kriteria kualitas jasa adalah *expected services* dan *perceived services*. Menurut Gronroos dalam Irawan (2000) faktor lain yang juga digunakan oleh konsumen untuk mengukur kriteria kualitas jasa adalah *outcome*, *process*, dan *image* dari jasa tersebut. Menurut Gronroos dalam Muninjaya (2011) ketiga kriteria tersebut dijabarkan menjadi enam unsur

### 1) *Professionalism and skills*

Di bidang pelayanan kesehatan, kriteria ini berhubungan dengan *outcome* yaitu tingkat kesembuhan pasien. Pelanggan menyadari bahwa jasa pelayanan kesehatan dihasilkan oleh SDM yang memiliki pengetahuan dan keterampilan profesional yang berbeda.

### 2) *Attitudes and behavior*

Kriteria sikap dan perilaku staf akan berhubungan dengan proses pelayanan.

### 3) *Accessibility and flexibility*

Kriteria penilaian ini berhubungan dengan institusi penyedia pelayanan jasa, lokasi, jam kerja, dan sistemnya dirancang dengan baik untuk memudahkan para pengguna mengakses pelayanan.

#### 4) *Reability and trustworthiness*

Kriteria penilaian ini juga berhubungan dengan proses pelayanan. Pengguna jasa pelayanan kesehatan memilih jasa pelayanan yang ditawarkan oleh dokter setelah memahami risiko yang mereka hadapi.

#### 5) *Recovery*

Kriteria penilaian ini juga berhubungan dengan proses pelayanan. Penyedia jasa pelayanan melakukan perbaikan (*recovery*) terhadap mutu pelayanan yang ditawarkan kepada publik untuk mengurangi risiko medis yang akan diterima pasien.

#### 6) *Reputation and credibility*

Kriteria ini berhubungan dengan *image*. Kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan terbukti dari reputasi pelayanan yang sudah ditunjukkan selama ini oleh institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan ini.

Ada beberapa model yang digunakan untuk mengevaluasi kualitas layanan, diantaranya adalah *Garvin's Dimensions*, *Evan & Lindsay Dimensions*, *Parasuraman et al SerQual Dimensions*, *Coddington's Dimensions* dan Indeks Kualitas pelayanan Masyarakat (IKM).

#### Kriteria Pelayanan Menurut Gaspersz

Kriteria pelayanan yang diinginkan pelanggan menurut Gaspersz (2003) yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas jasa, guna

mencapai tingkat kualitas pelayanan yang optimal perlu diperhatikan faktor-faktor atau atribut layanan seperti diutarakan oleh diantaranya :

- a. Ketepatan dalam pelayanan
- b. Akurasi pelayanan,
- c. Kesopanan dan keramah-tamahan dalam memberikan layanan,
- d. Tanggung jawab,
- e. Kelengkapan,
- f. Kemudahan mendapatkan layanan,
- g. Variasi model layanan
- h. Pelayanan pribadi,
- i. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan,
- j. Atribut pendukung pelayanan lainnya,.

Ketepatan dalam pelayanan disini perlu diperhatikan dan digaris bawahi sehubungan dengan lamanya waktu tunggu dan waktu proses, juga ketentuan jam pelayanan jam pembukaan dan penutupan loket layanan. Dalam penanganan pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving is Life Saving* artinya bahwa semua tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif serta efisien. Hal ini dikarenakan bahwa pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal (Surtiningsih dkk, 2016).

Akurasi pelayanan yang dimaksud adalah perlu dipastikan reliabilitas pelayanan dan harus diusahakan bebas dari kesalahan-

kelasalahan. Akurasi pelyanan berhubungan dengan salah satu dimensi kualitas menurut KEMENPAN Nomor 25 Tahun 2004 yaitu kemampuan petugas pelayanan yang merupakan tingkat keahlian dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat.

Menurut Gronroos (Muninjaya, 2011) di bidang pelayanan kesehatan, profesionalisme dan skill berhubungan dengan outcome yaitu tingkat kesembuhan pasien. Pelanggan menyadari bahwa jasa pelayanan kesehatan dihasilkan oleh SDM yang memiliki pengetahuan dan keterampilan professional yang berbeda. Institusi penyedia pelayanan kesehatan harus menjamin reputasi dokter dan petugas kesehatan lainnya yang bekerja padainstitusi pelayanan kesehatan tersebut. Dokter dan petugas kesehatan menjadi faktor produksi utama yang akan menentukan hasil (*outcome*) pelayanan kesehatan, termasuk yang akan menjamin tingkat kualitas pelayanan para penggunanya.

Dalam hal kesopanan dan ramah tamah terutama terhadappelanggan eksternal, hal ini banyak diperankan oleh mereka yang berada di *front line* juga termasuk petugas keamanan ataupun operator lift. Berdasarkan KQCAH (*Key Quality Characteristics Assesment for Hospitals*) salah satu dimensinya yaitu *Respect and Caring*, merupakan perilaku dan tindakan pemberi pelayanan (*provider*) dalam menyediakan dan memberikan pelayanan atau perawatan kepada pasien dengan penuh rasa hormat dan sopan untuk memenuhi hak pasien sebagai manusia. Tanggung jawab dapat

di atasi dengan penanganan komplain atau keluhan dari pelanggan. Tanggung jawab menurut KEMENPAN Nomor 25 Tahun 2004 adalah tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan kesehatan.

Adapun kelengkapan menyangkut ketersediaan ruang pelayanan, sarana pendukung serta komplementer layanan lainnya. Karena sifat produk jasa tidak bisa dilihat, dipegang, ataupun dirasakan, perlu ada ukuran lain yang bisa dirasakan lebih nyata oleh para pengguna pelayanan menurut Pasuraman dkk (Aritonang, 2005) dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai mutu jasa pelayanan kesehatan juga dapat dirasakan secara langsung oleh para penggunanya.

Dapat disimpulkan bahwa kualitas mutu pelayanan didasarkan pada sejauh mana kebutuhan pasien telah tercapai. Namun demikian, “apabila organisasi ingin bertahan hidup dan tumbuh, juga harus melayani kepentingan petugasnya sehingga petugas kesehatan menjadi kriteria kualitas dan fungsi organisasi pelayanan kesehatan”. (Freeborn dan Greenlick (1973) dalam Donabedian, (1980:26).

### **3. Dimensi Kualitas Pelayanan Kesehatan**

#### **a. Dimensi kualitas pelayanan menurut Garvin**

Menurut Garvin ada 8 dimensi kualitas dalam Tjiptono (2008:68).Dimensi-dimensi tersebut adalah :



1. Kinerja (*performance*), karakteristik pokok dari produk inti.
2. Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), yaitu karakteristik sekunder atau pelengkap.
3. Kehandalan (*realibility*), yaitu kemungkinan kecil akan mengalami kerusakan atau gagal dipakai.
4. Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specifications*), yaitu sejauh mana karakteristik desain dan operasi memenuhi standar - standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
5. Daya tahan (*durability*), berkaitan dengan berapa lama produk tersebut dapat terus digunakan.
6. *Serviceability*, meliputi kecepatan, kompetensi, kenyamanan, mudah diperbaiki, penanganan keluhan yang memuaskan.
7. Estetika (*aesthetics*), yaitu daya tarik produk terhadap panca indra.
8. Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), yaitu citra dan reputasi produk atau jasa serta tanggung jawab perusahaan terhadapnya.

Sehingga dimensi kualitas pelayanan menurut Garvin digunakan untuk meninjau mengenai penilaian tingkat baik atau buruknya suatu produk yang dihasilkan apakah sesuai dengan spesifikasi yang telah ditentukan ataupun kesesuaiannya terhadap kebutuhan. Adapun pendapat lain mengenai dimensi pelayanan kesehatan menurut Evans dan Lindsay yang ditinjau berdasarkan hubungannya dengan produk,

jasa, manusia, proses dan lingkungan apakah memenuhi atau melebihi harapan.

b. Dimensi kualitas pelayanan kesehatan menurut Lindsay

Kualitas menurut Evans dan Lindsay dalam Prasetyo (2012) dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, yaitu :

1. Jika dilihat dari segi konsumen, maka kualitas pelayanan selalu dihubungkan dengan sesuatu yang baik atau prima (*excellent*)
2. Jika kualitas pelayanan yang dipandang dari sudut "*product based*", maka kualitas pelayanan dapat didefinisikan sebagai suatu fungsi yang spesifik, dengan variabel pengukuran yang berbeda-beda dalam memberikan penilaian kualitas sesuai dengan karakteristik produk yang bersangkutan
3. Jika dilihat dari sudut "*user based*", maka kualitas pelayanan adalah sesuatu yang diinginkan oleh pelanggan tahu tingkat kesesuaian dengan keinginan pelanggan.
4. Jika dilihat dari "*value based*", maka kualitas pelayanan merupakan keterkaitan antara keagungan atau kualitas pelayanan dengan harga.

Sedangkan konsep kualitas pelayanan tentang mutu, memuaskan atau tidak memuaskan suatu layanan dikemukakan oleh Parasuraman. Kualitas layanan tersebut terdiri dari daya tanggap, jaminan, bukti fisik, empati, dan kehandalan.

c. Dimensi pelayanan menurut Parasuraman

Pasuraman et al menganalisis dimensi kualitas jasa berdasarkan lima aspek komponen mutu. Kelima komponen mutu pelayanan dikenal dengan nama *ServQual*. Kelima dimensi mutu menurut Pasuraman dkk (Aritonang, 2005), meliputi :

1. *Responsiveness* (cepat tanggap)

Dimensi ini dimasukkan ke dalam kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan. Dimensi ini merupakan penilaian mutu pelayanan yang paling dinamis. Harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan cenderung meningkat dari waktu ke waktu sejalan dengan kemajuan teknologi dan informasi kesehatan yang dimiliki oleh pelanggan. Nilai waktu bagi pelanggan menjadi semakin mahal karena masyarakat merasa kegiatan ekonominya semakin meningkat.

2. *Reability*

Kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditawarkan. Untuk meningkatkan *reability* di bidang pelayanan kesehatan, pihak manajemen puncak perlu membangun budaya kerja bermutu yaitu budaya tidak ada kesalahan atau *corporate of no mistake* yang diterapkan mulai dari pimpinan puncak sampai ke *front line staff* (yang langsung berhubungan dengan pasien).

### 3. *Assurance*

Kriteria ini berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan, dan sifat petugas yang dapat dipercaya oleh pelanggan. Pemenuhan terhadap kriteria pelayanan ini akan mengakibatkan pengguna jasa merasa terbebas dari risiko. Berdasarkan riset, dimensi ini meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan.

### 4. *Emphaty*

Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.

### 5. *Tangible*

Mutu jasa pelayanan kesehatan juga dapat dirasakan secara langsung oleh para penggunanya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai. Para penyedia pelayanan kesehatan akan mampu bekerja secara optimal sesuai dengan keterampilan masing-masing. Karena sifat produk jasa tidak bisa dilihat, dipegang, ataupun dirasakan, perlu ada ukuran lain yang bisa dirasakan lebih nyata oleh para pengguna pelayanan.

Konsep kualitas layanan dikatakan bermutu apabila pelayanan yang diharapkan lebih kecil daripada pelayanan yang dirasakan (bermutu). Dikatakan konsep kualitas layanan

memenuhi harapan, apabila pelayanan yang diharapkan sama dengan yang dirasakan (memuaskan).

Sedangkan untuk mengukur tentang kualitas pelayanan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif/kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya dapat digunakan indeks kualitas pelayanan masyarakat.

#### **4. Kategori kualitas pelayanan**

Menurut Johnston dan Silvestro dalam Tjiptono dan Chandra (2016) dimensi kualitas jasa dikelompokkan ke dalam tiga kategori:

1. Hygienic factors, yakni atribut jasa yang mutlak dibutuhkan demi terciptanya persepsi kualitas jasa yang bagus/positif. Ketidadaan atau ketidaktepatan penyampaian faktor ini akan menimbulkan persepsi negatif terhadap kualitas jasa. Akan tetapi, apabila faktor ini ditingkatkan terus, akan memberikan dampak positif signifikan terhadap persepsi kualitas.
2. Quality-enhancing factors, yakni atribut-atribut jasa yang apabila ditingkatkan kinerjanya tinggi akan berdampak positif pada persepsi kualitas, namun bila kinerjanya sudah mencapai titik terendah, tidak ada dampak negatif signifikan.

3. Dual-threshold factors, yaitu atribut-atribut jasa yang bila tidak ada atau tidak tepat penyampaianannya akan membuat pelanggan mempersepsikan kualitas jasa secara negatif, namun bila penyampaianannya mencapai tingkat tertentu yang bisa diterima, maka akan menyebabkan pelanggan puas dan persepsinya terhadap jasa menjadi positif.

## **5. Cara Mengukur Kualitas Layanan**

Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 25 Tahun 2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kualitas pelayanan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi untuk dasar pengukuran kualitas layanan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan
2. Persyaratan pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan jenis pelayanannya.
3. Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan, serta kewenangan dan tanggung jawabnya)
4. Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku

5. Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan
6. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan atau menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat
7. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan yang diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan
8. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani
9. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati
10. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan unit pelayanan.
11. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan
12. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan
13. Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan
14. Keamanan pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan

unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan

Sistem kualitas yang berorientasi pada pelanggan merupakan salah satu cara mengukur dari kualitas modern. Pelangganlah yang menentukan tolak ukur kualitas pelayanan tersebut. Perusahaan berusaha sebaik mungkin untuk membuat barang yang dapat memenuhi kebutuhan pelanggan dan melampaui batas kualitas pelayanan yang dimiliki oleh pelanggan. Menurut Gaspersz. Pelanggan sebagaimana disebutkan oleh Gaspersz (2003) memberikan beberapa definisi tentang pelanggan yaitu :

1. Pelanggan adalah orang yang tidak tergantung kepada perusahaan, tetapi perusahaan yang tergantung kepadanya.
2. Pelanggan adalah orang yang membawa perusahaan kepada keinginannya.
3. Tidak ada seorangpun yang pernah menang beradu argumentasi dengan pelanggan.
4. Pelanggan adalah orang yang teramat penting dan harus dipuaskan.

Pemenuhan kebutuhan pelanggan dirasakan melalui desain produk. Kualitas adalah totalitas dari pengukuran suatu produk baik secara konvensional (karakteristik dari suatu produk) maupun secara strategis (sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan). Produk yang diinginkan oleh pelanggan seperti diutarakan oleh Gaspersz (2003)



1. Lebih cepat (faster), biasanya berkaitan dengan dimensi waktu yang menggambarkan kecepatan dan kemudahan atau kenyamanan untuk memperoleh produk itu; pada umumnya menginginkan produk yang memiliki karakteristik lebih cepat (faster), lebih murah (cheaper) dan lebih baik (better). Dalam hal ini terdapat tiga dimensi yang perlu diperhatikan yaitu dimensi waktu, dimensi biaya dan dimensi kualitas.
2. Lebih murah (cheaper) biasanya berkaitan dengan dimensi biaya yang menggambarkan harga atau ongkos dari suatu produk yang harus dibayarkan oleh pelanggan; dan
3. Lebih baik (better) berkaitan dengan dimensi kualitas produk yang paling sulit digambarkan secara tepat.

#### **6. Instalasi Gawat Darurat**

Instalasi Gawat Darurat Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit Rumah Sakit yang memberikan perawatan pertama kepada pasien. Unit ini dipimpin oleh seorang dokter jaga dengan tenaga dokter ahli dan berpengalaman dalam menangani PGD (Pelayanan Gawat Darurat), yang kemudian bila dibutuhkan akan merujuk pasien kepada dokter spesialis tertentu.

Upaya pelayanan kesehatan pada penderita gawat darurat pada dasarnya mencakup suatu rangkaian kegiatan yang harus dikembangkan sedemikian rupa sehingga mampu mencegah kematian dan cacat yang

mungkin terjadi. Menurut Azwar (1994) yang dimaksud dengan Instalasi Gawat Darurat adalah salah satu unit di rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan penderita gawat darurat yang perlu diorganisir Instalasi Gawat Darurat yang merupakan suatu bentuk penanganan kegawatdaruratan memiliki berbagai macam kegiatan. Menurut Flynn dalam Azrul (1997) kegiatan IGD secara umum dapat dibedakan sebagai berikut:

- a. Menyelenggarakan pelayanan gawat darurat. Kegiatan utama yang menjadi tanggung jawab IGD adalah menyelenggarakan pelayanan gawat darurat. Sayangnya jenis pelayanan kedokteran yang bersifat khas sering disalah gunakan. Pelayanan gawat darurat yang sebenarnya bertujuan untuk menyelamatkan kehidupan penderita (*live saving*), sering dimanfaatkan hanya untuk memperoleh pelayanan pertolongan pertama (*first aid*) dan bahkan pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*)
- b. Menyelenggarakan pelayanan penyaringan untuk kasus-kasus yang membutuhkan pelayanan rawat inap intensif. Kegiatan kedua yang menjadi tanggung jawab UGD adalah menyelenggarakan pelayanan penyaringan untuk kasus-kasus yang membutuhkan pelayanan intensif. Pada dasarnya pelayanan ini merupakan lanjutan dari pelayanan gawat darurat, yakni dengan merujuk kasus-kasus gawat darurat yang dinilai berat untuk memperoleh pelayanan rawat inap intensif.

- c. Menyelenggarakan pelayanan informasi medis darurat. Kegiatan ketiga yang menjadi tanggung jawab UGD adalah menyelenggarakan informasi medis darurat dalam bentuk menampung serta menjawab semua pertanyaan anggota masyarakat yang ada hubungannya dengan keadaan medis darurat (*emergency medical questions*).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Instalasi Gawat Darurat adalah tempat dimana tenaga kesehatan menangani pasien dalam kondisi gawat (mengancam nyawa atau fungsi organ) dan darurat (terjadi secara mendadak atau sewaktu-waktu sehingga urgen). Sehingga Instalasi Gawat Darurat menjadi bagian terdepan dan sangat berperan penting di Rumah Sakit, baik buruknya pelayanan bagian ini akan memberi kesan secara menyeluruh terhadap pelayanan rumah sakit. Untuk menuju pelayanan yang memuaskan dibutuhkan sarana prasarana yang memadai serta sumber daya manusia yang memenuhi syarat, baik dari segi kuantitas maupun kualitas.

Adakalanya pasien untuk menempatkan dirinya dalam keadaan gawat darurat walaupun sebenarnya tidak demikian. Sehubungan dengan hal itu perlu dibedakan antara *false emergency* dengan *true emergency*. Untuk menilai dan menentukan tingkat urgensi masalah kesehatan yang dihadapi pasien diselenggarakanlah triage. Tenaga yang menangani hal tersebut paling ideal adalah dokter, namun jika tenaga terbatas, di

beberapa tempat dikerjakan oleh perawat melalui standing order yang disusun rumah sakit.

Dalam hal kegawatdaruratan pasien yang datang ke IGD akan dilayani sesuai urutan prioritas yang ditunjukkan dengan labelisasi warna, yaitu (Puspitasari dan Masruroh, 2015) :

- a. Biru : Gawat darurat, resusitasi segera yaitu untuk penderita sangat gawat/ancaman nyawa. Henti jantung yang kritis, henti nafas yang kritis, trauma kepala yang kritis, perdarahan yang kritis
- b. Merah : Gawat darurat, harus MRS yaitu untuk penderita gawat darurat (kondisi stabil/tidak membahayakan nyawa). Sumbatan jalan nafas atau distress nafas, luka tusuk, penurunan tekanan darah, perdarahan pembuluh nadi, problem kejiwaan, luka bakar derajat II >25 % tidak mengenai dada dan muka, diare dengan dehidrasi, patah tulang
- c. Kuning : Gawat darurat, bisa MRS /Rawat jalan yaitu untuk penderita darurat, tetapi tidak gawat. Lecet luas, diare non dehidrasi, luka bakar derajat I dan derajat II > 20 %
- d. Hijau : Gawat tidak darurat, dengan penanganan bisa rawat jalan yaitu untuk bukan penderita gawat. Gegar otak ringan, luka bakar derajat
- e. Hitam : Meninggal dunia

Fasilitas yang disediakan di instalasi / unit gawat darurat harus menjamin efektivitas dan efisiensi bagi pelayanan gawat darurat dalam waktu 24 jam, 7 hari seminggu secara terus menerus. Untuk menjamin

kelancaran pelayanan, dibutuhkan sarana fisik yang memadai. Adapun persyaratan sarana fisik menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856 tahun 2009 :

1. Luas bangunan IGD disesuaikan dengan beban kerja RS dengan memperhitungkan kemungkinan penanganan korban massal / bencana.
2. Lokasi gedung harus berada dibagian depan RS, mudah dijangkau oleh masyarakat dengan tanda-tanda yang jelas dari dalam dan luar Rumah Sakit.
3. Harus mempunyai pintu masuk dan keluar yang berbeda dengan pintu utama (alur masuk kendaraan/pasien tidak sama dengan alur keluar) kecuali pada klasifikasi IGD level I dan II.
4. Ambulans/kendaraan yang membawa pasien harus dapat sampai di depan pintu yang areanya terlindung dari panas dan hujan (catatan: untuk lantai IGD yang tidak sama tinggi dengan jalan ambulans harus membuat ramp).
5. Pintu IGD harus dapat dilalui oleh brankar.
6. Memiliki area khusus parkir ambulans yang bisa menampung lebih dari 2 ambulans (sesuai dengan beban RS)
7. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar dan tidak ada “cross infection” , dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan RS, mudah dibersihkan dan memudahkan kontrol kegiatan oleh perawat kepala jaga.

8. Area dekontaminasi ditempatkan di depan/diluar IGD atau terpisah dengan IGD.
9. Ruang triase harus dapat memuat minimal 2 (dua) brankar.
10. Mempunyai ruang tunggu untuk keluarga pasien.
11. Apotik 24 jam tersedia dekat IGD.
12. Memiliki ruang untuk istirahat petugas (dokter dan perawat)

Selain sarana dan fisik ketersediaan tenaga kesehatan dalam jumlah memadai adalah syarat yang harus dipenuhi oleh IGD. Selain dokter jaga yang siap di IGD, rumah sakit juga harus menyiapkan spesialis lain (bedah, penyakit dalam, anak, dll) untuk memberikan dukungan tindakan medis spesialis bagi pasien yang memerlukannya. Dokter spesialis yang bertugas harus siap dan bersedia menerima rujukan dan IGD. Jika dokter spesialis tidak memenuhi kewajibannya, maka tanggung jawab terletak pada dokter itu dan juga rumah sakit karena tidak mampu mendisiplinkan dokternya. Klasifikasi unit pelayanan gawat darurat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856 tahun 2009 prinsip terdiri dari :

- a. Unit pelayanan Gawat Darurat Kelas IV Yaitu memiliki dokter subspecialis yang siap dipanggil (*on-call*), beberapa dokter spesialis yang selalu siap di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap ditempat 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan *General Emergency Life Support (GELS)* dengan kemampuan memberikan resusitasi dan stabilisasi *airways*,

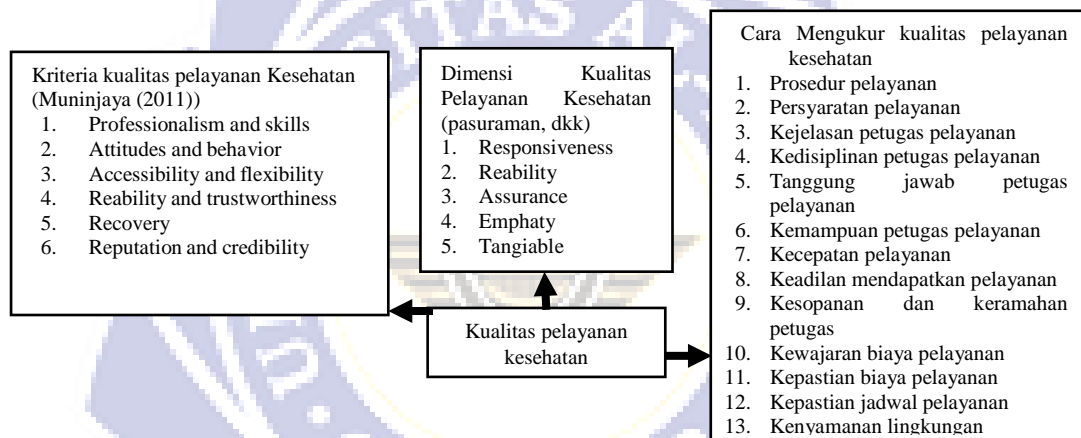
*breathing, circulation*, serta terapi definitif. Serta memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siap dalam 24 jam

- b. Unit pelayanan gawat darurat kelas III Memiliki dokter spesialis empat besar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan) yang siaga di tempat (*on-site*) dalam 24 jam, dokter umum siaga ditempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi medic untuk pelayanan *GELS* dan mampu memberikan resusitasi dan stabilisasi serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam
- c. Unit pelayanan gawat darurat kelas II Memiliki dokter spesialis empat besar yang siap panggil (*on-call*), dokter umum yang siaga di tempat dalam 24 jam yang memberikan kualifikasi pelayanan *GELS* dan mampu memberikan resusitasi dan stabilisasi untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam
- d. Unit pelayanan gawat darurat kelas I Memiliki dokter umum di tempat 24 jam yang memiliki kualifikasi *GELS* dan mampu memberikan resusitasi dan stabilisasi untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi.

## B. Kerangka Teori

Secara Umum Kerangka teori merupakan ringkasan teori yang telah dikembangkan dalam rangka memberikan jawaban terhadap pendekatan pemecahan masalah yang mengandung variabel yang diteliti berdasarkan pembahasan teori yang disajikan dalam bentuk diagram. Untuk menilai kualitas pelayanan Kesehatan di unit IGD Rumah Sakit Umum Santa Maria Cilacap.

**gambar 2. 1** Kerangka Teori



Sumber : Muninjaya (2011); pasuraman, dkk