

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Bab ini akan membahas analisis data dan hasil penelitian tentang pengaruh penanganan keluhan terhadap kepuasan atas penanganan keluhan di RSUD Wates. Urutan penyajian bab ini meliputi: gambaran umum obyek dan subyek penelitian, uji validitas dan reliabilitas, uji penyimpangan asumsi klasik, statistik deskriptif, pengujian hipotesis.

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Umum Obyek dan Subyek Penelitian**

###### **1.1. Gambaran Umum Obyek Penelitian**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wates menurut sejarahnya adalah kelanjutan dari peninggalan pemerintahan penjajahan Belanda, terletak di sebelah alun alun Wates. Setelah kemerdekaan keberadaannya tetap dilestarikan, hingga pada tahun 1963 ditetapkan dengan Peraturan Daerah Tk II Kulon Progo Nomor 6 Tahun 1963 dan sejak tahun 2010 telah memperoleh akreditasi tipe B (No.720/MENKES/SK/2010). Sesuai dengan tuntutan masyarakat, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wates berupaya mengembangkan diri dengan cara pindah ke lokasi yang baru di Dusun Beji Kecamatan Wates, tepatnya di Jalan Tentara Pelajar Km 1 No. 5 Wates Kulon Progo. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wates memiliki kapasitas 207 tempat tidur dan didukung oleh SDM sebanyak 520 orang serta dipimpin oleh direktur yang dibantu oleh Wakil Direktur Pelayanan

dan Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan serta lima Kepala Bagian. Sejak berdirinya RSUD Wates telah mengalami beberapa kali pergantian pimpinan, dan saat ini dipimpin oleh dr. Lies Indriyati, Sp. A.

### **Visi dan Misi RSUD Wates**

#### **Visi**

Terwujudnya RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo yang unggul dalam pelayanan bermutu dan memberikan kepuasan pelanggan.

#### **Misi**

1. Meningkatkan manajemen Rumah Sakit yang lebih efektif dan efisien;
2. Meningkatkan komitmen dan kemampuan pelayanan karyawan;
3. Menyelenggarakan pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan;
4. Melaksanakan kegiatan klinik secara profesional;
5. Meningkatkan citra Rumah Sakit melalui upaya promosi dan pemasaran;
6. Meningkatkan pengembangan karier sumber daya manusia dan kesejahteraan karyawan.

### **Tujuan, Tugas & Fungsi RSUD Wates**

#### **Tujuan RSUD Wates:**

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kesehatan perorangan.
2. Menyelenggarakan pelayanan yang berorientasi kuratif dan rehabilitatif, dengan tetap melakukan upaya preventif dan promotif.
3. Meningkatkan kepercayaan dan kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.
4. Mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera.

5. Mendukung kebijakan Pemerintah daerah di bidang kesehatan.

**Tugas RSUD:**

Melaksanakan pelayanan kesehatan secara berdaya guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu.

**Fungsi RSUD:**

1. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
2. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
3. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan kebidanan
4. Menyelenggarakan pelayanan rujukan medis, non medis dan lainnya
5. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan
6. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
7. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

**1.2. Gambaran Umum Subyek Penelitian**

Dalam proses pengumpulan data penulis menyebarkan sebanyak 150 kuesioner dan yang kembali serta terisi dengan lengkap sebanyak 78 kuesioner. Dari proses sorting terdapat 10 lembar kuesioner yang diisi oleh responden yang ternyata tidak/belum pernah mengajukan keluhan terhadap pelayanan di RSUD Wates. Oleh karena penelitian ini berfokus pada penyampaian keluhan dan penanganan keluhan tersebut maka jumlah kuesioner yang relevan untuk digunakan lebih lanjut berjumlah:  $78 - 10 = 68$ . Untuk memberikan gambaran singkat mengenai responden berikut akan disampaikan berbagai informasi

responden berdasarkan: jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia dan terakhir adalah pekerjaan.

### 1.2.1. Berdasarkan Jenis Kelamin

**Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin**

<b>Kelamin</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase</b>
Laki-Laki	28	41%
Perempuan	40	59%
Total	68	100%

Data Primer: Bulan Februari - Maret 2012

Dari tabel 4.1 terlihat bahwa komposisi responden didominasi oleh perempuan sebanyak 59% dan sisanya laki-laki sebanyak 41%. Responden yang disasar penulis sebenarnya tidak hanya keluarga pasien (atau pengantar) namun juga para pasien itu sendiri, namun pada saat proses penyebaran kuesioner penulis mendapati calon responden yang paling siap adalah keluarga atau pengantar. Jumlah responden perempuan yang mendominasi kemungkinan di sebabkan karena penyebaran kuesioner dilakukan pada saat jam kerja yang mana pada jam tersebut pihak keluarga terdekat yang umumnya memiliki waktu fleksibel untuk menemani pasien adalah kaum perempuan sementara kaum pria umumnya tengah berada diluar rumah untuk bekerja atau kesibukan lainnya. Hal yang serupa berlaku bagi pasien rawat inap dimana pada jam-jam tersebut pihak keluarga terdekat yang menunggu adalah keluarga perempuan, apakah itu saudara, istri, ibu atau keluarga perempuan lainnya. Terutama lagi jika sang pasien adalah anak-anak yang tentu akan merasa lebih nyaman jika ditemani oleh ibunya. Dominasi *complainer* dari kaum perempuan mungkin juga disebabkan oleh faktor psikologis yang menurut Kriswanto (2008) umum diterima masyarakat luas bahwa kaum

perempuan memiliki kecenderungan untuk lebih senang mengungkapkan (*sharing*) jika ada permasalahan yang dianggap mengganggu pikirannya. Perilaku ekspresif ini pula nampaknya berlaku untuk hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman mereka saat menggunakan suatu produk maupun jasa seperti jasa rumah sakit.

### 1.2.2. Berdasarkan Usia

**Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Usia**

Usia	Frekuensi	Prosentase
< 30	17	25%
30 – 45	31	46%
46 – 60	16	24%
> 60	4	6%
Total	68	100%

Data Primer: Bulan Februari - Maret 2012

Dari komposisi usia mayoritas responden berusia antara 30 - 45 tahun sebanyak 31 orang (46%), di susul oleh responden berusia kurang dari 30 tahun sebanyak 17 orang (25%), responden berusia 46 - 60 tahun sebanyak 16 orang (24%) dan berusia diatas 60 tahun sebanyak 4 orang (6%).

### 1.2.3. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

**Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan**

Pendidikan	Frekuensi	Prosentase
SD	5	7%
SMP	12	18%
SMA	35	51%
Perguruan Tinggi	16	24%
Total	68	100%

Data Primer: Bulan Februari - Maret 2012

Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden merupakan lulusan SMA sebanyak 35 orang (51%), disusul oleh perguruan tinggi 16 orang (24%),

SMP sebanyak 12 orang (18%) dan SD sebanyak 5 orang (7%). Seperti halnya gambaran tingkat pendidikan masyarakat di Indonesia, maka para responden yang dimintai untuk mengisi responden juga umumnya lebih didominasi dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah dari perguruan tinggi. Seperti yang terlihat pada tabel tersebut setidaknya ada 76% responden yang berpendidikan maksimal setingkat sekolah menengah atas dan yang berpendidikan perguruan tinggi hanya 24%. Tingkat pendidikan responden menunjukkan sekitar 75% responden memiliki pendidikan yang memadai (SMA dan PT) dan faktor ini pula yang diduga menjadi alasan tingginya tingkat kesadaran konsumen akan hak-haknya tersebut. Sehingga ketika pelayanan yang mereka terima tidak sesuai mereka langsung mengungkapkannya kepada pihak terkait.

#### 1.2.4. Berdasarkan Pekerjaan

**Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Pekerjaan**

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase</b>
PNS	17	25%
Swasta	8	12%
Mahasiswa/Pelajar	1	1%
Wiraswasta	26	38%
ABRI/Polisi	0	0%
Ibu Rumah Tangga	13	19%
Pensiunan	3	4%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Data Primer: Bulan Februari - Maret 2012

Komposisi responden berdasarkan jenis pekerjaan yang terbanyak adalah Wiraswasta sebanyak 26 orang (38%), PNS sebanyak 17 orang (25%), Ibu rumah tangga sebanyak 13 orang (19%), Swasta sebanyak 8 orang (12%), dan terakhir adalah Pensiunan sebanyak 3 orang (4%) serta Mahasiswa sebanyak 1 orang (1%).

### 1.2.5. Alasan Responden Memilih RSUD Wates

**Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Menurut Jenis Alasan**

Alasan	Frekuensi	Prosentase
Pelanggan	15	22%
Anjuran Dokter/Rujukan	27	40%
Pelayanan yang Baik	1	1%
Lokasi yang Dekat	12	18%
Tarif Murah	5	7%
Lain-lain	8	12%
Total	68	100%

Data Primer: Bulan Februari - Maret 2012

Tabel diatas memperlihatkan alasan yang paling dominan membuat responden memilih RSUD Wates adalah karena anjuran dokter atau rujukan. Berikutnya disusul oleh karena responden telah menjadi pelanggan RSUD Wates sebelumnya. Lokasi yang mudah dijangkau menempati posisi ketiga yang menjadi alasan responden memilih RSUD Wates disusul secara berurutan oleh alasan lain-lain, tarif yang murah dan terakhir adalah pelayanan yang baik. Rujukan dokter menjadi alasan yang dominan menggunakan jasa RSUD Wates karena sang pasien mulanya menggunakan puskesmas namun karena kebutuhan jenis perawatan atau ketersediaan peralatan/tenaga kesehatan yang terbatas pada puskesmas maka pasien kemudian dirujuk ke RSUD Wates. Pada umumnya pasien mendahulukan puskesmas mengingat biaya perawatan yang relatif lebih murah serta lokasi yang lebih dekat dengan rumah konsumen (pada daerah tertentu) dan rumah sakit menjadi pilihan berikut jika memang kondisi mengharuskan. Pada dasarnya kriteria yang dipakai untuk memilih sumber pengobatan adalah pengetahuan tentang sakit dan obatnya, keparahan sakit, dan keterjangkauan biaya dan jarak.

Dari empat kriteria tersebut, keparahan sakit merupakan faktor yang dominan (Young, 1980).

#### 1.2.5. Berdasarkan Cara Penyampaian Keluhan

**Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Menurut Cara Penyampaian Keluhan**

<b>Cara Penyampaian Keluhan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase</b>
Kotak Saran	5	7%
Pesan Singkat (SMS)	1	1%
Secara Langsung	62	92%
Total	68	100%

Data Primer: Bulan Februari - Maret 2012

Tabel diatas menunjukkan sebagian besar responden menyampaikan keluhannya secara langsung kepada RSUD Wates daripada menggunakan media lain yang disediakan seperti Kotak Saran, Pesan Singkat (081-70062010) atau Telepon (0274-773169). Responden umumnya memilih menyampaikan langsung keluhannya karena merasa lebih efektif jika keluhan dilakukan dengan mengutarakannya secara langsung. Menyampaikan keluhan secara langsung akan memastikan bahwa keluhan benar-benar telah diterima dan diketahui oleh pihak rumah sakit serta dengan harapan dapat mendengarkan langsung respon rumah sakit disaat itu juga terkait solusi yang mungkin akan ditawarkan pihak RSUD Wates. Responden memilih untuk tidak mengutamakan media kotak saran maupun pesan singkat karena merasa khawatir dan ketidakyakinan apakah keluhan-keluhan tersebut benar-benar dibaca dan akan ditindaklanjuti oleh pihak rumah sakit.



### 1.2.6. Jenis Keluhan yang Disampaikan

**Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Menurut Jenis Keluhan**

Jenis Keluhan	Frekuensi	Prosentase
Kinerja Dokter & Perawat	30	44%
Pelayanan Administrasi	25	37%
Tidak Menjawab	5	7%
Lain-lain	8	12%
Total	68	100%

Data Primer: Bulan Februari - Maret 2012

Dari rangkuman jenis keluhan yang disampaikan responden, kinerja adalah aspek yang paling banyak dikeluhkan oleh responden. Kinerja yang dimaksud antara lain terkait dengan sikap profesionalitas dokter dan perawat yang dinilai masih perlu diperbaiki. Beberapa responden merasa mendapatkan pelayanan dokter maupun perawat yang kurang maksimal dan terkesan kurang berempati terhadap pasien. Beberapa contoh dari kinerja dokter maupun perawat yang dipersepsikan sebagai perilaku yang kurang simpatik adalah pengakuan seorang ibu yang mengantar anaknya yang tengah sakit dan menangis saat ditangani oleh seorang dokter dan dokter tersebut bersikap tidak simpatik dengan mengeluarkan komentar yang justru membuat si anak semakin menangis dan tidak berusaha melakukan sesuatu yang dapat membantu si anak menjadi tenang. Ada pula pengalaman seorang keluarga pasien yang telah mengajukan permintaan kepada perawat untuk mengganti cairan infus yang telah habis namun direspon dengan sikap yang kurang simpatik.

Dari jawaban para responden yang mengaku menggunakan JAMKESMAS diperoleh kesimpulan persepsi responden yang merasa mendapat perlakuan yang berbeda baik dari dokter maupun perawat dibanding pasien-pasien

lain yang tidak menggunakan JAMKESMAS. Selain itu ada pula responden yang mengalami proses menunggu mendapatkan perawatan yang dirasa terlalu lama akibat dokter yang sedang tidak ada ditempat atau terlambat datang ataupun responden yang merasa bahwa dokter memberikan tindakan medis yang terkesan apa adanya (kurang profesional).

Sedangkan dari aspek keluhan administrasi yang menonjol terkait dengan proses administrasi bagi pasien-pasien yang menggunakan JAMKESMAS. Ada beberapa responden pengguna JAMKESMAS merasakan kesulitan dalam menggunakan kartu JAMKESMAS. Beberapa responden pengguna JAMKESMAS juga mengungkapkan penggunaan kartu JAMKESMAS membingungkan, sehingga mereka merasa dipersulit. Bentuk keluhan administrasi lain yang disampaikan responden terkait antrian yang dianggap terlalu lama. Meskipun sistem antrian diberlakukan dan harus dipatuhi oleh semua pendaftar namun ada baiknya jika sistem pemberian prioritas juga diberlakukan untuk kasus-kasus tertentu.

Adanya keluhan-keluhan tersebut menandakan bahwa RSUD Wates perlu memperbaiki lagi dua aspek tersebut demi peningkatan kualitas pelaksanaan fungsi dan tugas mereka sebagai institusi kesehatan masyarakat.

## **2. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen**

Sebelum penelitian sesungguhnya dilakukan maka penulis terlebih dahulu menguji kuesioner yang akan digunakan pada 20 responden yang dari hasil pengujian dapat disimpulkan kuesioner tersebut valid dan reliabel dan pada saat

penelitian sesungguhnya jumlah kuesioner yang digunakan adalah sebanyak 68 kuesioner dan tidak termasuk 20 kuesioner yang digunakan pada saat *pre-test*.

### 2.1. Uji Validitas

Pengujian validitas dilakukan dengan cara melakukan korelasi antara skor butir pertanyaan dengan total skor konstruk atau variabel. Uji signifikan dilakukan dengan membandingkan nilai *r* hitung dengan *r* tabel untuk *degree of freedom* ( $df = n-2$ ), dalam hal ini *n* adalah jumlah sampel.

**Tabel 4.8.**  
**Hasil Uji Validitas**

	<b>r hitung</b>	<b>r tabel</b>	<b>Kesimpulan</b>
<b>X1 (Keadilan Prosedural)</b>			
X1.1	0,763	0,201	Valid
X1.2	0,908	0,201	Valid
X1.3	0,678	0,201	Valid
X1.4	0,801	0,201	Valid
<b>X2 (Keadilan Interaksional)</b>			
X2.1	0,777	0,201	Valid
X2.2	0,797	0,201	Valid
X2.3	0,861	0,201	Valid
X2.4	0,808	0,201	Valid
<b>X3 (Keadilan Distributif)</b>			
X2.1	0,757	0,201	Valid
X2.2	0,757	0,201	Valid
<b>Y (Kepuasan)</b>			
Y1	0,820	0,201	Valid
Y2	0,907	0,201	Valid
Y3	0,861	0,201	Valid

Sumber: Data Diolah, 2012

Jika *r* hitung lebih besar dari *r* tabel dan nilai positif maka butir atau pertanyaan atau indikator tersebut dinyatakan valid. Dengan jumlah *n* (jumlah sampel) = 68, maka *df* (*degree of freedom*) =  $68 - 2 = 66$ . Dari tabel *r product*

*moment* dengan  $df = 66$ , dan alpha 5% diketemukan nilai  $r$  tabel adalah **0,201**. Dari tabel di atas terlihat hasil uji validitas semua item pertanyaan dalam kuesioner penelitian ini adalah valid.

## 2.2. Uji Reliabilitas

Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu (Ghozali, 2005). Pengukuran reliabilitas dilakukan dengan uji statistik *Cronbach Alpha* ( $\alpha$ ) yang menyebutkan bahwa suatu variabel dikatakan reliabel jika hasil ujinya memiliki nilai *Cronbach Alpha*  $> 0,60$  (Nunnally, 1967).

**Tabel 4.9.**  
**Hasil Uji Reliabilitas**

Konstruk	Cronbach's Alpha	Kesimpulan
Keadilan Prosedural (KP)	0,905	Reliabel
Keadilan Interaksional (KI)	0,917	Reliabel
Keadilan Distributif (KD)	0,860	Reliabel
Kepuasan (KEP)	0,930	Reliabel

Sumber: Data Diolah, 2012

Dari tabel di atas hasil uji reliabilitas pada penelitian ini terlihat nilai *Cronbach Alpha* seluruh konstruk menunjukkan bahwa setiap instrumen dalam kuesioner penelitian ini reliabel.

## 3. Hasil Uji Penyimpangan Asumsi Klasik

### 3.1. Uji Multikolonieritas

Pengujian gejala multikolinieritas di dalam model regresi dapat dilihat dari nilai *tolerance* (TOL) dan *variance inflation factor* (VIF). Bila nilai TOL

lebih kecil dari 0,10 atau sama artinya nilai VIF lebih besar dari 10 maka terdapat gejala multikolinearitas dan begitu pula sebaliknya.

**Tabel 4.10.**  
**Hasil Uji Multikolinieritas**

	<b>TOL</b>	<b>VIF</b>	<b>Kesimpulan</b>
KP	0,523	1,911	Tidak Ada
KI	0,496	2,017	Tidak Ada
KD	0,677	1,478	Tidak Ada

Sumber: Data Diolah, 2012

Tabel pengujian multikolinearitas di atas menunjukkan bahwa semua variabel memiliki nilai TOL lebih besar dari 0,10 dan VIF lebih kecil dari 10, maka disimpulkan **tidak ada indikasi multikolinearitas**.

### 3.2. Uji Autokorelasi

Uji autokorelasi bertujuan menguji apakah dalam model regresi linier ada korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode  $t$  dengan kesalahan pengganggu pada periode  $t-1$  (sebelumnya). Jika terjadi korelasi, maka dinamakan ada problem autokorelasi. Model regresi dikatakan terdapat autokorelasi, jika pengujian statistik memiliki probabilitas yang signifikan. Dalam penelitian ini untuk mendeteksi autokorelasi dengan menggunakan Run Test.

**Tabel 4.11.**  
**Hasil Uji Autokorelasi**

	<b>Runs Test</b>	<b>Kesimpulan</b>
Test value	-0.044	Tidak Ada
Asymp. Sig	0,328	

Sumber: Data Diolah, 2012

Hasil dari tabel di atas menunjukkan bahwa nilai test  $-0,044$  dengan probabilitas  $0,328$  atau tidak signifikan yang berarti **tidak terjadi autokorelasi antar nilai residual**.

### 3.3. Uji Heterokedastisitas

Uji Heterokedastisitas bertujuan menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan variance dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Dalam penelitian ini digunakan cara uji *Glejser* untuk mendeteksi ada atau tidaknya Heterokedastisitas. Uji *Glejser* yaitu pengujian variabel independen terhadap nilai absolut dari residual model regresi yang digunakan. Jika nilai probabilitasnya signifikan maka ada *heterokedastik*.

**Tabel 4.12.**  
**Hasil Uji Heterokedastisitas**

Variabel	Sig.	Kesimpulan
KP	0,605	Tidak Ada
KI	0,776	Tidak Ada
KD	0,351	Tidak Ada

Sumber: Data Diolah, 2012

Hasil tabel di atas menunjukkan bahwa tidak ada satu pun variabel independen yang signifikan secara statistik mempengaruhi variabel dependen (yang menjadi variabel dependen adalah nilai absolut residual model). Jadi dapat disimpulkan model regresi **tidak mengandung Heterokedastisitas**.

### 3.4. Uji Normalitas

Pengujian asumsi klasik yang terakhir adalah uji Normalitas yang bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal. Penelitian ini menggunakan cara uji statistik non-parametrik Kolmogrov-Smirnov (K-S) untuk distribusi residual. Residual

dikatakan terdistribusi secara normal jika nilai KS memiliki probabilitas yang tidak signifikan.

**Tabel 4.13. Hasil Uji Normalitas**

	abresid	Kesimpulan
Kolmogorov-Smirnov Z	1,129	Normal
Asymp. Sig	0,156	

Sumber: Data Diolah, 2012

Hasil uji normalitas pada tabel di atas menunjukkan nilai probabilitas sebesar 0,156 atau tidak signifikan secara statistik sehingga data residual terdistribusi normal dan tidak ada indikasi masalah normalitas.

#### 4. Statistik Deskriptif

**Tabel 4.14. Statistik Deskriptif**

	N	Min	Max	Mean	Std. Dev
K.Prosedural	68	2	7	4,78	1,48
K.Interaksional		2	7	4,99	1,45
K.Distributif		1	7	4,30	1,69
Kepuasan		2	7	4,60	1,60

Sumber: Data Diolah, 2012

Dari tabel diatas terlihat keadilan interaksional memiliki skor rata-rata tertinggi disusul oleh keadilan prosedural dan terakhir keadilan distributif. Jika data diatas ditransformasikan menjadi tiga kelas dengan rumus (Wijaya, 2008):

$$\text{Interval} = (\text{Nilai Maksimum} - \text{Nilai minimum}) / \text{Jumlah Kelas}$$

$$\text{Interval} = (7 - 1) / 3 = 2$$

Maka intepretasi angkanya menjadi:

- Skor sebesar 1,0 - 3,0 = Tidak Adil/Tidak Puas
- Skor sebesar 3,1 - 5,0 = Cukup Adil/Cukup Puas

c. Skor sebesar 5,1 - 7,0 = Adil/ Puas

Berdasarkan pengskoran tersebut dapat disimpulkan bahwa rata-rata responden merasa bahwa RSUD Wates telah memberikan keadilan prosedural, keadilan interaksional dan keadilan distributif yang cukup adil. Sedangkan tingkat kepuasan memiliki skor rata-rata sebesar 4,60 artinya responden merasa telah cukup puas atas penanganan keluhan yang mereka sampaikan kepada RSUD Wates.

## 5. Hasil Pengujian Hipotesis Penelitian

Pengujian hipotesis dalam penelitian ini dilakukan dengan analisis regresi berganda dengan menggunakan besarnya angka taraf signifikansi sebesar alpha 5%, dengan kriteria: Jika probabilitas uji statistik penelitian < 5% maka hipotesis diterima dan sebaliknya jika uji statistik penelitian > 5% maka hipotesis ditolak. Untuk menguji pengaruh masing-masing variabel bebas secara individu (parsial) terhadap variabel terikat digunakan uji t sedangkan pengujian pengaruh secara bersama-sama (simultan) digunakan uji F. Berikut ini adalah tabel yang menyajikan ringkasan hasil uji hipotesis:

**Tabel 4.15. Hasil Uji Hipotesis**

Uji t	Konstanta	Koefisien	t-stat	Prob	Kesimpulan
KP (H:1)		0,304	3,364	0,001*	Signifikan
KI (H:2)	-0,044	0,163	1,756	0,084	Tidak Signifikan
KD (H:3)		0,534	6,721	0,000*	Signifikan
Uji F (H:4)	-	-	f-stat: 56,649	0,000*	Signifikan
R square			0,726		

\* : signifikan pada alpha 5%



Jika hasil tersebut ditampilkan dalam model maka bentuk model regresinya adalah sebagai berikut:

$$\text{Kepuasan} = 0,304\text{KP} + 0,163\text{KI} + 0,534\text{KD}.$$

Nilai konstanta dengan tanda minus menunjukkan bahwa jika RSUD Wates tidak mampu memberikan keadilan (prosedural, interaksional dan distributif) maka dampaknya akan negatif terhadap tingkat kepuasan responden atas penanganan keluhan yang dilakukan oleh RSUD Wates.

Pengujian hipotesis pertama menunjukkan tanda koefisien positif dan nilai signifikansi sebesar 0,001 yang artinya hipotesis pertama terdukung atau dapat disimpulkan bahwa keadilan prosedural terbukti berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan atas penanganan keluhan.

Pengujian Hipotesis kedua menunjukkan tanda koefisien positif dan nilai signifikansi sebesar 0,084 yang artinya hipotesis kedua tidak terdukung atau dapat disimpulkan bahwa keadilan interaksional tidak berpengaruh terhadap kepuasan atas penanganan keluhan.

Pengujian Hipotesis ketiga menunjukkan tanda koefisien positif dan nilai signifikansi sebesar 0,000 yang artinya hipotesis ketiga terdukung atau dapat disimpulkan bahwa keadilan distributif berpengaruh terhadap kepuasan atas penanganan keluhan.

Pengujian Hipotesis keempat menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,000 yang artinya hipotesis keempat terdukung atau dapat disimpulkan bahwa keseluruhan aspek keadilan secara bersama-sama berpengaruh terhadap kepuasan atas penanganan keluhan. Hasil uji statistik secara bersama-sama (F-test) ini

menghasilkan nilai koefisien determinasi (R-square) sebesar 72,6% atau dapat diartikan bahwa ketiga variabel independen mampu menentukan tingkat kepuasan atas penanganan keluhan oleh RSUD Wates sebesar 72,6% dan sisanya sebesar 27,4% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain di luar variabel-variabel yang diteliti dalam penelitian ini. Dari pengujian ini juga terlihat bahwa aspek keadilan distributif merupakan yang terkuat mempengaruhi tingkat kepuasan atas penanganan keluhan di RSUD Wates dengan koefisien sebesar 0,507, diikuti oleh keadilan prosedural dengan koefisien sebesar 0,328 dan terakhir oleh aspek keadilan interaksional sebesar 0,180

## **B. Pembahasan**

**Hipotesis pertama** yang menyatakan bahwa keadilan prosedural berdampak positif pada kepuasan atas penanganan keluhan yang dilakukan oleh RSUD Wates terdukung secara signifikan serta telah sesuai dengan penelitian terdahulu oleh Huang (2011), Sukmadewi (2001), Greenberg (1990), Goodwin & Ross (1992), Taylor (1994), Mc.Farlin & Sweeney (1992), serta Smith, Bolton & Wagner (1999).

Dalam keadilan prosedural ini RSUD Wates harus mampu menyediakan wadah dan akses bagi setiap pasien/keluarga untuk mengutarakan keluhan serta mendapatkan penjelasan yang jelas tentang prosedur penyampiannya. Selain itu di dalam prosesnya para petugas yang menangani keluhan-keluhan harus memastikan prosedur berjalan cepat, tidak berbelit-belit serta menyediakan akses bagi *complainer* untuk dapat mengetahui sejauh mana prosesnya berjalan (Tax,

Brown & Chandrashekar, 1998). Proses yang jelas, cepat dan tepat waktu serta tidak berbelit-belit ini penting untuk memberikan kepuasan bagi pasien/keluarga pasien agar tidak tercipta konflik yang dapat berdampak negatif bagi penciptaan hubungan jangka panjang yang selanjutnya dapat melemahkan loyalitas pelanggan (Greenberg, 1990).

Pada tabel 4.6 sebelumnya terlihat media penyampaian keluhan seperti telepon dan pesan singkat merupakan sarana komunikasi yang akrab dan terjangkau oleh semua kalangan masyarakat menunjukkan bahwa RSUD telah menyediakan sarana penyampaian keluhan dengan sangat baik. Artinya elemen keadilan prosedural dalam penyampaian keluhan berupa aksesibilitas telah disiapkan dengan benar dan dirasakan telah memuaskan bagi konsumen meskipun pada akhirnya konsumen lebih banyak memilih untuk menggunakan media penyampaian secara langsung. Seperti dikemukakan oleh Homburg, Hoyer & Stock (2007), penyelesaian keluhan konsumen yang bersifat transparan dan mudah diakses oleh konsumen akan meningkatkan kepuasan konsumen dalam penanganan keluhan. Selain itu konsumen akan merasa puas pada aspek ini jika mereka dilibatkan dalam proses penanganan keluhan, proses yang cepat dan fleksibel serta mereka memiliki kontrol untuk menerima atau menolak solusi yang ditawarkan.

**Hipotesis kedua** tidak terdukung dalam penelitian ini. Artinya, para responden menganggap bahwa proses interaksi antara mereka dan petugas saat memproses keluhan menjadi tidak begitu penting dalam menentukan tingkat kepuasan atas penanganan keluhan. Hasil ini tidak sejalan dengan teori yang

dikemukakan pada bab-bab sebelumnya yang menyatakan bahwa keadilan interaksional yang merupakan gambaran kepedulian, kejelasan dan kejujuran selama proses pengaduan (Gilliland, 1993) adalah penting dalam menentukan tingkat kepuasan responden atas penanganan keluhan. Temuan ini juga berkebalikan dengan hasil penelitian oleh Huang (2011), Mohr & Bitner (1995), Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), Tax, Brown & Chandrashekar (1998), Sukmadewi (2001) serta Setiyorini (2008) yang rata-rata menemukan hasil signifikan dibawah 5%.

Tidak terdukungnya hipotesis ini mungkin disebabkan oleh karena pola pikir responden yang pragmatis dan lebih mengutamakan hasil akhir. Karakteristik pekerjaan responden sebagian besar adalah pekerjaan yang memungkinkan berhubungan dengan kelompok orang yang lebih luas dan memiliki karakter dan sifat berbeda. Kondisi itu dapat menjadikan mereka memiliki sikap yang lebih terbuka terhadap perbedaan sikap dan karakter orang dalam berkomunikasi. Dengan pola pandang demikian maka ketika mereka menghadapi staf bagian penanganan keluhan yang bersikap tidak seperti harapan mereka (berbeda) maka mereka menganggapnya sebagai kewajaran akibat perbedaan karakter pribadi para staf tersebut. Kemungkinan lain juga karena alasan mencoba memahami tekanan yang dihadapi staf akibat komplain yang dapat membuat mereka kurang bisa menjaga emosi dan bersikap tidak semestinya. Sehingga responden menganggap bahwa proses interaksi tidak lebih penting daripada hasil akhir yang mereka inginkan. Hal ini juga didukung oleh hasil tanya-jawab singkat pada beberapa responden yang mengaku hal yang paling mereka inginkan adalah proses yang

cepat dan tidak berbelit-belit serta mendapatkan solusi yang sesuai dengan harapan mereka. Penjelasan ini juga sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Singh (1989, dikutip oleh Kim et al (2003)) bahwa tujuan utama seseorang mengajukan keluhan bukanlah untuk melampiaskan kekesalan atau kemarahan akibat kesalahan dalam penyampaian layanan, melainkan mendapatkan solusi atas kesalahan yang mereka terima. Upaya untuk mendapatkan konsekuensi (solusi) dengan cara menyampaikan keluhan ini juga akan semakin besar bila mereka yakin bahwa penyampaian keluhan ini akan diterima oleh pihak perusahaan jasa. Sebaliknya, bila jika mereka tidak yakin perusahaan akan menunjukkan perhatian pada keluhannya, maka konsumen akan berpikir keluhannya akan sia-sia dan memilih untuk diam saja dan pada akhirnya akan memutuskan tidak pernah menggunakan jasa mereka lagi (Blodget, Wakefield & Barnes, 1995).

**Hipotesis ketiga** yang bertujuan untuk menguji dampak keadilan distributif terhadap tingkat kepuasan atas penanganan keluhan di RSUD Wates. Seperti halnya aspek-aspek keadilan sebelumnya, aspek keadilan distributif terbukti signifikan mempengaruhi kepuasan atas penanganan keluhan di RSUD Wates dan dengan demikian hipotesis ketiga ini terdukung. Keadilan distributif ini merupakan persepsi pelanggan terhadap keadilan kompensasi/ganti rugi yang diperoleh atas ketidaknyamanan mereka terhadap suatu pelayanan yang mereka dapatkan. Kompensasi ini dapat berupa permohonan maaf dari Rumah Sakit, pengembalian uang yang telah pelanggan keluarkan, potongan khusus, hingga layanan gratis pada penggunaan jasa berikutnya (Tax, Brown & Chandrashekar, 1998).

Keadilan distributif ini juga harus diukur berdasarkan kesesuaian nilai atau kadarnya (Tax, Brown & Chandrashekar, 1998). Jika kompensasi diberikan dalam bentuk uang maka jumlahnya haruslah mampu mencukupi kerugian yang ditanggung pelanggan atas pelayanan yang buruk itu dan jika bentuknya berupa pernyataan maaf maka harus dilakukan dengan tulus dan tidak dipersepsikan salah oleh pelanggan. Hasil pengujian ini serupa dengan penelitian sebelumnya oleh Huang (2011), Sukmadewi (2001), Smith, Bolton & Wagner (1999) serta McFarlin & Sweeney (1992) yang menyimpulkan bahwa keadilan distributif mempunyai pengaruh yang positif terhadap kepuasan atas hasil akhir penanganan keluhan pelanggan oleh suatu perusahaan.

**Hipotesis keempat** yang merupakan pengujian keseluruhan aspek keadilan terbukti signifikan mempengaruhi kepuasan penanganan keluhan. Artinya kepuasan konsumen RSUD Wates atas proses penanganan keluhan ditentukan oleh terpenuhinya rasa keadilan konsumen secara keseluruhan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Huang (2011), Mohr & Bitner (1995), Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), Tax, Brown & Chandrashekar (1998), Sukmadewi (2001) serta Setiyorini (2008). Dari ketiga dimensi keadilan yang diuji, keadilan distributif memberikan pengaruh terbesar dibandingkan dimensi keadilan lainnya. Keadilan distributif memiliki 2 indikator pengukuran yang berkaitan dengan ketepatan, kesesuaian dan kepuasan atas solusi yang ditawarkan. Dominannya dimensi keadilan distributif ini dibanding dimensi keadilan lain menunjukkan bahwa konsumen RSUD Wates menganggap bahwa penyelesaian keluhan yang tepat, sesuai dan memuaskan harapan mereka adalah hal yang terpenting.

Penjelasan ini menjadi masuk akal karena dari sudut pandang konsumen sebagai *complainer*, pada dasarnya tujuan mereka mengajukan komplain adalah untuk mendapatkan solusi yang sesuai dengan harapan mereka. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya antara lain oleh Huang (2011), Oliver & Swan (1989), Blodgett, Hill & Tax (1997), Tax, Brown & Chandrashekar (1998), Mc.Farlin & Sweeney (1992), Smith, Bolton & Wagner (1999).

Menangani keluhan (perbaikan atas kegagalan layanan) merupakan proses yang meliputi semua aktifitas dan tanggapan perusahaan untuk memperbaiki, merubah atau mengembalikan kerugian yang diderita konsumen (Gronroos, 1988). Jika semua unsur tersebut (keadilan prosedural, keadilan interaksional dan keadilan distributif) terpenuhi maka tercapai pula kepuasan konsumen yang dapat juga diartikan dengan semakin tinggi tingkat keadilan prosedural, keadilan interaksional dan keadilan distributif (secara bersama-sama) yang diberikan oleh RSUD Wates maka akan berkontribusi meningkatkan kepuasan konsumen atas penanganan keluhan. Keluhan merupakan suatu wujud rasa ketidakpuasan konsumen. *Complaint* sangat berpengaruh besar dalam kemajuan sebuah perusahaan. *Complaint* yang terselesaikan dengan baik dan profesional akan berdampak positif bagi perusahaan tersebut, karena dengan begitu konsumen tersebut merasa sangat di hargai pendapatnya. Dampak dari tercapainya kepuasan tersebut tidak hanya membantu mewujudkan terlaksananya tugas dan fungsi RSUD Wates sebagai institusi kesehatan publik namun juga memungkinkan terjalinnya hubungan jangka panjang yang akan menguntungkan RSUD Wates secara ekonomis.

Disamping temuan berdasarkan uji hipotesis diatas, penelitian ini juga menemukan bahwa penanganan keluhan konsumen di RSUD Wates ternyata menjadi tanggung jawab Bagian Pelayanan Medis dan Pengembangan Mutu yaitu seksi pengembangan mutu dan audit pelayanan. Hal ini tentu tidak sesuai dengan teori manajemen keluhan yang menyatakan bahwa setiap komplain seharusnya ditangani oleh bagian Humas. Fungsi Humas selain sebagai pusat informasi bagi konsumen juga menangani setiap keluhan dari konsumen (Wilcox *et al*, 2003). Ketidaksesuaian antara fungsi dan tugas ini berpotensi melemahkan efektifitas kinerja penanganan keluhan maupun tidak maksimalnya tugas utama mereka akibat beban kerja dan fokus yang menjadi terpecah karena harus menangani pekerjaan yang ganda dan bukan tanggung jawab mereka. Pelayanan Medik mempunyai tugas melakukan perencanaan dan pengorganisasian kebutuhan sumber daya pelayanan medik ataupun kerja-kerja penunjang Medik lainnya dan tidak seharusnya mengurus masalah keluhan dari konsumen.

Tabulasi kepuasan konsumen berdasarkan data kuesioner menemukan bahwa masih ada sekitar 14,71% (10 orang) responden yang merasa tidak puas atas penanganan keluhan oleh RSUD Wates.

**Tabel 4.16. Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan**

	Rata-rata skor	Frekuensi	Prosentase
<b>Tidak Puas</b>	2,33	10	14,71%
<b>Cukup Puas</b>	3,72	27	39,71%
<b>Puas</b>	6,12	31	45,59%
<b>Total</b>		68	100%

Data Primer: Bulan Februari - Maret 2012



Perhitungan Interval:

Interval = (Nilai Maksimum – Nilai minimum)/Jumlah Kelas

Interval =  $(7 - 1)/3 = 2$

Maka intepretasi angkanya menjadi:

- a. Skor sebesar 1,0 - 3,0 = Tidak Puas
- b. Skor sebesar 3,1 - 5,0 = Cukup Puas
- c. Skor sebesar 5,1 - 7,0 = Puas

Meskipun tidak ada aturan umum tentang tingkat ketidakpuasan/kepuasan yang layak atau tidak layak untuk dikhawatirkan, namun angka 14,71% tetap bukan angka yang dapat disepelekan. Dapat dibayangkan jika 14,71% konsumen tersebut memilih beralih ke penyedia jasa kesehatan lain dan melakukan *bad word of mouth* maka RSUD Wates tidak hanya akan kehilangan 14,71% konsumennya tetapi juga berpotensi kehilangan calon konsumen akibat dari *bad word of mouth* konsumen yang kecewa tadi. Rata-rata angka skor responden yang “Cukup puas” sebesar 3,72 menunjukkan mereka lebih dekat ke persepsi “Tidak puas” daripada “Puas”, artinya dengan kesalahan sedikit saja dalam menangani keluhan konsumen maka mereka dapat beralih menjadi “Tidak puas”. Sedangkan jika persepsi hanya dibagi menjadi “Tidak Puas” dan “Puas” maka setidaknya ada 30,9% responden yang tidak puas dan 69,1% responden yang puas. Artinya, angka ketidakpuasan meningkat hingga dua kali dan potensi kerugian akibat dari itu dapat saja benar-benar terjadi hanya karena kesalahan dalam mengelola keluhan.

Masih adanya keluhan-keluhan yang berkaitan dengan kinerja dan etika serta administrasi juga menandakan bahwa RSUD Wates masih perlu

memperbaiki dan mengevaluasi kinerja internalnya. Keputusan Menteri Kesehatan R.I nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) yang menuntut setiap Rumah Sakit untuk memiliki peraturan internal yang disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya sarana, SDM, peralatan, teknologi dan kondisi sekitarnya tidak hanya untuk melindungi Rumah Sakit dan semua pihak yang berhubungan dengannya namun sekaligus menjadikan Rumah Sakit sebagai subyek hukum yang artinya pihak manapun yang merasa dirugikan dapat mengajukan tuntutan secara hukum kepada rumah sakit yang bersangkutan. Belum lama ini terjadi konflik hukum antara pasien dan rumah sakit (Prita Mulyasari vs RS OMNI Internasional) yang cukup menyita perhatian masyarakat karena keluhan bahwa Rumah Sakit tidak melayani dengan baik. Kasus seperti itu jelas tidak diinginkan oleh Rumah Sakit manapun karena selain dapat merugikan secara finansial akibat kemungkinan tuntutan ganti rugi tetapi juga memperburuk citra rumah sakit yang bersangkutan.

Keberadaan Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) selain dapat menjadi alat untuk mencegah timbulnya atau terulangnya suatu risiko operasional yang dapat merugikan dan menjadi tolak ukur mengenai ada tidaknya suatu kelalaian atau kesalahan di dalam suatu kasus hukum kedokteran, namun juga dapat menjadi alat untuk kepentingan peningkatan mutu pelayanan. Rumah Sakit perlu membuat standar-standar baik untuk tingkat Rumah Sakit maupun untuk masing-masing pelayanan misalnya pelayanan medis, pelayanan keperawatan, administrasi dan manajemen. Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) akan mempertegas keharusan seorang tenaga medis

melakukan tindakan medis sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan dan dengan demikian pasien akan semakin terlindungi akan hak-haknya karena di dalam pedoman itu juga diatur mengenai hak dan kewajiban masyarakat sebagai konsumen (Mashuri, 2007).