

**ANALISIS KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN TERHADAP MUTU
PEMBERIAN INFORMASI OBAT DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI
BANTUL**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi
(S.Farm.)

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia



Disusun Oleh :

MITHA DWI PUSPITASARI

06613028

**JURUSAN FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
DESEMBER 2011**

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Desember 2011

Penulis,

Mitha Dwi Puspitasari



HALAMAN MOTTO

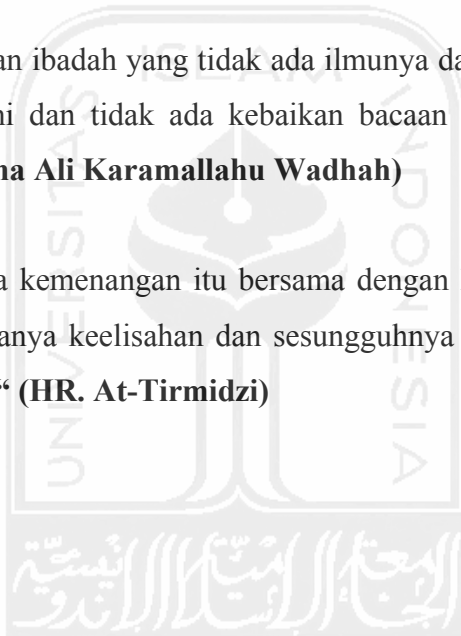
“ Semua impian kita dapat menjadi nyata, jika kita memiliki keberanian untuk mengejanya “(**Walt Disney**)

“ Untuk mencapai kesuksesan, kita jangan hanya bertindak, tapi juga perlu bermimpi, jangan hanya berencana, tapi juga perlu untuk percaya “
(**Anatole France**)

“ Sukses adalah sebuah perjalanan, bukan tujuan akhir ”(**Ben Sweetland**)

“ Tidak ada kebaikan ibadah yang tidak ada ilmunya dan tidak ada kebaikan ilmu yang tidak difahami dan tidak ada kebaikan bacaan kalau tidak ada perhatian untuknya ” (**Sayidina Ali Karamallahu Wadhah**)

“ Ketahuilah bahwa kemenangan itu bersama dengan kesabaran, keleluasaan itu bersama dengan adanya keelisan dan sesungguhnya bersama dengan kesulitan itu ada kemudahan “ (**HR. At-Tirmidzi**)



KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik tanpa halangan suatu apapun yang berarti.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat yang harus dipenuhi untuk dapat dinyatakan lulus dari Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.

Dalam menyusun skripsi ini saya banyak memperoleh dorongan, bimbingan dan fasilitas dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini saya selaku penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Dra. Dwi Pudjaningsih, MMR., Apt selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Okti Ratna Mafruhah M.Sc., Apt selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Ibu Endang Yuniarti, S.Si., M.Kes. Apt selaku penguji yang telah memberikan koreksi dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Ibu Anna Wahyuni Widayanti, S.Farm., Mph, Apt. selaku penguji yang telah memberikan koreksi dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Bapak Yandi Syukri, M.Si., Apt selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam.
6. Bapak M Hatta Prabowo, M.Si., Apt selaku Ketua Jurusan Program Studi Farmasi.
7. Dosen dan Staf Jurusan Farmasi Universitas Islam Indonesia.
8. Kedua orang tuaku tercinta yang selalu mendukung, memberikan motivasi dan curahan kasih sayang dari aku kecil hingga dewasa
9. Kakakku tersayang yang selalu memberikan semangat dan bantuan dalam pembuatan skripsi ini
10. Sahabat seperjuanganku Ayu Lestari, Pratamasari Noor Insani dan Novita Dyah Setyaningrum yang selalu bersama-sama dan membantu aku dalam membuat skripsi ini hingga skripsi ini bisa terselesaikan

11. Teman-teman KKN Unit 28 Desy Astriana, Merlin Mariandari dan Ubed Ubaedillah yang banyak memberikan kenangan baik canda tawa maupun duka
12. Rekan-rekan mahasiswa Jurusan Farmasi Universitas Islam Indonesia angkatan 2006.

Saya menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini. Dengan segala kerendahan hati saya mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan skripsi ini. Akhir kata saya mengharapkan agar skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi yang lain dan mohon maaf bila banyak kesalahan yang tidak disengaja dalam penulisan skripsi ini karena keterbatasan kemampuan yang saya miliki.



Yogyakarta, Desember 2011

(Mitha Dwi Puspitasari)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
INTISARI	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	3
BAB II STUDI PUSTAKA	
A. Tinjauan Pustaka	
1. Mutu Pelayanan	5
2. Pemberian Informasi Obat	8
3. Kepuasan Pasien	16
4. Kinerja	20
5. Harapan	22
6. Rumah Sakit	24
B. Kerangka Teori	26
C. Kerangka Konsep	26
D. Keterangan Empiris	27
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	28

B. Tempat dan Waktu Penelitian	28
C. Populasi dan Sampel	28
D. Variabel dan Definisi Operasional Variabel	31
E. Metode Pengumpulan Data dan Metode Pengukuran	33
F. Pengolahan dan Analisi Data	35
G. Uji Validitas dan Reliabilitas	38
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Karakteristik Responden	43
B. Deskripsi Data Penelitian	
1. Distribusi Jawaban Dimensi Mutu	48
2. Analisis Bivariat Variabel Penelitian	54
3. Analisis Kesesuaian Kenyataan dan Harapan	58
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	63
B. Saran	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori	26
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian	26
Gambar 3. Prosedur Penelitian	34
Gambar 4. Diagram Garis <i>Gap Analysis</i>	61



DAFTAR TABEL

Tabel I	<i>Favorable dan Unfavorable</i>	35
Tabel II	Klasifikasi Kepuasan	38
Tabel III	Kuesioner Penelitian	41
Tabel IV	Kuesioner Penelitian Yang Telah Valid	42
Tabel V	Jenis Kelamin Responden	43
Tabel VI	Status Pernikahan	44
Tabel VII	Tingkat Usia Responden	44
Tabel VIII	Tingkat Pendidikan Responden	45
Tabel IX	Pekerjaan Responden	46
Tabel X	Tingkat Pendapatan Responden	47
Tabel XI	Jarak dengan Rumah Sakit	47
Tabel XII	Distribusi Responden Berdasar Jawaban <i>Tangible</i>	48
Tabel XIII	Distribusi Responden Berdasar Jawaban <i>Reliability</i>	49
Tabel XIV	Distribusi Responden Berdasar Jawaban <i>Assurance</i>	49
Tabel XV	Distribusi Responden Berdasar Jawaban <i>Responsiveness</i>	50
Tabel XVI	Distribusi Responden Berdasar Jawaban <i>Emphaty</i>	51
Tabel XVII	Distribusi Responden Berdasar Persepsi <i>Tangible</i>	51
Tabel XVIII	Distribusi Responden Berdasar Persepsi <i>Reliability</i>	52
Tabel XIX	Distribusi Responden Berdasar Persepsi <i>Responsiveness</i>	53
Tabel XX	Distribusi Responden Berdasar Persepsi <i>Assurance</i>	53
Tabel XXI	Distribusi Responden Berdasar Persepsi <i>Emphaty</i>	54
Tabel XXII	Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Bukti Fisik	54
Tabel XXIII	Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Kehandalan	55
Tabel XXIV	Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Daya Tanggap	56
Tabel XXV	Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Jaminan	56
Tabel XXVI	Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Empati	57
Tabel XXVII	Distribusi Jawaban Bukti Fisik	58

Tabel XXVIII	Distribusi Jawaban Kehandalan	59
Tabel XXIX	Distribusi Jawaban Daya Tanggap	59
Tabel XXX	Distribusi Jawaban Jaminan	60
Tabel XXXI	Distribusi Jawaban Empati	60



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1.** Surat Ijin Studi Pendahuluan di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta
- Lampiran 2.** Surat Ijin Penelitian di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta
- Lampiran 3.** Surat Ijin Penelitian Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta
- Lampiran 4.** Surat Ijin Penelitian BAPPEDA Bantul
- Lampiran 5.** Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)
- Lampiran 6.** Surat Pernyataan
- Lampiran 7.** Kuesioner
- Lampiran 8.** Uji Validasi dan Reliability
- Lampiran 9.** Uji *Kolmogorov-Smirnov*
- Lampiran 10.** Uji *Chi-Square*



ANALISIS KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN TERHADAP MUTU PEMBERIAN INFORMASI OBAT DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL

INTISARI

Dengan meningkatnya taraf hidup masyarakat, maka semakin meningkat pula tuntutan masyarakat akan kualitas kesehatan. Dua unsur penting dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan adalah tingkat kepuasan pasien sebagai pengguna jasa dan pemenuhan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Tuntutan pasien akan mutu pelayanan farmasi mengharuskan adanya perubahan pelayanan dari paradigma lama (*Drug Oriented*) ke paradigma baru (*Patient Oriented*) dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*Pharmaceutical Care*). Penelitian ini bertujuan mengetahui tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap kinerja pemberian informasi obat untuk pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Panembahan Senopati Bantul dan untuk menganalisis dimensi pelayanan berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien. Dimensi mutu terdiri atas *Tangibles, Reliability, Responsiveness, Assurance, Emphaty*. Penelitian ini adalah penelitian *Descriptive Correlation* dengan pendekatan *croos sectional*. Metode pengambilan sampel dilakukan dengan metode *quota sampling*. Pengambilan data dalam penelitian ini melalui kuesioner. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode analisis bivariat yakni uji *Chi-Square* dengan program *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versi 16.0*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian informasi obat dikategorikan sedang. Serta dimensi berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien.

Kata kunci : Mutu Pelayanan, Informasi Obat, Kepuasan Pasien

OUT PATIENT SATISFACTION ANALYSIS OF PROVIDING QUALITY INFORMATION IN RSUD PANEMBAHAN SENOPATI

ABSTRACT

The increasing demands of the citizen on the quality of health it is therefor the function of health service, especially in the hospital, should be gradually increased to be more effective and efficient for the patients. This causes changes in the old paradigm (*Drug Oriented*) to a new paradigm (*Patient Oriented*). The present study is purposed to analyze the quality of drug information (*Tangibles, Reliability, Responsiveness, Assurance, Emphaty*). This study to determine the level of satisfaction on the performance of out patient provision of drug information and to analyze the dimension of service affect patient satisfaction. This study descriptive correlation with the approach cross-sectional. The result of this study indicate that administration of drug information is being categorized. And dimensions affect the level of patient satisfaction.

Key words: Quality of Service, Drug Information, Patient Satisfaction

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit. Disebutkan bahwa Pelayanan Farmasi Rumah Sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Tuntutan pasien akan mutu pelayanan farmasi mengharuskan adanya perubahan pelayanan dari paradigma lama (*Drug Oriented*) ke paradigma baru (*Patient Oriented*) dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*Pharmaceutical Care*). Praktek pelayanan kefarmasian merupakan kegiatan yang terpadu dengan tujuan mengidentifikasi, mencegah dan menyelesaikan masalah obat serta masalah yang berhubungan dengan kesehatan⁽¹⁾.

Sebagai konsekuensi perubahan orientasi tersebut, apoteker dituntut untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan perilaku untuk dapat melaksanakan interaksi langsung dengan pasien. Bentuk interaksi tersebut antara lain adalah melaksanakan pemberian informasi, monitoring penggunaan obat dan mengetahui tujuan akhir sesuai harapan dan terdokumentasi dengan baik. Apoteker harus memahami dan menyadari kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) dalam proses pelayanan⁽²⁾.

Berdasarkan pada Peraturan Pemerintah RI No.51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. Pekerjaan Kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional⁽³⁾. Serta berdasarkan Undang-Undang Kesehatan dan Rumah Sakit Nomor 36 tahun 2009 pasal 7 tentang kesehatan, bahwa setiap orang berhak mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab⁽³⁾.

Tingkat kepuasan pasien tergantung pada mutu pelayanan. Pengukuran tingkat kepuasan pasien erat hubungannya dengan mutu pelayanan. Ketidakpuasan pasien akan pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh persepsi terhadap mutu pelayanan *provider*, sehingga mutu pelayanan masih menjadi masalah yang harus segera ditangani manajemen rumah sakit. Ketidakpuasan pasien kalau tidak segera ditangani dan berlangsung terus menerus dalam jangka waktu yang lama, akan mengakibatkan menurunnya jumlah kunjungan pasien dan rendahnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit⁽⁴⁾.

RSUD Panembahan Senopati Bantul telah mengambil langkah pengembangan pelayanan kesehatan yaitu dengan membudayakan pelayanan prima dan responsif untuk kepuasan pasien. Instalasi Farmasi RSUD Panembahan Senopati Bantul menyediakan ruangan khusus untuk melakukan konsultasi obat. Ini untuk menunjang penggunaan obat secara rasional.

Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian ini yang berorientasi untuk mengamati pelaksanaan informasi obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul. Dari hasil penelitian tentang penilaian kepuasan pasien terhadap pelayanan kefarmasian yang telah dilaksanakan sebelumnya pasien sudah merasa puas dengan pelayanan kefarmasian meskipun belum sesuai dengan yang diharapkan pasien. Namun masih muncul pertanyaan, apakah hal tersebut telah benar-benar memperlihatkan kepuasan pasien bila dilihat dari lima dimensi pelayanan yaitu, *tangible* (bukti fisik), *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan) dan *empathy* (empati).

Pemberian informasi obat merupakan bagian dari pekerjaan kefarmasian. Hal ini yang mendorong penulis untuk mengetahui lebih jauh tentang kepuasan pasien terhadap pemberian informasi obat dilihat dari dimensi pelayanan tersebut. Mengingat Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul merupakan salah satu rumah sakit daerah dan pelayanan informasi merupakan program yang dibuat oleh pemerintah, sehingga diharapkan program tersebut sudah dilakukan di rumah sakit daerah/pemerintah.

B. Rumusan Masalah

Sesuai dengan latar belakang masalah di atas, penulis dapat merumuskan beberapa masalah yang akan menjadi pokok pembahasan dalam penelitian ini, yaitu :

1. Bagaimana tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap kinerja pemberian informasi obat di RSUD Panembahan Senopati Bantul?
2. Apakah dimensi pelayanan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kepuasan pasien rawat jalan di RSUD Panembahan Senopati Bantul?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk:

1. Mengetahui tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap kinerja pemberian informasi obat di Instalasi Farmasi RSUD Panembahan Senopati Bantul.
2. Untuk menganalisis pengaruh dimensi pelayanan terhadap tingkat kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Panembahan Senopati Bantul.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi :

1. Rumah sakit, akan berguna sebagai masukan bagi suatu rumah sakit untuk lebih meningkatkan pemberian informasi obat di Instalasi Farmasi.
2. Departemen Kesehatan, akan berguna sebagai masukan untuk dijadikan pertimbangan kebijakan mengenai pemberian informasi obat.

3. Bagi Peneliti untuk menambah wawasan dan pengetahuan tentang manajemen Pelayanan Kesehatan dengan tingkat kepuasan pasien tentang pemberian informasi obat.



BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Mutu Pelayanan

a. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang dikembangkan di suatu wilayah harus dijaga arahnya agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah tersebut. Kriteria umum sebuah pelayanan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan publik terdiri dari :

- 1) Pelayanan yang disediakan bersifat komprehensif untuk seluruh masyarakat yang ada di suatu wilayah (*availability*)
- 2) Pelayanan dilaksanakan secara wajar, tidak melebihi kebutuhan dan daya jangkau masyarakat (*appropriateness*)
- 3) Pelayanan dilakukan berkesinambungan (*continuity*)
- 4) Pelayanan diupayakan agar dapat diterima oleh masyarakat setempat (*acceptability*)
- 5) Dari segi biaya, pelayanan kesehatan harus terjangkau oleh masyarakat pada umumnya (*affordable*)
- 6) Manajemennya harus efisien (*efficient*)
- 7) Jenis pelayanan yang diberikan harus selalu terjaga mutunya (*quality*)⁽⁵⁾.

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat dipenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan pasien dan terwujudnya hasil akhir (*outcome*) seperti yang selayaknya diharapkan, yang menyangkut : pelayanan pasien, diagnosa, prosedur, atau tindakan dan pemecahan masalah klinis⁽⁶⁾.

Mutu pelayanan farmasi rumah sakit adalah pelayanan farmasi yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan dalam menimbulkan kepuasan pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata

masyarakat, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar pelayanan profesi yang ditetapkan serta sesuai dengan kode etik profesi farmasi⁽⁷⁾.

Pengendalian mutu adalah suatu mekanisme kegiatan pemantauan dan penilaian terhadap pelayanan yang diberikan, secara terencana dan sistematis, sehingga dapat diidentifikasi peluang untuk peningkatan mutu serta menyediakan mekanisme tindakan yang diambil sehingga terbentuk proses peningkatan mutu pelayanan farmasi yang berkesinambungan⁽⁷⁾.

b. Dimensi Mutu

Mutu pelayanan bersifat multi dimensional, sehingga dalam penilaian atau pengukuran mutu selain dibandingkan dengan standar mutu pelayanan kesehatan perlu pula dilakukan pengukuran dengan dimensi mutu yang lain yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa. Tiap orang mempunyai tanggapan yang berbeda tergantung dari latar belakang dan kepentingan masing-masing. Contoh penilaian dari pemakai jasa pelayanan, dimensi mutu yang dianut sangat berbeda dengan penyelenggara pelayanan kesehatan, demikian pula dari penyandang dana, penelitian yang telah dilakukan oleh Roberts dan Prevost (1987) telah berhasil membuktikan adanya perbedaan dimensi tersebut. Menurut Azrul (1994) Anwar dimensi mutu meliputi :

- 1) Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan klien, kepedulian, kelancaran komunikasi/hubungan antara klien dan petugas kesehatan, keramahan dalam melayani klien. Kesembuhan atau kemanjuran terhadap penyakit yang diderita klien/pasien.
- 2) Bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait kepada kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan otonomi profesi.
- 3) Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait kepada efisiensi pemakaian sumber dana dan kewajaran pembiayaan⁽⁶⁾.

Parasuraman⁽⁵⁾, menyatakan bahwa dimensi *SERVQUAL* jasa terdiri dari lima, antara lain:

1) *Tangible*, atau bukti fisik.

Kemampuan perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa. meliputi fasilitas fisik, peralatan yang digunakan, dan penampilan karyawannya.

2) *Reliability*, atau kehandalan.

Kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan, dan sikap simpatik.

3) *Responsiveness*, atau ketanggapan.

Suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat pada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas.

4) *Assurance*, atau jaminan dan kepastian.

Pengetahuan, kesopansantunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan. Meliputi komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi, dan sopan santun.

5) *Empathy*.

Memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen. Di mana perusahaan diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan⁽⁵⁾.

c. Keterkaitan Mutu dengan Pendekatan Sistem

Klasifikasi atau penggolongan berdasarkan pendekatan sistem yang terdiri dari komponen struktur, proses dan *outcome* menurut Donabedian yaitu

1. Struktur adalah sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di pelayanan kesehatan. Asumsi utama disini adalah jika struktur baik, maka mutu pelayanan akan baik pula. Baik tidaknya struktur di sarana pelayanan kesehatan dapat diukur dari kewajaran, kelengkapan, biaya dan mutu komponen struktur itu sendiri.
2. Proses adalah semua kegiatan dokter, perawat dan atau tenaga lainnya yang berinteraksi dengan pasien. Pengertian proses ini mencakup antara lain penilaian tentang pasien, penegakkan diagnosis, rencana pengobatan, indikasi tindakan, proses atau tindakan pengobatan, segi teknis dan penanganan jika terjadi penyulit. Asumsi disini adalah semakin patuh tenaga profesi kepada standar, semakin tinggi mutu pelayanan kepada pasien. Baik buruknya proses dapat diukur dari relevan tidaknya bagi pasien, efektif atau tidak dan mutu proses itu sendiri.
3. *Outcome* adalah harus akhir kegiatan dan tindakan dokter atau perawat terhadap pasien yang berupa perubahan derajat kesehatan atau kepuasannya baik positif maupun sebaliknya. *Outcome* jangka pendek adalah hasil segera suatu prosedur atau tindakan tertentu. Sedangkan *outcome* jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien. Mutu *outcome* yang baik tergantung dari mutu struktur dan mutu proses yang baik pula⁽⁸⁾.

2. Pemberian Informasi Obat

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi rumah sakit menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada

pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Tuntutan pasien akan mutu pelayanan farmasi mengharuskan adanya perubahan pelayanan dari paradigma lama (*Drug Oriented*) ke paradigma baru (*Patient Oriented*) dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*Pharmaceutical Care*). Praktek pelayanan kefarmasian merupakan kegiatan yang terpadu dengan tujuan mengidentifikasi, mencegah dan menyelesaikan masalah obat serta masalah yang berhubungan dengan kesehatan⁽⁷⁾.

Berdasarkan pada Peraturan Pemerintah RI No.51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian. Pekerjaan Kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional⁽⁸⁾. Serta berdasarkan Undang-Undang Kesehatan dan Rumah Sakit Nomor 36 tahun 2009 pasal 7 tentang kesehatan, bahwa setiap orang berhak mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab⁽³⁾.

a. Pengertian Informasi Obat

Informasi obat adalah keterangan mengenai obat, terutama yang dapat mendukung tercapainya tujuan pengobatan (terapi) yang tepat, rasional, efisien, dan aman dalam penggunaan obat⁽¹⁰⁾.

Informasi mengenai obat, terutama obat-obat baru saat ini sangat banyak membanjiri profesi medik dan jumlah maupun biaya terus berkembang setiap waktu. Idealnya informasi-informasi seperti ini seharusnya objektif netral dan berasal dari lembaga ilmiah yang tidak mempunyai kepentingan langsung maupun tidak langsung dalam pemasaran obat dan mudah untuk mencarinya sehingga efisien dalam penyampaiannya⁽¹¹⁾.

b. Kualitas Informasi Obat

Menurut keputusan Dirjen Pelayanan Kefarmasian dan alat kesehatan No:HK.01.DJ.II.093 tentang Pedoman Pelayanan Informasi Obat di Rumah Sakit tersedianya pedoman dalam rangka pelayanan informasi obat yang bermutu dan berkesinambungan dalam rangka mendukung upaya penggunaan obat yang rasional di rumah sakit. Untuk itu diperlukan upaya penyediaan dan pemberian informasi yang meliputi:

- 1) Lengkap, yang dapat memenuhi kebutuhan semua pihak sesuai dengan lingkungan masing-masing rumah sakit.
- 2) Memiliki data *cost effective* obat, informasi yang diberikan terkaji dan tidak bias komersial.
- 3) Disediakan secara berkelanjutan oleh institusi yang melembaga.
- 4) Disajikan selalu baru sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kefarmasian dan kesehatan⁽¹¹⁾.

Hal-hal yang perlu diinformasikan kepada konsumen kesehatan (pasien) antara lain:

- 1) Nama obat (merk dagang) dan kegunaannya.
- 2) Cara menggunakan (aturan pakai, dosis, serta waktu penggunaan).
- 3) Cara penyediaan obatnya.
- 4) Efek samping.
- 5) Pantangan selama penggunaan obat.
- 6) Cara penyimpanan obat.
- 7) Tindakan terhadap persediaan obat yang tersisa padahal sakit sudah dirasakan sembuh.
- 8) Tindakan apabila terjadi kesalahan dosis maupun kesalahan makan obat.
- 9) Tindakan pencegahan dari jangkauan anak kecil⁽¹¹⁾.

c. Pemberian Informasi Tentang Penggunaan Obat

Pemberian informasi ini meliputi penggunaan obat yang tepat. Jika penderita patuh pada intruksi dari dokter dan apoteker, ada kesempatan

besar regimen terapi akan berhasil. Akan tetapi, jika obat salah digunakan karena ketidaktahuan atau informasi yang tidak cukup, dapat mengakibatkan bahaya atau pengobatan yang tidak efektif bagi penderita⁽¹²⁾.

Sebagai pelaku pelayanan kesehatan, apoteker wajib secara moral dan hukum berada dalam posisi yang terbaik untuk memberikan informasi yang cukup dan dapat dimengerti, tentang obat yang mereka gunakan untuk memaksimalkan hasil terapi dan mencegah masalah yang mungkin selama terapi⁽¹²⁾.

Untuk mencegah berbagai masalah yang mungkin terjadi, apoteker harus mengerti berbagai tindakan seorang penderita yang salah dalam menggunakan obat yang ditulis, seperti contoh di bawah ini :

- 1) Dosis lewat
 - a) Menggunakan lebih dari dosis yang ditulis untuk sekali pemberian (konsumsi) dan/atau untuk sehari
 - b) Menggunakan satu dosis, yang ditulis jika diperlukan, tetapi digunakan pada waktu tidak diperlukan
 - c) Menggunakan obat yang sama dari dua atau lebih wadah yang berbeda secara serentak.
- 2) Dosis kurang
 - a) Menggunakan kurang dari dosis yang ditulis untuk sekali pakai
 - b) Melalaikan satu dosis atau lebih
 - c) Menghentikan obat sebelum waktu yang tertulis
 - d) Melalaikan penggunaan dosis suatu obat apabila diperlukan, yang aturan penggunaan ditulis “jika diperlukan”.
- 3) Menggunakan suatu dosis dalam suatu bentuk sediaan pada suatu waktu yang berbeda, jika waktu telah ditetapkan dalam aturan penggunaan.
- 4) Menggunakan suatu dosis dalam suatu bentuk sediaan yang lain dari yang ditetapkan pada aturan penggunaan.
- 5) Menggunakan rute pemberian yang keliru.
- 6) Menggunakan obat yang telah dihentikan.

- 7) Menggunakan obat kadaluwarsa.
- 8) Menggunakan obat orang lain.
- 9) Menggunakan dua atau lebih obat yang secara terapi kontraindikasi.
- 10) Gagal menebus resep.
- 11) Gagal mengerti cara menggunakan dengan benar unit pemberian/penggunaan obat, misalnya inhaler
- 12) Gagal untuk mengerti cara menggunakan yang tepat atau pemberian bentuk sediaan⁽¹²⁾.

d. Materi Informasi yang Disampaikan pada Waktu Penyerahan Obat

Dengan menggunakan teknik komunikasi lisan, tertulis, atau audiovisual yang sesuai, apoteker harus member informasi, mendidik dan mengonseling penderita (wakil atau pengasuhnya) tentang hal-hal berikut untuk setiap obat yang di-*dispensing* :

- 1) Nama obat : nama dagang, nama generic, sinonim umum, atau nama deskriptif lain
- 2) Maksud penggunaan dan kerja yang diharapkan
- 3) Rute, bentuk sediaan, dosis, dan jadwal pemberian
- 4) Petunjuk khusus untuk penyiapan
- 5) Petunjuk khusus untuk penggunaan/konsumsi
- 6) Perhatian yang harus diamati selama pemberian/konsumsi
- 7) Efek merugikan yang umum, yang mungkin dialami, termasuk penghindarannya dan tindakan yang diperlukan, jika terjadi
- 8) Teknik pemanauan diri sendiri terhadap terapi obat
- 9) Penyimpanan yang sesuai
- 10) Interaksi obat-obat; atau obat-makanan yang mungkin; dan kontraindikasi terapi lainnya
- 11) Informasi penebusan kembali obat resep
- 12) Tindakan yang diambil dalam kejadian lali satu dosis
- 13) Informasi lain yang khas pada penderita atau obat tertentu

Butir-butir tersebut di atas dapat diterapkan pada obat resep dan obat nonresep (obat bebas). Selain itu, apoteker harus memberikan

konseling pada penderita jika perlu, dalam menseleksi obat bebas yang tepat dan juga informasi tentang bila dan apakah obat harus digunakan.

Penderita harus dipantau untuk setiap efek merugikan dan hasil terapi yang dialami. Uji laboratorium untuk mengakses hasil terapi dan meminimalkan atau mendeteksi efek merugikan harus direkomendasikan pada waktu yang tepat⁽¹²⁾.

e. Peran Farmasi dalam Pemberian Informasi Obat

Informasi obat sangat terkait erat dengan edukasi dan konseling, oleh karena itu apoteker juga harus memperhatikan kedua hal ini (edukasi dan konseling). Apoteker yang efektif harus mampu memotivasi pasien untuk belajar dan berpartisipasi aktif dalam regimen terapinya⁽¹³⁾.

Apoteker memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa pasien mengerti maksud dari terapi obat dan cara penggunaannya yang tepat. Edukasi pasien bukan saja suatu tanggung jawab etika, melainkan juga suatu tanggung jawab hukum medis (*medical-legal*). Apoteker yang gagal mendiskusikan kontraindikasi dan reaksi merugikan obat tertentu, dapat dituntut secara hukum jika suatu reaksi yang signifikan terjadi⁽¹³⁾.

f. Tujuan Pemberiaan Informasi Obat

Pelayanan informasi obat itu sendiri memiliki beberapa tujuan, antara lain:

- 1) Menyediakan informasi mengenai obat kepada pasien dan tenaga kesehatan di lingkungan rumah sakit.
- 2) Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan-kebijakan yang berhubungan dengan obat, terutama bagi panitia farmasi dan terapi.
- 3) Meningkatkan profesionalisme apoteker
- 4) Menunjang terapi obat yang rasional⁽¹⁴⁾.

g. Sasaran Informasi Obat

1) Dokter

Dalam proses penggunaan obat pada tahap pemilihan obat serta regimennya untuk seorang pasien, dokter memerlukan informasi dari apoteker agar dapat membuat keputusan yang rasional. Informasi obat yang diberikan apoteker harus memenuhi persyaratan klinis, yaitu : informasi disesuaikan dengan kebutuhan, informasi harus spesifik bagi pasien yang sedang ditangani, dan harus disampaikan segera jika hendak dilakukan perubahan terhadap penulisan resep ⁽¹⁵⁾.

2) Perawat

Perawat adalah profesional kesehatan yang paling banyak berhubungan dengan pasien, oleh karena itu perawatlah yang pertama kali mengamati reaksi obat yang merugikan atau mendengar keluhan pasien. Situasi seperti ini dapat menimbulkan banyak pertanyaan mengenai obat. Apoteker adalah orang yang paling siap sebagai sumber utama informasi obat bagi perawat. Informasi yang dibutuhkan umumnya harus praktis, segera dan ringkas ⁽¹⁵⁾.

3) Apoteker

Setiap apoteker di suatu rumah sakit mempunyai tugas atau fungsi tertentu, sesuai dengan keahliannya pada bidang tertentu. Apoteker yang langsung berinteraksi dengan profesional kesehatan dan pasien sering menerima pertanyaan mengenai informasi obat. Jika ada pertanyaan yang tidak dapat dijawab dengan segera, maka dapat ditanyakan kembali kepada sejawat apoteker yang lebih mendalami ⁽¹⁵⁾.

4) Pasien atau keluarga pasien

Informasi yang dibutuhkan pasien pada umumnya adalah informasi praktis dan lebih sederhana dibandingkan dengan informasi yang dibutuhkan profesional kesehatan. Informasi obat untuk pasien rawat inap diberikan apoteker sewaktu melakukan kunjungan bersama tim medis lainnya ke ruang pasien, sedangkan untuk pasien rawat jalan

informasi obat diberikan sewaktu penyerahan obat, yang sedikitnya mencakup cara penggunaan obat, jangka waktu penggunaan, pengaruh makanan pada obat, dan lain-lain⁽¹⁵⁾.

5) Kelompok, tim, kepanitiaan, dan peneliti

Selain kepada perorangan, apoteker juga memberikan informasi obat kepada kelompok profesional kesehatan, mahasiswa, masyarakat, peneliti, dan kepanitiaan yang berhubungan dengan masalah pengobatan⁽¹⁵⁾.

h. Metode

Metode untuk menentukan pelayanan informasi obat meliputi:

- 1) Pelayanan informasi obat dilayani oleh apoteker selama 24 jam atau *on call* disesuaikan dengan kondisi rumah sakit.
- 2) Pelayanan informasi obat dilayani oleh apoteker pada jam kerja, sedang diluar jam kerja dilayani oleh apoteker instalasi farmasi yang sedang bertugas.
- 3) Pelayanan informasi obat dilayani oleh apoteker pada jam kerja, dan tidak ada pelayanan informasi obat diluar jam kerja.
- 4) Tidak ada petugas khusus pelayan informasi obat, dilayani oleh semua apoteker instalasi farmasi, baik pada jam kerja maupun diluar jam kerja.
- 5) Tidak ada apoteker khusus, pelayanan informasi obat dilayani oleh semua apoteker instalasi farmasi di jam kerja dan tidak ada pelayanan informasi obat diluar jam kerja⁽¹⁶⁾.

i. Pustaka Sebagai Sumber Informasi Obat

Agar menjadi efektif, para professional kesehatan harus mengutamakan kompetensi klinis dan mengetahui terapi yang paling efektif untuk mencegah atau mengobati suatu penyakit. Keahlian dalam mencari literature berdasarkan bukti mendukung keputusan penggunaan suatu terapi obat merupakan masalah yang kritis untuk menjawab

pertanyaan yang kompleks dan spesifik dari pasien⁽¹⁷⁾. Sumber informasi mengenai obat dan kesehatan dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu :

1. Sumber pustaka primer adalah artikel orisinal yang dipublikasikan oleh penulis atau peneliti dimana informasi yang terdapat di dalamnya berupa hasil penelitian yang diterbitkan dalam jurnal ilmiah. tetapi kekurangan dari sumber informasi ini yaitu sulit untuk dicari sehingga memerlukan keahlian khusus untuk mendapatkannya⁽¹⁷⁾.
2. Sumber pustaka sekunder biasanya berupa system indeks yang umumnya berisi kumpulan abstrak dari berbagai macam artikel jurnal. Keuntungan dari system informasi ini yaitu lebih mudah pencariannya dan informasi didalamnya sudah cukup komprehensif⁽¹⁷⁾.
3. Sumber pustaka tersier biasanya adalah buku teks atau referensi umum yang lengkap dan mudah dipahami serta kajian artikel dan pedoman praktis. Keuntungan dari sumber informasi ini bahwa informasi yang terdapat didalamnya sudah pernah diulas dan diringkas sehingga lebih mudah untuk dipelajari⁽⁵⁾ namun tetap memiliki keterbatasan yaitu kurang update untuk jangka waktu beberapa bulan sampai mungkin beberapa tahun. Sumber pustaka tersier ini kemungkinan kurang akurat karena informasi yang ada sudah mengalami perubahan oleh penulis dan atau penerbit untuk mencapai format yang diperlukan⁽¹¹⁾.

3. Kepuasan Pasien

a. Definisi Kepuasan Pasien

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Jadi, tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan⁽¹⁸⁾.

b. Pengukuran Kepuasan Pasien

Pemantauan dan pengukuran terhadap kepuasan konsumen telah menjadi kebutuhan mendasar bagi setiap penyedia jasa. Hal ini dikarenakan langkah tersebut dapat memberikan umpan balik dan masukan bagi

keperluan pengembangan dan implementasi strategi peningkatan kepuasan konsumen. Pada prinsipnya kepuasan konsumen dapat diukur dengan berbagai macam metode dan teknik.

Ada 4 metode dalam mengukur kepuasan konsumen, sebagai berikut:

1) Sistem keluhan dan saran

Setiap organisasi yang berorientasi pada konsumen (*customer oriented*) perlu memberikan kesempatan yang luas kepada para konsumen untuk menyampaikan saran, pendapat dan keluhan mereka terhadap pelayanan yang disediakan.

2) *Ghost Shopping*

Salah satu cara untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan konsumen adalah dengan mempekerjakan beberapa orang (*ghost shopping*) untuk berperan atau bersikap sebagai konsumen kepada pesaing. Dengan cara ini dapat diketahui kekuatan dan kelemahan dari pesaing.

3) *Lost Customer Analysis*

Penyedia jasa mengevaluasi dan menghubungkan konsumen yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah ke penyedia jasa agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi dan supaya dapat mengambil kebijakan perbaikan selanjutnya. Pemantauan terhadap *lost customer analysis* sangat penting karena peningkatannya menunjukkan kegagalan penyedia jasa dalam memuaskan konsumen.

4) Survei kepuasan konsumen

Melalui survei, penyedia jasa akan memperoleh tanggapan dan umpan balik (*feedback*) secara langsung dari konsumen serta memberikan kredibilitas positif bahwa penyedia jasa menaruh perhatian terhadap para konsumen⁽¹⁹⁾.

Metode survei kepuasan konsumen dapat menggunakan pengukuran SERVQUAL (*service quality*) yang dibangun atas adanya perbandingan dua faktor utama yaitu persepsi konsumen atas

layanan yang nyata mereka terima (*perceived service*) dengan layanan yang diharapkan (*expected service*)⁽⁵⁾.

Jika kenyataan lebih dari yang diharapkan, maka layanan dapat dikatakan bermutu sedangkan jika kenyataan kurang dari yang diharapkan, maka layanan dikatakan tidak bermutu. Apabila kenyataan sama dengan harapan, maka layanan disebut memuaskan. Dengan demikian *service quality* dapat didefinisikan sebagai jauhnya perbedaan antara kenyataan dan harapan konsumen atas layanan yang mereka terima⁽⁵⁾.

Pengukuran kualitas jasa model *service quality* didasarkan pada skala multi item yang dirancang untuk mengukur harapan dan persepsi pelanggan serta gap diantara keduanya pada 5 dimensi kualitas jasa (keandalan, daya tanggap, kepastian, empati, berwujud). Kelima dimensi tersebut dijabarkan secara rinci untuk variabel harapan dan variabel persepsi yang disusun dalam pertanyaan berdasarkan bobot dalam skala Likert⁽²⁰⁾.

Ada lima faktor yang menentukan tingkat kepuasan pasien yaitu:

a) Kualitas produk farmasi yaitu kemampuan menyembuhkan penyakit.

Hal ini menyangkut ketersediaan farmasi dan ketersediaan hayati hingga tercapai tujuan efek terapi. Persepsi pasien terhadap produk farmasi dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan sesungguhnya kualitas produk farmasi dan komunikasi.

b) Kualitas pelayanan terhadap pasien.

Pasien akan puas bila mereka mendapat pelayanan yang baik, ramah, sesuai dengan yang diharapkan.

c) Komponen emosional

Yaitu pengaruh atau pertimbangan yang diharapkan emosional seperti sugesti dan perasaan bangga.

d) Masalah harga.

Konsumen akan memilih produk farmasi dengan harga lebih murah dengan kemanjuran sama yang harganya jauh lebih mahal.

e) Faktor biaya.

Untuk memperoleh produk farmasi tersebut konsumen tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan, juga tidak perlu membuang waktu untuk memperoleh obat tersebut, maka bagi apotek perlu melengkapi obat-obat yang disediakan⁽²¹⁾.

c. **Pengaruh *Service Quality* dengan Kepuasan Konsumen**

Ukuran kualitas jasa yang diterima adalah tingkat perbandingan dari apa yang konsumen harapkan dengan pelayanan yang diterima⁽¹³⁾.

Sedangkan untuk kepuasan adalah evaluasi konsumen terhadap pelayanan yang diterima oleh konsumen. Sedangkan kepuasan konsumen adalah pengalaman atau keseluruhan kesan konsumen atas pengalamannya mengkonsumsi jasa yang mencakup tahap dan proses yang merefleksikan elemen emosional dan kognitif. Kepuasan konsumen merupakan fungsi dari kualitas pelayanan (*service quality*) dikurangi harapan konsumen,⁽¹⁸⁾ dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$Satisfaction = f(\text{service quality} - \text{performance})$$

Berdasarkan rumus diatas, maka terdapat tiga kemungkinan yang terjadi:

1. *Service Quality < Expectation*

Bila terjadi, dikatakan bahwa pelayanan yang diberikan perusahaan buruk. Selain tidak memuaskan juga tidak sesuai dengan harapan konsumen.

2. *Service = Expectation*

Bila terjadi, dikatakan bahwa pelayanan yang diberikan biasa-biasa saja di mata konsumen, pelayanan yang diberikan tidak istimewa.

3. *Service Quality > Expectation*

Jika pelayanan yang diberikan perusahaan tidak hanya sesuai dengan kebutuhan, tetapi sekaligus memuaskan dan menyenangkan dan selalu diharapkan oleh konsumen (*excellence service*)⁽¹⁸⁾.

Untuk mengatasi tingkat perbedaan kepuasan pemakaian jasa pelayanan terhadap satu pelayanan kesehatan yang sama maka dikenal dua pemabatasan kepuasan :

1. Pembatasan pada derajat kepuasan pasien, dimaksud untuk menghindari subjektivitas yang dapat mempersulit program menjaga mutu. Meskipun kepuasan orientasinya tetap pada individu namun ukuran yang dipakai bersifat umum dan sesuai dengan rata-rata tingkat kepuasan penduduk.
2. Pembatasan pada upaya yang dilakukan, untuk melindungi pemakaian jasa pelayanan kesehatan yang umumnya awam, maka ditetapkan upaya yang sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi⁽²²⁾.

Aspek kepuasan pasien menyangkut fisik, mental dan sosial. Kepuasan terhadap lingkungan, suhu udara, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, privasi dan tarif⁽²²⁾.

4. Kinerja

a) Pengertian Kinerja

Kinerja adalah hasil yang dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam organisasi dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka mencapai tujuan organisasi bersangkutan secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral dan etika⁽²³⁾.

Kinerja juga dapat diartikan sebagai suatu kemampuan kerja, prestasi yang diperlihatkan atau yang dicapai dalam melaksanakan suatu fungsi pekerjaan dalam suatu periode tertentu⁽²⁴⁾.

b. Komponen atau Aspek Kinerja

Deskripsi dari kinerja menyangkut tiga komponen penting yaitu tujuan, ukuran, dan penilaian. Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personel. Walaupun demikian penentuan saja tidaklah cukup sebab itu dibutuhkan ukuran apakah seorang personel telah mencapai kinerja yang diharapkan. Untuk itu ukuran kuantitatif dan kualitatif standar kinerja untuk setiap tugas dan jabatan personel memegang peranan penting⁽²³⁾.

Aspek ketiga dari definisi kerja adalah penilaian/pengukuran. Pengukuran kinerja secara regular yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personel. Tindakan ini akan membuat personel untuk senantiasa berorientasi terhadap tujuan dan berperilaku kerja sesuai dan searah dengan tujuan yang ingin dicapai. Dengan demikian jelaslah bahwa pengertian kinerja dengan deskripsi tujuan, ukuran operasional, dan pengukuran regular mempunyai peranan penting dalam merawat dan meningkatkan motivasi personel⁽²³⁾.

c. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah proses penilaian hasil karya personel dalam organisasi melalui instrument penilaian kinerja. Pada hakekatnya penilaian kinerja merupakan evaluasi terhadap kerja personel dengan membandingkannya dengan urutan yang ada. Penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personel dalam usaha menampilkan kerja personel dalam organisasi. Penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan, yaitu⁽²³⁾ :

- a) Penilaian kemampuan personel merupakan tujuan yang mendasar dalam rangka penilaian personel secara individu yang dapat digunakan sebagai informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia.
- b) Pengembangan personal sebagai informasi untuk pengambilan keputusan dalam pengembangan personel, dimana secara spesifik bertujuan antara lain untuk :
 1. Mengenali sumber daya manusia yang perlu dilakukan pembinaan.
 2. Menentukan kriteria tingkat pemberian kompensasi.
 3. Memperoleh kualitas pelaksanaan pekerjaan.
 4. Bahan perencanaan manajemen program sumber daya manusia yang akan datang
 5. Memperoleh umpan balik atas hasil prestasi personel.

Penilaian kinerja juga dapat dilakukan dengan berbagai metode. Gomes menyatakan bahwa metode penilaian kinerja terdiri dari tiga cara yaitu⁽²⁵⁾:

- 1) Penilaian berdasarkan hasil yaitu penilaian yang didasarkan adanya target-target dan ukurannya spesifik serta dapat diukur.
- 2) Penilaian berdasarkan perilaku yaitu penilaian perilaku-perilaku yang bias diamati dan diukur yang berkaitan dengan pekerjaan.
- 3) Penilaian berdasarkan judgment yaitu penilaian yang didasarkan kuantitas pekerjaan, kualitas pekerjaan, luasnya pengetahuan, kerjasama, semangat kerja, kepribadian, keramahan dan integritas pribadi serta kesadaran dan dapat dipercaya dalam menyelesaikan tugas.

d. Kriteria Penilaian Kinerja

Melakukan penilaian terhadap kinerja perlu diperhatikan criteria yang digunakan. Menurut Schuler dan Jackson menyebutkan tiga macam criteria yang dapat digunakan dalam penilaian kinerja yaitu⁽⁴⁶⁾ :

1. *Trait-based criteria* yang mengukur dan mengevaluasi apa-apa yang dikerjakan oleh sumber daya manusia. Criteria ini bermanfaat untuk menilai pengetahuan dan ketrampilan, keahlian sumber daya manusia.
2. *Behavior-based criteria* yang mengukur dan mengevaluasi sikap dan perilaku kerja sumber daya manusia.
3. *Outcome-based criteria* yang mengukur dan mengevaluasi hasil kerja sumber daya manusia.

5. Harapan

a. Definisi Harapan

Harapan akan timbul saat konsumen memerlukan suatu barang atau jasa. Di saat konsumen belum memerlukan barang atau jasa, maka konsumen tidak akan mengharapkan sesuatu dari barang atau jasa⁽²⁴⁾. Harapan adalah apa yang konsumen pikirkan harus disediakan oleh penyedia jasa. Harapan bukan merupakan prediksi dari apa yang akan disediakan oleh penyedia jasa⁽⁴⁾.

b. Faktor-Faktor Pembentuk Harapan

Harapan konsumen dapat terbentuk oleh empat faktor, antara lain :

1) Kebutuhan

Setiap konsumen yang memiliki kebutuhan selalu berharap agar kebutuhannya dapat dipenuhi oleh produsen sebagai penyedia barang dan jasa. Oleh karena itu produsen harus mengetahui kebutuhan konsumen dengan memberikan pelayanan yang terbaik sehingga harapannya dapat tercapai⁽²³⁾.

2) Media massa

Media adalah sarana promosi yang digunakan untuk bersaing menarik perhatian konsumen dengan memberikan janji-janji konsumen. Janji-janji tersebut akan menimbulkan harapan pada konsumen⁽²³⁾.

3) Pengalaman masa lalu

Jika seorang konsumen pernah menikmati layanan yang memuaskan di suatu tempat, maka bila lain kali menggunakan layanan yang sama maka konsumen akan mengharapkan pelayanan yang sama seperti yang pernah dialami⁽²³⁾.

4) Mulut ke mulut (*word of mouth*)

Bila seorang konsumen yang tidak puas pada pelayanan yang diberikan, konsumen akan menceritakan pengalamannya kepada teman atau relasinya sehingga teman atau relasi dari konsumen itu tidak akan berharap banyak dari pelayanan yang disajikan atau dengan kata lain tidak akan mencoba menggunakan pelayanan tersebut nantinya. Sebaliknya, bila konsumen sudah merasa puas akan pelayanan yang diberikan, maka mereka akan menceritakan pengalamannya tersebut kepada teman atau relasinya sehingga teman atau relasi ini akan menggunakan pelayanan tersebut dan berharap mendapat pengalaman yang menyenangkan juga⁽²³⁾.

5. Rumah Sakit

a. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit yang merupakan salah satu dari sarana kesehatan, merupakan rujukan pelayanan kesehatan dengan fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi pasien. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan, yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan⁽¹⁴⁾.

b. Standar pelayanan Rumah Sakit

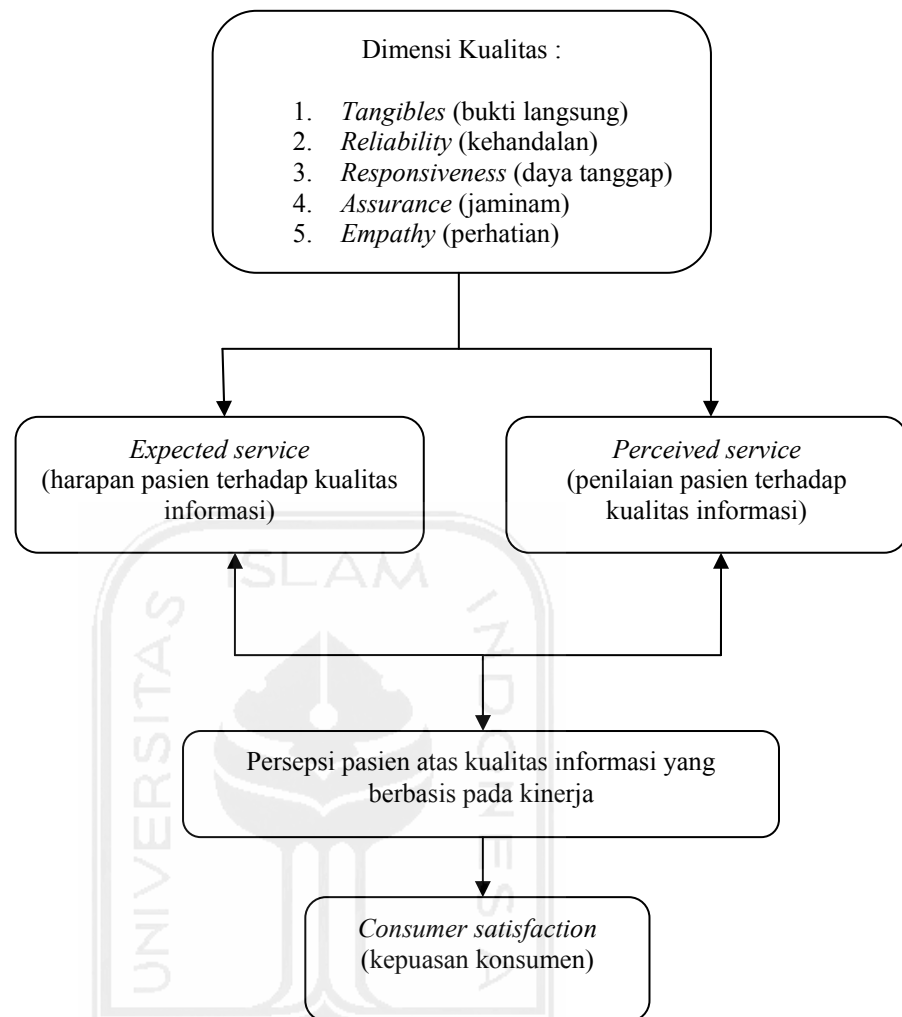
Menurut standar pelayanan Rumah Sakit yang dikeluarkan Departemen Kesehatan tahun 1990⁽²⁷⁾ menyebutkan bahwa sasaran pelayanan farmasi di rumah sakit diselenggarakan dan diatur untuk terselenggaranya pelayanan farmasi yang efisien dan bermutu berdasarkan fasilitas dan standar yang ada. Tujuan dari instalasi farmasi rumah sakit antara lain:

1. Memberikan manfaat kepada penderita atau pasien, rumah sakit itu sendiri, sejawat profesi kesehatan, dan farmasis
2. Membantu dalam penyediaan perbekalan yang memadai oleh apoteker rumah sakit yang memenuhi syarat.
3. Menjamin praktek profesional yang bermutu tinggi
4. Meningkatkan penelitian dalam bidang farmasi rumah sakit dan dalam ilmu farmasetika pada umumnya
5. Membagi pengetahuan tentang kesehatan dengan mengadakan pertukaran informasi antara para apoteker rumah sakit dan anggota profesional kesehatan lainnya.
6. Memperluas dan memperkuat kemampuan apoteker rumah sakit untuk :
 - a. Mengelola suatu pelayanan kefarmasian secara efektif
 - b. Mengembangkan dan memberikan pelayanan klinis

- c. Melakukan partisipasi pada penelitian klinis dan program edukasi untuk professional kesehatan, penderita, mahasiswa, dan masyarakat.
- d. Meningkatkan pengetahuan dan pengertian tentang pekerjaan kefarmasian di rumah sakit bagi masyarakat, pemerintah, industri farmasi, dan professional kesehatan lainnya.
- e. Membantu menyediakan personel pendukung yang bermutu untuk instalasi farmasi rumah sakit.
- f. Membantu dalam pengembangan dan kemajuan profesi kefarmasian ⁽¹¹⁾.



A. Kerangka Teori

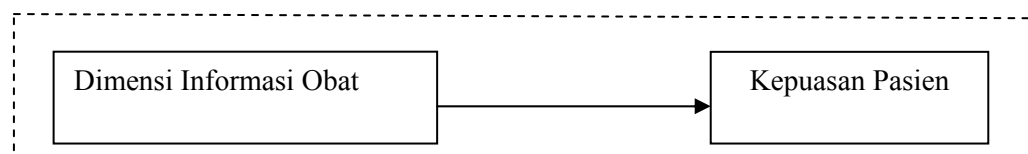


Wahyuningsih, A.,2002 *Analisa Tinglat Kepuasan Konsumen Berdasarkan Kualitas Pelayanan Pada Rumah Sakit Umum Kabupaten Karanganyar*, Skripsi Fakultas Ekonomi Program Studi Manajemen UMS,Surakarta

B. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen

Variabel Dependen



Keterangan : = Area Kerangka Konsep

= Area yang diteliti

C. Keterangan Empiris

Telah terjadi pergeseran orientasi pelayanan kefarmasian dari pengelolaan obat sebagai komoditi kepada pelayanan yang komprehensif (*pharmaceutical care*)⁽⁶⁾. Anggapan umum masyarakat tentang Instalasi Farmasi atau apotek dirumah sakit masih sebatas untuk menerima resep obat yang diresepkan oleh dokter kepada pasien, tidak banyak yang mengerti akan hak-haknya terhadap pelayanan kefarmasian, khususnya pemberian informasi obat di rumah sakit. Dari penelitian ini diharapkan dapat mengetahui tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap kinerja pemberian informasi obat untuk pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Panembahan Senopati Bantul dan untuk menganalisis dimensi pelayanan berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien.



BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah penelitian *Descriptive Correlation* yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengungkap hubungan korelasi antara variabel independen dan variabel dependen. Penelitian deskriptif merupakan penelitian dengan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor dan resiko dengan efek dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu saat (*point approach*)⁽²⁹⁾. Dari penelitian ini diharapkan dapat mengetahui tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap kinerja pemberian informasi obat untuk pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Panembahan Senopati Bantul dan untuk menganalisis dimensi pelayanan berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian di laksanakan di RSUD Panembahan Senopati Bantul, pada bulan Mei – Juni 2011.

C. Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan subjek yang memenuhi karakteristik yang ditentukan, sedangkan sampel adalah bagian (subset) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasinya⁽³⁰⁾.

Metode pengambilan sampel dilakukan dengan metode *quota sampling*, yaitu cara pengambilan sampel dengan jatah hampir sama dengan pengambilan sampel seadanya, tetapi dengan kontrol yang lebih baik untuk mengurangi terjadinya bias. Pelaksanaan pengambilan sampel dengan jatah sangat tergantung pada peneliti tetapi dengan kriteria dan jumlah yang telah ditentukan sebelumnya⁽²⁹⁾.

Jumlah sampel ditentukan dengan perhitungan rumus sampel dan Nawawi (1992), dengan tingkat kepercayaan 95% dengan rumus :

$$N \geq p : q \left(\frac{Z_{\frac{1}{2}\alpha}}{b} \right)^2 \dots\dots\dots \text{Persamaan 1}$$

Keterangan:

p : Proporsi populasi persentase kelompok

g : Proporsi sisa dalam populasi (100 – p)

$Z_{\frac{1}{2}\alpha}$: Derajat koefisien pada 95 % (1,96)

b : Presentase perkiraan kemungkinan membuat kekeliruan 10%

Dari rumus Nawawi diatas dapat ditentukan jumlah minimum responden sebagai berikut :

$$p = \frac{\text{jumlah pasien selama 2 Minggu}}{\text{jumlah pasien selama 1 bulan}}$$

$$p = \frac{560 \text{ pasien}}{1120 \text{ pasien}}$$

$$N \geq p : q \left(\frac{Z_{\frac{1}{2}\alpha}}{b} \right)^2$$

$$p = \frac{560}{1120} = 0,5$$

$$q = 1 - 0,5 = 0,5$$

$$Z_{\frac{1}{2}\alpha} = 1,96$$

$$b = 10\%$$

Dimasukkan dalam rumus sebagai berikut :

$$N \geq (0,5) (0,5) \left(\frac{1,96}{10\%} \right)^2$$

$$N \geq 96,04$$

Dalam banyak keadaan peneliti telah mengantisipasi kemungkinan subjek terpilih yang *drop out*, *loss to follow-up*, atau subjek yang tidak taat. Bila dari awal telah ditetapkan bahwa subjek tersebut tidak akan dianalisis, maka diperlukan koreksi terhadap besar sampel, dengan menambahkan sejumlah subjek agar besar sampel tetap

terpenuhi. Untuk ini tersedia formula sederhana untuk penambahan subjek sebagai berikut :

$$n' = \frac{n}{(1-f)} \dots\dots\dots \text{Persamaan 2}$$

n = besar sampel yang dihitung

= perkiraan proporsi *drop out*₍₄₃₎.

Jadi jumlah sampel tetap minimum pasien adalah ≥ 96 responden. Pengalaman sebelumnya menunjukkan bahwa kira-kira 10% ($f=0,1$) subjek *drop out* atau tidak taat *protocol* sehingga:

$$n' = \frac{96}{(1 - 0,1)}$$

$$n = 106,667$$

Jumlah sampel yang diteliti 107 responden. Pengambilan sampel dapat ditentukan sebagai berikut :

Pengambilan sampel selama 1 minggu, yaitu :

$$\begin{aligned} \text{Minggu Pertama} &= \frac{\text{jumlah pasien selama 1 Minggu}}{\text{jumlah pasien selama selama 1 bulan}} \\ &= \frac{280}{1120} \times (107) \\ &= 26,75 \end{aligned}$$

Jadi pengambilan sampel di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tiap minggu adalah 27 responden. Kemudian untuk pengambilan sampel per hari adalah 4 responden.

Adapun Kriteria sampel pada penelitian ini yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum sebagai subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang diteliti.

Adapun kriteria inklusinya adalah :

1. Responden berumur 14 – 80 tahun
2. Dapat membaca dan berbahasa Indonesia

3. Bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*.
 4. Pasien rawat jalan RSUD Panembahan Senopati Bantul.
 5. Kerabat, keluarga atau orang tua pasien rawat jalan RSUD Panembahan Senopati Bantul
 6. Memanfaatkan pelayanan Instalasi Farmasi minimal 1 kali.
- b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab.

Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian adalah :

1. Tidak bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*.
2. Tidak dapat membaca dan berbahasa Indonesia
3. Bukan pasien rawat jalan RSUD Panembahan Senopati Bantul
4. Belum pernah memanfaatkan pelayanan Instalasi Farmasi RSUD

D. Variabel Dan Definisi Operasional Variabel

Variable-variabel yang digunakan dalam penelitian dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1. Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas (*independent*) adalah tipe variabel yang menjelaskan atau mempengaruhi variabel yang lain. Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah dimensi kualitas pelayanan yang terdiri dari: *tangibles* (bukti langsung), *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan) dan *empathy* (empati).

2. Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat (*dependent*) adalah tipe variabel yang dijelaskan atau dipengaruhi oleh variabel *independent*. Adapun variabel (*dependent*) dalam penelitian ini adalah tingkat kepuasan pasien.

Definisi operasional merupakan suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan suatu variabel dengan cara memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut.

- a. Kepuasan adalah perbandingan kinerja atau hasil dengan harapan.
- b. Pasien rawat jalan adalah seseorang yang menerima pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit.
- c. Mutu adalah kesesuaian dengan persyaratan atau spesifikasi
- d. Informasi obat adalah keterangan mengenai obat, terutama yang dapat mendukung tercapainya tujuan pengobatan (terapi) yang tepat, rasional, efisien, dan aman dalam penggunaan obat.
- e. Mutu pemberian informasi obat adalah kesesuaian keterangan mengenai obat yang dapat mendukung tercapainya tujuan terapi yang tepat, rasional, efisien dan aman.
- f. Bukti langsung (*Tangibles*), yang meliputi fasilitas fisik, pegawai, perlengkapan, dan sarana komunikasi.
- g. Daya tanggap (*Responsiveness*), yaitu keinginan staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggapan.
- h. Keandalan (*Reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang menjanjikan dengan segera dan memuaskan.
- i. Jaminan (*Assurance*), yaitu mencakup kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, resiko dan keragu-raguan.
- j. Empati (*Emphaty*), yaitu meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dengan memahami kebutuhan para pelanggan.

E. Metode Pengumpulan Data dan Metode Pengukuran

a. Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data yang merupakan gabungan antara data sekunder dan data primer. Sebagian besar data yang dikumpulkan merupakan data primer, yaitu memberikan kuesioner untuk mengumpulkan data, menyusun, mengklarifikasi, menganalisa, dan menginterpretasikan menjadi suatu hasil penelitian yang signifikan.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini diperoleh melalui data primer atau melalui survei langsung ke lapangan dengan data yang dikumpulkan melalui kuisisioner dan data demografis. Kuisisioner memuat sejumlah pertanyaan yang berhubungan dengan masalah yang diteliti dan ditunjukkan kepada responden yang memuat daftar informasi yang diberikan oleh apoteker atau asisten apoteker kepada konsumen saat penyerahan obat.

Kuisisioner pada umumnya meminta keterangan tentang fakta yang diketahui oleh responden atau juga mengenai pendapat atau sikap⁽³²⁾.

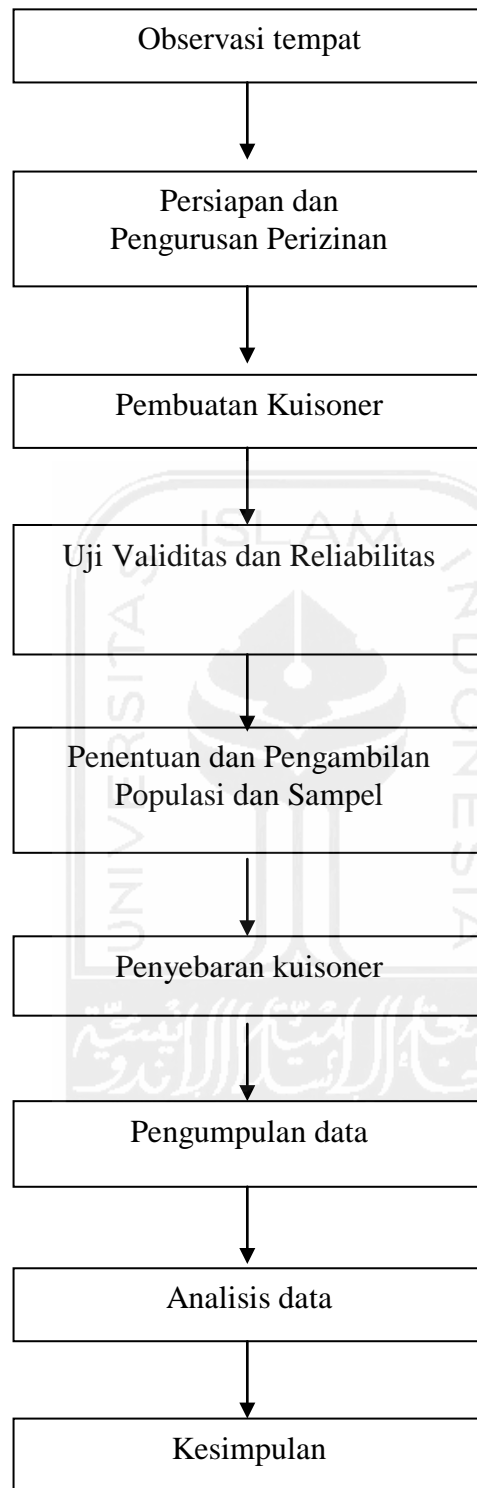
Tujuan pokok pembuatan kuisisioner adalah untuk memperoleh informasi yang relevan dengan tujuan survei serta bertujuan memperoleh informasi dengan reliabilitas dan validitas setinggi mungkin. Dalam pembuatan kuisisioner hendaknya sudah ditentukan variabel-variabel yang jelas dan relevan sehingga pernyataan-pernyataan yang dibuat menjadi jelas⁽³⁾.

1. Sumber Data

Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung dari responden terpilih pada lokasi penelitian. Data primer diperoleh dengan memberikan daftar pertanyaan (*questionnaire*).

2. Prosedur Penelitian



Gambar 3. Prosedur Penelitian

b. Metode Pengukuran

Dalam kuesioner terdapat pernyataan yang bersifat *favorable* (mendukung objek) dan *unfavorable* (tidak mendukung objek) dengan 4 skala alternatif jawaban yang diungkapkan melalui pernyataan sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), sangat tidak setuju (STS).

Skala yang digunakan untuk mengukur adalah skala likert dengan *forced-choice scale* 4 nilai yang dapat dilihat pada tabel

Tabel I. *Favorable* dan *Unfavorable*

Jawaban Pernyataan	Nilai	Jawaban Pernyataan	Nilai
<i>Favorable</i> :		<i>Unfavorable</i> :	
Sangat setuju	4	Sangat setuju	1
Setuju	3	Setuju	2
Tidak setuju	2	Tidak setuju	3
Sangat tidak setuju	1	Sangat tidak setuju	4

F. Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data merupakan bagian dari suatu penelitian, di mana tujuan dari analisis data ini adalah agar diperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti. Data yang telah terkumpul akan diolah dan dianalisis dengan menggunakan program komputer.

Adapun langkah-langkah pengolahan data meliputi:

- 1) *Editing* yaitu pekerjaan memeriksa data yang masuk seperti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan jawaban dan keseragaman suatu pengukuran.
- 2) *Entri* yaitu suatu kegiatan memasukkan data yang telah ditetapkan.
- 3) *Analisis* yaitu pengolahan data dengan menggunakan program komputer *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versi 16.0* dengan metode analisis *Chi-square*.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut:

1) Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk mendiskripsikan masing-masing variabel, baik variabel bebas atau terikat. Analisis ini berupa distribusi frekuensi dan persentase pada setiap variabel.

2) Analisis Bivariat

a. Untuk mencari hubungan dan membuktikan hipotesis dua variabel. Dalam penelitian ini digunakan uji *Chi-Square* untuk menghubungkan variabel terikat dengan variabel bebas.

Rumus yang digunakan Chi Kuadrat menurut Sudjana⁽⁵¹⁾.

$$x^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \dots\dots\dots \text{Persamaan 3}$$

Keterangan :

O_i = Frekuensi pengamatan

E_i = Frekuensi yang diharapkan, dengan $dk = (k-1)$

Dasar pengambilan keputusan dapat dilakukan dengan dua cara berikut:

1. Membandingkan *Chi-Square* hitung dengan *Chi-Square* tabel.
 - a. Jika *Chi-Square* hitung < *Chi-Square* tabel, maka H_0 diterima.
 - b. Jika *Chi-Square* hitung > *Chi-Square* tabel, maka H_0 ditolak.
2. Berdasarkan probabilitas.
 - a. Jika probabilitas $\geq 0,05$, maka H_0 diterima.
 - b. Jika probabilitas $\leq 0,05$, maka H_0 ditolak.

b. Uji Normalitas

Yang dimaksud dengan uji normalitas atau menguji normal atau tidaknya sampel, tidak lain sebenarnya adalah mengadakan pengujian terhadap normal tidaknya sebaran data

yang dianalisis. Banyak cara yang dapat digunakan untuk melakukan pengujian terhadap normal tidaknya data, salah satunya dengan uji *Kolmogorov-Smirnov*. Hipotesis yang diuji adalah :

H_0 : Sampel berasal dari populasi yang berdistribusi normal

H_1 : Sampel tidak berasal dari populasi berdistribusi normal

Dengan demikian, normalitas dipenuhi jika hasil uji tidak signifikan untuk suatu taraf signifikansi (α) = 0,05. Cara mengetahui signifikansi hasil uji normalitas adalah dengan :

- Jika signifikansi yang diperoleh $> \alpha$, maka sampel berasal dari populasi yang berdistribusi normal.
- Jika signifikansi yang diperoleh $< \alpha$, maka sampel bukan berasal dari populasi yang berdistribusi normal.

c. Analisis *Gap*

Dalam penelitian ini perhitungan tingkat kepuasan dilakukan dengan menggunakan analisis *Gap*. *Gap* (kesenjangan) didapat dengan cara menghitung selisih antara skor persepsi dengan harapan atau :

$$Q = P - E \quad \dots\dots\dots \text{Persamaan 4}$$

Dimana :

Q = *quality* (kualitas pelayanan)

P = *performance* (kinerja yang diukur berdasarkan persepsi atau yang dirasakan oleh pasien)

E = *expectation* (harapan pelanggan)

Tingkat kepuasan didasarkan pada nilai rata-rata (*mean score*) *Quality* (kualitas pelayanan).

Selisih (*Gap*) antara keyakinan dengan harapan menjelaskan tingkat kepuasan pasien, kepuasan paling rendah terjadi pada saat kinerja jauh dibawah harapan, yaitu saat kinerja minimal (1) sedangkan harapan maksimal (4), nilainya sebesar 1

$-4 = -3$. Sebaliknya kepuasan paling tinggi terjadi pada saat kinerja jauh melampaui harapan, yaitu saat kinerja maksimal (4) sedangkan harapan minimal (1), nilainya sebesar $4 - 1 = 3$. Rentang kepuasan -3 sampai dengan terbesar sebesar 3 memiliki interval :

Interval = (Skor tertinggi – Skor terendah) / Jumlah kelompok

$$= (3 - (-3)) / 4$$

$$= 1.5$$

Sehingga diperoleh **Tabel II klasifikasi kepuasan :**

Interval	Klasifikasi
- 3 s/d -1,5	Rendah
> -1,5 s/d 0	Sedang
> 0 s/d 1,5	Tinggi
> 1.5 s/d 3	Sangat Tinggi

G. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner tersebut mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Pengukuran validitas masing-masing indikator variabel yang terdapat dalam penelitian ini dilakukan dengan melihat nilai koefisien korelasi model korelasi *Product Moment Pearson*, yang dirumuskan sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{N(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}} \quad (39) \quad \dots\dots\dots \text{Persamaan 5}$$

Keterangan :

r_{xy} = koefisien korelasi

x = variabel independen

y = variabel dependen
 N = banyaknya sampel⁽³⁹⁾

Hasil perhitungan tiap-tiap item dibandingkan dengan tabel nilai Product Moment apabila hasil uji dari item pertanyaan ternyata signifikan ($P_{\text{value}} < 0,05$) atau r hitung lebih besar dari r table, maka item pertanyaan tersebut valid dan dapat digunakan.

Untuk mengetahui apakah suatu butir pertanyaan valid atau tidak, maka dilakukan dengan membandingkan harga koefisien korelasi total terkoreksi data yang diperoleh dengan bantuan program SPSS terhadap koefisien korelasi yang terdapat pada tabel statistik⁽⁵¹⁾.

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama⁽³⁷⁾.

Pengujian reliabilitas berkaitan dengan masalah adanya kepercayaan terhadap alat uji instrumen. Suatu instrumen dapat memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi jika hasil dari pengujian tersebut menunjukkan tetap. Pengujian ini dilakukan untuk menguji keadaan (konsistensi) data yang diperoleh⁽³⁹⁾.

Untuk pengujian reliabilitas data ini digunakan rumus keandalan alat ukur berdasarkan metode *Cronbach*⁽²⁵⁾ yang diperlukan untuk menghitung mean skor kepuasan dalam dimensi *Tangibles*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance*, dan *Empathy*.

$$\alpha = \left[\frac{kr}{1+(k-1)r} \right] \quad (39) \quad \dots\dots\Persamaan 6$$

Dimana :

α = koefisien keandalan alat ukur
 k = koefisien rata-rata korelasi antar variabel
 r = jumlah variabel data yang membentuk variabel laten

Nilai koefisien keandalan alat ukur (α) didefinisikan sebagai seberapa jauh pengukuran bebas dari varian kesalahan acak yang dapat menurunkan tingkat keandalan. Nilai tersebut merupakan konsisten jawaban responden terhadap penelitian yang mencerminkan nilai skor yang sebenarnya. Tinggi rendahnya reliabilitas data secara empiris ditunjukkan oleh suatu angka yang disebut koefisien reliabilitas. Rentang nilai koefisien ini adalah 0 sampai dengan 1 semakin tinggi nilai koefisien keandalan alat ukur (α), maka semakin baik alat ukurnya⁽³⁹⁾.

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian dilakukan terhadap 30 responden, Untuk mengetahui validitas kuesioner dilakukan dengan membandingkan nilai r_{tabel} dengan nilai r_{hitung} . Nilai r_{tabel} pada jumlah responden 30 dengan tingkat kemaknaan 0,05 (5%), didapat angka $r_{\text{tabel}} = 0,361$. Untuk nilai r_{hitung} dapat dilihat pada kolom "*Corrected item Total Correlation*". Untuk mengambil keputusan masing-masing variabel/pertanyaan dibandingkan nilai r_{hasil} dengan nilai r_{tabel} , dengan ketentuan : bila $r_{\text{hasil}} > r_{\text{tabel}}$, maka pertanyaan tersebut valid. Hasil pengujian validitas dan reliabilitas dapat dilihat pada tabel II.

Tabel III. Kuesioner Penelitian (Dimensi Mutu)

Pertanyaan	Rxy	Status	Pertanyaan	Rxy	Status
1	0,347	Tidak Valid	21	0,834	Valid
2	0,564	Valid	22	0,624	Valid
3	0,454	Valid	23	0,528	Valid
4	0,219	Tidak Valid	24	0,679	Valid
5	0,619	Valid	25	0,319	Tidak Valid
6	0,681	Valid	26	0,208	Tidak Valid
7	0,631	Valid	27	0,749	Valid
8	0,602	Valid	28	0,548	Valid
9	0,289	Tidak Valid	29	0,426	Valid
10	0,557	Valid	30	0,496	Valid
11	0,658	Valid	31	0,71	Valid
12	0,575	Valid	32	0,036	Tidak Valid
13	0,522	Valid	33	0,69	Valid
14	0,655	Valid	34	0,762	Valid
15	0,653	Valid	35	0,247	Tidak Valid
16	0,476	Valid	36	0,655	Valid
17	0,71	Valid	37	0,794	Valid
18	0,585	Valid	38	0,479	Valid
19	0,613	Valid	39	0,448	Valid
20	0,39	Valid	40	0,703	Valid

Berdasarkan hasil uji validitas tersebut dari 40 pertanyaan, dengan membandingkan nilai r_{tabel} dengan r_{hitung} ada 7 pertanyaan yang tidak valid karena nilai $r_{\text{hitung}} <$ dari nilai r_{tabel} . Yaitu pertanyaan pada nomor 1, 4, 9, 25, 26, 32, dan 35. Kemudian dilakukan analisis kembali dengan mengeluarkan pertanyaan kuesioner yang tidak valid. Sehingga diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel IV. Kuesioner Penelitian (Dimensi Mutu)

Pertanyaan	Rxy	Status	Pertanyaan	Rxy	Status
1	0,572	Valid	18	0,875	Valid
2	0,437	Valid	19	0,582	Valid
3	0,647	Valid	20	0,519	Valid
4	0,669	Valid	21	0,706	Valid
5	0,654	Valid	22	0,757	Valid
6	0,62	Valid	23	0,49	Valid
7	0,547	Valid	24	0,383	Valid
8	0,696	Valid	25	0,489	Valid
9	0,52	Valid	26	0,689	Valid
10	0,522	Valid	27	0,724	Valid
11	0,663	Valid	28	0,76	Valid
12	0,709	Valid	29	0,686	Valid
13	0,512	Valid	30	0,811	Valid
14	0,745	Valid	31	0,455	Valid
15	0,543	Valid	32	0,444	Valid
16	0,609	Valid	33	0,746	Valid
17	0,408	Valid			

Setelah semua pertanyaan sudah valid, analisis selanjutnya dengan uji reliabilitas. Untuk mengetahui reliabilitas caranya adalah membandingkan nilai r_{hasil} dengan nilai konstanta (0,6) bias juga dengan r tabel. Dalam uji reliabilitas sebagai nilai r_{hasil} adalah nilai r_{Alpha} . Dengan ketentuan bila $r_{\text{Alpha}} >$ konstanta (0,6), maka pertanyaan tersebut reliabel.

Dari hasil uji di atas ternyata, nilai r_{Alpha} (0,954) lebih besar dibandingkan dengan nilai 0,6, maka dari 33 pertanyaan di atas dinyatakan sudah reliabel.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

Data ini berupa gambaran karakteristik pribadi responden yang diantaranya jenis kelamin, status pernikahan, umur, pendidikan terakhir, pekerjaan, pendapatan dan jarak rumah dengan RSUD Panembahan Senapati Bantul.

1. Jenis Kelamin Responden

Dalam suatu keluarga seorang pria yang menjadi kepala keluarga cenderung melindungi/intervensi, memberikan rasa aman bagi keluarganya. Pola pemimpin keluarga sangat bervariasi ada yang melindungi berlebihan, ada yang kurang peduli dan ada yang diktator. Situasi dan kondisi tersebut dapat memberikan dukungan atau ancaman bagi anggota keluarganya. Pria cenderung lebih mempengaruhi wanita dalam memberikan pendapat atau pertimbangan⁽³¹⁾.

Tabel V. Jenis Kelamin Responden

No.	Jenis Kelamin	Orang	Persentase (%)
1	Laki-laki	48	44,86
2	Perempuan	59	55,14
Total		107	100

Berdasarkan tabel di atas konsumen laki-laki berjumlah 48 orang (44,86%). Sedangkan konsumen perempuan berjumlah 59 orang (55,14%).

2. Status pernikahan

Status pernikahan juga merupakan salah satu karakteristik responden yang akan mempengaruhi pemberian sikap terhadap pernyataan dan juga akan mempengaruhi upaya pemenuhan kompetensi. Keputusan dalam memilih pelayanan kesehatan, yang menjadi pertimbangan utama adalah pengalaman dan pendapat keluarga. Hal tersebut menjadi jaminan yang memberikan rasa aman, rasa tenang dan rasa puas⁽³¹⁾.

Tabel VI. Status Pernikahan

No.	Status Pernikahan	Orang	Persentase (%)
1	Belum menikah	29	27,10
2	Sudah menikah	78	72,90
Total		107	100

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa responden belum menikah berjumlah 29 orang (27,10%), sedangkan responden sudah menikah berjumlah 78 orang (72,90%).

3. Umur Responden

Usia dapat mempengaruhi pikiran, sikap dan pendapat seseorang. Perbedaan tingkat usia individu dapat mempengaruhi kepekaan seseorang terhadap informasi obat yang diperoleh di Rumah Sakit. Banyak anggapan bahwa orang muda lebih mudah menerima informasi. Kelompok umur produktif ini cenderung lebih menuntut dan berharap banyak terhadap kemampuan pelayanan kesehatan dasar dan cenderung mengkritik⁽³¹⁾.

Tabel VII. Tingkat Usia Responden

No.	Usia Responden	Orang	Persentase(%)
1	< 15 tahun	6	5,60
2	15-30 tahun	31	28,97
3	30-45 tahun	29	27,10
4	45-60 tahun	32	29,91
5	>60 tahun	9	8,41
Total		107	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa jumlah responden yang berusia < 15 tahun ada 6 orang (5,60%), berusia 15-30 tahun ada 31 orang (28,97%), berusia 30-45 tahun ada 29 orang (27,10%), berusia 45-60 tahun ada 32 orang (29,92%) dan berusia >60 tahun ada 9 orang (8,41%).

4. Pendidikan Terakhir

Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi terhadap minat, opini, dan sikapnya. Latar belakang pengetahuan yang berbeda akan

menyebabkan perbedaan dalam menginterpretasikan berbagai informasi yang ada. Pendidikan merupakan salah satu variabel kelas sosial yang mempengaruhi perilaku konsumen atau masyarakat terhadap suatu subjek⁽³¹⁾.

Tabel VIII . Tingkat Pendidikan Responden

No.	Pendidikan Terakhir	Orang	Persentase(%)
1	SD	30	28,03
2	SMP atau sederajat	17	15,89
3	SMU atau sederajat	39	36,45
4	Akademi/ Perguruan Tinggi	21	19,62
Total		107	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui responden yang pendidikan terakhir SD ada 30 orang (28,03%), SMP atau sederajat ada 17 orang (15,89%), SMU atau sederajat ada 39 orang (36,45%) dan akademi/Perguruan Tinggi ada 21 orang (19,62%).

Jadi, tingkat pendidikan mempengaruhi terhadap kunjungan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Dalam hal ini adalah pemberian informasi obat. Seseorang dengan pendidikan tinggi, akan membutuhkan pertolongan pelayanan kesehatan bila sudah tidak mampu menolong dirinya sendiri. Sebaliknya seseorang dengan pendidikan rendah akan menahan sakit dan bila sakitnya sudah berat cenderung mencari pertolongan pengobatan⁽³¹⁾.

Dengan meningkatnya taraf pendidikan maka akan mengakibatkan tuntutan dan harapan terhadap pelayanan kesehatan. Seseorang dengan pendidikan tinggi berharap bahwa pelayanan kesehatan tidak hanya mengatasi masalah kesehatan saja, tetapi juga masalah kehidupan sehari-hari. Masyarakat berpendidikan tinggi yang berada dalam lingkungan kehidupan yang modern tidak mudah puas dengan pelayanan kesehatan dasar⁽³¹⁾.

5. Pekerjaan

Pekerjaan seseorang akan menentukan status sosialnya di dalam masyarakat. Sedangkan status seseorang dapat mempengaruhi hubungan atau

interaksi sosial dalam masyarakat. Hal ini dapat menentukan pola perilaku masing-masing individu termasuk perilaku dalam menentukan tempat yang akan di datangi untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Selain itu pekerjaan juga mempengaruhi sikap dan minat responden dalam menerima, dan menilai kualitas informasi yang diperoleh⁽³²⁾.

Dalam hal ini ibu rumah tangga yang mempunyai peran dan pengaruh keluarga dalam mempengaruhi keputusan, atau pendapat sangat. Keputusan dalam memilih pelayanan kesehatan, yang menjadi pertimbangan utama adalah pengalaman dan pendapat keluarga. Hal tersebut menjadi jaminan yang memberikan rasa aman, rasa tenang dan rasa puas⁽³¹⁾.

Tabel IX. Pekerjaan Responden

No.	Pekerjaan	Orang	Persentase (%)
1	Pelajar/Mahasiswa	11	10,28
2	Ibu Rumah Tangga	39	36,45
3	PNS	28	26,17
4	TNI/POLRI	3	2,80
5	Pegawai Swasta	15	14,02
6	Wiraswasta	6	5,60
7	Lain-lain	5	4,67
Total		107	100

Dari tabel di atas dilihat bahwa, pekerjaan responden yang paling banyak adalah ibu rumah tangga yaitu 39 orang (36,45%). Sedangkan responden lain yang pekerjaannya sebagai pelaja/mahasiswa ada 11 orang (10,28%), PNS 28 orang (26,17%), TNI/POLRI 3 orang (2,80%), pegawai swasta 15 orang (14,02%), dan wiraswasta 6 orang (5,60%).

6. Pendapatan

Pendapatan seseorang akan mempengaruhi seseorang dalam memilih tempat yang akan dikunjungi untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Seseorang dengan pendapatan rendah akan memilih Rumah Sakit Umum Daerah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan atas dasar faktor ekonominya namun tidak melupakan mutu layanan yang diperoleh, begitu juga dengan seseorang yang mempunyai pendapatan tinggi⁽³¹⁾.

Tabel X. Tingkat Pendapatan Responden

No.	Pendapatan (Rp)	Jumlah	Persentase (%)
1	<250.000	14	13,08
2	250.000-500.000	33	30,84
3	500.000-1.000.000	46	42,99
4	1.000.000-2.000.000	12	11,21
5	>2.000.000	2	1,87
Total		107	100

Berdasarkan data di atas, pendapatan responden yang memiliki pendapatan <250.000 ada 14 orang (13,08%), 250.000-500.000 ada 33 orang (30,84%), 500.000-1.000.000 ada 46 orang (42,99%), 1.000.000-2.000.000 ada 12 orang (11,21%), dan >2.000.000 ada 2 orang (1,87%).

7. Jarak dengan RSUD Panembahan Senopati Bantul

Diantara bebrapa faktor yang mempengaruhi seseorang untuk memilih tempat yang akan dikunjungi untuk memperoleh pelayanan kesehatan, jarak rumah dengan Rumah Sakit Umum Daerah juga mempengaruhi kunjungan. Namun kunjungan itu pastinya tidak hanya mempertimbangkan jarak namun juga mutu pelayanan kesehatan yang akan diperoleh⁽³¹⁾.

Tabel XI. Jarak dengan Rumah Sakit

No.	Jarak dengan RSUD	Jumlah	Persentase (%)
1	<200 m	18	16,82
2	200-500 m	17	15,89
3	500 m- 1km	21	19,62
4	1-2 km	22	20,56
5	>2 km	29	27,10
Total		107	100

Berdasarkan tabel di atas, jarak responden dengan RSUD Panembahan Senopati Bantul diantaranya, <200 m ada 18 orang (16,82%), 200-500 m ada 17 orang (15,89%), 500 m-1 km ada 21 orang (19,62%), 1-2 km ada 22 orang (20,56%), dan >2 km ada 29 orang (27,10%).

B. Deskripsi Data Penelitian

Respon pasien terhadap mutu pemberian informasi obat di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul mencakup dimensi *Tangible*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance*, dan *Emphaty*. Dari masing-masing dimensi tersebut diukur dengan butir pertanyaan yang diukur dengan skala jawaban 1= Sangat Tidak Setuju (STS), 2= Tidak Setuju (TS), 3= Setuju (S), dan 4= Sangat Setuju (SS).

1. Distribusi Jawaban Dimensi Mutu

A. Dimensi Mutu Bukti Fisik (*Tangible*)

Tabel XII. Distribusi Responden Berdasar Jawaban Pada Dimensi *Tangible*

Pertanyaan	Jumlah Responden				Jumlah
	STS	TS	S	SS	
Q1	0	21	73	13	107
Q2	0	29	60	18	107
Q3	0	9	73	25	107
Q4	0	20	65	22	107
Q5	0	49	43	15	107
Q6	0	3	88	16	107
Jumlah	0	131	402	109	642
%	0	20,41	62,62	16,97	100

Tabel di atas merupakan distribusi jawaban responden terhadap bukti fisik diambil dari data kenyataan. Bukti fisik merupakan penampilan dan kemampuan, serta sarana dan prasarana fisik yang diberikan, yang meliputi fasilitas fisik, peralatan yang digunakan dan penampilan karyawan. Untuk variabel bukti fisik ini terdapat 6 pertanyaan.

Berdasarkan tabel di atas dilihat responden yang menyatakan setuju 62,62% , tidak setuju 20,41% dan sangat setuju 16,97%.

B. Dimensi Mutu Kehandalan (*Reliability*)

Tabel XIII. Distribusi Responden Berdasar Jawaban Pada Dimensi *Reliability*

Pertanyaan	Jumlah Responden				Jumlah
	STS	TS	S	SS	
Q1	0	0	82	25	107
Q2	0	70	24	13	107
Q3	0	26	51	30	107
Q4	0	15	86	6	107
Q5	12	46	29	20	107
Q6	6	64	23	14	107
Q7	0	40	49	18	107
Jumlah	18	261	344	126	749
%	2,40	34,84	45,93	16,82	100

Tabel di atas merupakan distribusi jawaban responden terhadap kehandalan diambil dari data kenyataan. Kehandalan merupakan kemampuan yang dimiliki oleh karyawan dalam memberikan pelayanan yang sesuai secara akurat dan terpercaya. Dalam hal ini ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua konsumen, dan sikap simpatik. Untuk variabel ini terdapat 7 pertanyaan.

Berdasarkan tabel di atas dilihat responden menyatakan setuju 45,93%, tidak setuju 34,84%, sangat setuju 16,82% dan sangat tidak setuju 2,40%.

C. Dimensi Mutu Jaminan (*Assurance*)

Tabel XIV. Distribusi Responden Berdasar Jawaban Pada Dimensi *Assurance*

Pertanyaan	Jumlah Responden				Jumlah
	STS	TS	S	SS	
Q1	8	64	21	14	107
Q2	2	8	57	40	107
Q3	0	23	72	12	107
Q4	0	62	35	10	107
Q5	6	42	37	22	107
Jumlah	16	199	222	98	535
%	2,99	37,19	41,50	18,32	100

Tabel di atas merupakan distribusi jawaban responden terhadap jaminan yang diambil dari data kenyataan. Jaminan merupakan kemampuan untuk menumbuhkan rasa percaya konsumen terhadap layanan yang diberikan. Dalam hal ini meliputi komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi dan sopan santun. Untuk variabel ini terdapat 5 pertanyaan.

Berdasarkan tabel di atas dilihat responden menyatakan setuju 41,50%, tidak setuju 37,19%, sangat setuju 18,32% dan sangat tidak setuju 2,99%.

D. Dimensi Mutu Daya Tanggap (*Responsiveness*)

Tabel XV. Distribusi Responden Berdasar Jawaban Pada Dimensi *Responsiveness*

Pertanyaan	Jumlah Responden				Jumlah
	STS	TS	S	SS	
Q1	0	54	41	12	107
Q2	0	6	71	30	107
Q3	6	14	69	18	107
Q4	0	0	88	19	107
Q5	0	63	34	10	107
Q6	0	10	61	36	107
Q7	8	52	31	16	107
Q8	10	52	37	8	107
Jumlah	24	251	432	149	856
%	2,80	29,32	50,47	17,41	100

Tabel di atas merupakan distribusi jawaban responden terhadap daya tanggap diambil dari data kenyataan. Daya tanggap adalah kemauan untuk membantu dan memberikan informasi yang cepat dan tepat kepada konsumen, dengan penyampaian yang jelas. Untuk variabel ini terdapat 8 pertanyaan.

Berdasarkan tabel di atas dilihat responden menyatakan setuju 50,47%, tidak setuju 29,32%, sangat setuju 17,41% dan sangat tidak setuju 2,80%.

E. Dimensi Mutu Empati (*Empathy*)

Tabel XVI. Distribusi Responden Berdasar Jawaban Pada Dimensi *Empathy*

Pertanyaan	Kenyataan				Jumlah
	STS	TS	S	SS	
Q1	0	60	47	0	107
Q2	3	46	34	24	107
Q3	0	65	28	14	107
Q4	20	46	33	8	107
Q5	0	7	85	15	107
Q6	0	9	85	13	107
Q7	12	49	30	16	107
Jumlah	35	282	342	90	749
%	4,67	37,65	45,66	12,01	100

Tabel di atas merupakan distribusi jawaban responden terhadap empati diambil dari data kenyataan. Empati merupakan perhatian yang diberikan pemberi informasi kepada konsumen, dalam upaya untuk memberikan pemahaman sesuai keinginan konsumen. Untuk variabel ini terdapat 7 pertanyaan.

Berdasarkan tabel di atas dilihat responden menyatakan setuju 45,66%, tidak setuju 37,65%, sangat setuju 12,01% dan sangat tidak setuju 4,67%.

A. Dimensi Mutu *Tangible* (Bukti Fisik)

Berdasarkan hasil uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh $p = 0,046$ ($p < 0,05$) yang berarti distribusi data tidak normal. Maka pembuatan kategori dilakukan berdasarkan nilai median yaitu $x \geq 18$ puas dan $x < 18$ tidak puas.

Tabel XVII. Distribusi Responden Berdasar Persepsi *Tangible*

Penilaian <i>Tangible</i>	Responden	%
Puas	50	46,73
Tidak Puas	57	53,27
Jumlah	107	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa hasil analisis pada tingkat kepuasan mutu bukti fisik pemberian informasi obat di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Untuk kategori puas adalah sebesar 50 orang (46,73%) dan kategori tidak puas sebesar 57 orang (53,27%). Hasil penilaian tersebut berdasarkan hasil jawaban responden terhadap pertanyaan mengenai dimensi mutu bukti fisik pemberian informasi obat.

B. Dimensi Mutu *Reliability* (Kehandalan)

Berdasarkan hasil uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh $p = 0,023$ ($p < 0,05$) yang berarti distribusi data tidak normal. Maka pembuatan kategori dilakukan berdasarkan nilai median yaitu $x \geq 19$ puas dan $x < 19$ tidak puas.

Tabel XVIII. Tabel Distribusi Responden Berdasar Persepsi

<i>Reliability</i>		
Penilaian <i>Reliability</i>	Responden	%
Puas	59	55,14
Tidak Puas	48	44,86
Jumlah	107	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa hasil analisis pada tingkat kepuasan mutu kehandalan pemberian informasi obat di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Untuk kategori puas adalah sebesar 59 orang (55,14%) dan kategori tidak puas sebesar 48 orang (44,86%). Hasil penilaian tersebut berdasarkan hasil jawaban responden terhadap pertanyaan mengenai dimensi mutu kehandalan pemberian informasi obat.

C. Dimensi Mutu *Responsiveness* (Daya Tanggap)

Berdasarkan hasil uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh $p = 0,012$ ($p < 0,05$) yang berarti distribusi data tidak normal. Maka pembuatan kategori dilakukan berdasarkan nilai median yaitu $x \geq 22$ puas dan $x < 22$ tidak puas.

**Tabel XIX. Tabel Distribusi Responden Berdasar Persepsi
*Responsiveness***

Penilaian <i>Responsiveness</i>	Responden	%
Puas	63	58,88
Tidak Puas	44	41,12
Jumlah	107	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa hasil analisis pada tingkat kepuasan mutu daya tanggap pemberian informasi obat di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Untuk kategori puas adalah sebesar 63 orang (58,88%) dan kategori tidak puas sebesar 44 orang (41,12%). Hasil penilaian tersebut berdasarkan hasil jawaban responden terhadap pertanyaan mengenai dimensi mutu daya tanggap pemberian informasi obat.

D. Dimensi Mutu *Assurance* (Jaminan)

Berdasarkan hasil uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh $p = 0,006$ ($p < 0,05$) yang berarti distribusi data tidak normal. Maka pembuatan kategori dilakukan berdasarkan nilai median yaitu $x \geq 14$ puas dan $x < 14$ tidak puas.

Tabel XX. Distribusi Responden Berdasar Persepsi *Assurance*

Penilaian <i>Assurance</i>	Responden	%
Puas	52	48,6
Tidak Puas	55	51,4
Jumlah	107	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa hasil analisis pada tingkat kepuasan mutu jaminan pemberian informasi obat di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Untuk kategori puas adalah sebesar 52 orang (48,60%) dan kategori tidak puas sebesar 55 orang (51,40%). Hasil penilaian tersebut berdasarkan hasil jawaban responden terhadap pertanyaan mengenai dimensi mutu jaminan pemberian informasi obat.

E. Dimensi Mutu *Emphaty* (Empati)

Berdasarkan hasil uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh $p = 0,000$ ($p < 0,05$) yang berarti distribusi data tidak normal. Maka pembuatan kategori dilakukan berdasarkan nilai median yaitu $x \geq 19$ puas dan $x < 19$ tidak puas.

Tabel XXI. Tabel Distribusi Responden Berdasar Persepsi *Emphaty*

Penilaian <i>Emphaty</i>	Responden	%
Puas	52	48,6
Tidak Puas	55	51,4
Jumlah	107	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa hasil analisis pada tingkat kepuasan mutu empati pemberian informasi obat di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Untuk kategori puas adalah sebesar 52 orang (48,60%) dan kategori tidak puas sebesar 55 orang (51,40%). Hasil penilaian tersebut berdasarkan hasil jawaban responden terhadap pertanyaan mengenai dimensi mutu empati pemberian informasi obat.

2. Analisis Bivariat Variabel Penelitian

Untuk mencari hubungan dan membuktikan hipotesis dua variabel. Dalam penelitian ini digunakan uji *Chi-Square* untuk menghubungkan variabel bebas dan variabel terikat. Dalam hal ini variabel bebas berupa dimensi mutu (*tangible, reliability, responsiveness, assurance, emphaty*), sedangkan variabel terikatnya berupa tingkat kepuasan.

A. Hubungan Persepsi tentang Bukti Fisik

Berikut ini merupakan tabel tentang hubungan variabel bukti fisik dengan persepsi pasien :

Tabel XXII. Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Bukti Fisik

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	50	100	150
Tidak Puas	57	7	64
Jumlah	107	107	214

Nilai X^2_{tabel} untuk $\alpha = 0,01 = 6,635$ dan $\alpha = 0,05 = 3,481$. $X^2_{\text{hitung}} > X^2_{\text{tabel}}$ yaitu $57,980 > 6,635$ maka H_0 ditolak artinya signifikan. Jadi, ada perbedaan yang signifikan/bermakna antara kenyataan dan harapan responden dengan tingkat kepuasan. Dan jika $Chi_{\text{hitung}} > Chi_{\text{tabel}}$ maka H_a diterima, jadi ada hubungan antara bukti fisik dengan tingkat kepuasan responden.

Dengan adanya penampilan, sarana dan prasarana fisik serta keadaan lingkungan yang baik hal ini meningkatkan kepuasan atau penilaian pasien terhadap bukti fisik. Dimana bukti fisik merupakan salah satu dimensi mutu dalam suatu layanan dalam hal ini pemberian informasi obat.

B. Hubungan Persepsi tentang Kehandalan

Berikut ini merupakan tabel tentang hubungan variabel kehandalan dengan persepsi pasien :

**Tabel XXIII. Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang
Kehandalan**

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	59	95	154
Tidak Puas	48	12	60
Jumlah	107	107	214

Nilai X^2_{tabel} untuk $\alpha = 0,01 = 6,635$ dan $\alpha = 0,05 = 3,481$. $X^2_{\text{hitung}} > X^2_{\text{tabel}}$ yaitu $31,706 > 6,635$ maka H_0 ditolak artinya signifikan. Jadi, ada perbedaan yang signifikan/bermakna antara kenyataan dan harapan responden dengan tingkat kepuasan. Dan jika $Chi_{\text{hitung}} > Chi_{\text{tabel}}$ maka H_a diterima, jadi ada hubungan antara kehandalan dengan tingkat kepuasan responden

Pemberian informasi obat merupakan bagian dari suatu pelayanan kesehatan. Dimana dalam suatu pelayanan kehandalan sangat berpengaruh terhadap persepsi konsumen. Dalam hal ini kehandalan pemberian informasi obat yang diantaranya pemberian informasi yang akurat dan

terpercaya. Keandalan karyawan dalam menyampaikan informasi tentang obat meningkatkan kepuasan pasien.

C. Hubungan Persepsi tentang Daya Tanggap

Berikut ini merupakan tabel tentang hubungan variabel daya tanggap dengan persepsi pasien :

Tabel XXIV. Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Daya Tanggap

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	63	107	170
Tidak Puas	44	0	44
Jumlah	107	107	214

Nilai X^2_{tabel} untuk $\alpha = 0,01 = 6,635$ dan $\alpha = 0,05 = 3,481$. $X^2_{\text{hitung}} > X^2_{\text{tabel}}$ yaitu $57,934 > 6,635$ maka H_0 ditolak artinya signifikan. Jadi, ada perbedaan yang signifikan/bermakna antara kenyataan dan harapan responden dengan tingkat kepuasan. Dan jika $\chi_{\text{hitung}} > \chi_{\text{tabel}}$ maka H_a diterima, jadi ada hubungan antara daya tanggap dengan tingkat kepuasan responden.

Daya tanggap seorang karyawan terhadap konsumen erat hubungannya dengan meningkatnya kepercayaan dan kepuasan pasien dalam memperoleh layanan yang di dapat. Dalam hal ini pemberian informasi obat, karyawan mempunyai daya tanggap yang baik terhadap pasien sehingga meningkatkan rasa puas yang dirasakan oleh pasien.

D. Hubungan Persepsi tentang Jaminan

Berikut ini merupakan tabel tentang hubungan variabel jaminan dengan persepsi pasien :

Tabel XXV. Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Jaminan

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	52	100	152
Tidak Puas	55	7	62
Jumlah	107	107	214

Nilai X^2_{tabel} untuk $\alpha = 0,01 = 6,635$ dan $\alpha = 0,05 = 3,481$. $X^2_{\text{hitung}} > X^2_{\text{tabel}}$ yaitu $56,339 > 6,635$ maka H_0 ditolak artinya signifikan. Jadi, ada perbedaan yang signifikan/bermakna antara kenyataan dan harapan responden dengan tingkat kepuasan. Dan jika $\chi_{\text{hitung}} > \chi_{\text{tabel}}$ maka H_a diterima, jadi ada hubungan antara jaminan dengan tingkat kepuasan responden.

Jaminan merupakan salah satu dimensi mutu yang berpengaruh dalam suatu layanan. Jaminan dalam hal ini dapat berupa pengetahuan, kesopanan dan kemampuan karyawan dalam menyampaikan suatu informasi. Di sini karyawan telah melakukan kegiatan pemberian informasi obat yang baik sehingga timbul rasa percaya pasien terhadap informasi yang diperoleh. Dengan tumbuhnya rasa percaya pasien tersebut meningkatkan kepuasan pasien terhadap informasi yang telah disampaikan oleh karyawan.

E. Hubungan Persepsi tentang Empati

Berikut ini merupakan tabel tentang hubungan variabel empati dengan persepsi pasien :

Tabel XXVI. Hubungan Variabel Persepsi Pasien tentang Empati

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Baik	52	94	146
Tidak Baik	55	13	68
Jumlah	107	107	214

Nilai X^2_{tabel} untuk $\alpha = 0,01 = 6,635$ dan $\alpha = 0,05 = 3,481$. $X^2_{\text{hitung}} > X^2_{\text{tabel}}$ yaitu $39,855 > 6,635$ maka H_0 ditolak artinya signifikan. Jadi, ada perbedaan yang signifikan/bermakna antara kenyataan dan harapan responden dengan tingkat kepuasan. Dan jika $\chi_{\text{hitung}} > \chi_{\text{tabel}}$ maka H_a diterima, jadi ada hubungan antara empati dengan tingkat kepuasan responden.

Hubungan antara karyawan dengan pasien juga berpengaruh terhadap penilaian atau persepsi pasien terhadap diperoleh. Karyawan yang memiliki rasa empati yang baik tentunya memberikan kesan yang

baik kepada pasien. Dalam hal ini karyawan telah memberikan rasa nyaman dan kesan yang cukup baik kepada pasien, dengan meningkatnya hal ini meningkatkan kepuasan pasien dengan informasi yang diperoleh.

Dari kelima dimensi mutu tersebut masing-masing dimensi menggambarkan adanya hubungan dimensi mutu dengan tingkat kepuasan responden. Setiap dimensi mutu berpengaruh terhadap peningkatan penilaian pasien terhadap pemberian informasi yang diberikan di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Dengan meningkatnya dimensi mutu meningkat pula kepuasan pasien.

3. Analisis Kesesuaian Kenyataan Dan Harapan

Pada dasarnya di setiap analisis kepuasan, hal yang mendasarinya adalah karena terdapat kesenjangan ataupun perbedaan di antara harapan dengan hal aktual yang terjadi di lapangan. Gap atau kesenjangan tersebut perlu diukur guna melakukan evaluasi terhadap kepuasan yang dirasakan konsumen. Nilai kesenjangan ini akan memberikan informasi mengenai seberapa besar suatu atribut produk atau jasa telah memenuhi harapan konsumennya. Walaupun terkadang dimensi harapan (tingkat kepentingan konsumen) sering memberikan kesan suatu tingkatan ideal yang diinginkan konsumen, namun informasi ini bermanfaat sebagai masukan bagi peningkatan kinerja perusahaan terhadap produk dan jasanya.

A. Analisis Kesesuaian Kenyataan dan Harapan Bukti Fisik

Berikut merupakan tabel tentang distribusi jawaban bukti fisik :

Tabel XXVII. Distribusi Jawaban Bukti Fisik

Pertanyaan	Kenyataan(x)	Harapan(y)	Gap
Q1	2,925	3,28	-0,355
Q2	2,897	3,327	-0,43
Q3	3,149	3,271	-0,122
Q4	3,018	3,336	-0,318
Q5	2,682	3,355	-0,673
Q6	3,121	3,355	-0,234
Rata-rata	2,972	3,336	-0,364

Secara rata-rata *gap* yang terjadi antara kenyataan dengan harapan sebesar -0,364 termasuk dalam klasifikasi sedang. Dari tabel dapat dilihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap dimensi bukti fisik belum sesuai harapan tetapi sudah dikategorikan sedang atau cukup baik.

B. Analisis Kesesuaian Kenyataan dan Harapan Kehandalan

Berikut merupakan tabel tentang distribusi jawaban kehandalan :

Tabel XXVIII. Distribusi Jawaban Kehandalan

Pertanyaan	Kenyataan	Harapan	<i>Gap</i>
Q1	3,233	3,457	-0,224
Q2	2,467	3,205	-0,738
Q3	3,037	3,327	-0,29
Q4	2,915	3,205	-0,29
Q5	2,532	3,289	-0,757
Q6	2,42	3,308	-0,888
Q7	2,794	3,242	-0,448
Rata-rata	2,855	3,289	-0,434

Secara rata-rata *gap* yang terjadi antara kenyataan dengan harapan sebesar -0,434 termasuk dalam klasifikasi sedang. Dari tabel dapat dilihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap dimensi kehandalan belum sesuai harapan tetapi sudah dikategorikan sedang atau cukup baik.

C. Analisis Kesesuaian Kenyataan dan Harapan Daya Tanggap

Berikut merupakan tabel tentang distribusi jawaban daya tanggap:

Tabel XXIX. Distribusi Jawaban Daya Tanggap

Pertanyaan	Kenyataan	Harapan	<i>Gap</i>
Q1	2,607	3,308	-0,701
Q2	3,224	3,448	-0,224
Q3	2,925	3,317	-0,392
Q4	3,177	3,392	-0,215
Q5	2,504	3,205	-0,701
Q6	3,242	3,476	-0,234
Q7	2,514	3,308	-0,794
Q8	2,401	3,364	-0,963
Rata-rata	2,766	3,341	-0,575

Secara rata-rata *gap* yang terjadi antara kenyataan dengan harapan sebesar -0,575 termasuk dalam klasifikasi sedang. Dari tabel dapat dilihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap dimensi daya tanggap belum sesuai harapan tetapi sudah dikategorikan sedang atau cukup baik.

D. Analisis Kesesuaian Kenyataan dan Harapan Jaminan

Berikut merupakan tabel tentang distribusi jawaban jaminan :

Tabel XXX. Distribusi Jawaban Jaminan

Pertanyaan	Kenyataan	Harapan	<i>Gap</i>
Q1	2,383	3,401	-1,018
Q2	3,261	3,392	-0,131
Q3	2,897	3,261	-0,364
Q4	2,514	3,280	-0,766
Q5	2,700	3,345	-0,645
Rata-rata	2,700	3,345	-0,645

Secara rata-rata *gap* yang terjadi antara kenyataan dengan harapan sebesar -0,645 termasuk dalam klasifikasi sedang. Dari tabel dapat dilihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap dimensi jaminan belum sesuai harapan tetapi sudah dikategorikan sedang atau cukup baik.

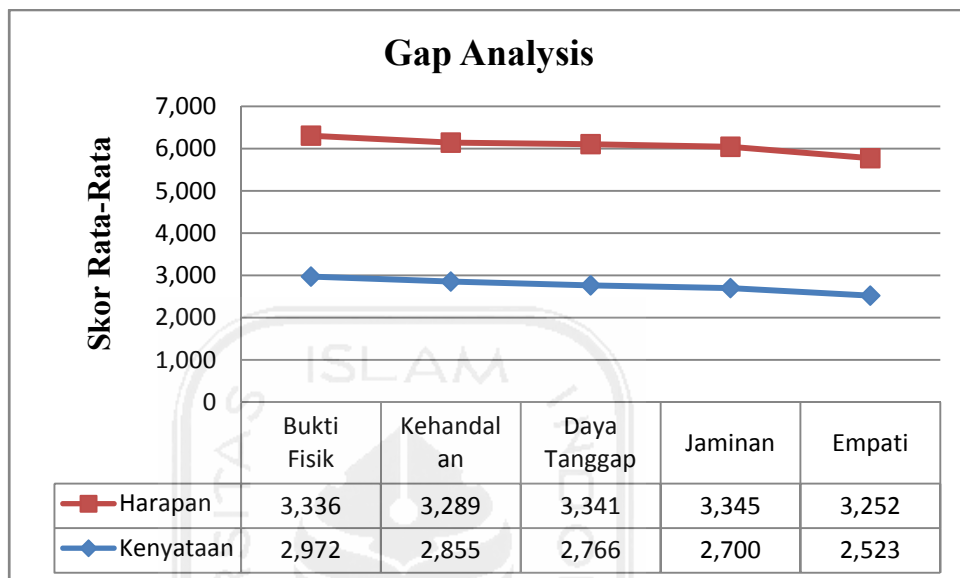
E. Analisis Kesesuaian Kenyataan dan Harapan Empati

Berikut merupakan tabel tentang distribusi jawaban empati :

Tabel XXXI. Distribusi Jawaban Empati

Pertanyaan	Kenyataan	Harapan	<i>Gap</i>
Q1	2,439	3,242	-0,803
Q2	2,738	3,252	-0,514
Q3	2,523	3,186	-0,663
Q4	2,271	3,261	-0,99
Q5	3,074	3,289	-0,215
Q6	3,037	3,420	-0,383
Q7	2,467	3,158	-0,691
Rata-rata	2,523	3,252	-0,729

Secara rata-rata *gap* yang terjadi antara kenyataan dengan harapan sebesar -0,729 termasuk dalam klasifikasi sedang. Dari tabel dapat dilihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap dimensi empati belum sesuai harapan tetapi sudah dikategorikan sedang atau cukup baik.



Gambar 4. Diagram Garis *Gap Analysis*

Dari perhitungan menggunakan *gap analysis* diperoleh hasil bahwa dimensi yang mempunyai *gap* paling besar adalah variabel empati yaitu harus memiliki rasa empati, memberikan kesan yang baik dan memberikan rasa nyaman kepada pasien, meskipun dalam hal ini sudah cukup baik namun variabel tersebut perlu ditingkatkan. Sedangkan variabel yang memiliki *gap* paling kecil adalah variabel bukti fisik yaitu penampilan, sarana dan prasarana serta keadaan lingkungan.

Adapun keterbatasan dalam penelitian ini ada beberapa hal diantaranya :

1. Pengembangan instrumen/kuesioner penelitian dirasakan ada keterbatasan, hal ini telah diantisipasi dengan mempelajari teori/konsep dan kuesioner-kuesioner pada penelitian lain yang sejenis (tentang kepuasan pasien).
2. Ketidaktahuan responden/pasien terhadap pemberian informasi yang diberikan oleh petugas Instalasi Farmasi, diantisipasi dengan memberikan penjelasan dengan kalimat yang mudah dipahami oleh pasien.
3. Sulit untuk meminta pasien agar bersedia membantu mengisi kuesioner, diantisipasi dengan memberikan penjelasan tentang tujuan kuesioner untuk penyusunan skripsi tidak berpengaruh terhadap pelayanan RSUD terhadap pasien , serta memberikan hadiah.
4. Informasi obat yang disampaikan kepada pasien tidak lengkap. Petugas hanya menyampaikan tentang dosis dan frekuensi penggunaan obat, efek samping obat dan cara pemberian obat.

BAB V

KESIMPULAN

A. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil analisis *gap* mutu pemberian informasi obat dikategorikan sedang. Berdasarkan hasil uji *kolmogorov-Smirnov* Pasien menyatakan puas terhadap kinerja pemberian informasi obat di Instalasi Farmasi RSUD Panembahan Senopati Bantul. Meskipun belum sepenuhnya sesuai dengan harapan pasien.
2. Berdasarkan hasil analisis uji *Chi-Square* dimensi pelayanan berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien.

B. SARAN

1. Perlu dilakukan penelitian lain mengenai pemberian informasi obat dengan menggunakan dimensi mutu lain.
2. Perlu dilakukan peningkatan kinerja tenaga farmasi, dimana pasien telah memberikan respon yang cukup baik.
3. Perlu dilakukan peningkatan pada dimensi bukti fisik, kehandalan, serta daya tanggap. Dan yang menjadi skala prioritas adalah dimensi empati yaitu dengan memberikan perhatian lebih kepada pasien dalam upaya untuk memberikan pemahaman terhadap informasi obat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2004, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi di rumah sakit* available at <http://www.scribd.com/doc/3554331/standar-far-RS-1197-2004> (Diakses pada tanggal 24 November 2010)
- Depkes, 2004b, *Keputusan Menteri Kesehatan no.1027/Kep/IX/2004 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian, di Apotek*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Anonim, 2009, *Undang-undang Kesehatan dan Rumah Sakit Nomor 26 tahun 2009 Pasal 7*, available at [http://www.pppl.depkes.go.id/_asset/regulasi/UU_36_Tahun_2009\[1\].pdf](http://www.pppl.depkes.go.id/_asset/regulasi/UU_36_Tahun_2009[1].pdf) (Diakses tanggal 11 januari 2011).
- Horovitz, J, 2000, *Seven Secrets of Service Strategy*, Prentice Hall, Great Britain.
- Lupiyoadi, R. 2001. *Manajemen Pemasaran Jasa Teori dan Praktik*. Salemba Empat, Jakarta.
- Azwar, A, 1994, *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Bina Rupa Aksara, Jakarta
- Anonim, 2004, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi di rumah sakit* available at <http://www.scribd.com/doc/3554331/standar-far-RS-1197-2004> (Diakses pada tanggal 24 November 2010)
- Furqon, 2001, *Statistika Terapan untuk Penelitian*, cetakan ke-III, Alfabeta, Bandung.
- Anonim, 2009 , *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 51 tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian*, Jakarta
- Pohan,I.,2007, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-Dasar Pengertian Dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- Santoso, B., 1997, Modul 1 : *Kursus Pelayanan Informasi Obat dan Pengobatan, Pusat studi Farmakologi Klinik dan Kebijakan Obat*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Siregar, CJP, 1994, *Pelayanan Farmasi yang Baik*, disampaikan dalam The 4th Pan Pacific Asian Congress on Clinical Pharmacy, 10-14, Juli 1994, Jakarta

Kurniawan, D., Chabib, L., 2010, *Pelayanan Informasi Obat : Teori dan Praktis*, Edisi pertama, Graha Ilmu, Yogyakarta

Depkes, 2004b, *Keputusan Menteri Kesehatan no.1027/Kep/IX/2004 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian, di Apotek*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

Singarimbun, M., Effendi, S., 1995, *Metode Penelitian Survey*, LP3ES, Yogyakarta

Depkes, 2006, *Pedoman Pelayanan Informasi Obat di Rumah Sakit*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta

Muninjaya,A.A., 2004, *Manajemen Kesehatan Edisi 2*, Jakarta.

Supranto, 1997, *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan untuk menaikkan pangsa pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.

Kotler, P., 1997. *Manajemen Pemasaran, Analisis Perencanaan Implementasi dan Kontrol*, Edisi Bahasa Indonesia, Jilid 1, Penerbit PT. Prehallindo, Jakarta.

Soesilo,S., 1995, *Perkembangan dan Pelaksanaan Kebijakan Obat Nasional di Indonesia*, Disampaikan pada pertemuan Ilmiah Pelaksanaan KONAS Indonesia, University Center Universitas Gadjah Mada, Jogjakarta.

Anief, Moh., 2000, *Prinsip dan Dasar Manajemen : Pemasaran Umum dan Farmasi*. UGM-Press, Yogyakarta

Sajjana, C., 1999, *Determinan Kepuasan Pasien Rawat Inap RS Pasar Rebo*, Tesis PS IKM-UI, Jakarta

Ilyas,Y.,2001, *Kinerja-Teori Penilaian dan Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI,Jakarta.

Mulyono,A., 1996, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Pusat Pembinaan Bahasa Depdikbud, Jakarta

Gomes, F.C., 2003, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Andi Ofset, Yogyakarta.

Schuler, and Jackson, 1996, *Managing Human Resources*, Fifth Edition, West Publising Company, Minneapolis.

- Aditama, C. Y., 2003, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit edisi 2*. Penerbit UI-Press, Jakarta.
- Wahyuningsih, A., 2002, *Analisa Tingkat Kepuasan Konsumen Berdasarkan Kualitas Pelayanan Pada Rumah Sakit Umum Kabupaten Karanganyar*, Skripsi Fakultas Ekonomi Program Studi Manajemen UMS, Surakarta.
- Budiario, E., 2003, *Metodologi Penelitian Kedokteran*, EGC, Jakarta
- Nasution, 2006, *Metode Research*, Penerbit Bumi Aksara, Jakarta
- Amerson, A.B and Harper, M.L.G., 2003, *Introduction to The Concept of Medication Information*, dalam Malone, P.M., Mosdell, K.W., Kier, K.L., Stanovich, J.E., *Drug Information, A Guide For Pharmacists 2nd edition*, Penerbit McGraw-Hill, USA
- Depkes, 2006, *Pedoman Pelayanan Informasi Obat di Rumah Sakit*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Anonim, 1992, *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*, available at http://www.litbang.depkes.go.id/download/regulasi/UU_23_1992.pdf (Diakses pada tanggal 24 November 2009)
- Anonim, 1991, *Pedoman Kerja Puskesmas, Jilid I*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Anonim, 2008, *Perkembangan Praktek Kefarmasian* Dikutip dari laporan kertas kerja WHO dan FIP, edisi 2006, available at <http://www.isfinational.or.id/artikel/25/153-perkembangan-praktek-kefarmasian> (Diakses tanggal 4 januari 2009).
- Assaf, A.F., 2009, *Mutu Pelayanan Kesehatan : Perspektif Internasional*, Edisi Bahasa Indonesia, EGC, Jakarta
- Azwar, S., 1999, *Penyusun Skala Psikologi*, Penerbit Pustaka Pelajar, Jogjakarta
- Budiario, E., 2003, *Metodologi Penelitian Kedokteran*, EGC, Jakarta
- Ciptono, F., dan Chandra, G. 2005. *“Service, Quality, & Satisfaction”*. Andi Offset: Yogyakarta
- Djarwanto, 1996, *Statistika untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung

- Febrianti, I., 2008, *Tinjauan Sosiologis Terhadap Pengaturan Mengenai Pekerjaan Kefarmasian di Apotek*, available at www.portalapoteker.com (Diakses tanggal 6 november 2009)
- Han, F.,& Leong, D.,1996, *Productivity and service quality*, Simon & Schuster (Pte Ltd), Singapore.
- Hill, A.V.,1992, *Field Service Management*, Richard D.Irwin,Inc, Illinois.
- ISFI, 2008, *Perkembangan Praktek Kefarmasian Dikutip dari laporan kertas kerja WHO dan FIP, edisi 2006*, available at <http://www.isfinational.or.id/artikel/25/153-perkembangan-praktek-kefarmasian> (Diakses tanggal 4 november 2009)
- Kier, K.L., Malone, P. M., Mosdell, K. W., 2003, *Drug Information Resources*, dalam Malone, P.M., Mosdell,k.w.Kier.k.l., Stanovich,.E., *Drug Information, A Guide For Pharmacist 2nd edition*, Penerbit McGraw-Hill, USA
- Kirkwood, C.F, 2003, *Modified Systematic Approach to Answering Questions*, dalam Malone, P.M., Mosdell, K.W.,Kier.l., Stanovich, J.E., *Drug Information, A Guide For Pharmacist 2nd edition*, Penerbit McGraw-Hill, USA
- Kristiatio,F,C., 2003, *Layanan Informasi Obat, Farmasi Klinis*, Penerbit PT Elex Media Komputindo Gramedia, Jakarta
- Nasution, 2006, *Metode Research*, Penerbit Bumi Aksara, Jakarta
- Notoadmodjo, S., 2002. *Metode Penelitian Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.
- Rovers, J.P., Currie, J.D., Hagel, H.P., McDonough, R.P., Sobotka, J.L., 2003, *A Practical Guide to Pharmaceutical Care Second Edition*, American Pharmaceutical Association, Washington DC
- Sastroasmoro, S., 1995, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta.
- Sciffman, L. G., and Kanuk, L.L., 1994, *Consumer Behavior (5th ed)* Prentice Hall, New Jersey
- Siregar, C.J.P., 2003, *Farmasi Rumah Sakit: Teori dan Penerapan*, Penerbit EGC, Jakarta
- Siregar, C.J.P., 2005, *Farmasi Klinik : Teori dan Terapan*, Penerbit EGC, Jakarta

Sudigdo,S.,2010, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*.CV Sagung Seto, Jakarta.

Supranto, 1997, *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan untuk menaikkan pangsa pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.

Supranto,J., 2000, *Tekhnik Sampling Untuk Survei dan Eksperimen*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.

Supranto, J., 2001, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*, Rineka Cipta, Jakarta

Tjiptono, F., *Manajemen Jasa*, 1996, Andi Offset, Yogyakarta

Yusmainita, 2007, *Mengembangkan Layanan Farmasi Klinis di Rumah Sakit*, available at <http://www.isfinal.or.id/pt-isfi-penerbit/125/467> (Diakses tanggal 6 november 2010)



1. Uji Validasi Dan Reliability

a. Uji Validasi dan Reliability (Pertama)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.948	40

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Tangible1	3.1667	.37905	30
Tangible2	2.9333	.52083	30
Tangible3	2.8333	.64772	30
Tangible4	3.3000	.46609	30
Tangible5	3.1333	.50742	30
Tangible6	3.0000	.58722	30
Tangible7	2.7333	.69149	30
Tangible8	3.1000	.40258	30
Reliability1	2.9000	.54772	30
Reliability2	3.2000	.40684	30
Reliability3	2.4333	.67891	30
Reliability4	2.9667	.66868	30

Reliability5	2.9667	.41384	30
Reliability6	2.5333	.86037	30
Reliability7	2.3667	.76489	30
Reliability8	2.8667	.73030	30
Responsiveness1	2.6333	.66868	30
Responsiveness2	3.1667	.53067	30
Responsiveness3	2.9333	.63968	30
Responsiveness4	3.2333	.43018	30
Responsiveness5	2.4667	.62881	30
Responsiveness6	3.2667	.58329	30
Responsiveness7	2.5667	.85836	30
Responsiveness8	2.4333	.81720	30
Assurance1	3.2333	.50401	30
Assurance2	3.2667	.58329	30
Assurance3	2.3667	.80872	30
Assurance4	3.1667	.74664	30
Assurance5	2.8333	.53067	30
Assurance6	2.4667	.68145	30
Assurance7	2.6667	.80230	30
Assurance8	3.0000	.78784	30
Emphaty1	2.4667	.50742	30
Emphaty2	2.7000	.83666	30
Emphaty3	3.1667	.37905	30
Emphaty4	2.5000	.68229	30
Emphaty5	2.3000	.87691	30
Emphaty6	3.1000	.48066	30
Emphaty7	3.0333	.41384	30
Emphaty8	2.4333	.89763	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Tangible1	110.6667	212.920	.347	.947
Tangible2	110.9000	208.162	.564	.946
Tangible3	111.0000	208.000	.454	.947
Tangible4	110.5333	213.706	.219	.948
Tangible5	110.7000	207.597	.619	.946
Tangible6	110.8333	205.109	.681	.945
Tangible7	111.1000	203.955	.631	.946
Tangible8	110.7333	209.720	.602	.946
Reliability1	110.9333	211.995	.289	.948
Reliability2	110.6333	210.171	.557	.946
Reliability3	111.4000	203.697	.658	.945
Reliability4	110.8667	205.430	.575	.946
Reliability5	110.8667	210.464	.522	.947
Reliability6	111.3000	200.217	.655	.945
Reliability7	111.4667	202.120	.653	.945
Reliability8	110.9667	206.378	.476	.947
Responsiveness1	111.2000	202.924	.710	.945
Responsiveness2	110.6667	207.678	.585	.946
Responsiveness3	110.9000	205.266	.613	.946
Responsiveness4	110.6000	211.834	.390	.947
Responsiveness5	111.3667	201.620	.834	.944
Responsiveness6	110.5667	206.116	.624	.946
Responsiveness7	111.2667	203.237	.528	.947
Responsiveness8	111.4000	200.524	.679	.945
Assurance1	110.6000	211.972	.319	.948
Assurance2	110.5667	213.013	.208	.948
Assurance3	111.4667	199.154	.749	.945

Assurance4	110.6667	204.644	.548	.946
Assurance5	111.0000	210.069	.426	.947
Assurance6	111.3667	206.723	.496	.947
Assurance7	111.1667	200.144	.710	.945
Assurance8	110.8333	215.454	.036	.951
Emphaty1	111.3667	206.585	.690	.946
Emphaty2	111.1333	198.257	.762	.944
Emphaty3	110.6667	214.023	.247	.948
Emphaty4	111.3333	203.678	.655	.945
Emphaty5	111.5333	196.602	.794	.944
Emphaty6	110.7333	209.995	.479	.947
Emphaty7	110.8000	211.338	.448	.947
Emphaty8	111.4000	198.317	.703	.945

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
113.8333	216.902	14.72760	40

Keterangan :

Nilai r product moment

Taraf signifikansi

0.05 = 0.361 (n=30)

Bila r hasil > r tabel maka pertanyaan valid

Yang tidak valid : No. 1; 4; 9; 25; 26; 32; 35

r Alpha > konstanta (0.6)

0.954 > 0.6 dinyatakan Reliabel

b. Uji Validitas dan Reliability (Kedua)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.954	33

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Tangible2	2.9333	.52083	30
Tangible3	2.8333	.64772	30
Tangible5	3.1333	.50742	30
Tangible6	3.0000	.58722	30
Tangible7	2.7333	.69149	30
Tangible8	3.1000	.40258	30
Reliability2	3.2000	.40684	30
Reliability3	2.4333	.67891	30
Reliability4	2.9667	.66868	30
Reliability5	2.9667	.41384	30
Reliability6	2.5333	.86037	30
Reliability7	2.3667	.76489	30
Reliability8	2.8667	.73030	30
Responsiveness1	2.6333	.66868	30
Responsiveness2	3.1667	.53067	30
Responsiveness3	2.9333	.63968	30
Responsiveness4	3.2333	.43018	30

Responsiveness5	2.4667	.62881	30
Responsiveness6	3.2667	.58329	30
Responsiveness7	2.5667	.85836	30
Responsiveness8	2.4333	.81720	30
Assurance3	2.3667	.80872	30
Assurance4	3.1667	.74664	30
Assurance5	2.8333	.53067	30
Assurance6	2.4667	.68145	30
Assurance7	2.6667	.80230	30
Emphaty1	2.4667	.50742	30
Emphaty2	2.7000	.83666	30
Emphaty4	2.5000	.68229	30
Emphaty5	2.3000	.87691	30
Emphaty6	3.1000	.48066	30
Emphaty7	3.0333	.41384	30
Emphaty8	2.4333	.89763	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Tangible2	88.8667	185.568	.572	.953
Tangible3	88.9667	185.826	.437	.954
Tangible5	88.6667	184.782	.647	.953
Tangible6	88.8000	182.993	.669	.952
Tangible7	89.0667	181.306	.654	.952
Tangible8	88.7000	186.976	.620	.953
Reliability2	88.6000	187.697	.547	.953
Reliability3	89.3667	180.792	.696	.952
Reliability4	88.8333	184.075	.520	.953
Reliability5	88.8333	187.868	.522	.954
Reliability6	89.2667	177.995	.663	.952
Reliability7	89.4333	178.875	.709	.952

Reliability8	88.9333	183.306	.512	.954
Responsiveness1	89.1667	180.144	.745	.952
Responsiveness2	88.6333	185.826	.543	.953
Responsiveness3	88.8667	183.016	.609	.953
Responsiveness4	88.5667	188.944	.408	.954
Responsiveness5	89.3333	178.851	.875	.951
Responsiveness6	88.5333	184.395	.582	.953
Responsiveness7	89.2333	181.220	.519	.954
Responsiveness8	89.3667	177.895	.706	.952
Assurance3	89.4333	177.013	.757	.952
Assurance4	88.6333	183.482	.490	.954
Assurance5	88.9667	188.102	.383	.954
Assurance6	89.3333	184.437	.489	.954
Assurance7	89.1333	178.533	.689	.952
Emphaty1	89.3333	183.747	.724	.952
Emphaty2	89.1000	176.369	.760	.951
Emphaty4	89.3000	180.907	.686	.952
Emphaty5	89.5000	174.397	.811	.951
Emphaty6	88.7000	187.734	.455	.954
Emphaty7	88.7667	188.737	.444	.954
Emphaty8	89.3667	175.413	.746	.952

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
91.8000	193.959	13.92690	33

Keterangan :

Dari ke-40 pertanyaan yang mewakili dimensi mutu ada 7 pertanyaan yang dikeluarkan. Pertanyaan yang valid ada 33 pertanyaan.

2. Uji Kolmogorov-smirnov

a) Tangible

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		Kenyataan
N		107
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	17.6822
	Std. Deviation	2.69380
Most Extreme Differences	Absolute	.133
	Positive	.133
	Negative	-.086
Kolmogorov-Smirnov Z		1.372
Asymp. Sig. (2-tailed)		.046

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

b) Reliability

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		VAR00003
N		107
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	19.2243
	Std. Deviation	3.41005
Most Extreme Differences	Absolute	.145
	Positive	.145
	Negative	-.128
Kolmogorov-Smirnov Z		1.497
Asymp. Sig. (2-tailed)		.023

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c) Responsiveness

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		VAR00004
N		107
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	22.4673
	Std. Deviation	3.73489
Most Extreme Differences	Absolute	.155
	Positive	.129
	Negative	-.155
Kolmogorov-Smirnov Z		1.603
Asymp. Sig. (2-tailed)		.012

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

d) Assurance

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		VAR00005
N		107
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	13.7570
	Std. Deviation	2.58749
Most Extreme Differences	Absolute	.166
	Positive	.153
	Negative	-.166
Kolmogorov-Smirnov Z		1.717
Asymp. Sig. (2-tailed)		.006

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

e) Emphaty

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		VAR00006
N		107
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	18.7009
	Std. Deviation	3.55871
Most Extreme Differences	Absolute	.234
	Positive	.234
	Negative	-.150
Kolmogorov-Smirnov Z		2.421
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

3. Uji Chi-square

$$X^2 = \frac{N \left[(AD - BC) - \frac{N}{2} \right]^2}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)}$$

1. Tangible

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	50 ^A	100 ^B	150 ^{A+B}
Tidak Puas	57 ^C	7 ^D	64 ^{C+D}
Jumlah	107 ^{A+C}	107 ^{B+D}	214 ^N

$$X^2 = 57,980$$

$$df = (k-1)(b-1)$$

$$df = (2-1)(2-1) = 1$$

2. Reliability

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	59	95	154
Tidak Puas	48	12	60
Jumlah	107	107	214

$$X^2 = 31,706$$

$$df = (k-1) (b-1)$$

$$df = (2-1) (2-1) = 1$$

3. Responsiveness

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	63	107	170
Tidak Puas	44	0	44
Jumlah	107	107	214

$$X^2 = 57,934$$

$$df = (k-1) (b-1)$$

$$df = (2-1) (2-1) = 1$$

4. Assurance

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	52	100	152
Tidak Puas	55	7	62
Jumlah	107	107	214

$$X^2 = 56,339$$

$$df = (k-1) (b-1)$$

$$df = (2-1) (2-1) = 1$$

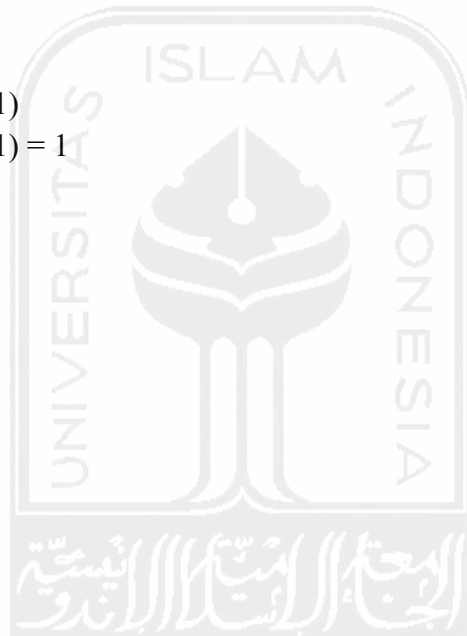
5. Emphaty

Penilaian	Kenyataan	Harapan	Jumlah
Puas	52	94	146
Tidak Puas	55	13	68
Jumlah	107	107	214

$$X^2 = 39,855$$

$$df = (k-1) (b-1)$$

$$df = (2-1) (2-1) = 1$$



Kepada

Yth. Bapak/ Ibu, Sdr/ i

Dengan Hormat,

Dalam rangka menyelesaikan jenjang studi S-1 saya sedang melakukan penelitian dengan judul:

“ANALISIS KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN TERHADAP MUTU
PEMBERIAN INFORMASI OBAT DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI
BANTUL“

Sehubungan dengan itu, saya mohon kerelaan bapak/ Ibu/ Sdr (i) untuk meluangkan waktu sejenak guna mengisi beberapa kuisioner (pertanyaan) yang telah saya lampirkan berikut.

Semua informasi yang Bapak/ Ibu/ Sdr/I ini akan **saya jamin kerahasiaannya** demi kepentingan ilmiah. Jawaban dari Bapak/ Ibu/ Sdr/I saya tunggu mengingat keterbatasan waktu.

Atas perhatian dan kerja sama Bapak/ Ibu/ Sdr (i) dalam mengisi daftar pertanyaan (kuisioner) tersebut saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Mitha Dwi Puspitasari
Mahasiswi Farmasi
Universitas Islam Indonesia

KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk pengisian:

1. Isilah titik-titik pada data demografi dan berilah tanda checklist (√) pada pernyataan yang menurut anda benar.
 2. Bila ada pernyataan yang kurang dimengerti, anda dapat menanyakannya pada peneliti.
-

Biodata Responden

1. Nama :
2. Alamat :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Agama : Islam Kristen Katholik
 Hindu Budha
5. Status : Menikah Belum Menikah
6. Umur
 < 15 tahun 30 – 45 tahun
 15 – 30 tahun 45 - 60 tahun > 60 tahun
7. Pendidikan Terakhir
 SD SMU atau sederajat
 SMP atau sederajat Akademi/ Perguruan Tinggi
8. Pekerjaan
 Pelajar/ Mahasiswa TNI /POLRI
 Ibu Rumah Tangga Pegawai Swasta
 PNS (Sebutkan)
 Wiraswasta
9. Pendapatan per-bulan (Rupiah Per-Keluarga/Pribadi)
 < 250.000 1.000.000 – 2.000.000
 250.000 – 500.000 > 2.000.000
 500.000 - 1.000.000
10. Jarak rumah dengan RSUD :
 <200 m 1 – 2km
 200 – 500 m >2km
 500 m –1km

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)*
(INFORMED CONSENT)**

Saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai penelitian yang dilakukan oleh mahasiswi Farmasi Universitas Islam Indonesia. Saya mengerti bahwa partisipasi saya dilakukan secara sukarela dan dapat menolak atau mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Pernyataan bersedia menjadi responden

No	Nama Responden	Tgl/bln/thn	Tanda Tangan/ Cap jempol diri sendiri	Tanda Tangan/ Cap jempol Wali

Nama Saksi**	Tgl/bln/thn	Tanda Tangan

Nama Peneliti	Tgl/bln/thn	Tanda Tangan
Mitha Dwi Puspitasari		

Keterangan :

*PSP dibuat 2 rangkap, untuk :

** Selain Peneliti

- Responden (1 lembar)
- Peneliti (1 lembar)