

MEMAHAMI FENOMENA KEPUASAN PASIEN RUMAH SAKIT
Referensi Pendukung Untuk Mahasiswa, Akademik, Pimpinan, organisasi,
dan Praktisi Kesehatan

Dr. Drs. Surya Utama, MS.

Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sumatera Utara

BAB I
PENDAHULUAN

Sasaran pembangunan kesehatan di Indonesia antara lain adalah terselenggaranya pelayanan kesehatan dan semakin bermutu dan merata. Dalam upaya mencapai sasaran ini, maka ditetapkan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit sebagai bagian dari tujuan program pembangunan kesehatan.

Pelayanan rumah sakit di Indonesia secara umum cenderung belum mencapai kualitas optimal. Penomena ini merupakan faktor mendasar yang mendorong pemerintah untuk melaksanakan akreditasi rumah sakit (redaksi jendela rumah sakit, 1996).

Tujuan akreditasi, antara lain adalah memberikan jaminan dan kepuasan kepada *customer* dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kelak diselenggarakan sebaik mungkin (redaksi jendela rumah sakit, 1996).

Kualitas pelayanan kesehatan seperti dirumah sakit, merupakan suatu fenomena yang unik, sebab dimensi dan indikatornya dapat berbeda diantara orang-orang yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Azwar (1996), untuk mengatasi perbedaan diatas seyogiaya yang dipakai sebagai pedoman adalah hakikat dasar dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien. Azwar juga menjelaskan bahwa terpenuhi tidaknya kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Dengan demikian, yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Konsepsi kepuasan pasien berdasar pendapat Azwar 1996 cenderung selaras dengan kepuasan konsep kepuasan yang dikembangkan oleh Wexley dan Yukl (1988), bahwa seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara kondisi yang dibutuhkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dalam banyak hal penting yang dibutuhkan, maka semakin besar rasa ketidakpuasan.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa determinan utama kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pemenuhan kebutuhan pasien, berupa pelayanan kesehatan dinilai bernutu.

Hasil studi para ahli (Azwar, 1996, Mosliw, 1970; Kossen, 1986; Schein 1991) dapat disimpulkan bahwa masalah penting paling rumit adalah menentukan indikator kualitas pelayanan yang selaras kebutuhan dan menimbulkan kepuasan; sebab hal ini bersifat subjektif, yaitu merupakan hasil reaksi afeksi (penilaian perasaan) seseorang. Reaksi afeksi yang bersifat subjektif dapat menghasilkan penilaian yang sama atau berbeda, meskipun objek yang dinilai adalah sama. Munculnya reaksi afeksi ditentukan oleh latar belakang atau karakteristik individu.

Berdasarkan uraian diatas dapat dikatakan bahwa kepuasan pasien merupakan suatu penomena sosial yang relatif kompleks.

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1. Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit

Rumah sakit adalah rumah tempat merawat orang sakit, atau tempat menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan (Depdikbud, 1991).

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI, No. 159 b / Men. Kes / PER / II / 1988 menjelaskan , bahwa yang dimaksud dengan Rumah Sakit adalah sarana upaya kesehatan menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Fungsi Rumah Sakit meliputi aspek : (a) menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan medik, penunjang medik, perawatan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan; (b) sebagai tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medik dan paramedik; dan (c) sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu teknologi bidang kesehatan.

Fungsi rumah sakit yang meliputi 2 aspek di atas, tidak secara keseluruhan dapat dilakukan oleh seluruh rumah sakit milik pemerintah atau swasta, tetapi tergantung pada klasifikasi rumah sakit. Menurut Permenkes RI, No. 159b, 1988, yang dimaksud dengan klasifikasi rumah sakit adalah pengelompokan rumah sakit berdasarkan perbedaan bertingkat menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang dapat disediakan.

Berdasarkan klasifikasi rumah sakit dapat diketahui bahwa rumah sakit dengan kategori/kelas A, mempunyai fungsi, jumlah dan kategori ketenagaan, fasilitas, dan kemampuan pelayanan yang lebih besar daripada rumah sakit dengan kelas lainnya yang lebih rendah, seperti kelas BII, BI, C, dan kelas D.

Rumah sakit merupakan suatu lembaga yang berfungsi mewujudkan pranata upaya pelayanan kesehatan terbesar pada masyarakat di jaman modern ini. Menurut Lumenta (1987), rumah sakit didirikan sebagai suatu tempat untuk memenuhi berbagai permintaan pasien dan dokter, agar penyelesaian masalah kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik. Perkembangannya dewasa ini, rumah sakit (meskipun tidak seluruhnya) juga menjadi sarana untuk praktek, pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Keberhasilan rumah sakit untuk memecahkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat harus diakui. Berbagai keberhasilan yang dicapai telah pula menyebabkan tingginya tingkat ketergantungan sebagian masyarakat terhadap rumah sakit untuk mengatasi berbagai keluhan kesehatannya (Foster and Anderson, 1986; Jhonson and Sargent, 1990).

Berbagai keberhasilan yang telah dibuktikan, tidak berarti rumah sakit telah sepenuhnya dapat mengatasi masalah pelayanan kesehatannya. Selaras perkembangan masyarakat, tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Rumah sakit cenderung semakin meningkat.

Berdasarkan pendapat Mills et al (1991), dapat disimpulkan bahwa tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit telah menjadi masalah mendasar yang dihadapi sebagian besar rumah sakit di berbagai negara. Tuntutan ini menjadi dasar pengembangan organisasi kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan diberbagai negara melalui pelaksanaan desentralisasi.

Kompleksitas masalah kualitas pelayanan rumah sakit tidak saja terkait dengan keterbatasan sumber daya dan lingkungan, tetapi juga bersumber dari perbedaan persepsi diantara pemakai jasa playanan, petugas kesehatan, dan pemerintah atau penyandang dana terhadap ukuran kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Menurut Azwar (1996, pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan standart dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Azwar (1996) menjelaskan bahwa menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standart dan kode etik profesi (mewakili pemerintah dan petugas kesehatan), meski tidak mudah, namun masih dapat diupayakan, karena kode etik dan standart pelayanan telah ditetapkan dan wajib dilaksanakan. Masalah mendasar adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan kesehatan (masyarakat). Kepuasan mereka sebagai tolok ukur tingkat kualitas pelayanan kesehatan mempunyai ruang yang luas dan tidak mudah untuk dibatasi.

Aspek kepuasan masyarakat atau pasien sebagai ukuran tingkat kualitas pelayanan kesehatan, merupakan suatu fenomena khas dan rumit, dapat selaras dan juga tidak selaras dengan kode etik profesi dan standart mutu yang ditetapkan pemerintah. Fenomena khas ini tidak dapat diabaikan oleh penyelenggara dan petugas pelayanan kesehatan.

2.2. Fenomena Kepuasan Pasien

Berdasarkan pendapat Wexley dan Yukl (1977) yang mengutip definisi kepuuasan dari porter, dapat disimpulkan bahwa kepuuasan adalah selisih dari banyaknya sesuatu yang "seharusnya ada" dengan banyaknya "apa yang ada". Wexley dan Yukl, lebih menegaskan bahwa seseorang akan terpuuaskan jika tidak ada selisih antara sesuatu atau kondisi yang diinginkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dan semakin banyak hal penting yang diinginkan, semakin besar rasa ketidakpuuasan.

Secara teoritis, definisi di atas dapatlah diartikan, bahwa semakin tinggi selisih antara kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai keinginan pasien dengan pelayanan yang telah diterimanya, maka akan terjadi rasa ketidakpuuasan pasien.

Asumsi teoritis di atas selaras pendapat Gibson (1987), yang dapat disimpulkan bahwa kepuuasan seseorang (pekerja, pasien atau pelanggan) berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan yang diperoleh dari pengalaman melakukan sesuatu, pekerjaan, atau memperoleh perlakuan tertentu dan memperoleh sesuatu sesuai kebutuhan yang diinginkan. Istilah kepuuasan dipakai untuk menganalisis atau mengevaluasi hasil, membandingkan kebutuhan yang diinginkan yang ditetapkan individu dengan kebutuhan yang telah diperolehnya.

Berdasarkan uraian di atas dapatlah disimpulkan bahwa berbagai kegiatan dan prasarana kegiatan pelayanan kesehatan yang mencerminkan kualitas rumah sakit merupakan determinan utama dari kepuuasan pasien. Pasien akan memberikan penilaian (reaksi afeksi) terhadap berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang diterimany maupun terhadap sarana dan prasarana kesehatan yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penilaian mereka terhadap kondisi rumah sakit (mutu baik atau buruk) merupakan gambaran kualitas rumah sakit seutuhnya berdasarkan pengalaman subjektif individu pasien. Hasil penilaian ini cenderung merupakan faktor penentu terjadinya tingkat kepuuasan pasien.

Penilaian pasien terhadap mutu rumah sakit bersumber dari pengalaman pasien. Aspek pengalaman pasien rumah sakit, dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan pihak rumah sakit yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang membutuhkan pelayanan kesehatan rumah sakit.

Berpedoman pada konsep akreditasi rumah sakit, dapat disimpulkan bahwan mutu pelayanan rumah sakit (meliputi aspek administrasi, pelayanan medis,

pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, kamar operasi, pelayanan perinatal resiko tinggi, pelayanan radiologi, pelayanan laboratorium, pengendalian infeksi di rumah sakit, pelayanan sterilisasi, keselamatan kerja, kebakaran dan kewaspadaan bencana) merupakan indikator kepuasan pasien (redaksi jendela rumah sakit, 1996).

Mutu pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan tingkat kepuasan pasien dapat bersumber dari faktor yang relatif sefesifik, seperti pelayanan rumah sakit, petugas kesehatan, atau pelayanan pendukung (Woodside, 1989).

Pendapat woodside (1989), selaras konsep kepuasan yang dikembangkan oleh Fraser, (1992) bahwa kepuasan selalu dinyatakan sebagai suatu rerata hasil perbandingan dari beberapa keadaan pada suatu saat tertentu. Sesungguhnya kepuasan itu berdimensi banyak, bersifat tidak mutlak dan skalanya tidak terbatas. Dengan demikian, pada suatu saat tertentu seseorang dapat merasa puas pada suatu aspek dari suatu keadaan.

Berdasarkan studi literatur yang dilakukan Taylor (1994), dapat disimpulkan bahwa aspek mutu pelayanan rumah sakit sebagai indikator kepuasan pasien cenderung merupakan suatu fenomena yang diterima secara luas dikalangan para ahli. Hal terpenting adalah bahwa kepuasan itu merupakan hasil dari reaksi afeksi, sebagai wujud penegasan sikap pasien terhadap pelayanan di rumah sakit yang berdimensi banyak.

Berdasarkan pendapat diatas, maka dapat disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap rumah sakit atau pelayanan di rumah sakit dapat diartikan sebagai gambaran utuh tingkat kualitas pelayanan rumah sakit menurut penilaian pasien.

Berdasarkan pendapat para ahli seperti Azwar, 1996; Maslow, 1970; Kossen, 1986; Schein 1991), dapat disimpulkan bahwa persoalan yang paling rumit adalah menentukan indikator kualitas (barang, jasa, atau pekerjaan) yang dapat memenuhi kebutuhan dan kepuasan seseorang (seperti pekerjaan, pasien, atau konsumen); sebab hal ini bersifat subjektif, merupakan hasil reaksi afeksi (penilaian perasaan) seseorang. Reaksi afeksi yang bersifat subjektif dapat menghasilkan penilaian yang sama atau berbeda, meskipun objek yang dinilai adalah sama. Reaksi afeksi seseorang yang menghasilkan penilaian sama atau berbeda, sangat ditentukan oleh latarbelakang atau karakteristik individu, seperti suku bangsa dengan nilai budaya yang dianut, pendidikan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan atau pendapatan. Pada dimensi pasien rumah sakit, maka karakteristik individu dapat dikembangkan antara lain adalah : diagnosa penyakit/jenis penyakit, lama perawatan, kelas perawatan, biaya perawatan dan preferensi.

Besarnya pengaruh karakteristik individu pasien pada aspek kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dapat menimbulkan perasaan puas atau tidak puas, menyebabkan berbagai konsepsi kualitas pelayanan kesehatan menurut penilaian pasien yang telah dirumuskan para ahli diberbagai daerah, belum tentu dapat dimanfaatkan sepenuhnya sebagai input manajemen untuk memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit pada negara lainnya. Dengan demikian penelusuran prioritas-prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit dan rumusan tingkat kepuasan pasien berdasarkan indikator tersebut sangat penting dilakukan pada berbagai rumah sakit di Indonesia.

Karakteristik di Indonesia individu pasien adalah ciri khas atau identitas khusus yang melekat pada diri pengguna pelayanan kesehatan atau pasien rumah sakit, yang dapat digunakan untuk menyamakan atau membedakan pasien dengan pasien lainnya, dan diasumsikan dapat menimbulkan reaksi afeksi yang sama atau berbeda diantara pasien. Beberapa karakteristik individu yang diduga menjadi determinan utama atau penentu prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan, dan penentu prioritas tingkat kepuasan pasien, adalah :

1. Umur, masa hidup pasien, yang dinyatakan dalam satuan tahun sesuai pernyataan pasien
2. Jenis kelamin, yang dapat digunakan untuk membedakan pasien laki-laki atau perempuan.
3. Lama perawatan, sesuatu periode waktu yang dihitung sejak pasien terdaftar resmi sebagai pasien rawat inap.
4. Sumber biaya, adalah sumber pembiayaan pasien untuk biaya pelayanan kesehatan rumah sakit, seperti uang sendiri, asuransi, bantuan sosial, atau kombinasi diantaranya, dan gratis.
5. Diagnosa penyakit, adalah kegiatan yang dilakukan oleh tugas kesehatan untuk menentukan jenis, penyebab, dan cara penyembuhan dari penyakit yang diderita pasien.
6. Pekerjaan adalah status pekerjaan pasien.
7. Pendapatan, adalah jumlah gaji atau penghasilan dalam bentuk uang dan barang (dikonversikan ke nilai uang) rata-rata setiap bulan dari pasien.
8. Pendidikan, adalah status resmi tingkat pendidikan akhir pasien.
9. Suku bangsa, adalah identitas sosial budaya berdasarkan pengakuan pasien, sehingga dapat dikelompokkan pada kelompok suku bangsa tertentu, seperti Batak, Jawa, atau Melayu.
10. Tempat tinggal, adalah alamat rumah pasien, termasuk jarak antara rumah dengan rumah sakit.
11. Kelas perawatan, adalah tipe ruangan tempat perawatan yang menunjukkan pada tingkatan pelayanan kesehatan serta fasilitas yang diperoleh dan dapat dinikmati pasien di rumah sakit.
12. Status perkawinan, adalah identitas pasien sehingga dapat dikategorikan sebagai sudah kawin, belum kawin, janda, atau duda.
13. Agama, adalah identitas pasien yang dapat digunakan sebagai dasar pengelompokan sebagai pemeluk Islam, Kristen Protestan, Katolik, Hindu, atau Budha.
14. Preferensi, adalah serangkaian alasan atau sebab mengapa pasien memilih, menetapkan atau mengutamakan untuk dirawat di rumah sakit tertentu.

Pasien dengan latar belakang ciri dirinya, cenderung akan menetapkan beberapa aspek dari berbagai aspek layanan kesehatan yang dapat diterima/dialami sebagai dasar penentuan ukuran kepuasannya. Fenomena ini menunjukkan bahwa pasien cenderung memilih atau menetapkan prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan, sebagai dasar untuk memutuskan tingkat kepuasannya.

Prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan menurut pasien, adalah suatu aspek utama yang menjadi petunjuk atau pedoman ukuran yang penting, yang berbobot, atau yang semestinya berkaitan dengan penyelenggaraan layanan kesehatan rumah sakit yang menjadi bagian dari pengalaman atau yang dirasakan pasien rumah sakit. Indikator pelayanan kesehatan yang dapat menjadi prioritas relatif sangat banyak, diantaranya adalah :

1. Kinerja tenaga dokter, adalah perilaku atau penampilan dokter rumah sakit dalam proses pelayanan kesehatan pada pasien, yang meliputi ukuran: layanan medis, layanan nono medis, tingkat kunjungan, sikap, dan penyampaian informasi.
2. Kinerja tenaga perawat, adalah perilaku atau penampilan tenaga perawat rumah sakit dalam proses pemberian pelayanan kesehatan pada pasien, yang meliputi ukuran: layanan medis, layanan nono medis, sikap, penyampaian informasi, dan tingkat kunjungan.
3. Kondisi fisik, adalah keadaan sarana rumah sakit dalam bentuk fisik seperti kamar rawat inap, jendela, pengaturan suhu, tempat tidur, kasur dan Sprei.

4. Makanan dan menu, adalah kualitas jenis atau bahan yang dimakan atau dikonsumsi pasien setiap harinya, seperti nasi, sayuran, ikan, daging, buah-buahan, dan minuman. Menu makanan adalah pola pengaturan jenis makanan yang dikonsumsi oleh pasien.
5. Sistem administrasi pelayanan, adalah proses pengaturan atau pengelolaan pasien di rumah sakit yang harus diikuti oleh pasien (rujukan dan biasa), mulai dari kegiatan pendaftaran sampai fase rawat inap.
6. Pembiayaan, adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan kepada rumah sakit selaras pelayanan yang diterima oleh pasien, seperti biaya dokter, obat-obatan, makan, dan kamar.
7. Rekam medis, adalah catatan atau dokumentasi mengenai perkembangan kondisi kesehatan pasien yang meliputi diagnosis perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medis, dan hasil pelayanan.

Indikator pelayanan kesehatan yang dipilih pasien sebagai prioritas ukuran kualitas pelayanan kesehatan, cenderung akan menjadi sumber utama terbentuknya tingkat kepuasan pasien.

Kepuasan pasien adalah hasil penilaian pasien berdasarkan perasaannya, terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang telah menjadi bagian dari pengalaman atau yang dirasakan pasien rumah sakit; atau dapat dinyatakan sebagai cara pasien rumah sakit mengevaluasi sampai seberapa besar tingkat kualitas pelayanan di rumah sakit, sehingga dapat menimbulkan tingkat rasa kepuasan.

Tingkat kepuasan pasien menunjuk pada prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan. Selaras bahwa kepuasan merupakan hasil penilaian perasaan yang lebih bersifat subjektif, maka hal ini menunjuk pada dimensi abstrak yang relatif abstrak atau kurang eksak, para ahli telah banyak mengembangkan model pengukuran yang dapat digunakan untuk mengkuantifikasi dimensi abstrak dari suatu fenomena (dimensi keperibadian, sikap, atau perilaku) agar lebih mudah dipahami.

Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan Likert (dikenal dengan istilah skala Likert), kepuasan pasien dapat dikategorikan dan dikuantifikasi, seperti:

1. Sangat puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat bersih (untuk prasarana), sangat ramah (untuk hubungan dengan dokter atau perawat), atau sangat cepat (untuk proses administrasi); yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas yang paling tinggi.
2. Agak puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak kurang cepat (proses administrasi), atau agak kurang ramah, yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang.
3. Tidak puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang rendah, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak lambat (untuk proses administrasi), atau tidak ramah, yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori paling rendah.

Kategori kualitatif dan definisi di atas dapat dikuantifikasi, misalnya: (a) puas, bobot nilai 3; (b) agak puas, bobot nilai 2; dan (c) tidak puas, bobot nilai 1.

Penentuan kategori kepuasan pasien dan definisinya, serta pemberian bobot nilai terhadap kategori kepuasan pasien dapat ditetapkan lazimnya dengan mempertimbangkan, antara lain: kondisi pasien, teori atau temuan para ahli, model pengukuran yang digunakan, dan pertimbangan pribadi yang berke[entingan].

BAB III KESIMPULAN

Selaras uraian di atas, maka apabila akan dilakukan studi mengenai kepuasan pasien di rumah sakit, beberapa aspek yang cenderung perlu dipahami adalah: (1) indikator utama kualitas pelayanan kesehatan menurut pasien cenderung selaras aspek yang paling dibutuhkan pasien, (2) ukuran tingkatkepuasan pasien adalah gambaran tingkat kualitas pelayanan kesehatan menurut pasien, dan (3) karakteristik individu pasien merupakan determinan utama terhadap terjadinya pilihan mereka pada indikator kualitas pelayanan kesehatan, dan pada tingkat kepuasan pasien di rumah sakit.

Hasil kajian mengenai kepuasan pasien rumah sakit, cenderung tidak dapat bersifat tetap atau permanen, sebab ukuran kepuasan seorang terhadap pelayanan rumah sakit, pada dasarnya merupakan hasil dari reaksi sfeksi yang lebih bersifat subjektif dan dinamis. Perubahan situasional pada jarak waktu yang relatif tidak lama kemungkinan telah dapat merubah ukuran kepuasan seseorang.

Kepuasan pasien yang mencerminkan tingkat kualitas pelayanan kesehatan menurut pasien, adakalanya tidak selaras ketentuan atau standar pelayanan kesehatan dan tidak sesuai dengan ukuran teori mengenai kualitas pelayanan kesehatan yang dimiliki petugas kesehatan. Hal ini tidak dapat menjadi alasan bagi para petugas kesehatan untuk mengabaikan penilaian pasien.

Cara terbaik untuk menanggulangi fenomena di atas adalah menjadikan perbedaan yang terjadi sebagai masukan bagi pihak manajemen rumah sakit, untuk menggali lebih dalam fenomena yang terjadi, sampai diperoleh solusi terbaik.

DAFTAR PUSTAKA

Azwar A, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Pustaka Sinar Harapan*, Jakarta, 1996.

Departemen Pendidikan dan Kebudayaan (Depdikbud), *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 1991.

Departemen Kesehatan RI, *Peraturan Kesehatan RI*, No.159b/Menkes/Per/II/1988, Jakarta, 1988.

Foster Gm, Anderson Bg, *Medical Antropology*, John Willey & Sons, Inc., California, 1986.

Fraser TM, *Stres dan Kepuasan Kerja*, Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta, 1986.

Gibson JL, Ivancevich JM, Donnely JH, *Organisasi dan Manajemen-prilaku, Struktur, Proses*; Erlangga, Jakarta, 1987.

Johnson TM, Sargent CF, *medical Anthropology, Contemporary Theory and Metod*, Greenwood Press, New York, 1990.

Kossen S, *Aspek Manusiawi dalam Organisasi*, Erlangga, Jakarta, 1986.

Maslow AH, *Motivasi dan Kepribadian*, Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta, 1970.

Mills Ah, Voughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, *Health System Decentralization*, World Health Organization, Geneva, 1991.

Redaksi Jendela Rumah sakit, *Petunjuk dan Penjelasan Teknis tentang Akreditasi Rumah Sakit*, Media Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia, Jakarta, 1996.

Schein EH, *Psikologi Organisasi*, Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta, 1991.

Taylor SA, *Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies*, The Journal of the Poundation of American College of Health care Executives, Volume 39, Number 2/Summer, New York, 1994.

Wexley KN, Yukl GA, *Perilaku Organisasi dan Psikologi Personalia*, Bina Aksara, Jakarta, 1998.