

ANALISIS PENYEBAB PENURUNAN KUNJUNGAN PASIEN BERDASARKAN MODEL *SERVICE QUALITY GAPS*

CAUSE ANALYSIS OF OUTPATIENT VISITS DECREASING BASED ON *SERVICE QUALITY GAPS* MODEL

Christine Natalia Halim, Ratna Dwi Wulandari

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

E-mail: tine.radikal@yahoo.co.id

ABSTRACT

In healthcare services, gap between quality service by provider and the expectation of consumer are frequently found. This research was aimed to analyze why the number of outpatient visit in Usada Hospital Sidoarjo gradually decreased. This research identified 7 kind of gap using service quality gaps model. This was cross-sectional study with descriptive approach. Interview using questionnaire had done to 100 outpatient, 13 management official, and 18 Usada hospital's employees. The expected service, perceived service, external communication to consumer, service delivery, service quality specification, management perceptions of consumer expectations, and employee perceptions of consumer expectation were measured using service quality Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals (KQCAH) scale. The research showed that the only gap which has the positive value was gap 3. This means that the service provided by the hospital was still not fulfilled the patient expectation. By improve the employee commitment, hold marketing research, and upgrade the task standardization for quality improvement goal, hospital can increase the number of patient visit.

Keywords: gap, service quality, outpatient

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan suatu industri jasa yang padat karya, modal dan teknologi. Fokus rumah sakit yaitu memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien sesuai dengan standar yang ada, sehingga setiap rumah sakit perlu berusaha menjaga serta meningkatkan mutu pelayanannya. Mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting. Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan, dapat menggunakan konsep *service quality*. Inti dari *service quality* yaitu memberikan kepuasan kepada *customer*, baik itu kualitas pelayanan maupun kualitas produk. Semuanya dapat tercapai apabila proses, sistem dan manusia saling terintegrasi satu sama lain.

Rumah Sakit Usada selama ini mengalami penurunan jumlah kunjungan pasien rawat jalan. Penurunan jumlah kunjungan ini dapat disebabkan karena adanya *gap* kualitas pelayanan kesehatan

yang diharapkan oleh pasien dengan yang disediakan oleh rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab penurunan kunjungan pasien di Instalasi Rawat Jalan RS Usada Sidoarjo. Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk perencanaan dan evaluasi dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.

PUSTAKA

Kualitas Jasa

Kualitas jasa adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Dengan kata lain, ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas jasa, yaitu *expected service* dan *perceived service* (Parasuraman, et al., 1985). Apabila jasa yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan,

maka kualitas jasa dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika jasa yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya, jika jasa yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan buruk. Dengan demikian, baik tidaknya kualitas jasa tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten.

Harapan konsumen terhadap terhadap layanan yang dijelaskan kedalam lima dimensi kualitas layanan harus bisa dipahami oleh *provider* (penyedia layanan) dan diupayakan untuk bisa diwujudkan. Tentu hal ini merupakan tugas berat bagi *provider*, sehingga dalam kenyataannya sering muncul keluhan dari konsumen karena layanan yang diterima tidak sesuai dengan layanan yang mereka harapkan. Hal inilah yang disebut dengan *gap* (kesenjangan). Ada tujuh *gap* (kesenjangan) besar dalam konsep kualitas pelayanan, model *service quality gaps* berasal dari Parasuraman, et al (1985), kemudian model tersebut dikembangkan oleh ASI *Quality Systems* (1992); Curry (1999); dan Luk dan Layton (2002).

Menurut Tjiptono (2008) dijelaskan bahwa *gap* (kesenjangan) yang biasanya terjadi dan berpengaruh terhadap kualitas layanan meliputi

Gap 1, antara harapan konsumen dengan persepsi manajemen, yang disebabkan oleh kesalahan manajemen dalam memahami harapan konsumen. Menurut Tjiptono (2008) faktor penyebab terjadinya *gap 1*, yaitu (a) Riset pemasaran yang tidak tepat;

(b) Hubungan yang kurang baik antara manajemen dengan konsumen; (c) Jenjang antara kontak personal dan manajemen.

Gap 2, antara persepsi manajemen atas harapan konsumen dengan spesifikasi kualitas layanan, yang disebabkan oleh kesalahan manajemen dalam menerjemahkan harapan konsumen ke dalam tolok ukur atau standar kualitas pelayanan. Menurut Tjiptono (2008) faktor penyebab terjadinya *gap 2*, yaitu (a) Kurangnya komitmen manajemen pada kualitas pelayanan; (b) Persepsi ketidakmampuan manajemen; (c) Kurangnya penetapan standar; (d) Tidak adanya penetapan tujuan.

Gap 3, antara spesifikasi kualitas layanan dengan layanan yang diberikan, yang disebabkan oleh ketidakmampuan sumber daya manusia (SDM) *provider* dalam memenuhi standar kualitas layanan yang telah ditetapkan. Menurut Tjiptono (2008) faktor penyebab terjadinya *gap 3*, yaitu (a) Kebimbangan peran karyawan; (b) Terjadinya konflik peran; (c) Ketidakcocokan antara karyawan dengan pekerjaannya; (d) Ketidaksihonestan teknologi dengan pekerjaan; (e) Pengawasan sistem kontrol yang tidak sesuai; (f) Kurangnya kerja sama tim.

Gap 4, antara layanan yang diberikan dengan komunikasi eksternal kepada konsumen, hal tersebut disebabkan karena ketidakmampuan *provider* untuk memenuhi janji yang telah dikomunikasikan secara eksternal. Menurut Tjiptono (2008) faktor penyebab terjadinya *gap 4*, yaitu (a) Komunikasi horisontal yang tidak memadai; (b) Kecenderungan memberi janji secara berlebihan.

Gap 5, antara harapan konsumen dengan layanan yang diterima (dirasakan) konsumen yang disebabkan tidak terpenuhinya harapan konsumen. Menurut Shahin (2006) *gap 5* merupakan *gap* yang disebabkan oleh *gap 1, 2, 3, 4, 6, dan 7*. *Gap* ini terjadi karena pihak perusahaan tidak dapat memberikan apa yang diinginkan konsumen. Kesenjangan ini dapat pula terjadi karena konsumen mengukur kinerja atau prestasi perusahaan dengan cara yang berbeda serta salah dalam mempersepsikan kualitas jasa tersebut. Perusahaan dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepada konsumen apabila mampu memperbaiki kualitas pelayanan yang diberikan.

Gap 6, menurut Shahin (2006) merupakan *gap* antara harapan pelanggan dan persepsi karyawan, sebagai hasilnya dilihat perbedaan dalam memahami harapan pelanggan dengan *front-line* penyedia layanan.

Gap 7, menurut Shahin (2006) merupakan *gap* antara persepsi karyawan dan persepsi manajemen, sebagai akibat dari perbedaan dalam memahami harapan pelanggan antara manajer dan penyedia layanan.

Dimensi Mutu Pelayanan di Rumah Sakit

Sower *et al* (2001) mengembangkan dimensi KQCAH (*Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals*) *scale* yang dapat digunakan untuk membantu penilaian rumah sakit dalam mengukur kualitas pelayanan kesehatan. KQCAH *scale* dikembangkan berdasarkan sembilan dimensi JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) yang sudah ada yaitu

efficacy, appropriateness, efficiency, respect and caring, safety, continuity, effectiveness, timeliness, dan availability. Namun dimensi kualitas yang dikembangkan Sower, *et al* (2001) berdasarkan dimensi JCAHO, tanpa mengikutkan dimensi *efficacy*. Dimensi KQCAH *scale* dapat digunakan untuk mengukur kepuasan dan persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Dimensi mutu tersebut dijelaskan sebagai berikut

1. *Appropriateness*, dimensi ini merupakan kelayakan suatu rumah sakit yang tampak nyata.
2. *Availability*, dimensi ini dinilai dari ketersediaan perawatan atau pelayanan yang disediakan untuk kebutuhan pasien yang membutuhkannya serta kebutuhan informasi yang diterima pasien.
3. *Continuity*, dimensi ini merupakan keberlanjutan layanan dari waktu ke waktu yang diberikan kepada pasien sehubungan dengan layanan lain.
4. *Effectiveness*, dimensi ini merupakan keberhasilan dari pelayanan atau perawatan tertentu untuk mencapai hasil yang diinginkan pasien.
5. *Efficiency*, dimensi ini merupakan kesinambungan antara hasil perawatan dan sumber daya yang digunakan untuk memberikan perawatan pada pasien.
6. *Respect and Caring*, dimensi ini 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.

7. *Safety*, dimensi ini merupakan keamanan pengobatan dan perawatan dari efek samping, infeksi, cedera atau dampak negatif lainnya.
8. *Timeliness*, dimensi ini merupakan ketepatan waktu petugas kesehatan dalam memberikan perawatan atau pelayanan kepada pasien.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional* dengan rancang bangun *cross sectional*. Penelitian ini bersifat deskriptif yang dilakukan di RS Usada Sidoarjo selama November 2012 - Juli 2013. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien di Instalasi Rawat Jalan RS Usada, seluruh manajemen RS Usada dan seluruh karyawan (dokter dan perawat) RS Usada. Sampel penelitian terdiri dari 100 pasien rawat jalan RS Usada, 13 orang perwakilan manajemen RS Usada, dan 18 karyawan di Instalasi Rawat Jalan RS Usada (12 dokter dan 6 perawat). Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara berdasarkan panduan kuesioner. Analisa data dilakukan dengan cara menghitung hasil *mean* setiap *item* pada kuesioner, membuat tabel gabungan sesuai *gap* yang diteliti serta menghitung nilai *gap* berdasarkan hasil *mean*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Deskripsi Karakteristik Responden

Mayoritas pasien rawat jalan 64% perempuan, 52% berusia ≤ 40 tahun dan 58% bekerja dibidang swasta. Pihak manajemen RS Usada yang menjadi

responden dalam penelitian ini mayoritas berjenis kelamin perempuan sebesar 84,6%, dan umurnya termasuk dalam golongan muda (≤ 40 tahun) sebesar 84,6%. Karyawan RS Usada yang menjadi responden dalam penelitian ini antara yang berjenis kelamin perempuan dengan laki-laki adalah sama besar yaitu 50% dan mayoritas yang berprofesi sebagai dokter sebesar 66,6%.

Pelayanan yang diharapkan Pasien dengan Persepsi Manajemen Atas Harapan Pasien Berdasarkan Dimensi KQCAH Scale

Pelayanan yang diharapkan pasien dengan persepsi manajemen atas harapan pasien tentu saja berbeda. Hasil perhitungan kesenjangan berdasarkan dimensi mutu pelayanan menurut *Key Quality Characteristics Assesment for Hospitals* (KQCAH) *scale* ditunjukkan pada tabel berikut ini.

Tabel 1 Pelayanan yang diharapkan pasien dengan persepsi manajemen atas harapan pasien

N O	DIMENSI	MEAN		GAP 1
		<i>Expected Service</i>	<i>Management Perceptions</i>	
1.	<i>Appropriateness</i>	3,49	3,46	-0,03
2.	<i>Availability</i>	3,66	3,51	-0,15
3.	<i>Continuity</i>	3,50	3,36	-0,14
4.	<i>Effectiveness</i>	3,60	3,43	-0,17
5.	<i>Efficiency</i>	3,50	3,41	-0,09
6.	<i>Respect and caring</i>	3,79	3,28	-0,51
7.	<i>Safety</i>	3,56	3,38	-0,18
8.	<i>Timeliness</i>	3,44	3,28	-0,16
MEAN TOTAL		3,57	3,39	-0,18

Berdasarkan Tabel 1, nilai *gap* negatif terbesar yaitu pada dimensi *respect and caring* (-0,51). Hal ini menunjukkan bahwa harapan pasien terhadap dimensi ini yang tertinggi dibandingkan harapan pasien yang dipersepsikan oleh manajemen. Dimensi *respect and caring* ini terdiri menuntut tenaga kesehatan untuk memberikan perhatian khusus kepada pasien serta menunjukkan kesabaran dan ketanggapan petugas kesehatan. *Mean total gap 1* sebesar -0,18 yang berarti bahwa

harapan pasien jauh lebih tinggi dibandingkan harapan pasien yang dipersepsikan oleh manajemen. Kesenjangan ini karena manajemen tidak selalu benar mempersepsikan keinginan dan harapan klien (Zeithaml dan Parasuraman, 1990). Kesalahan tersebut menurut Tjiptono (2008) disebabkan beberapa faktor antara lain

a. Riset pemasaran yang tidak tepat

Riset pemasaran merupakan kunci utama untuk dapat memahami keinginan pasien. Apabila manajemen tidak melakukan riset pemasaran dan tidak memahami hasil riset pemasaran, maka dapat mengakibatkan kesenjangan semakin besar.

b. Hubungan yang kurang baik antara manajemen dengan pasien.

Kurangnya pihak manajemen dalam berinteraksi langsung dengan pasien, sehingga tidak mengetahui pelayanan yang diharapkan pasien dapat menyebabkan adanya kesenjangan pada *gap* ini.

c. Jenjang antara kontak personal dan manajemen

Jenjang yang terlalu banyak dapat mengakibatkan semakin banyak informasi yang hilang atau bahkan salah menafsirkan antara keinginan pasien dengan pihak manajemen.

Persepsi Manajemen Atas Harapan Pasien dengan Spesifikasi Kualitas Pelayanan Berdasarkan Dimensi KQCAH Scale

Harapan pasien yang dipersepsikan oleh manajemen tentu berkaitan juga dengan spesifikasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh penyedia jasa dalam hal ini adalah rumah sakit. Hasil perhitungan kesenjangan berdasarkan dimensi mutu pelayanan menurut KQCAH *scale* ditunjukkan pada tabel berikut ini.

Tabel 2 Persepsi manajemen atas harapan pasien dengan spesifikasi kualitas pelayanan

NO	DIMENSI	MEAN		GAP 2
		Management Perceptions	Service Quality Specifications	
1.	<i>Appropriateness</i>	3,46	3,00	-0,46
2.	<i>Availability</i>	3,51	3,13	-0,38
3.	<i>Continuity</i>	3,36	3,06	-0,30
4.	<i>Effectiveness</i>	3,43	3,19	-0,24
5.	<i>Efficiency</i>	3,41	3,07	-0,34
6.	<i>Respect and caring</i>	3,28	3,31	0,03
7.	<i>Safety</i>	3,38	3,43	0,05
8.	<i>Timeliness</i>	3,28	2,95	-0,33
MEAN TOTAL		3,39	3,14	-0,25

Berdasarkan tabel 2, nilai *gap* negatif terbesar yaitu pada dimensi *appropriateness* (-0,46). Hal ini terjadi karena persepsi manajemen atas harapan pasien terhadap dimensi *appropriateness* jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan standar kinerja yang ada di RS Usada. Dimensi *appropriateness* ini terdiri dari *item* kebersihan ruang tunggu, kerapian petugas kesehatan dan keberadaan penunjuk arah ruangan.

Hasil *mean* total pada *gap* 2 menunjukkan nilai negatif (-0,25), artinya standar kinerja sudah baik namun masih lebih rendah dibandingkan harapan pasien yang dipersepsikan oleh manajemen RS Usada.

Menurut Zeitham dan Parasuraman (1990), kesenjangan ini terjadi saat bagian bisnis (*strategic bisnis unit*) tidak memiliki standar layanan minimal. Hal ini dapat terjadi karena tidak ada kebijakan untuk layanan prima. Faktor penyebabnya lain menurut Tjiptono (2008) sebagai berikut:

a. Kurangnya komitmen manajemen pada kualitas pelayanan

Tidak adanya kepemimpinan dan komitmen untuk memberikan pelayanan yang berkualitas menyebabkan karyawan yang berhubungan

langsung dengan pelanggan menjadi kehilangan arah.

b. Persepsi ketidakmampuan manajemen

Pihak Manajemen mungkin menganggap tingkat kepentingan dan kebutuhan pasien tersebut belum layak dipenuhi berkaitan dengan kemampuan rumah sakit.

c. Kurangnya penetapan standar

Standarisasi tugas sulit dilakukan karena tidak dilakukan secara rutin oleh pihak penyedia jasa. Tidak dilakukan standarisasi tugas secara rutin menyebabkan adanya *gap* karena kesalahan pihak manajemen dalam menerjemahkan harapan pasien ke dalam standar kinerja.

d. Tidak adanya penetapan tujuan

Tidak adanya penentuan sasaran sebagai arah membuat karyawan sulit memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien secara konsisten.

Spesifikasi Kualitas Pelayanan dengan Proses Penyampaian Pelayanan Berdasarkan Dimensi KQCAH Scale

Spesifikasi kualitas pelayanan atau bisa disebut dengan standar kinerja itu berkaitan langsung dengan proses penyampaian pelayanan yang diberikan kepada pasien. Hasil perhitungan kesenjangan berdasarkan dimensi mutu pelayanan menurut KQCAH *scale* menunjukkan nilai *gap* positif terbesar yaitu pada dimensi *availability* sebesar 0,77. Dimensi *availability* ini terdiri dari *item* keberadaan petugas saat dibutuhkan, pemberian informasi dokter kepada pasien dan kejelasan informasi yang diberikan kepada pasien. Nilai *gap* positif menunjukkan bahwa proses penyampaian jasa pada dimensi ini yang diberikan saat melayani pasien jauh

lebih baik jika dibandingkan dengan standar kinerja yang ada. Hasil *mean* total pada *gap* 3 sebesar 0,33, bernilai positif artinya tidak ada kesenjangan antara spesifikasi kualitas pelayanan dengan proses penyampaian pelayanan. Dalam hal ini, bisa dikatakan bahwa proses penyampaian pelayanan kepada pasien diatas standar kinerja yang ada di RS Usada.

Proses Penyampaian Pelayanan dengan Komunikasi Eksternal dengan Pasien Berdasarkan Dimensi KQCAH Scale

Proses penyampaian pelayanan yang diberikan saat melayani pasien juga berkaitan dengan komunikasi rumah sakit dengan pasiennya. Hasil perhitungan kesenjangan berdasarkan dimensi mutu pelayanan menurut KQCAH *scale* menunjukkan *gap* dengan nilai negatif terbesar yaitu pada dimensi *efficiency* (-1,15), dimana *item* pada dimensi ini terdiri dari kesesuaian biaya yang dikeluarkan pasien, kesediaan petugas menjelaskan tagihan pembayaran dan kecepatan dalam merespon keluhan pasien. Nilai *gap* negatif yang besar, artinya proses penyampaian pelayanan kepada pasien pada dimensi *efficiency* jauh lebih baik jika dibandingkan dengan komunikasi keluar dari pihak rumah sakit kepada pasien.

Hasil secara keseluruhan pada *gap* 4 sebesar -0,69, bernilai negatif. Kesenjangan pada *gap* ini terjadi karena komunikasi rumah sakit kepada pasien masih tergolong lebih rendah jika dibandingkan dengan proses penyampaian pelayanan kepada pasien. Menurut Tjiptono (2008), penyebab adanya kesenjangan pada *gap* ini dikarenakan:

a. Komunikasi horisontal yang tidak memadai

Kurang lancarnya komunikasi dalam antar unit maupun antar bidang dalam struktur organisasi RS dapat mengakibatkan konflik, sehingga menimbulkan salah pengertian dan rasa saling tidak percaya. Hal tersebut dapat membuat proses penyampaian pelayanan yang diberikan kepada pasien tidak sesuai dengan yang dikomunikasikan oleh RS.

b. Kecenderungan memberi janji secara berlebihan.

Tingginya intensitas persaingan yang semakin tinggi menyebabkan RS mengalami tekanan yang lebih kuat. Kondisi inilah yang menyebabkan RS membuat janji yang berlebihan. Hal tersebut dapat membuat proses penyampaian pelayanan yang diberikan kepada pasien tidak sesuai dengan yang dikomunikasikan oleh RS.

Pelayanan yang Diterima Pasien dengan Pelayanan yang Diharapkan Pasien Berdasarkan Dimensi KQCAH Scale

Perbedaan pelayanan yang diharapkan pasien dengan pelayanan yang diterima pasien bisa menyebabkan adanya kesenjangan. Harapan pasien terhadap pelayanan bisa saja lebih tinggi dibandingkan kenyataan pelayanan yang diterima pasien. Hasil perhitungan kesenjangan berdasarkan dimensi mutu pelayanan menurut KQCAH scale ditunjukkan pada tabel berikut ini.

Tabel 3 Pelayanan yang diharapkan pasien dengan pelayanan yang diterima pasien

NO	DIMENSI	MEAN		GAP 5
		Expected Service	Perceived Service	
1.	<i>Appropriateness</i>	3,49	2,98	-0,51
2.	<i>Availability</i>	3,66	2,94	-0,72
3.	<i>Continuity</i>	3,50	3,25	-0,25
4.	<i>Effectiveness</i>	3,60	2,98	-0,62
5.	<i>Efficiency</i>	3,50	2,86	-0,64
6.	<i>Respect and caring</i>	3,79	3,12	-0,67
7.	<i>Safety</i>	3,56	2,95	-0,61
8.	<i>Timeliness</i>	3,44	3,14	-0,30
MEAN TOTAL		3,57	3,03	-0,54

Berdasarkan tabel 3, nilai *gap* dengan negatif terbesar yaitu pada dimensi *availability* (-0,72). Artinya, harapan pasien terhadap pelayanan pada dimensi ini jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan pelayanan yang diterima pasien. Dimensi *availability* ini terdiri dari *item* keberadaan petugas saat dibutuhkan, penjelasan informasi dokter kepada pasien dan kejelasan informasi yang diberikan. Hasil keseluruhan *gap* 5 sebesar -0,54, bernilai negatif artinya harapan pasien masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan pelayanan yang diterima pasien sehingga menyebabkan adanya kesenjangan.

Menurut Supriyanto dan Wulandari (2011), *gap* ini dapat terjadi bila pemberi layanan langsung belum berfokus pada pelanggan, sehingga salah dalam mempersepsikan kebutuhan dan harapan pelanggan. Menurut Shahin (2006) dalam penelitiannya, ada enam kesenjangan yaitu *gap* 1, *gap* 2, *gap* 3, *gap* 4, *gap* 6 dan *gap* 7 yang diidentifikasi sebagai fungsi atau cara di mana pelayanan disampaikan, sedangkan *gap* 5 berkaitan dengan pelanggan dan dengan demikian *gap* 5 dianggap sebagai ukuran sebenarnya dari kualitas pelayanan (*service quality*). *Gap* di mana metode *Service Quality* berpengaruh adalah *gap* 5.

Pelayanan yang Diharapkan Pasien dengan Persepsi Karyawan Atas Harapan Pasien Berdasarkan Dimensi KQCAH Scale

Harapan pasien terhadap pelayanan dengan harapan pasien yang dipersepsikan karyawan yaitu dokter dan perawat belum tentu sama. Hasil perhitungan kesenjangan berdasarkan dimensi mutu pelayanan menurut KQCAH scale menunjukkan

bahwa dimensi *respect and caring* merupakan hasil *gap* dengan nilai negatif terbesar (-0,40). Artinya, harapan pasien terhadap pelayanan pada dimensi ini jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan harapan pasien yang dipersepsikan oleh karyawan RS Usada. Dimensi *respect and caring* ini terdiri dari keberadaan petugas saat dibutuhkan, pemberian informasi dokter kepada pasien dan kejelasan informasi yang diberikan kepada pasien. *Gap* 6 secara keseluruhan nilainya sebesar -0,15, bernilai negatif. Adanya kesenjangan dikarenakan perbedaan harapan, dimana harapan pasien terhadap pelayanan masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan harapan pasien yang dipersepsikan oleh karyawan RS Usada.

Menurut Shahin (2006), dalam penelitiannya disebutkan bahwa perbedaan antara harapan pelanggan dengan persepsi karyawan atas harapan pelanggan merupakan hasil dari perbedaan pemahaman tentang harapan pelanggan oleh pemberi pelayanan pada *front-line*. Dalam hal ini faktor utama penyebab adanya kesenjangan ini yaitu terletak pada pemberi pelayanan langsung yaitu dokter atau perawat, sebab mereka berhubungan langsung dengan pasien. Dalam penelitian ini, adanya kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan pasien dengan persepsi karyawan atas harapan pasien dikarenakan ketidakpahaman karyawan rumah sakit terhadap harapan pasien. Penurunan kunjungan pasien, bisa dikarenakan hubungan yang kurang baik antara karyawan dengan pasien.

Persepsi Karyawan Atas Harapan Pasien Dengan Persepsi Manajemen Atas Harapan Pasien Berdasarkan Dimensi KQCAH Scale

Persepsi karyawan dan persepsi manajemen atas pelayanan yang diharapkan pasien bisa saja berbeda. Perbedaan persepsi tersebut bisa menimbulkan adanya kesenjangan. Hasil perhitungan kesenjangan berdasarkan dimensi mutu pelayanan menurut KQCAH *scale* menunjukkan dimensi yang paling besar nilai *gap* negatif pada dimensi *safety* (-0,12). Dimensi ini terdiri dari *item* keandalan petugas kesehatan, keamanan dari bahaya atau resiko dan kesesuaian prosedur perawatan. Harapan pasien yang dipersepsikan oleh karyawan pada dimensi *safety* lebih tinggi dibandingkan dengan harapan pasien yang dipersepsikan oleh manajemen RS Usada. Hasil total *gap* 7 sebesar -0,03, bernilai negatif. Adanya kesenjangan dikarenakan harapan pasien yang dipersepsikan oleh karyawan yaitu dokter dan perawat lebih tinggi jika dibandingkan dengan persepsi manajemen atas harapan pasien.

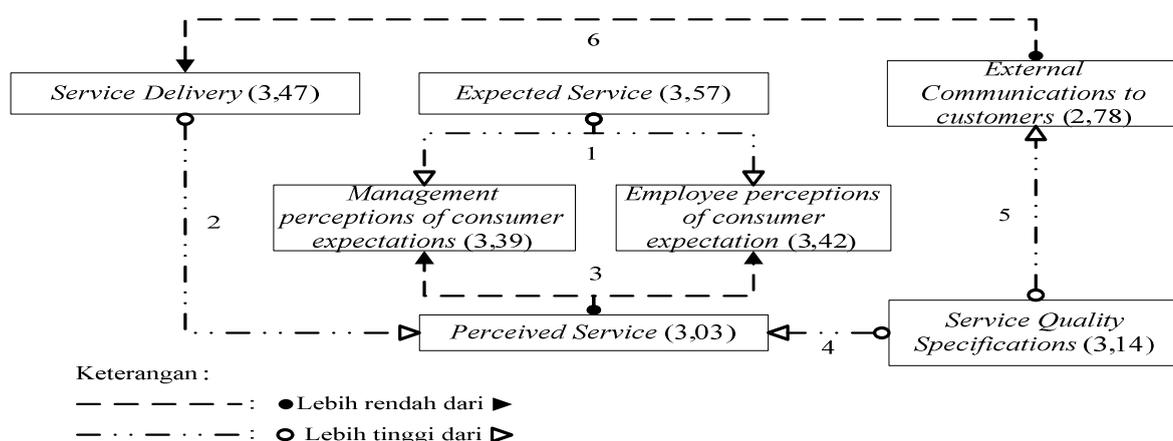
Menurut Shahin (2006), dalam penelitiannya disebutkan bahwa perbedaan antara persepsi karyawan dan persepsi manajemen merupakan hasil dari perbedaan pemahaman tentang harapan pelanggan antara manajer dan pemberi pelayanan. Pada *gap* ini yang menjadi faktor utama penyebab adanya kesenjangan ini yaitu terletak pada pihak manajemen rumah sakit dan pemberi pelayanan langsung yaitu dokter atau perawat.

Penyebab Penurunan Kunjungan Pasien Instalasi Rawat Jalan RS Usada Sidoarjo

Kualitas pelayanan di Instalasi Rawat Jalan RS Usada dapat digambarkan oleh metode *service*

quality gaps. Penurunan kunjungan pasien rawat jalan RS Usada, bisa saja terjadi karena ada ketidaksesuaian antara harapan pasien dengan kenyataan pelayanan yang diterima pasien. Penyebab penurunan kunjungan pasien rawat jalan menurut penelitian ini disebabkan adanya nilai gap negatif. Gap yang bernilai negatif yaitu pada gap 1,

gap 2, gap 4, gap 5, gap 6, dan gap 7. Gap yang bernilai negatif disebabkan adanya kesenjangan antar variabel satu dengan variabel yang lain. Untuk mengetahui variabel apa saja yang menjadi penyebab penurunan kunjungan pasien rawat jalan, berikut adalah gambar posisi setiap variabel yang diteliti.



Gambar 1 Posisi variabel yang diteliti

Berdasarkan gambar 1, dapat dijelaskan bahwa penurunan kunjungan pasien rawat jalan RS Usada disebabkan oleh: (1) Tingginya harapan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima, namun persepsi manajemen dan persepsi karyawan atas harapan pasien tidak terlalu tinggi. Kondisi tersebut membuat harapan pasien susah terpenuhi; (2) Penilaian pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima pasien masih rendah atau tidak sesuai harapan, walaupun menurut pihak manajemen rumah sakit, petugas kesehatan sudah memberikan proses pelayanan kesehatan yang terbaik; (3) Pelayanan yang diterima pasien masih belum baik, dikarenakan kesalahan manajemen dan karyawan dalam mempersepsikan harapan pasien; (4) Pelayanan yang diterima pasien masih belum baik, dikarenakan rumah sakit memiliki standar kinerja

yang baik namun dalam pelaksanaannya, rumah sakit kurang mampu memberikan pelayanan kepada pasien yang sesuai dengan standar kinerja yang ada di rumah sakit; (5) Rumah sakit memiliki standar kinerja yang baik, namun rumah sakit kurang mengkomunikasikan standar kinerjanya kepada pasien. Kondisi tersebut membuat pasien tidak tahu dengan standar kinerja yang ada di rumah sakit; (6) Menurut penilaian pasien, pihak rumah sakit kurang berkomunikasi dengan pasien dalam hal proses pemberian pelayanan. Namun menurut pihak manajemen rumah sakit, petugas kesehatan sudah memberikan proses pelayanan kesehatan yang terbaik kepada pasien.

SIMPULAN

Penyebab penurunan kunjungan pasien rawat jalan RS Usada Sidoarjo adalah pada gap yang

bernilai negatif yaitu *gap 1, gap 2, gap 4, gap 5, gap 6, dan gap 7*. Adanya kesenjangan dikarenakan (1) Pelayanan yang diharapkan pasien masih jauh lebih tinggi dibandingkan harapan pasien yang dipersepsikan manajemen RS Usada; (2) Standar kinerja yang ada lebih rendah dibandingkan harapan pasien yang dipersepsikan manajemen RS Usada; (3) Proses penyampaian pelayanan kepada pasien sudah diatas standar kinerja yang ada di RS Usada; (4) Komunikasi eksternal pihak rumah sakit kepada pasien masih tergolong lebih rendah jika dibandingkan dengan proses penyampaian pelayanan kepada pasien; (5) Harapan pasien masih jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan pelayanan yang diterima pasien; (6) Harapan pasien masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan harapan pasien yang dipersepsikan karyawan RS Usada; (7) Harapan pasien yang dipersepsikan karyawan masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan harapan pasien yang dipersepsikan manajemen RS Usada.

Saran bagi rumah sakit untuk meningkatkan kunjungan pasien dengan meningkatkan komitmen seluruh karyawan RS Usada dengan cara memberikan *reward* kepada karyawan yang berprestasi, melakukan riset pemasaran secara berkala untuk mengetahui kondisi harapan pasien serta melakukan evaluasi rutin terhadap standar kinerja setiap 6 bulan sekali untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- ASI Quality System. 1992. Quality Function Deployment - Practitioner Workshop, *American Supplier Institute Inc.*, USA.
- Curry, A. 1999. Innovation in public service management. *Managing Service Quality*, 9(3): 180-190.
- Luk, Sh.T.K. & Layton, R. 2002. Perception Gaps in customer expectations: Managers versus service providers and customers. *The Service Industries Journal*, 22(2), 109-128.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., & Berry, L.L. 1985. A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research. *Journal Of Marketing*, 49(4): 41-50.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., & Berry, L.L. 1990. Delivering Quality Service. Balancing Customer Perception and Expectations. New York: *The Free Press*
- Shahin, A. 2006. SERVQUAL And Model Of Service Quality Gaps: A Framework For Determining And Prioritizing Critical Factors In Delivering Quality Services. Andhra Pradesh: *ICFAI University Press*.
- Sower, V.E., Duffy, J.W., Kilbourne, G., Kohers, dan P. Jones. 2001. The Dimensions of Service Quality For Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale. *Health Care Management Rev. Aspen Publishers*, 26(2): 47-59
- Supriyanto, S., dan Wulandari, R.D. 2010. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.
- Tjiptono, F. 2008. *Service Management Mewujudkan Layanan Prima*. Yogyakarta: Andi