

**KESAN KUALITI PERKHIDMATAN KESIHATAN
PERCUMA TERHADAP KEPUASAN DAN
KESETIAAN PESAKIT**

FUAD HUSAIN AKBAR

UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA

PENAKUAN

Saya akui karya ini adalah hasil kerja saya sendiri kecuali nukilan dan ringkasan yang setiap satunya telah saya jelaskan sumbernya.

01Sept 2015

FUAD HUSAIN AKBAR

P67846

PENGHARGAAN

Syukur Alhamdulillah kepada Allah S.W.T kerana memberi saya peluang, masa, kesihatan, kekuatan dan fikiran untuk dapat menyiapkan kajian ini, jutaan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada penyelia utama Prof Madya. Dr. Abd Hair Awang dan penyelia bersama Prof Madya. Dr. Yusuf Hussain atas perkhidmatan yang begitu besar, bimbingan, tunjuk ajar, ketulusan hati, teguran dan nasihat yang sangat berguna sepanjang tempoh masa pengajian dan penyiapan kajian ini. Rasanya saya tidak mampu untuk membalas budi baik beliau hingga ke akhir hayat saya. Semoga ilmu yang telah diberikan menjadi amal jariyah dan bernilai ibadah di sisi-Nya.

Ucapan terima kasih kepada Pusat Pengajian Siswazah, FSSK UKM dan Pusat Pengajian sains pembangunan dan persekitaran (PPSPP) yang telah memberikan banyak bantuan dan sokongan sepanjang tempoh pengajian saya di UKM. Terima kasih juga kepada Gubernur Sulawesi Selatan, Rektor UNHAS, Dekan FKG UNHAS, teman-teman dosen, yang telah membantu dan menggalakkan serta menyokong sepenuhnya di atas usaha saya

Sekalung penghargaan saya rakamkan juga kepada para direktur hospital di bandar Makassar, yang telah memberikan kebenaran menjalankan kajian ini. Terima kasih pula dirakamkan kepada pesakit rawatan dalam hospital bandar Makassar yang telah menjadi Sampel dalam kajian ini. Penglibatan mereka sangat berharga bagi penyelesaian tesis ini.

Terima kasih yang tak terhingga saya rakamkan juga kepada Ibundaku tercinta Dra. Hj. Kartini Ilyas, M.Pd Dg. Kanang dan Ayahanda Dr. H. M. Ali Latief, M.Pd atas segala do'a dan harapannya sehingga saya mampu menapaki jenjang-jenjang pendidikan mulai Pendidikan Dasar sehingga Pendidikan Doktor. Terisitimewa kepada istriku tersayang Dewi Rahmah Sari Ferida, Skm dan anak-anaku tercinta Nabila Defana Athaya dan Naufal Dhairya Arsyha atas pengorbanan, kerelaan dan keikhlasannya melepas kepergian saya untuk menuntut ilmu. Karya ini kupersembahkan kepada mereka sebagai bukti baktiku kepada-Nya. Kepada kakanda saya Ratu Indrawati S.Psi dan adinda saya Hira Indrayani, SE. MM, ibu mertua saya Hj. Sahari Bulan dan bapak Mertua saya Drs. H. Muhtadin Salam, M.Si yang semuanya telah menyokong sepenuhnya dan juga telah mendoa ke atas kerjayaan ini Akirnya, saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberi sokongan dan kerperkhidmatanma kepada usaha saya menyiapkan penulisan tesis ini. Allah sahaja yang dapat membalas perkhidmatan kebaikan hamba-Nya. Jazakumullah khaeran katsiran. Semoga karya ini dapat bermanfaat dalam mengembangkan kualiti perkhidmatan kesihatan di Bandar Makassar. Ini bukan perjuangan yang terakhir, genderang talabul ilmi kan tetap ditabuh hingga akhir hayat. Subhanaka la' ilma, illa ma' allamtana innaka antal'alimul hakim. Walhamdulillahirabbil alamin. Fastabiqulkaerat!

ABSTRAK

Kesaksamaan akses perkhidmatan kesihatan diperakui oleh kerajaan Indonesia dengan memberikan perkhidmatan kesihatan secara percuma kepada komuniti berpendapatan rendah untuk meningkatkan kesejahteraan hidup mereka. Justeru itu, objektif kajian ini adalah untuk mengenalpasti kualiti perkhidmatan kesihatan percuma dan kesannya terhadap kepuasan dan kesetiaan pesakit dalam di hospital awam. Kajian ini menganalisis hubungkait model kualiti perkhidmatan-kepuasan-kesetiaan kesihatan. Asas kepada penyelidikan ini adalah model pertalian antara kualiti perkhidmatan, kepuasan pengguna dan kesetiaan pengguna. Sebanyak 450 soal selidik telah dikumpul menerusi sampel berstrata di empat buah hospital kerajaan di bandar Makassar. Borang soal selidik diisi menerusi temu bual bersemuka kepada pesakit hospital awam tersebut. Kajian menggunakan tujuh jalur spesifik kualiti penyampaian perkhidmatan hospital sebagai konstruk bebas, lima indikator kepuasan pesakit dan lima indikator kesetiaan pesakit sebagai dua konstruk bersandar. Analisis komfomatori faktor digunakan untuk menilai kesahan pengukuran konstruk dan model persamaan struktur digunakan untuk menguji hubung kait antara kualiti perkhidmatan kesihatan, kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit. Kajian ini mendapati hampir keseluruhan dimensi kualiti perkhidmatan kesihatan percuma berada pada tahap sederhana, kecuali kualiti yang tinggi bagi perkhidmatan makanan dan minuman. Kebanyakan pesakit berada dalam tahap sederhana puas hati dan setia kepada hospital awam ini. Hasil analisis model persamaan struktur menunjukkan kualiti perkhidmatan di hospital awam mempunyai kesan hubungan langsung dan tidak langsung terhadap kesetiaan pesakit. Malah, kualiti perkhidmatan kesihatan menjadi penyumbang utama dan kesan langsung kepada kesetiaan pesakit. Kepuasan pesakit pula, kebanyakannya dipengaruhi oleh tujuh dimensi kualiti perkhidmatan kesihatan. Selanjutnya kualiti perkhidmatan berpengaruh secara positif dan signifikan melalui kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit. Hal ini menandakan bahawa kesetiaan pesakit akan lebih tinggi jika wujud kepuasan pesakit yang di sokong oleh kualiti perkhidmatan yang baik pula.

EFFECTS OF FREE HEALTH SERVICE QUALITY ON PATIENT SATISFACTION AND LOYALTY

ABSTRACT

The equitable kebolehcapaian to health services has been recognized by the Indonesian government with the implementation of free public health service to improve the livelihoods of the low-income communities. Hence, the objective of this research is to identify the perceived quality of free health services and its effect on satisfaction and loyalty of inpatient in the public hospitals. This study also analyze the model of the health service quality-satisfaction-loyalty relationships. This research is based on a causal relationship of the service quality, customer satisfaction and loyalty model. A total of 450 questionnaires were collected using stratified sampling technique at four state-owned hospitals in Makassar city. Questionnaires were administered using face to face interviews on admitted patients. This study used seven specific health service quality delivery paths as independent construct, five indicators of patient satisfaction and five indicators of patient loyalty as two dependent construct. A confirmatory factor analysis was used to assess the scales construct ketepatan and structural equation model (SEM) specified the interlinkages between healthcare service quality, patient satisfaction and patient loyalty. The study found that almost all free health service quality dimension are at moderate level, with the exception of high quality service observed for food and beverage service. Most of the admitted patients are moderately satisfied and loyal to the public hospitals. The results of the SEM demonstrate that healthcare service quality in the public hospitals has both direct and indirect effects on patient loyalty. In fact, the healthcare quality of service has been a major contributor and had direct influence on patient loyalty. The patient satisfaction was mostly influenced by seven healthcare service quality dimensions. Furthermore, the quality of services has significant positive effect on patient satisfaction and patient loyalty. This reveals that loyalty would be higher if patients are satisfied and supported by an excellent quality of service.

KANDUNGAN

	Halaman
PENGAKUAN	ii
PENGHARGAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KANDUNGAN	vi
SENARAI JADUAL	xi
SENARAI ILUSTRASI	xiii
SENARAI SIMBOL	xiv
SENARAI SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Pengenalan	1
1.2 Permasalahan Kajian	2
1.3 Persoalan Kajian	8
1.4 Objektif Kajian	22
1.5 Skop Kajian	23
1.5.1 Definisi Hospital	23
1.5.2 Fungsi Hospital	25
1.5.3 Definisi Kualiti Perkhidmatan	27
1.5.4 Definisi Kepuasan Pesakit	31
1.5.5 Definisi Kesetiaan Pesakit	34
1.6 Manfaat Kajian	35
1.7 Struktur Bab	36
1.8 Kesimpulan	37

BAB II	TEORI DAN KAJIAN LALU	39
2.1	Pengenalan	39
2.2	Teori Kualiti	41
2.3	Teori Kepuasan	46
2.4	Teori Kesetiaan	50
2.5	Dimensi Umum Kualiti Perkhidmatan	53
2.6	Dimensi Kepuasan	56
2.7	Dimensi Kesetiaan	58
2.8	Hubungan Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kepuasan	59
	2.8.1 Hubungan Dimensi Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kepuasan	61
2.9	Hubungan Kepuasan dengan Kesetiaan	64
	2.9.1 Hubungan Kualiti Terhadap Kesetiaan	66
2.10	Aspek-Aspek yang Mempengaruhi Kepuasan	67
2.11	Model Kualiti Perkhidmatan, Kepuasan dan Kesetiaan	68
	2.11.1 Hubungkait Kualiti Perkhidmatan, Kepuasan dan Kesetiaan	71
2.12	Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	74
	2.12.1 Dimensi Perkhidmatan Kesihatan	74
	2.12.1 Faktor Mempengaruhi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	76
2.13	Hipotesis Penyelidikan	77
2.14	Kesimpulan	78

BAB III	KAEDAH PENYELIDIKAN	79
3.1	Pengenalan	79
3.2	Pendekatan Kajian	79
3.3	Waktu Dan Tempat Penyelidikan	79
3.4	Populasi dan Sampel	80
3.5	Reka Bentuk Pensampelan	80
3.6	Saiz Sampel	81
3.7	Definisi Operasi	82
3.8	Alat Pengukuran	82
3.9	Kesahan dan kebolehpercayaan soal selidik	86
3.10	Kerangka Model Kajian	89
	3.10.1 Kualiti perkhidmatan dan kepuasan pesakit	89
	3.10.2 Kepuasan Pelanggan dan Kesetiaan Pelanggan	90
3.11	Analisis Data	92
	3.11.1 Analisis Deskriptif	92
	3.11.2 Analisis Inferensi	93
BAB IV	PROFIL HOSPITAL	97
4.1	Pengenalan	97
4.2	Sejarah Penubuhan Hospital	97
4.3	Visi Dan Misi Hospital	102
4.4	Perkhidmatan Kesihatan Percuma	102
4.5	Bilik Rawatan Dalam Dan Fasiliti	106
4.6	Struktur Organisasi	108

BAB V	HASIL KAJIAN	110
5.1	Pendahuluan	110
5.2	Profil Pesakit	110
5.3	Profil Rawatan	116
5.4	Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	119
5.5	Kepuasan Pesakit	133
5.6	Kesetiaan Pesakit	136
5.7	Uji Taburan Normal	138
5.8	<i>Analisis Confirmatory Factor Analysis</i>	140
5.9	<i>Analisis Structural Equation Modelling (SEM) Full Model</i>	144
BAB VI	PERBINCANGAN DAN KESIMPULAN	151
6.1	Rumusan dan Perbincangan	151
6.2	Tahap Kualiti Perkhidmatan	151
6.3	Tahap kepuasan pesakit	156
6.4	Tahap kesetiaan pesakit	158
6.5	Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kepuasan Pesakit	159
6.6	Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kesetiaan Pesakit	160
6.7	Pengaruh Kepuasan Pesakit Terhadap Kesetiaan Pesakit	162
6.8	Pengaruh Tidak Langsung Kualiti Perkhidmatan Melalui Kepuasan Terhadap Kesetiaan	163
6.9	Perbincangan Berkaitan Implikasi Toritikal	164
6.10	Implikasi Dasar	169
	6.10.1 Penambahbaikan Perkhidmatan Pendaftaran	170
	6.10.2 Penambahbaikan Perkhidmatan Doktor	171
	6.10.3 Penambahbaikan Perkhidmatan Jururawat	172
	6.10.4 Penambahbaikan Perkhidmatan Farmasi	172
	6.10.5 Penambahbaikan Perkhidmatan Persekitaran Hospital	173
	6.10.6 Penambahbaikan Perkhidmatan Bilik Rawatan	173

	6.10.7 Penambahbaikan Perkhidmatan Penyediaan Makanan dan Minuman	174
6.11	Limitasi Kajian dan Cadangan Penyelidikan	174
6.12	Kesimpulan	175
	RUJUKAN	177
	LAMPIRAN	233
A.	Penilaian <i>loading factor</i> (λ) pengukuran faktor kualiti perkhidmatan	233
B.	Penilaian <i>loading factor</i> (λ) pengukuran faktor kepuasan pesakit	233
C.	Penilaian <i>loading factor</i> (λ) pengukuran faktor kesetiaan pesakit	233
J.	Confirmatory faktor analisis (pemboleubah kualiti perkhidmatan)	234
K.	Confirmatory faktor analisis (pemboleubah kepuasan)	242
L.	Confirmatory faktor analisis (pemboleubah kesetiaan)	248
M.	Full model analisis structural equation model	254
N.	Borang Soal Selidik	266
O.	Surat kebenaran menjalankan uji coba kuesioner	276
P.	Surat kebenaran menjalankan kajian dan penyelidikan	277
Q.	Surat keterangan telah menjalankan penyelidikan	278

SENARAI JADUAL

NO. JADUAL		Halaman
Jadual 1.1	Perkembangan Jumlah Hospital Menurut Kepemilikan di Indonesia	8
Jadual 1.2	Data keluhan masyarakat di Indonesia	10
Jadual 1.3	Data bantuan hukum kesihatan di Makassar	10
Jadual 1.4	Senarai keluhan masyarakat terhadap kualiti perkhidmatan di bilik rawatan dalam hospital pemerintah di Kota Makassar tahun 2012-2015	11
Jadual 1.5	Tinjauan Awal Penerangan Doktor Pakar Hospital Hasanuddin Universiti.	15
Jadual 1.6	Jenis perkhidmatan kesihatan yang ditanggung oleh pemerintah	18
Jadual 2.1	Dimensi Kesetiaan	58
Jadual 2.2	Matriks Penyelidikan Terdahulu	61
Jadual 2.3	Matriks Penyelidikan Terdahulu	63
Jadual 2.4	Matriks Penyelidikan Terdahulu	65
Jadual 2.5	Matriks Penyelidikan Terdahulu	67
Jadual 3.1	Populasi dan Saiz Sampel Hospital Milik Kerajaan Kota Makassar	82
Jadual 3.2	Indikator Pembolehubah	85
Jadual 3.3	Kebolehpercayaan Alat Ukur	87
Jadual 3.4	Pembolehubah Penyelidikan	92
Jadual 3.5	Syarat Goodness of Fit Index	96
Jadual 4.1	Profil Hospital	107
Jadual 4.2	Pesakit luar dan pesakit dalam	107
Jadual 5.1	Jantina Pesakit	111
Jadual 5.2	Umur Pesakit dan Taraf Perkahwinan Pesakit	111
Jadual 5.3	Suku/etnik Pesakit dan Agama Pesakit	112
Jadual 5.4	Tahap Pendidikan Pesakit	113
Jadual 5.5	Ciri-ciri Sampel berdasarkan pekerjaan berdasarkan tahap pendidikan	114
Jadual 5.6	Pendapatan Mengikut Pekerjaan	114
Jadual 5.7.	Jenis rumah pesakit	115
Jadual 5.8	Jenis kenderaan Pesakit	116

Jadual 5.9	Ciri-ciri Sampel berdasarkan kunjungan ke hospital sebagai pesakit dalam mengikut umur	117
Jadual 5.10	Tempoh menginap di hospital berdasarkan umur	118
Jadual 5.11	Kekerapan jenis penyakit yang sedang dirawat mengikut jantina	118
Jadual 5.12	Jarak dari rumah ke hospital	119
Jadual 5.13	Kualiti Perkhidmatan Proses Pendaftaran	120
Jadual 5.14	Kualiti Perkhidmatan Kecekapan Doktor	122
Jadual 5.15	Kualiti Perkhidmatan Kecekapan Jururawat	124
Jadual 5.16	Kualiti Perkhidmatan Deskriptif Perkhidmatan Farmasi	126
Jadual 5.17	Kualiti Perkhidmatan Persekitaran Hospital	128
Jadual 5.18	Kualiti Perkhidmatan Bilik Rawatan	130
Jadual 5.19	Kualiti Perkhidmatan Penyediaan Makanan Dan Minuman	132
Jadual 5.20	Seluruh dimensi kepuasan pesakit	135
Jadual 5.21	Seluruh Dimensi Kesetiaan Terhadap Hospital	137
Jadual 5.22	<i>Goodness Of Fit</i> dan <i>Cut-Off Value</i> – Full Model	146
Jadual 5.23	Penilaian <i>Loading Factor</i> (λ) Uji Full Model	147
Jadual 5.24	Penilaian <i>path analysis</i> antara pemboleh ubah laten model penyelidikan	149

SENARAI ILUSTRASI

NO. RAJAH		Halaman
Rajah 2.1	Jururawat kesihatan primer dan interaksinya dengan sektor perkhidmatan kesihatan yang lebih luas	46
Rajah 2.2	Status kesetiaan pengguna dikombinasikan dari perilaku & sikap pengguna	51
Rajah 2.3	Struktur hierarki dimensi kepuasan	57
Rajah 2.4	Model komprehensif dalam memahami perkhidmatan kesihatan	69
Rajah 2.5	Kerangka Konseptual Penyelidikan	71
Rajah 2.6	Model <i>virtuous circle</i>	73
Rajah 2.7	Hubungkait kualiti perkhidmatan, kepuasan dan kesetiaan	74
Rajah 2.8	Model konseptual yang mengaplikasikan ciri kualiti perkhidmatan dalam konteks kesihatan	75
Rajah 2.9	Antisedan <i>perceived service quality</i>	76
Rajah 4.1	Struktur Organisasi Hospital	109
Rajah 5.1	Dimensi Proses Pendaftaran	121
Rajah 5.2	Dimensi Kecekapan Doktor	123
Rajah 5.3	Dimensi Kecekapan Jururawat	125
Rajah 5.4	Dimensi Perkhidmatan Farmasi	127
Rajah 5.5	Dimensi Persekitaran Hospital	129
Rajah 5.6	Dimensi Bilik Rawatan	131
Rajah 5.7	Dimensi Penyediaan Makanan dan Minuman	132
Rajah 5.8	Seluruh Dimensi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	133
Rajah 5.9	Seluruh Dimensi Kepuasan Pesakit	136
Rajah 5.10	Seluruh Dimensi Kesetiaan Pesakit	138
Rajah 5.11	Uji Taburan Dimensi Kualiti Perkhidmatan	139
Rajah 5.12	Uji Taburan Dimensi Kepuasan Pesakit	139
Rajah 5.13	Uji Taburan Dimensi Kesetiaan Pesakit	139
Rajah 5.14	Pengukuran faktor kualiti perkhidmatan	141
Rajah 5.15	Pengukuran faktor kepuasan pesakit	142
Rajah 5.16	Pengukuran faktor kesetiaan pesakit	144
Rajah 5.17	Pengukuran faktor dan hasil uji model	145
Rajah 5.18	Hasil estimasi/anggaran model penyelidikan	147

SENARAI SIMBOL

n_i	Jumlah sampel diperingkat hospital
P_i	Jumlah populasi diperingkat hospital
P	Jumlah populasi pesakit di seluruh hospital yang diteliti
n	Jumlah sampel minimal
X_1	Kualiti Perkhidmatan
Y_1	Kepuasan Pesakit
Y_2	Kesetiaan Pesakit
\leq	Lebih Kecil

SENARAI SINGKATAN

K	Kekerapan
SEM	Struktural equation modelling
SP	Sisihan piawai
P	Probaliity
SE	Standard error
X^2	Chi square
CMIN/DF	The minimum sample discrepancy function/degree of freedom
RMSEA	The Root mean square error of approximation
GFI	Goodness of fit index
AGFI	Adjusted goodness of fit index
TLI	Tucker lewis index
CFI	Comparative fit index
et al	dan pengarang-pengarang lain
AMOS	Analisis of Moment Structures

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 PENGENALAN

Kejayaan pembangunan dalam sektor kesihatan merupakan hasil daripada komitmen pemerintah Indonesia untuk menjadikan Indonesia sebagai peneraju kesihatan global. Memandangkan pembangunan yang pesat dan meningkatnya persaingan dalam sektor kesihatan (Garcia-Lacalle & Martin, 2013), maka usaha untuk menarik dan mengutamakan pesakit sebagai pelanggan semakin diberi perhatian. Persaingan yang sengit antara hospital awam dan hospital swasta menyebabkan kualiti perkhidmatan semakin diutamakan dari lima dimensi kualiti seperti kebolehpercayaan, responsif, jaminan, empati dan nyata (Aagja & Garg, 2010; Rashid & Jusoff, 2009; Padma et al., 2009; Duggirala, et al., 2008). Disamping itu kepuasan pesakit juga perlu diutamakan (Faezipour & Ferreira, 2013; Hamed & Salem, 2014; Chatzoglou, et al., 2014; Maditinos, et al., 2014; Gasink, et al., 2008). Dimensi kualiti tersebut menjadi faktor yang dapat mempengaruhi prestasi daya saing dan kejayaan sesebuah hospital. Selain itu, meningkatnya persaingan antara hospital telah menyebabkan setiap hospital dapat memberi lebih perhatian dalam meningkatkan kepuasan pesakit melalui penyediaan perkhidmatan yang berkualiti (Pantouvakis & Mpogiatzidis, 2013; Choi & Kim, 2013; Amin & Nasharuddin, 2013).

Memberikan perkhidmatan yang terbaik kepada pesakit menjadi satu keutamaan sesebuah hospital (Hensen, et al., 2008), maka kualiti perkhidmatan yang cekap dan berkesan adalah kualiti perkhidmatan yang dapat memenuhi harapan pesakit (Bakar, et al., 2008). Oleh itu, penting bagi pihak hospital untuk menilai keperluan dan harapan pesakit (Hensen, et al., 2008) dan untuk berjaya mewujudkan kepuasan pesakit (Choi & Kim, 2013) serta keinginan berperilaku (*behavioural intention*) pesakit (Amin & Nasharuddin, 2013).

1.2 PERMASALAHAN KAJIAN

Isu berkaitan perkhidmatan hospital menjadi perhatian bagi pihak pengurusan hospital. Isu tersebut juga menjadi permasalahan penting pada pelbagai penyelidikan terdahulu seperti yang dikemukakan oleh Al-Borie dan Damanhoury (2013) tentang perkhidmatan hospital dari sudut pandang pesakit, sedangkan kajian Hensen et al (2008) membahas tentang evaluasi perkhidmatan hospital dari sudut pandang para doktor. Nekoei-Moghadam dan Amiresmaili (2011), dan Øvretveit (2004) yang menyelidik tentang kualiti perkhidmatan kesihatan di negara-negara berkembang, mengemukakan bahawa formulasi untuk mengatasi masalah kesihatan iaitu dengan meningkatkan kuantiti dan kualiti para pakar kesihatan dan sumber daya (doktor, jururawat, dan seluruh pihak yang terkait) dengan memberikan pelbagai pelatihan dan disisi lain, aktiviti mereka harus diawasi oleh jabatan kesihatan. Lebih lanjut, Meirovich, et al (2007), menyarankan kepada para pengurus hospital untuk mampu mengelola serta meningkatkan kinerja hospital dan kualiti perkhidmatan kepada pesakit.

Kepuasan perspektif pesakit tentang perkhidmatan hospital boleh dilihat dari pelbagai dimensi seperti kebolehpercayaan, responsif, jaminan, empati dan nyata (Sivabrovnvatana, et al., 2005). Kajian Amin dan Nasharuddin (2013) menghuraikan bahawa terdapat lima dimensi kualiti perkhidmatan hospital iaitu pendaftaran, perkhidmatan medik, perkhidmatan secara keseluruhan dan tanggung jawab sosial. Penemuan penyelidikan Amin dan Nasharuddin (2013) menunjukkan bahawa upaya meningkatkan lebih tinggi level kualiti perkhidmatan hospital, maka akan menyebabkan pesakit memiliki tingkat kepuasan yang tinggi dan niat perilaku.

Manakala penemuan kajian Wisniewski & Wisniewski (2005) menjelaskan bahawa dimensi kebolehpercayaan memberi kesan baik ke atas perkhidmatan hospital. Oleh itu meningkatkan kualiti perkhidmatan hospital menjadi tanggungjawab semua pihak yang berkaitan, sama ada doktor, kakitangan di dalam hospital dan lain-lain (Zineldin, 2006).

Pemerintah Kota Makassar selaku agensi perkhidmatan awam khususnya dalam bidang kesihatan, telah berusaha untuk memenuhi kewajipan dan keperluan masyarakat dengan meringankan beban dari segi kos perubatan. Salah satu usaha yang dilakukan adalah dengan memberi perkhidmatan secara percuma untuk rawatan kesihatan di bilik rawatan kelas III kepada semua hospital milik pemerintah. Rawatan kelas III adalah unit yang di sediakan untuk pesakit-pesakit yang memerlukan rawatan dan rujukan kerana keadaanya yang tidak dapat dirawat di rumah akibat penyakit yang memerlukan rawatan intensif oleh doktor. Melalui usaha ini, diharapkan tidak ada lagi masyarakat di Kota Makassar yang tidak mendapatkan perkhidmatan kesihatan kerana alasan faktor ekonomi atau kewangan.

Usaha yang telah dijalankan oleh pihak kerajaan dalam bidang perkhidmatan kesihatan percuma ini dilihat belum mencapai tahap yang memuaskan, jika dibandingkan dengan harapan sebenar yang diinginkan oleh pesakit itu sendiri. Keadaan ini dapat dilihat dari data yang dihuraikan pada jadual 1.3, jadual 1.4, jadual dan jadual 1.5. Demikian pula hasil penyelidikan Reader, et al., (2013) yang melaporkan sebanyak 88.069 keluhan pesakit. Keluhan pesakit secara umum terjadi kerana faktor tertentu. Secara keseluruhan terdapat 113,551 masalah yang ditemukan mendasari keluhan pesakit. Kajian Ebrahimipour, et al., (2013) menyatakan bahawa sebanyak 233 pengaduan pesakit yang diterima pihak hospital, terdiri dari 46.35% pengaduan secara lisan, 31.34% pengaduan secara tertulis dan 22.31%, melalui telepon.

Terdapat banyak aduan dan keluhan yang disampaikan oleh pesakit melalui akhbar-akhbar tempatan mahupun laporan terus kepada unit perkhidmatan. Laporan yang diterima diantaranya berkaitan dengan sistem dan prosedur perkhidmatan yang tidak berkesan, tidak telus, kurang maklumat, kurang kemudahan, dan kurang konsisten sehingga tidak dapat memberi jaminan yang pasti iaitu seperti jaminan dari segi undang-undang, masa, dan kos. Tambahan pula, terdapat rungutan pesakit kerana masih adanya caj tidak rasmi yang diminta oleh pihak hospital dari pesakit yang sepatutnya mendapatkan perkhidmatan secara percuma, maka keluhan oleh pesakit ini menunjukkan perkhidmatan percuma yang diberikan oleh pihak hospital adalah belum berkualiti.

Penemuan Dey, et al., (2006) memaparkan model menyeluruh dalam rangka meningkatkan kualiti perkhidmatan hospital, sesuai dengan tuntutan globalisasi bahawa kesihatan merupakan perkhidmatan yang berkembang pesat di negara maju dan negara membangun. Kajian Taner & Antony, (2006) mengukuhkan lagi penemuan Dey, et al., (2006) dengan menggunakan pengukuran persepsi pesakit secara berkala yang akan memudahkan hospital untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan dan berdaya saing. Dalam konteks perkhidmatan kesihatan umpamanya, sekiranya pesakit merasa puas dengan perkhidmatan yang diberikan, maka ini akan memberikan satu gambaran yang positif terhadap organisasi kesihatan dan pesakit bersedia menggunakan kembali perkhidmatan tersebut kerana telah berjaya memenuhi dan memberi perkhidmatan yang diperlukan oleh pesakit. Inilah yang dikatakan bahawa kepuasan pelanggan dapat memberi keuntungan kepada organisasi sama ada dari segi material dan juga imej sesebuah organisasi.

Hospital yang ideal ialah hospital yang dapat memberikan perkhidmatan terbaik kepada pesakit sehingga tercipta kepuasan pesakit dan keluarganya yang berimpak pada peningkatan pendapatan hospital (Hafizurrachman, 2009). Kualiti perkhidmatan adalah amat penting terutama bagi hospital yang mempunyai hubungkait dengan kepuasan pelanggan. Seperti yang dikemukakan oleh Fandy Tjiptono dan Anastasia Diana (2001), perkhidmatan yang berkualiti akan memberi pelbagai keuntungan terutamanya bagi hospital, seperti:

- a. Hubungan organisasi dan pelanggan menjadi harmonis.
- b. Memberikan dasar yang baik bagi pembelian secara berulang.
- c. Dapat mendorong terciptanya kesetiaan pelanggan.
- d. Terbentuknya cadangan dari mulut ke mulut yang menguntungkan bagi organisasi.
- e. Reputasi syarikat menjadi baik dari sudut pandang pelanggan.
- f. Keuntungan yang diperoleh syarikat akan meningkat.

Hasil kajian Khong & Ghista (2006) telah menyediakan kaedah baharu dalam menilai prestasi kualiti perkhidmatan dengan cara mengkaji kepuasan ke atas perkhidmatan yang kurang memuaskan pesakit. Bagi menawarkan perkhidmatan yang

terbaik, pelbagai aspek jaminan kualiti perlulah merangkumi gabungan tenaga yang bersepadu di kalangan kakitangan dan pengurusan. Oleh itu, kawalan kualiti tidak boleh dilihat sebagai beban kerja tambahan ke dalam suatu proses, tetapi ianya perlu dijadikan tugas utama bagi setiap kakitangan, kerana hasil perkhidmatan yang berkualiti boleh meningkatkan imej sesebuah organisasi.

Pengukuran kualiti perkhidmatan adalah berdasarkan kepada andaian dan penilaian pelanggan. Hal ini kerana pelanggan akan menilai kualiti perkhidmatan yang ditawarkan berdasarkan kepada keupayaan perkhidmatan tersebut dalam memenuhi keinginan dan keperluan pengguna. Oleh yang demikian memahami persepsi perkhidmatan dan cara menilainya adalah penting (Haron, Hamid, & Talib, 2012). Ini kerana, kualiti perkhidmatan yang bersinergi dengan sumber yang dimiliki oleh hospital akan meningkatkan prestasi perkhidmatan hospital (Mukherjee, Nath, & Pal, 2003).

Kualiti perkhidmatan merupakan isu penting dalam perkhidmatan kesihatan, bagi menilai tahap kualiti sesuatu perkhidmatan. Penilaian terhadap kualiti perkhidmatan dapat dilakukan melalui proses perkhidmatan yang memberikan kepuasan kepada pesakit (Donabedian, 1982 dan Ware & Sherbourne, 1992). Contohnya, mengukur kualiti kesihatan daripada persepsi pesakit iaitu melalui status perkhidmatan kesihatan. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan masalah kualiti perkhidmatan menjadi perkara penting yang perlu dititikberatkan. Faktor tersebut diantaranya kesan yang mendalam terhadap keuntungan dan pengurangan kos, memenuhi keperluan dan kepuasan pesakit, menghasilkan produk atau perkhidmatan yang mudah dijual, meningkatkan pemasaran, mengurangkan kesilapan dan mengurangkan ketidakpuasan pesakit melalui pemerhatian terhadap keuntungan yang diperolehi. Hal demikian memiliki tujuan agar dapat dijadikan penilaian terhadap tahap perkhidmatan yang disediakan dalam memenuhi tahap kepuasan pesakit.

Kepuasan pesakit telah menjadi konsep utama dalam pengurusan (Tjiptono & Chandra, 2005). Pesakit secara am mengharapkan perkhidmatan yang baik atau memuaskan (Assauri, 2003). Tahap Kepuasan pesakit dapat menghasilkan persepsi dan seterusnya dapat menempatkan kedudukan sesuatu perkhidmatan kesihatan pada

sudut pandang pesakit. Tambahan pula, kualiti merupakan aspek keupayaan sesebuah hospital dalam memenuhi keperluan pesakit yang perlu diberi perhatian secara serius.

Setakat ini, terdapat beberapa negara yang telah memperkenalkan Indeks Kepuasan Pelanggan Nasional (*National Customer Satisfaction Index*) diantaranya ialah *Swedish Customer Satisfaction Barometer* (SCSB) sejak tahun 1989, *American Customer Satisfaction Index* (ACSI) sejak tahun 1994, *Norwegian Customer Satisfactin Index* (NCSB) yang secara tidak langsung telah menyumbangkan pada peningkatan keprihatinan pengeluar atau penyedia perkhidmatan terhadap pentingnya kepuasan pelanggan (Tjiptono & Chandra, 2007). Demikian juga halnya dengan Negara Indonesia yang diharapkan mampu memperkenalkan indeks kepuasannya sendiri khususnya dalam bidang kesihatan agar dapat digunakan dalam penyediaan perkhidmatan yang berkualiti.

Penilaian terhadap kepuasan pelanggan merupakan satu cara untuk menentukan keberkesanan organisasi dalam menawarkan perkhidmatan yang berkualiti. Pelanggan mengharapkan sesebuah perkhidmatan tertentu daripada organisasi, maka pihak organisasi mempunyai tanggungjawab untuk memenuhi apa yang diharapkan oleh pelanggan. Ini kerana jika pelanggan mendapat kepuasan daripada perkhidmatan yang diberikan maka organisasi tersebut telah mencapai keberkesanan dalam menawarkan perkhidmatan kepada pelanggan (Ilgen, 1971). Oleh itu, penilaian tahap kepuasan adalah untuk mengetahui sejauh mana pelanggan berpuas hati terhadap perkhidmatan yang disediakan. Sekiranya pelanggan tidak berpuas hati seharusnya pengurusan segera mengambil tindakan untuk mengenalpasti punca atau faktor penyebab. Seterusnya, langkah penambahbaikan perlu diambil untuk mengatasi masalah ketidakpuasan. Apabila pelanggan hospital telah berpuas hati, maka penyedia perkhidmatan perlu mempunyai keupayaan untuk memastikan pelanggan tersebut tetap menjadi pelanggan setia di hospital dan tidak beralih kepada hospital lain. Selain mengukur tahap kepuasan pelanggan, penyedia perkhidmatan juga perlu merancang strategi untuk mewujudkan kesetiaan pesakit.

Data pesakit dalam di sebuah hospital milik pemerintah Kota Makassar iaitu Hospital Daya mengenai BOR (*Bed Occupancy Rate*) tahun 2009 (39.50%), tahun 2010 (48.2 %), dan tahun 2011 (39.60%). Ini menunjukkan bahawa BOR setiap bulan mengalami tahap naik turun. Berdasarkan data tersebut, didapati bahawa ketidakstabilan BOR dari tahun ke tahun disebabkan oleh masalah yang mungkin berpunca daripada ketidakpuasan pesakit dengan perkhidmatan yang diberikan.

Trend Data pesakit rawatan dalam di hospital ini menunjukkan kemerosotan kesetiaan pesakit terhadap perkhidmatan hospital secara keseluruhannya. Untuk mengukuhkan kesetiaan pesakit terhadap perkhidmatan hospital, banyak cabaran yang perlu dilalui oleh pihak pengurusan hospital. Khususnya pada masa ini, pesakit mahupun keluarga pesakit mempunyai pelbagai pilihan untuk memilih hospital rawatan perubatan mereka. Untuk memilih hospital pesakit boleh menerima maklumat yang disarankan berkaitan kualiti perkhidmatan sesebuah hospital. Kualiti perkhidmatan yang dinilai termasuklah perkhidmatan perubatan, doktor, perlengkapan peralatan dan kebersihan sesebuah hospital.

Penilaian kesetiaan pelanggan kini menjadi suatu perkara penting untuk dititikberatkan atau diberi perhatian. Hal ini sesuai dengan pernyataan Oliver (1999) bahawa ketika ini kesetiaan semakin menjadi fokus perbincangan dalam bidang pemasaran. Tambahan pula, sebahagian besar syarikat pada kebelakangan ini mengutamakan strategi kesetiaan pelanggan kerana tahap keuntungan lumayan yang diperolehi daripada pelanggan yang setia. Menurut Griffin (2005), kesetiaan pelanggan merupakan suatu hal yang harus dipelihara kerana pelanggan yang setia merupakan aset penting bagi syarikat, dimana impak dari kesetiaan pelanggan bersifat jangka panjang. Ini bermaksud, semakin lama tempoh kesetiaan seorang pelanggan, semakin besar keuntungan yang diperolehi oleh syarikat dari pelanggan tersebut.

1.2 PERSOALAN KAJIAN

Keadaan sosial masyarakat yang semakin meningkat menyebabkan masyarakat semakin sadar atau peka mengenai kualiti. Maka, dalam meningkatkan kualiti perkhidmatan untuk kepuasan pesakit, strategi yang berorientasikan kepada pesakit yang meliputi aspek perkhidmatan hospital, doktor, jururawat, kakitangan, dan persekitaran hospital menjadi sangat penting kerana akan menentukan persepsi pesakit ke atas perkhidmatan yang diberikan, untuk mengetahui tahap kesetiaan pesakit terhadap hospital.

Kemiskinan sebagai penyebab utama masyarakat menderita kesihatan buruk dan menjadi penghalang untuk mengakses perkhidmatan kesihatan jika diperlukan. Keadaan masyarakat miskin tidak mampu untuk mengakses kesihatan yang baik, termasuk jumlah yang cukup keperluan makan dan minum serta jururawatan kesihatan.

Bilangan hospital di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya, hospital tersebut terdiri dari hospital kerajaan dan hospital swasta. Berikut ini disajikan jumlah hospital di Indonesia.

Jadual 1.1 Perkembangan Jumlah Hospital Menurut Kepemilikan di Indonesia

No.	Pengelola/Kepemilikan	2012	2013	2014
1.	Pemerintah			
	Kementerian Kesihatan dan Pemerintah	656	676	687
	Provinsi/Kabupaten/Kota			
	TNI/Polri	154	159	169
	Kementerian lain	3	3	7
	Swasta Non Profit	727	724	736
	Jumlah	1.406	1.540	1.599
2.	Swasta			
	BUMN	75	67	67
	Swasta	468	599	740
	Jumlah	1.721	2.083	2.406

Sumber: Profil Kesihatan Indonesia (2014)

Pada Jadual 1.1 menjelaskan bahawa jumlah hospital swasta setiap tahunnya di Indonesia lebih banyak dibandingkan hospital pemerintah. Sistem kesihatan di Indonesia dikelola menggunakan sistem *desentralisasi*, meskipun sebagian besar kos berasal dari pemerintah pusat. Hospital pemerintah dan hospital swasta kesemuanya melaksanakan program pemerintah dengan memberikan perkhidmatan kesihatan secara percuma untuk masyarakat miskin. Namun pada hospital swasta dan hospital kerajaan terdapat juga perkhidmatan kesihatan untuk orang berkemampuan dengan sistim berbayar. Ada perbezaan diantara hospital swasta dan hospital pemerintah dalam melaksanakan program kesihatan percuma dimana pada hospital swasta penghasilan kakitangan, pajak, penggunaan elektrik hospital tidak menjadi tanggung jawab pemerintah, sehingga pihak hospital swasta mesti menyediakan biaya untuk penghasilan kaki tangan, pajak, penggunaan elektrik, sedangkan hospital pemerintah penghasilan kakitangan, pajak penggunaan elektrik ditanggung oleh pemerintah. Impaknya biaya yang diperlukan lebih banyak pada hospital swasta berbanding hospital pemerintah dalam melaksanakan program kesihatan percuma.

Hospital milik pemerintah di Kota Makassar terdiri dari 4 hospital iaitu Hospital Haji, Hospital Labuang Baji, Hospital Daya, dan Hospital Sayang rakyat. Hospital ini merupakan tempat rujukan utama untuk wilayah Sulawesi selatan dan sekitarnya. Pada ketika ini, perkhidmatan kesihatan yang disediakan kepada masyarakat sudah semakin meluas, termasuklah perkhidmatan kesihatan secara percuma bagi masyarakat Kota Makassar.

Namun, masih sering terdengar keluhan pesakit untuk mendapatkan perkhidmatan yang berkualiti terutamanya di bilik rawatan pesakit dalam. Berdasarkan data yang diperolehi, masyarakat yang melaporkan aduan mengenai doktor ke Majlis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia merekodkan peratusan yang semakin meningkat. Menurut Timbalan Pengerusi Majlis Kehormat Disiplin Kedokteran Indonesia menunjukkan jumlah aduan oleh orang awam di Jakarta pada tahun 2006 hingga 2010 yang dihuraikan sebagai berikut:

Jadual 1.2 Data keluhan masyarakat di Indonesia

Tahun	Jumlah Keluhan	Bentuk Aduan
2006	9	Ketidakjelasan masa praktik doktor di hospital
2007	11	Waktu jumpa doktor yang terhad
2008	20	Doktor tidak memberi penjelasan
2009	36	
2010	49	Doktor membezakan pesakit
Keseluruhan	125	

Sumber: Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (kki.go.id)

Di samping itu, berdasarkan Majalah Kedokteran Indonesia pada tahun 2009, dakwaan terhadap profesion doktor diatas kes-kes medikoilegal juga mengalami peningkatan. Manakala, data yang diperoleh daripada Lembaga Bantuan Hukum Kesihatan Kota Makassar terdapat sebanyak 405 aduan dalam beberapa tahun dihuraikan sebagai berikut:

Jadual 1.3 Data bantuan hukum kesihatan di Makassar

Tahun	Jumlah Keluhan	Bentuk Aduan
2006	59	Merasa dipermalukan
2007	51	Kecewa dengan doktor
2008	66	Menanggung sakit fizik
2009	107	
2010	122	Merasa kehilangan masa
Keseluruhan	405	

Sumber: Lembaga Bantuan Hukum Kesihatan (LBHK) Kota Makassar

Merujuk pada jadual 1.3 dan 1.4 bermakna kualiti perkhidmatan kesihatan yang diberikan oleh doktor, jururawat serta kakitangan di hospital masih perlu diperbaiki (Astuti, 2011).

Dari Jadual 1.5 di dibawah, data menunjukkan terdapat banyak aduan pesakit yang dilaporkan di hospital pemerintah Kota Makassar, hal ini menggambarkan bahawa perkhidmatan kesihatan belum mencapai tahap yang berkualiti tinggi.

Jadual 1.4 Senarai aduan masyarakat terhadap kualiti perkhidmatan Kota Makassar 2012-2015

Tempat	Bentuk Aduan	Sumber	Waktu
Hospital Labuang Baji	Pesakit mengadu perlakuan jururawat yang tidak berperikemanusiaan.	Harian Tribun Timur	03-05-2013
Hospital Haji	Pesakit yang mendapatkan perkhidmatan percuma dibiarkan di hospital selama 2 minggu dibilik rawatan dalam.	Harian Fajar	24-05-2013
Hospital Sayang Rakyat	Pesakit sukar mendapat perkhidmatan di hospital kerana fasiliti yang terhad.	Harian Fajar	13-10-2013
Hospital Labuang Baji	Perkhidmatan yang tidak maksima, hospital tidak bersih	Celebes Online	02-06-2015

Apabila dilihat dari sudut pandang ekonomi, perkhidmatan merupakan salah satu alat yang dapat memberi kepuasan bagi keperluan manusia, iaitu sama fungsinya seperti barangan. Namun, perkhidmatan memiliki ciri-ciri berbeza dari barangan, kerana ciri-ciri perkhidmatan sebagaimana yang dikemukakan oleh (Gaspersz 1985) yang menunjukkan perbezaannya dengan barangan. Sebenarnya, keduanya bertujuan sama iaitu untuk memenuhi keperluan manusia, sebagai satu produk yang *intangibel*, perkhidmatan mempunyai dimensi yang berbeza dengan barangan yang bersifat fizik. Produk akhir perkhidmatan tidak mempunyai ciri-ciri fizikal sebagaimana yang dimiliki oleh barangan kerana produk akhir perkhidmatan sangat bergantung kepada proses interaksi yang terjadi diantara perkhidmatan dengan pesakit.

Salah satu fungsi hospital pemerintah di Kota Makassar adalah pihak hospital menyediakan perkhidmatan kesihatan secara percuma yang meliputi pelbagai jenis perkhidmatan kesihatan, diantaranya adalah Rawatan Luar Tahap Pertama, Rawatan Dalam Tahap Pertama, Rawatan Luar Tahap Lanjutan, Rawatan Dalam Tahap Lanjutan, dan Perkhidmatan Kecemasan sesuai dengan undang undang pada Fasa 13 Peraturan Nombor 13 Tahun 2008.

Jabatan Kesihatan Sulawesi Selatan merekodkan seramai 4,298,100 penduduk di Sulawesi Selatan telah tersenarai sebagai penerima kesihatan percuma. Berdasarkan rekod perkhidmatan kesihatan di Sulawesi Selatan juga menunjukkan lebih 4.2 juta penduduk yang tidak tersenarai dalam perkhidmatan kesihatan percuma ini. Setiap tahun kira-kira 25 hingga 30 peratus penduduk menderita pelbagai penyakit. Jabatan Kesihatan hanya mampu menyediakan dana program kesihatan percuma sekitar 1.5 juta hingga 2 juta orang sahaja. Jumlah peruntukkan yang diperlukan untuk enam bulan pertama tahun 2012 adalah sekitar Rp. 40 bilion hingga Rp. 50 bilion. Dana yang besar ini ditanggung oleh Pemerintah Sulawesi Selatan dan Pemerintah Kota Makassar (BPS Kota Makassar, 2012).

Selepas pengesahan perjanjian perkhidmatan dalam memorandum persefahaman, perjanjian perkhidmatan tersebut telah dijalankan oleh Pemerintah Wilayah Sulawesi Selatan dengan Pemerintah Kota Makassar pada 26 Jun 2008. Isi perjanjian tersebut adalah untuk menetapkan dana kesihatan percuma yang akan diperuntukkan, seterusnya pihak hospital menetapkan Pemerintah Wilayah Sulawesi Selatan hanya menyediakan dana sebanyak 40 peratus, manakala Pemerintah Kota Makassar menyediakan dana sebanyak 60 peratus. Walau bagaimanapun, pada hakikatnya dalam mekanisme peruntukkan anggaran tersebut, pemerintah Kota Makassar mengalami kesukaran untuk menyediakan dana dari anggaran pendapatan belanja daerah (APBD), hal ini menyebabkan pemerintah Kota Makassar mempunyai banyak hutang kepada pihak hospital, sehingga pemerintah mengharapkan anggaran dana tersebut diubah iaitu Pemerintah Wilayah Sulawesi Selatan menyediakan dana sebanyak 60 peratus, manakala pemerintah Kota Makassar hanya 40 peratus sahaja.

Dalam menyediakan dan menyampaikan perkhidmatan, sama ada dari segi perubatan, penyediaan bilik dan khidmat pemeriksaan doktor, masih terdapat perbezaan diantara pesakit yang tidak mendapat perkhidmatan secara percuma dengan pesakit yang mendapat perkhidmatan percuma. Ini kerana, pesakit yang berada di bilik rawatan kelas III, majoriti diabaikan oleh pihak pengurusan kerana terdapat ramai pesakit yang ditempatkan di bilik rawatan tersebut (Anggraini & Rohmani, 2012).

Perkhidmatan kesihatan yang selaras dengan harapan hanya dapat dirasai oleh orang-orang tertentu yang mempunyai kemampuan dari segi kewangan untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan yang diperlukan. Namun, bagi pesakit yang mempunyai status ekonomi rendah atau miskin tidak mampu mendapatkan perkhidmatan kesihatan yang lengkap, khususnya perkhidmatan kesihatan yang berkualiti kerana mereka tidak mampu menanggung kos perkhidmatan kesihatan yang tinggi. Hasilnya, masyarakat tidak mahu mendapatkan perkhidmatan rawatan daripada hospital yang menyebabkan penggunaan fasiliti perkhidmatan kesihatan akan menurun, dalam masa yang sama mengakibatkan pemkosan perkhidmatan kesihatan yang tinggi.

Dari perspektif sosiologi secara am, keadaan sosial penduduk di Kota Makassar belum berada pada tahap yang memuaskan kerana masih banyak masalah sosial dan jurang sosial dan ekonomi di kalangan penduduk. Masih ada jurang yang besar diantara golongan kaya dan miskin, ketidakseimbangan taraf hidup dan kebolehcapaian atau akses yang kurang terhadap perkhidmatan kesihatan. Tambahan pula, sebahagian penduduk di Kota Makassar masih tergolong dalam kategori miskin dan kaya kategori 1 (BPS Kota Makassar, 2012).

Perkhidmatan kesihatan percuma yang bermula sejak Tahun 2008 dijalankan di Kota Makassar, dengan sasaran sebanyak 265,528 kepala keluarga penduduk miskin, kemudian ditambah 4,174 anak yatim piatu, 186 orang pengemis atau gelandangan, 1,662 orang anak jalanan. Namun begitu, dalam pelaksanaannya telah menimbulkan beberapa permasalahan sosial (BPS Kota Makassar, 2010).

Antara permasalahan sosial yang berlaku adalah tidak semua masyarakat miskin di Kota Makassar dapat merasai perkhidmatan kesihatan secara percuma yang diberikan oleh pemerintah. Hal ini kerana, data penerima yang berhak mendapatkan perkhidmatan kesihatan masih belum tepat sasaran, sosialisasi belum menyeluruh, dan masih adanya pesakit yang masih mengeluarkan kos untuk perkhidmatan yang disediakan.

Fakta mengenai pelaksanaan program kesihatan percuma di beberapa hospital sekitar Kota Makassar mendapati bahawa masih ada masyarakat yang tidak mengetahui mengenai pelaksanaan program kesihatan percuma di hospital yang diberikan oleh pihak kerajaan. Selain itu, permasalahan lain adalah kurangnya pendedahan kesihatan kepada masyarakat mengenai pentingnya mengamalkan kehidupan yang bersih dan sihat. Diantara faktor yang menyebabkan masalah tersebut ialah kemiskinan dan kurangnya kesedaran masyarakat setempat mengenai penjagaan kesihatan, tahap pendidikan dan sosio-ekonomi sebahagian masyarakat di Kota Makassar yang masih rendah.

Perkhidmatan kesihatan percuma meliputi semua perkhidmatan kesihatan yang disediakan hospital dengan rawatan di bilik kelas III dan tiada sebarang caj perkhidmatan yang dikenakan. Masalah yang kerap terjadi di hospital pemerintah Kota Makassar adalah doktor pakar tidak memberikan rawatan kepada pesakit yang mendapat perkhidmatan kesihatan percuma dan pesakit ini juga diabaikan dari menerima rawatan yang terbaik (Damang, 2011). Setelah selesai menjalani rawatan, pesakit yang menerima perkhidmatan rawatan percuma dikehendaki untuk menunjukkan kad rawatan percuma. Hospital hanya akan menerima peruntukkan keuangan dari kerajaan mengikut jumlah perkhidmatan yang diberikan kepada pesakit rawatan percuma.

Jadual 1.5 menunjukkan hasil kajian yang telah dijalankan oleh (Arwini, 2011) di Hospital Pendidikan Universiti Hasanuddin. Arwini mendapati bahawa prestasi doktor pakar di Hospital Pendidikan Universiti Hasanuddin masih belum mencapai kepiawaian, ini kerana doktor kurang menitikberatkan masa perkhidmatan, ketepatan waktu datang bekerja dan pemberian ubat generik. Walau bagaimanapun, penerapan tatacara Pembedahan standard (SOP) dan pengisian rekod perubatan didapati berada dalam keadaan yang memuaskan.

Jadual 1.5. Tinjauan Awal Penerangan Doktor Pakar Hospital Hasanuddin Universiti.

No.	Tempat	Skala Kualiti	Keterangan
1.	Ketepatan pengisian masa perkhidmatan	2	1 = 0-20% (sangat tidak memuaskan)
2.	Kepatuhan terhadap piawaian prosedur kerja	4	2 = 21-40% (Tidak Memuaskan)
3.	Hospital aktif dalam mengambil bahagian dalam kegiatan bukan pakar	1	3 = 41-60% (Cukup Memuaskan)
4.	Disiplin terhadap ketepatan waktu kehadiran	2	4 = 61-80% (Memuaskan)
5.	Pematuhan pemberian ubat generik, kepatuhan pengisian rekod perubatan	2	5 = 81-100% (sangat Memuaskan)

Sumber : Arwini, (2011)

Selain itu, berdasarkan maklumat mengenai aduan pesakit terhadap perkhidmatan Hospital Pendidikan Universiti Hasanuddin pada tahun 2011 pula mendapati bahawa pesakit yang ditempatkan di rawatan bilik kelas III tidak diberi perhatian dari segi perkhidmatan oleh jururawat dan doktor. Bahkan, doktor juga jarang menjalankan pemeriksaan pada setiap pesakit kerana doktor berkenaan walaupun berkhidmat dengan hospital pemerintah, mereka juga terikat dengan kontrak bertugas di hospital peringkat daerah untuk menambah pendapatan mereka. Selain itu, doktor juga tidak memberikan maklumat secara terperinci mengenai penyakit pesakit. Doktor juga kurang mesra dan kurang memberikan respon dan perhatian terhadap keluhan pesakit. Tambahan pula, doktor tidak telus dan tidak jelas dalam memaklumkan bayaran yang harus ditanggung oleh keluarga pesakit.

Kualiti perkhidmatan kesihatan sesebuah negara boleh dilihat daripada tahap kepuasan pesakit yang menerima perkhidmatan kesihatan. Di Yunani, kepuasan pesakit terhadap perkhidmatan kesihatan hanya mencapai 45 peratus. Tahap kepuasan ini jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan Indonesia. Begitu juga Austria tahap kepuasan pesakit adalah 89 peratus dan tidak jauh berbeza dengan Malaysia. Norway pula hanya mampu memuaskan 68 peratus pesakitnya. Tahap ini masih lebih rendah

jika dibandingkan dengan Indonesia. Negara yang mempunyai kepuasan tertinggi adalah Luxembourg, dengan tahap kepuasan pesakit 90 peratus. Kualiti perkhidmatan kesihatan di Indonesia pada tahun 2007-2009 hanya mampu memuaskan 79 peratus pesakit (UNDP, HDR Report 2013). Dalam konteks Kota Makassar, pembangunan dalam bidang kesihatan secara terus menerus mengalami penambahbaikan dan penilaian bagi meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan dan disertai dengan usaha-usaha menggalakkan kemandirian individu, keluarga dan masyarakat untuk sihat. Salah satu tanggung jawab pemerintah Kota Makassar ialah menjamin tersedianya perkhidmatan kesihatan yang berkualiti, merata dan terjangkau oleh setiap individu, keluarga serta masyarakat (BPS Kota Makassar, 2010).

Cabaran lain yang dihadapi oleh pihak hospital pemerintah Kota Makassar adalah mengenai cara kerja doktor iaitu pesakit perlu menunggu selama 2 jam untuk mendapatkan rawatan. Walaupun pesakit sanggup menunggu lama untuk mendapat rawatan doktor pakar. Namun, doktor hanya mengambil masa yang sangat singkat iaitu 5 minit sahaja untuk memeriksa pesakit (Munawaroh, 2013).

Giliran dan jangka masa bagi menunggu bilik pembedahan adalah terlalu lama bagi kes-kes tertentu, sehingga menimbulkan banyak aduan daripada pesakit. Lebih-lebih lagi, dengan senarai pembedahan yang banyak, ramai pesakit terpaksa menunggu giliran mereka sehingga mencapai tempoh 1 hingga 2 bulan (Munawaroh, 2013). Lebih lanjut dalam penyelidikan Munawaroh menjelaskan bahawa pesakit yang terpaksa harus menunggu lama merupakan pesakit dengan keadaan kecemasan, namun ruang pembedahan yang terbatas sedangkan ramai pesakit akan melakukan pembedahan.

Berdasarkan penyelidikan Hariono & Supriyanto (2004) dan Zaluchu, Sarumpaet & Syarifah (2009) menyatakan bahawa terjadinya peningkatan keluhan pada perkhidmatan hospital pemerintah dapat menimbulkan perasaan ketidakpuasan terhadap pesakit. Hal ini diperkukuhkan dengan penemuan kajian Wangge, Sidin & Maidin (2013) yang menyatakan bahawa tingginya tahap pesakit untuk pulang secara paksa dan menurunnya angka dalam penggunaan katil di hospital pemerintah menunjukkan adanya ketidakpuasan daripada pesakit. Adanya pelbagai keluhan lain

berupa maklumat yang terbatas dan kurangnya jumlah kunjungan doktor atau jururawat terhadap pesakit dapat mengakibatkan penurunan tingkat kesetiaan pesakit (Jahid, Balqis & Hamzah 2013, dan Sishardiati 2011).

Hospital pemerintah Kota Makassar menunjukkan bahawa adanya penurunan jumlah kunjungan pesakit dalam ke hospital berdasarkan data dari Dinas Kesihatan Kota Makassar daripada tahun 2009 sehingga tahun 2013. Pada tahun 2009 jumlah pesakit sebanyak 10,283, pada tahun berikutnya (2010) jumlah pesakit mengalami peningkatan menjadi 11,587, kemudian di tahun 2011 jumlah kunjungan pesakit masih mengalami peningkatan sebanyak 11,890. Jumlah kunjungan tahun 2012 menunjukkan angka 12,777 pesakit sedangkan jumlah kunjungan pada tahun 2013 menurun menjadi 12,260 pesakit. Daripada data tersebut dapat dilihat jelas tren penurunan jumlah kunjungan pesakit dalam daripada tahun 2012 sampai dengan tahun 2013 (BPS Kota Makassar, 2012).

Pelbagai kes yang berlaku diantara doktor dengan pesakit memberi impak yang mendalam terhadap kerenggangan hubungan antara doktor dan pesakit kerana doktor tidak melaksanakan peranannya sebagai anggota sosial yang sepatutnya bersimpati kepada semua pesakit dan program kesihatan percuma hanyalah pada "nama" semata-mata. Hal ini ditunjukkan melalui situasi dimana tiada pesakit di hospital yang mendapat rawatan dalam bilik kelas III terlepas daripada beban kos rawatan. Ini disebabkan kerana pelaksanaan yang mana tidak selamanya pesakit akan memperoleh ubat yang disediakan oleh pihak hospital. Pesakit juga perlu membeli ubat di farmasi yang berada di luar hospital. Ini bermakna tiada perkhidmatan percuma dalam mendapatkan ubat bagi pesakit. Akhirnya, program kesihatan percuma ini tidak memuaskan dan tidak berjaya dalam meningkatkan kesejahteraan kesihatan masyarakat (Puti, 2013). Berikut ini disajikan data mengenai jenis kos yang ditanggung oleh program kesihatan percuma

Jadual 1.6. Jenis perkhidmatan kesihatan yang ditanggung oleh pemerintah

No.	Jenis pembedahan
1.	Pembedahan Jantung
2.	Pembedahan Caesar
3.	Pembedahan Kista
4.	Pembedahan Miom
5.	Pembedahan Tumor
6.	Pembedahan Odontektomi
7.	Pembedahan Bedah Mulut
8.	Pembedahan Usus Buntu
9.	Pembedahan Batu Empedu
10.	Pembedahan Mata
11.	Pembedahan Bedah Vaskuler
12.	Pembedahan Amandel
13.	Pembedahan Katarak
14.	Pembedahan Hernia
15.	Pembedahan Kanker
16.	Pembedahan Kelenjar Getah Bening
17.	Pembedahan Pencabutan Pen
18.	Pembedahan Penggantian Sendi Lutut
19.	Pembedahan Timektomi
20.	Pembedahan Ginjal

Sumber : BPJS, (2014)

Pesakit yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu akan mendapatkan perkhidmatan kesihatan secara percuma oleh pemerintah. Dalam hal perkhidmatan kesihatan adalah jaminan kesihatan bersifat perkhidmatan perseorangan yang mencakup perkhidmatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk Pemberian ubat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Perkhidmatan yang dibatasi meliputi : kaca mata, alat bantu dengar, alat bantu gerak (tongkat penyangga,

kursi roda dan korset). Perkhidmatan kesihatan yang tidak dijamin adalah sebagai berikut tidak sesuai prosedur, perkhidmatan bertujuan kosmetik, general check up, pengubatan alternatif, pengubatan untuk mendapatkan keturunan, pengubatan impotensi, perkhidmatan kesihatan pada saat bencana dan pesakit bunuh diri /penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ bunuh diri/ narkoba (BPJS, 2014).

Perkhidmatan kesihatan percuma merupakan salah satu kebijakan pemerintah daerah di bidang perkhidmatan kesihatan sebagai bentuk perhatian pemerintah bagi masyarakat khususnya bagi masyarakat miskin untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan. Tidak seluruh kos ubat dan jururawatan yang ditanggung oleh program perkhidmatan kesihatan percuma, adapun perkhidmatan yang tidak ditanggung oleh program tersebut yaitu Pembedahan akibat kemalangan lalu lintas, Pembedahan keloid, Pembedahan yang tidak sesuai prosedur, Pembedahan akibat kecelakaan kerja, masalah kesihatan infertiliti (BPS Kota Makassar, 2012).

Adapun jenis ubat yang ditanggung oleh pemerintah adalah seluruh jenis ubat yang tersenarai dalam Keputusan Menteri Kesihatan Republik Indonesia. Mulai dari ubat untuk *analgesic, antipiretik, antiinflamasi, non steroid*, antipirai hingga vitamin dan mineral dengan jumlah ubat yang mencapai ratusan jenis. Dengan demikian, meskipun program kesihatan percuma untuk meningkatkan kualiti kesihatan masyarakat miskin, namun pada pelaksanaannya masih memiliki beberapa kendala atau kekurangan iaitu a. kos pemerintah yang belum mampu menutupi pelbagai pengeluaran, b. rendahnya komunikasi dan koordinasi antara kakitangan hospital, doktor, jururawat, dan pihak pemerintah kota, c. pengetahuan dan pemahaman masyarakat yang masih rendah tentang program kesihatan percuma dari pemerintah, d. tim koordinasi pengendali tidak pernah menyusun arah kebijakan, jarang melakukan pemantauan, bahkan pembinaan, pengawasan dan pengendalian program perkhidmatan kesihatan percuma tidak pernah dilakukan, e. tim koordinasi tidak pernah tepat dalam pendataan sasaran, oleh kerana itu selalu saja terjadi pesakit yang mampu namun mendapatkan sarana perkhidmatan kesihatan percuma. dan f. banyak keluhan tentang kekurangan dari perkhidmatan kesihatan percuma namun tim pelaksana pengendali tidak merespon keluhan tersebut.

Utama (2004), yang mengkaji tentang perkhidmatan pembedahan yang ditinjau dari aspek harapan dan kepuasan pesakit di Hospital Mardi Rahayu Kudus. Hasil penyelidikan ini menunjukkan harapan pesakit dapat dipenuhi oleh perkhidmatan di Hospital Mardi Rahayu Kudus. Hendriani (2006), mengkaji tentang harapan dan kepuasan pesakit terhadap kualiti perkhidmatan hospital bersalin di Panti Wilasa Citarum Semarang. Hasil dari penyelidikan ini menunjukkan harapan dan kepuasan pesakit terhadap perkhidmatan bersalin di Hospital Panti Wilasa Citarum Semarang adalah seimbang. Yulianti (2013), mengkaji hubungkait kualiti perkhidmatan dengan kepuasan pesakit di hospital. Hasil kajian ini menunjukkan semakin baik kualiti perkhidmatan kesihatan maka semakin tinggi kepuasan pesakit terhadap perkhidmatan yang diberikan oleh hospital.

Puspitasari dan Edris (2011) menyelidik mengenai kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan kepada keluarga Sehat Hospital Pati. Adapun penemuan penyelidikannya menjelaskan tentang kualiti perkhidmatan berpengaruh secara tidak langsung terhadap kesetiaan melalui kepuasan pesakit. Tingkat pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan melalui kepuasan pesakit sebanyak 13.5 peratus. Penyelidikan yang dilakukan Kholid, Syahlani dan Satibi (2012) menjelaskan bahawa kualiti perkhidmatan berpengaruh positif terhadap kepuasan pesakit rawat dalam di Hospital Islam Fatimah Cilacap. Dimensi yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pesakit adalah dimensi berwujud dengan nilai dianggarkan sebanyak 24.4 peratus.

Kajian Putra, Katili dan Arina (2013) memaparkan penemuannya bahawa kualiti perkhidmatan tidak berpengaruh signifikan pada kepuasan dan kesetiaan pesakit. Keadaan ini disebabkan persepsi pesakit yang menilai bahawa perkhidmatan hospital masih jauh dari harapan pesakit. Christasani dan Satibi (2016) menjelaskan bahawa kepuasan pesakit ditentukan oleh faktor demografi. Penyelidikan tentang perkhidmatan hospital juga dikemukakan oleh Haryanto dan Ollivia (2009) bahawa faktor penyebab tingginya keinginan masyarakat berkemampuan Indonesia berubat ke Singapura kerana kualiti tenaga medik dan kualiti perkhidmatan yang baik dan bertaraf internasional.

Hasil penyelidikan Sutrisno (2015) menegaskan bahawa penemuannya telah menyokong teori Gasperz bahawa kualiti sebagai keseluruhan ciri-ciri perkhidmatan yang dapat memenuhi keperluan spesifik. Kajian tentang kualiti perkhidmatan, kepuasan pesakit dan berubat kembali juga diselidik oleh Tanudjaya (2014). Hasil penyelidikannya menemui bahawa kualiti perkhidmatan tidak berpengaruh signifikan terhadap keinginan pesakit untuk berubat kembali. Namun kajian Utari (2013) menemui kualiti perkhidmatan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pesakit hospital. Sedangkan penyelidikan Estiningsih dan Hariyanti (2011) menjelaskan bahawa kesetiaan pesakit juga ditentukan oleh hubungan pelanggan terhadap pengurusan hospital.

Begitu juga penyelidikan Sa'adah, Hariyanto, dan Rohman (2015) yang memaparkan bahawa kepuasan dan kesetiaan pesakit juga ditentukan oleh kualiti perkhidmatan farmasi yang mudah dijangkau, jam buka sesuai keperluan, petugas yang ramah, dan beberapa dimensi lainnya. Kualiti perkhidmatan yang sesuai harapan pesakit akan dapat meningkatkan kepuasan dan kesetiaan pesakit serta adanya peningkatan kepercayaan masyarakat dalam memanfaatkan perkhidmatan kesihatan (Sundari, Indrayathi, dan Kuswardhani, 2014; dan Gunawan dan Djati, 2011).

Berdasarkan kajian lepas di Sulawesi yang dipaparkan sebelum ini seperti kajian Zineldin (2006) dan Wisniewski & Wisniewski (2005), dan Wiranto, Nurhayani & Indar, (2013), maka kajian ini bertujuan melengkapinya beberapa kekurangan kajian sebelumnya dan penyelidikan ini lebih holistik.

Persoalan utama dalam kajian ini adalah sejauhmana perkhidmatan kesihatan percuma yang berkualiti diberikan kepada pesakit-pesakit. Adakah pesakit yang menerima rawatan ini menikmati kepuasan perkhidmatan yang diberikan. Disamping itu adakah pesakit ini masih setia kepada hospital yang memberikan rawatan kepada mereka.

1.4 OBJEKTIF KAJIAN

Penyelidikan tentang kualiti perkhidmatan, kepuasan, dan kesetiaan telah banyak dikaji oleh penyelidik sebelumnya khususnya pada bidang perkhidmatan. Perbezaan utama antara penyelidikan sebelumnya dan kajian ini terletak pada ruang lingkup perkhidmatan. Kajian ini lebih spesifik pada perkhidmatan kesihatan percuma berdasarkan program atau kebijakan pemerintah di Kota Makassar yang berbeza dengan daerah-daerah lainnya di Indonesia maupun di negara-negara lain. Meskipun konstruk penyelidikan memiliki banyak persamaan dengan penyelidikan sebelumnya, namun unit analisis dalam penyelidikan ini lebih spesifik pada pesakit kelas III masyarakat miskin, yang sebelum adanya kebijakan dari pemerintah, mereka sangat kesulitan untuk mengakses perkhidmatan kesihatan yang layak kerana pelbagai hambatan utamanya hambatan kos kesihatan yang sangat mahal. Pelaksanaan program pemerintah tentunya tidak terlepas dari masalah, cabaran dan kekurangan yang terjadi pada hospital pemerintah. Tujuan penyelidikan ini ialah untuk menguji hubungkait kualiti perkhidmatan kesihatan di Kota Makassar dan pengaruhnya terhadap kepuasan dan kesetiaan pesakit dengan menggunakan persamaan pemodelan struktur (SEM):

1. Mengenalpasti tahap kualiti perkhidmatan kesihatan percuma, tahap kepuasan pesakit dan tahap kesetiaan pesakit di hospital milik kerajaan.
2. Menganalisis impak kualiti perkhidmatan kesihatan percuma terhadap kepuasan pesakit di hospital milik kerajaan.
3. Menganalisis impak kualiti perkhidmatan kesihatan percuma terhadap kesetiaan pesakit di hospital milik kerajaan
4. Menganalisis pengaruh kepuasan terhadap kesetiaan pesakit di hospital milik kerajaan.
5. Menguji hubungkait antara kualiti perkhidmatan, kepuasan dan kesetiaan pesakit di hospital milik kerajaan.

1.5 SKOP KAJIAN

Penyelidikan ini dilaksanakan di empat buah hospital milik pemerintah di Kota Makassar yang melaksanakan program kesihatan percuma. Hospital-hospital tersebut adalah Hospital A, Hospital B, Hospital C dan Hospital D. Sasaran penyelidikan ini adalah pesakit rawatan dalam yang dirawat di bilikkelas III dan telah melakukan kunjungan rawatan sekurang-kurangnya 2 kali dihospital milik pemerintah Kota Makassar.

Pendekatan kuantitatif digunakan dalam penyelidikan ini untuk menjelaskan pengaruh kualiti perkhidmatan kepada kepuasan dan kesetiaan pesakit. Reka bentuk kajian adalah kajian kes, iaitu perkhidmatan kesihatan percuma kepada pesakit rawatan dalam di hospital kerajaan Kota Makassar. Penyelidikan ini menggunakan alat analisis persamaan pemodelan struktur (SEM).

Tujuan penyelidikan ini dijalankan kerana terdapat ramai bukti asas yang telah dijelaskan pada jadual 1.1 sampai dengan jadual 1.5, bahawa banyak pesakit yang memberi aduan dan keluhan tentang perkhidmatan kesihatan yang diberikan oleh pihak hospital. Hal ini menunjukkan adanya ketidakpuasan mengenai perkhidmatan yang diberikan sehingga memberi impak kepada ketidaksetiaan pesakit, seterusnya menyebabkan pesakit beralih kepada hospital lain atau mungkin tidak akan kembali lagi ke hospital tersebut.

1.5.1. DEFINISI HOSPITAL

Hospital merupakan institusi penjagaan kesihatan profesional melalui perkhidmatan yang disediakan oleh doktor, jururawat, dan kakitangan kesihatan yang lain (Manco, 2003). Menurut Macmillan Dictionary (2014) hospital merupakan tempat bagi individu yang sakit atau terluka dan memerlukan rawatan daripada doktor dan jururawat. Menurut World Health Organization (2014) hospital adalah institusi penjagaan kesihatan yang mempunyai kakitangan perubatan profesional dan kakitangan lain yang teratur, dan fasiliti pesakit dalam, perubatan, kejururawatan dan

perkhidmatan secara 24 jam dan 7 hari seminggu. Hospital awam adalah hospital yang dimiliki sepenuhnya oleh pihak pemerintah/kerajaan dan menerima dana daripada pemerintah/kerajaan (Manco, 2003). Undang-Undang Republik Indonesia Nombor 44 Tahun 2009 menjelaskan bahawa hospital adalah institusi perkhidmatan kesihatan untuk masyarakat dengan ciri tersendiri. Perkembangan ilmu pengetahuan dalam bidang kesihatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat, menuntut penyelenggaraan perkhidmatan yang lebih berkualiti dan dapat dinikmati oleh masyarakat agar tahap kesihatan yang terulung dapat dicapai.

Hospital menurut Pejabat kesihatan (2009) adalah institusi perkhidmatan kesihatan yang menyelenggarakan perkhidmatan kesihatan perorangan secara sempurna yang menyediakan perkhidmatan rawatan dalam, rawatan luar, dan kecemasan.

Perkhidmatan kesihatan merupakan hak setiap individu yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang diwujudkan untuk meningkatkan tahap kesihatan masyarakat yang terbaik. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nombor 44 Tahun 2009 dirumuskan bahawa hospital merupakan institusi perkhidmatan kesihatan yang menyediakan perkhidmatan kesihatan kepada pesakit dalam, pesakit luar, dan kecemasan.

Menurut Keputusan Menteri Kesihatan Republik Indonesia Nombor 983/MenKes/SK/XI/1992, hospital merupakan sesebuah unit yang mempunyai organisasi teratur, tempat pencegahan dan penyembuhan penyakit, peningkatan dan pemulihan kesihatan yang dilakukan secara multidisiplin oleh pelbagai kumpulan profesional berpendidikan dan terlatih, yang menggunakan infrastruktur khas. Hospital memberikan perkhidmatan kesihatan yang bersifat asas, pakar dan separa pakar.

Hospital juga merupakan pusat perkhidmatan kesihatan masyarakat awam, pusat pendidikan dan juga penyelidikan kesihatan (Association of Hospital Care, 1947). Menurut American Hospital Association (1974), hospital ialah suatu organisasi kompleks yang terdiri dari tenaga perubatan profesional dan disokong dengan fasiliti

perubatan dalam memberikan perkhidmatan doktor, jururawat yang berkesinambungan, diagnosis serta pengubatan penyakit pesakit.

Hospital adalah tempat pesakit mencari dan menerima perkhidmatan doktor serta tempat pendidikan klinik kepada pelajar perubatan, jururawat dan lainnya. Menurut Undang-Undang tentang hospital bab 1 fasa 1 bahawa hospital merupakan institusi perkhidmatan kesihatan yang memberi perkhidmatan kesihatan perorangan secara sempurna (Wolper & Pena, 1997).

Peraturan pengurusan hospital bertujuan untuk memudahkan akses atau kebolehcapaian masyarakat untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan, memberikan perlindungan terhadap keselamatan pesakit, orang awam, persekitaran hospital dan sumber manusia di hospital, meningkatkan kualiti dan mematuhi piawai perkhidmatan hospital, dan memberikan jaminan undang-undang kepada pesakit, kakitangan dan pihak hospital.

1.5.2. FUNGSI HOSPITAL

Dewan Perwakilan Rakyat Indonesia (2009) menghuraikan fungsi hospital dengan merujuk pada Undang-Undang Nombor 44 tahun 2009 mengenai hospital antara lain pengurusan perkhidmatan perubatan dan pemulihan kesihatan sesuai dengan piawai perkhidmatan hospital, pemeliharaan dan peningkatan kesihatan individu melalui perkhidmatan kesihatan yang sempurna dan kemudian tahap kedua serta ketiga mengikut keperluan perubatan. Pengurusan pendidikan dan pelatihan sumber manusia amat penting dalam rangka peningkatan kemampuan perkhidmatan kesihatan, pelaksanaan penyelidikan dan pembangunan serta penapisan teknologi bidang kesihatan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan perkhidmatan kesihatan dengan cara mematuhi etika pengetahuan dalam bidang kesihatan.

Merujuk kepada Manco (2003), terdapat 16 fungsi hospital. Fungsi tersebut adalah melaksanakan perkhidmatan perubatan, perkhidmatan sokongan perubatan, melaksanakan perkhidmatan perubatan tambahan, perkhidmatan sokongan perubatan tambahan, melaksanakan perkhidmatan kehakiman kedokteran, melaksanakan

perkhidmatan perubatan khusus, melaksanakan perkhidmatan rujukan kesihatan, melaksanakan perkhidmatan pergigian, melaksanakan perkhidmatan pendidikan kesihatan, melaksanakan perkhidmatan pesakit luar atau kecemasan dan pesakit dalam, melaksanakan perkhidmatan pesakit dalam, melaksanakan perkhidmatan pentadbiran, melaksanakan pendidikan perubatan, membantu pendidikan perubatan umum, membantu pendidikan perubatan pakar, membantu penyelidikan dan pembangunan kesihatan, dan membantu kegiatan penyelidikan *epidemiologi*.

Fungsi hospital iaitu memberi perkhidmatan perubatan, perkhidmatan penunjang perubatan dan bukan perubatan, perkhidmatan doktor dan jururawat, perkhidmatan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penyelidikan dan pengembangan, serta pentadbiran dan kewangan (Siregar & Lia, 2004).

Menurut Keputusan Menteri Kesihatan Republik Indonesia Nombor 983/MenKes/SK/XI/1992, fungsi hospital ialah memberikan perkhidmatan kepada pesakit. Perkhidmatan pesakit yang diperoleh daripada hospital terdiri dari perkhidmatan perubatan, perkhidmatan farmasi dan perkhidmatan jururawat. Disamping itu, untuk membantu perkhidmatan perubatan, hospital juga menyediakan pelbagai jenis makmal. Pendidikan dan pelatihan juga merupakan fungsi penting daripada hospital modern. Aktiviti penyelidikan turut disediakan oleh hospital yang mencakup perancangan prosedur diagnosis baru, melakukan uji kaji di makmal dan klinik, pengembangan dan menyempurnakan prosedur pembedahan yang baharu, menilai ubat, dan penyelidikan menghasilkan ubat yang baharu. Fungsi utama hospital adalah membantu komuniti dalam menyembuhkan penyakit dan meningkatkan tahap kesihatan masyarakat.

Menurut Peraturan menteri kesihatan Republik Indonesia Nombor 159b/MenKes/Per/1998 menyatakan bahawa fungsi hospital iaitu memberikan perkhidmatan perubatan, perkhidmatan pengubatan, menyembuhkan penyakit, pencegahan penyakit dan peningkatan kesihatan, memberikan tempat pendidikan dan pelatihan doktor, jururawat, ahli farmasi, sebagai tempat penyelidikan dan pengembangan ilmu dan teknologi dalam bidang kesihatan.

Berdasarkan Undang-Undang Nombor 44 Tahun 2009 tentang Hospital Fasa 4 dan 5, dinyatakan bahawa hospital mempunyai tugas untuk memberikan perkhidmatan kesihatan perorangan secara menyeluruh iaitu perkhidmatan kesihatan yang meliputi promosi, pencegahan, pengubatan, dan pemulihan.

Fungsi hospital menurut Roemer dan Friedman (1971) antara lain melakukan diagnosis dan memberikan pengubatan, memberikan perkhidmatan pesakit rawat luar, memberikan pendidikan kepada pegawai yang bekerja di hospital, tempat penyelidikan dibidang perubatan, dan mengadakan perkhidmatan pencegahan penyakit dan meningkatkan tahap kesihatan masyarakat sekitarnya. Lumenta (1992) menghuraikan fungsi hospital iaitu memberikan bimbingan kepada pesakit yang meliputi perkhidmatan perubatan dan pemulihan, memberikan perkhidmatan kesihatan masyarakat meliputi perkhidmatan promosi dan pencegahan, tempat menuntut ilmu bagi pelajar perubatan, dan merupakan tempat penyelidikan.

1.5.3. DEFINISI KUALITI PERKHIDMATAN

Kualiti perkhidmatan ialah keseluruhan keunggulan perkhidmatan (Parasuraman, et al., 1988). Menurut Wang & Shieh (2006), kualiti perkhidmatan merupakan perbezaan antara harapan pelanggan dan persepsi perkhidmatan yang diberikan oleh organisasi kepada pelanggan. Kajian Ramseook-Munhurrun, et al., (2010) menunjukkan bahawa perkhidmatan awam gagal memenuhi harapan pelanggan.

Kualiti merupakan suatu keadaan dinamik yang berikaitan dengan perkhidmatan, manusia, proses dan persekitaran yang memenuhi atau melebihi harapan. Makna kualiti mempunyai banyak pengertian. Sebagai contoh definisi kualiti menurut Tjiptono (2000) adalah mematuhi syarat atau kriteria sesuai untuk penggunaan, penambahbaikan secara berterusan, tiada kerosakan atau kecacatan, memenuhi keperluan pelanggan sepanjang masa, melakukan sesuatu secara betul, dan sesuatu yang boleh menggembirakan hati pelanggan.

Konsep kualiti dalam pendekatan organisasi iaitu hubungan antara input, proses dan output. Kualiti dan organisasi adalah sistem terbuka, malah hubungan antara organisasi dan elemen kualiti juga amat jelas. Maka, sefahaman tentang sistem terbuka ini adalah penting bagi pelaksanaan kualiti dalam organisasi. Pada peringkat kualiti, input keperluan pelanggan perlu diutamakan sebelum pelaksanaan sistem pengurusan kualiti. Oleh itu, organisasi perlu mendapat maklumat selengkap mungkin tentang keperluan pelanggan sebelum menetapkan matlamat kualitinya. Seterusnya, di peringkat output organisasi juga harus dapat menyediakan perkhidmatan yang dapat memberikan kepuasan dan kebolehpercayaan kepada pelanggan terhadap perkhidmatan yang disediakan (Kadir Arifin 2009).

Seterusnya, menurut Sanapiah (2000), memberikan perkhidmatan berkualiti bukanlah sesuatu yang mudah untuk dijalankan. Perkhidmatan yang berkualiti lebih berkaitan dengan keupayaan memberikan perkhidmatan yang berkualiti, cekap dan berkesan. Hal ini sejajar dengan pendapat Batinggi & Badu, (1997) yang menyatakan bahawa perkhidmatan yang berkesan ialah apabila masyarakat atau pelanggan berpuas hati terhadap perkhidmatan tersebut. Penanda aras dalam situasi ini ialah ketiadaan atau kurangnya aduan yang diterima. Batinggi & Badu (1997) juga menyatakan bahawa untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan, maka pihak penyedia perkhidmatan seharusnya senantiasa berusaha untuk melakukan penambahbaikan dan kawalan berterusan.

Tjiptono (2000) menjelaskan terdapat tiga ciri dari definisi tentang kualiti iaitu ciri output dari suatu proses yang memenuhi kepuasan pelanggan, kualiti harus didefinisikan secara operasional dengan cara mengkombinasikan pemahaman mengenai pelanggan dan pemahaman jelas mengenai proses, dan komponen-komponen proses yang mempunyai hubungan sebab akibat untuk pengendalian proses.

Dalam pandangan Parasuraman et al (1988), kualiti perkhidmatan merupakan bahan bagi penilaian keseluruhan dari perkhidmatan yang dihasilkan di antara penyedia perkhidmatan dan pelanggan.

Menurut Hu, et al., (2010) model perkhidmatan menjelaskan sebab kualiti perkhidmatan tidak dapat memenuhi permintaan pelanggan, dan menganggap bahawa terdapat lima jurang kualiti perkhidmatan dalam memenuhi permintaan pelanggan. Lima jurang tersebut adalah perbezaan antara harapan pelanggan dan penyedia perkhidmatan, perbezaan antara pengurusan dan tolak ukur kualiti perkhidmatan, perbezaan antara tolak ukur kualiti penyedia perkhidmatan, perbezaan antara perkhidmatan yang disediakan dan komunikasi luaran, serta perbezaan antara perkhidmatan pelanggan dan perkhidmatan yang diharapkan.

Perkhidmatan yang berkualiti tinggi sangat penting bagi daya saing industri perkhidmatan (Shahin & Samea, 2010). Culiberg & Rojsek (2010), menjelaskan bahawa kualiti perkhidmatan dapat dilihat sebagai keunggulan yang dapat berdaya saing dengan pelbagai perkhidmatan. Namun dimensi kualiti perkhidmatan yang memiliki ciri khas dan sukar untuk ditiru merupakan sumber keuntungan yang berterusan. Oleh yang demikian, industri perkhidmatan harus menitikberatkan dimensi kualiti perkhidmatan yang relevan dengan industri masing-masing (Chow & Luk, 2005).

Pemerintah perlu memiliki keupayaan untuk mengurangkan kos rawatan kesihatan dan menaiktaraf hospital melalui latihan yang terakreditasi bagi meningkatkan tahap kualiti perkhidmatan (Sohail, 2003), seterusnya dapat memajukan organisasi melalui kawalan kualiti perkhidmatan yang dijalankan. Kualiti perkhidmatan dianggap sebagai perbezaan antara harapan pelanggan dan ketepatan perkhidmatan yang diterima (Kumar, Manjunath, & Chethan, 2012). Aiken, et al., (2002) menjelaskan bahawa laporan rawatan daripada jururawat menunjukkan kualiti tiga kali ganda lebih rendah bagi hospital disebabkan kakitangan yang tidak mencukupi berbanding dengan hospital yang memiliki cukup kakitangan.

Menurut Boulding, Kalra, Staelin, & Zeithaml (1993), persepsi dipengaruhi oleh harapan seseorang terhadap penyedia perkhidmatan dan juga perkhidmatan yang diterima. Sebagai contoh, dua pelanggan yang mendapatkan perkhidmatan yang sama mempunyai persepsi kumulatif yang berbeza dari perkhidmatan apabila mereka mempunyai harapan berbeza terhadap perkhidmatan tersebut. Menurut Tjiptono

(2005), kualiti perkhidmatan mempunyai pengaruh besar terhadap kepuasan pelanggan, “*word-of-mouth*” komunikasi, pembelian semula, kesetiaan pelanggan, keperluan pasaran dan keuntungan. Setelah pelanggan memberikan penilaian terhadap kualiti perkhidmatan yang diberikan oleh organisasi, maka kualiti perkhidmatan yang memenuhi harapan pelanggan tersebut akan memberikan kepuasan, sebaliknya kualiti perkhidmatan yang tidak memenuhi harapan pelanggan akan menimbulkan rasa ketidakpuasan. Pelanggan yang berpuas hati terhadap perkhidmatan yang diberikan organisasi akan melakukan pembelian semula secara berterusan sehingga akan menimbulkan perasaan setia terhadap barang atau perkhidmatan.

Tahap kualiti perkhidmatan merupakan aspek penting dalam penawaran perkhidmatan. Kualiti perkhidmatan merupakan salah satu faktor penting yang menjadi penilaian prestasi perkhidmatan oleh pelanggan terhadap sebuah organisasi. Dalam pemasaran barangan, kualiti merupakan tahap prestasi suatu barangan, manakala dalam pemasaran perkhidmatan, kualiti perkhidmatan ialah berdasarkan persepsi terhadap prestasi perkhidmatan. Kualiti perkhidmatan yang tinggi adalah prestasi perkhidmatan yang diharapkan melebihi atau sama dengan prestasi yang dipersepsikan oleh pelanggan.

Menurut Zeithaml, Berry, & Parasuraman (1996), kualiti perkhidmatan dapat didefinisikan sebagai tahap perbezaan antara harapan dengan persepsi pelanggan. Harapan pelanggan terhadap suatu perkhidmatan dan produk yang ditawarkan dipengaruhi oleh beberapa faktor iaitu “*word of mouth*” komunikasi yang merupakan segala perkara yang didengar atau yang diterima oleh pelanggan melalui orang lain, “*personal needs*” iaitu tahap keperluan seseorang terhadap suatu produk atau perkhidmatan dari suatu organisasi tertentu, “*past experience*” iaitu pengalaman yang telah diterima oleh pelanggan dalam penggunaan produk atau perkhidmatan suatu organisasi tertentu, “*external komunikasi*” iaitu maklumat yang disampaikan oleh organisasi kepada masyarakat umum.

Sementara itu Berry, Zeithaml, & Parasuraman (1985), berdasarkan kajian mengenai kualiti perkhidmatan terhadap pelanggan dalam industri perkhidmatan, mereka telah mengenalpasti lima jurang penyebab kegagalan dalam penyampaian

perkhidmatan, pertama iaitu jurang antara harapan pelanggan dan persepsi pelanggan. Kedua, jurang antara persepsi pengurusan terhadap harapan pelanggan dan spesifikasi kualiti perkhidmatan, pihak pengurusan sebuah organisasi tidak memahami apa yang diinginkan oleh pelanggan secara tepat. Pihak pengurusan mampu memahami secara tepat apa yang diinginkan oleh pelanggan, tetapi mereka tidak mampu merangka piawai prestasi yang jelas. Hal ini disebabkan oleh tiga faktor iaitu komitmen pengurusan terhadap kualiti perkhidmatan, kekurangan sumber manusia dan cara penyampaian perkhidmatan. jurang antara spesifikasi kualiti perkhidmatan dan penyampaian perkhidmatan. Hal ini disebabkan pekerja yang kurang terlatih, beban kerja yang tinggi, tidak memenuhi piawai pekerjaan atau prestasi yang ditetapkan. jurang antara penyampaian perkhidmatan dan komunikasi luaran, harapan pelanggan dipengaruhi oleh iklan atau janji yang dibuat oleh organisasi, risiko yang dihadapi organisasi adalah apabila janji yang diberikan tidak dapat dipenuhi. jurang antara perkhidmatan yang diterima dan perkhidmatan yang diharapkan, jurang ini terjadi apabila pelanggan mengukur prestasi organisasi dengan pandangan yang berbeza berdasarkan persepsi masing-masing terhadap kualiti perkhidmatan tersebut.

Pada masa kini, pelanggan adalah bukan orang yang terus mendapatkan barangan atau perkhidmatan yang ditawarkan organisasi secara langsung tanpa mengambil kira kualiti barangan atau perkhidmatan, ini kerana pelanggan mempunyai hak dan pengetahuan tentang kebolehpercayaan barangan atau perkhidmatan (Kadir Arifin 2009).

Beberapa pakar pemasaran merumuskan dimensi atau faktor yang digunakan pelanggan dalam menilai kualiti untuk organisasi perkhidmatan, di antaranya ialah berdasarkan model Gronroos, (1984) dan Zeithaml, Berry, & Parasuraman, (1996).

1.5.4. DEFINISI KEPUASAN PESAKIT

Kepuasan adalah aspek dari pengukuran kualiti perkhidmatan dan menjadi faktor utama dalam perkhidmatan. Kepuasan pelanggan akan Berjaya apabila perkhidmatan memenuhi keperluan dan keinginan pelanggan (Hanif, et al., 2010). Kajian Giese & Cote (2002) menyimpulkan beberapa tinjauan literatur yang disahkan melalui

temubual dengan para penyelidik. Kepuasan pengguna adalah ringkasan andaian afektif dari pelbagai kebaikan. Secara tepatnya andaian afektif dan tahap kebaikan harus secara jelas atau tersurat didefinisikan oleh pengkaji bergantung pada konteks kepentingan. Dengan jangka waktu tertentu dan tempoh yang terhad, penyelidik harus memilih waktu penentuan yang paling relevan untuk penyelidikan dan mengenalpasti tempoh untuk ringkasan andaian supaya pengguna secara sedar menentukan respon kepuasan mereka apabila ditanya oleh penyelidik, maka penentuan waktu adalah amat penting untuk mendapat maklumat tepat. Memberikan tumpuan pada perolehan produk ataupun penggunaannya bergantung pada pengenalpastian tumpuan minat berdasarkan pertanyaan pengurusan termasuk jumlah perolehan atau aktiviti penggunaan.

Perkhidmatan kesihatan yang berkualiti adalah perkhidmatan yang berorientasikan pada kepuasan setiap pengguna perkhidmatan kesihatan sesuai dengan tingkat kepuasan purata pengguna perkhidmatan. Kepuasan ialah suatu keadaan yang mana keperluan, keinginan dan harapan pelanggan dapat dipenuhi melalui perkhidmatan yang diberikan (Haffizurrachman, 2004).

Kepuasan berkaitan dengan kesembuhan pesakit daripada penyakit yang diderita. Hal ini berkaitan dengan akibat daripada perkhidmatan kesihatan itu sendiri. Selain daripada itu hal ini juga berkaitan dengan sasaran dan hasil daripada perkhidmatan. Kepuasan pesakit dalam menilai kualiti daripada perkhidmatan yang baik, merupakan pengukuran penting yang mendasar bagi kualiti perkhidmatan tersebut. Hal ini kerana maklumat merupakan kejayaan yang dapat memberi perkhidmatan berkualiti dengan nilai dan harapan pesakit yang mempunyai kuasa sendiri untuk menetapkan piawaikualiti daripada perkhidmatan yang dikehendaki (Hafizurrachman, 2004).

Kepuasan pesakit dapat diertikan sebagai sikap pelanggan iaitu tahap suka atau tidak suka terhadap perkhidmatan yang diberikan. Oleh demikian perilaku pelanggan dapat juga diertikan sebagai model perilaku pembeli (Ilyas, 1999).

Kepuasan pesakit merupakan penilaian alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama ataupun melebihi harapan pesakit. Dengan demikian kepuasan wujud apabila penilaian yang diharapkan menunjukkan alternatif yang diambil lebih rendah daripada harapan pesakit (Kusumapraja, 1997).

Menurut Nurachmah (2005), kepuasan pesakit didefinisikan sebagai penilaian selepas penggunaan perkhidmatan atau produk yang dipilih memenuhi atau melebihi harapan pesakit. Menurut Hussain (2013), kepuasan menggambarkan kualiti perkhidmatan yang disediakan oleh sesebuah organisasi. Seseorang pelanggan tidak akan berpuas hati sekiranya perkhidmatan yang diterima tidak berkualiti. Sebaliknya, pelanggan yang berpuas hati akan lebih compliant dengan perkhidmatan yang diberi dan tidak akan membuat aduan. Oleh sebab itu, kualiti tanggapan dilihat dari perspektif pelanggan dan termasuk dalam kategori asas pengguna, maka ialah paras kualiti yang dikatakan oleh pelanggan dan usaha merapatkan jurang kualiti ialah matlamat utama pengurusan kualiti perkhidmatan (Mohd Ashari Idris 2004).

Menurut Sabarguna (2004), kepuasan pesakit adalah merupakan penilaian subjektif terhadap kualiti perkhidmatan yang diberikan. Walau bagaimanapun penilaian itu dilandasi oleh pengalaman lepas, tahap pendidikan, situasi psikologi pada masa itu dan pengaruh persekitaran. Namun demikian, kepuasan ini tetap didasari oleh kebenaran dan kenyataan objektif.

Kepuasan pesakit adalah tingkat kepuasan perkhidmatan pesakit dari persepsi pesakit atau keluarga pesakit. Kepuasan pesakit akan tercapai apabila hasil yang optima diperolehi memberi perhatian terhadap kemampuan pesakit ataupun keluarga pesakit, adanya perhatian terhadap keluhan pesakit, adanya perhatian terhadap keadaan persekitaran dan memberi keutamaan terhadap keperluan pesakit. Dengan demikian maka tercapai keseimbangan antara tahap kepuasan dengan aduan pesakit. (Soejadi, 1996).

Kesimpulannya, organisasi hendaklah mengubahsuai komponen asas kepuasan pengguna bagi mengembangkan definisi yang lebih khusus untuk dijadikan tolak ukur terhadap penilaian tahap kepuasan (Giese & Cote, 2002).

1.5.5. DEFINISI KESETIAAN PESAKIT

Definisi kesetiaan oleh Lawler (2001), mengarah pada teori perubahan sosial. Unit sosial dalam hal ini digunakan sebagai sumber emosi yang bergantung pada tahap “*jointness*”. Dalam penyediaan perkhidmatan, unit sosial dapat mewujudkan kaitan antara penyedia perkhidmatan dan pelanggan. “*Jointness*” mengarah pada tahap tanggungjawab bersama dalam urusan perkhidmatan yang dapat mewujudkan emosi atau perasaan sukacita.

Griffin (2003) menjelaskan kesetiaan sebagai perilaku seseorang yang menggunakan perkhidmatan secara teratur dalam jangka waktu yang lama melalui serangkaian keputusan-keputusan. Tinggi rendahnya kesetiaan seseorang terhadap suatu perkhidmatan sangat ditentukan oleh kos untuk berpindah ke perkhidmatan lain, adanya kesamaan kualiti, dan perkhidmatan (Setiawan, 2011). Kesetiaan adalah bentuk komitmen seseorang yang dipegang teguh untuk menggunakan kembali perkhidmatan di masa mendatang (Kotler dan Keller, 2012). Putri (2013) secara spesifik menjelaskan bahawa faktor-faktor yang mempengaruhi kesetiaan pesakit antara lain kepuasan, ikatan emosi, kepercayaan dan kemudahan.

Pengguna yang setia merupakan aset yang berharga bagi organisasi, ciri-ciri pengguna yang setia menurut Griffin (2003:31), iaitu keinginan untuk membuat pembelian, keinginan untuk membeli semua produk dan perkhidmatan yang ditawarkan, mencadangkan kepada orang lain, menunjukkan kekebalan terhadap tarikan dari persaingan.

Dalam kehidupan realiti, kesetiaan menunjukkan komitmen pelanggan ketika berurusan dengan organisasi dan akan mencadangkan kepada rakan-rakan dan ahli keluarga untuk membeli sesuatu produk dan perkhidmatan (McIlroy & Barnett, 2000). Kesetiaan pesakit adalah niat pelanggan untuk mendapat perkhidmatan dari sesebuah hospital dan mencadangkan hospital yang sama kepada orang lain (Chahal & Mehta, 2013).

1.6 MANFAAT KAJIAN

Kajian ini memberi sumbangan dalam penyelidikan dan khazanah ilmu dengan memperkenalkan model perkhidmatan kesihatan yang berkualiti dan kesetiaan pesakit. Kajian ini juga memberi penjelasan mengenai pemboleh ubah yang diperlukan dalam membina kerangka kualiti perkhidmatan kesihatan, kepuasan pesakit, dan kesetiaan pesakit. Seterusnya, kajian ini juga menjelaskan bagaimana kualiti perkhidmatan memainkan peranan utama dalam membentuk kesetiaan pesakit melalui pengaruh kepuasan dan dapat menambah khazanah ilmu dan pemahaman mengenai hubungan tersebut.

Kajian ini juga bertujuan untuk membantu pihak hospital memahami secara menyeluruh mengenai kesan kualiti perkhidmatan kesihatan dan kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit. Hal ini disokong dengan kajian lepas yang mendapati bahawa adanya kesan daripada kualiti perkhidmatan kepada kepuasan dan kemudian memberi kesan untuk kesetiaan. Dalam konteks ini, hospital dapat memahami peranan kepuasan sebagai antisedan terhadap kesetiaan pesakit, maka pihak hospital dapat bersedia dalam perancangan strategi perkhidmatan yang berkualiti serta meningkatkan hubungan jangka panjang diantara hospital dengan pesakit secara proaktif.

Ramai kajian sebelumnya seperti yang dikemukakan oleh Dey, et al., (2006), Taner & Antony, (2006), dan Khong & Ghista (2006) hanya memberi perhatian kepada sebuah hospital swasta dan pesakit rawatan luar sahaja, dengan lima dimensi kualiti dan melibatkan jumlah sampel yang terhad. Oleh yang demikian kajian ini melengkapinya kajian sebelumnya dan merupakan kajian pertama dijalankan di Kota Makassar yang melibatkan empat buah hospital pemerintah dengan mengubahsuai alat ukur kualiti perkhidmatan, kepuasan dan kesetiaan pesakit, melibatkan jumlah sampel yang lebih besar dan menggunakan analisis persamaan pemodelan struktur. Kajian ini diharapkan dapat memberi sumbangan bagi memperkenalkan model perkhidmatan kesihatan yang berkualiti di Kota Makassar.

1.7 STRUKTUR BAB

Pada asasnya penyusunan kajian ini terdiri dari beberapa bab. Bab 1 merupakan pendahuluan yang mengandungi pengenalan, permasalahan kajian, persoalan kajian, objektif kajian, skop kajian, manfaat kajian, kajian lepas, struktur bab, dan kesimpulan.

Bab II membincangkan mengenai teori dan kajian lepas. Bab ini juga membincangkan model penyelidikan lalu yang boleh menjadi kerangka kajian ini. Kajian lalu mengenai hubungkait antara kualiti perkhidmatan, kepuasan pengguna dan kesetiaan pengguna khususnya perkhidmatan kesihatan turut diteliti.

Bab III membincangkan mengenai metode penyelidikan yang menjelaskan pendekatan kajian, waktu dan tempat penyelidikan, populasi dan sampel, reka bentuk pensampelan, saiz sampel, definisi Pembedahan, alat pengukuran, kesahan dan kebolehpercayaan soal selidik, kerangka konsep, hipotesis penyelidikan, analisis data.

Bab IV menjelaskan mengenai profil hospital iaitu sejarah penubuhan hospital, visi dan misi hospital, struktur organisasi. Ini dapat memberikan gambaran awal tentang sistem perkhidmatan kesihatan yang di sediakan oleh kerajaan Indonesia dan pemerintah kota Makassar.

Bab V turut menjelaskan analisis deskriptif profil pesakit dan profil rawatan. Analisis deskriptif juga digunakan untuk memaparkan tahap kualiti, kepuasan dan kesetiaan pesakit yang menerima perkhidmatan rawatan percuma. Bab ini juga membincangkan hasil kajian berkaitan hubungkait antara kualiti perkhidmatan, kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit.

Bab VI merupakan perbincangan dan kesimpulan. Kesimpulan hasil kajian menyentuh aspek kualiti perkhidmatan, kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit. Perbincangan mengenai pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap kepuasan

pesakit, pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit, pengaruh kepuasan terhadap kesetiaan pesakit, pengaruh mediator kualiti perkhidmatan melalui kepuasan terhadap kesetiaan juga dibincangkan di bab ini. Diakhir bab ini dijelaskan implikasi teoritikal, implikasi dasar, limitasi kajian dan cadangan penyelidikan dimasa hadapan.

1.8 KESIMPULAN

Kualiti perkhidmatan kesihatan hospital menjadi perhatian kepada pihak pengurusan hospital. Hospital yang ideal adalah hospital yang dapat memberikan perkhidmatan terbaik kepada pesakit sehingga pesakit merasa puas hati dan pihak hospital pula memperolehi pelbagai kebaikan. Terdapat beberapa aspek yang menyebabkan pentingnya kualiti perkhidmatan yang perlu dititikberatkan. Aspek tersebut antaranya kesan terhadap keuntungan dan pengurangan kos, memenuhi keperluan dan kepuasan pesakit, menghasilkan perkhidmatan yang mudah dijual, mengurangkan kesilapan dan mengurangkan ketidakpuasan pesakit. Oleh itu tahap perkhidmatan yang disediakan dalam memenuhi tahap kepuasan dan kesetiaan pesakit perlu dinilai.

Kepuasan pesakit telah menjadi fokus utama dalam pengurusan. Penilaian terhadap kepuasan pelanggan merupakan satu cara untuk menentukan keberkesanan organisasi dalam menawarkan perkhidmatan yang berkualiti. Sekiranya pelanggan tidak berpuas hati seharusnya pengurusan segera mengambil tindakan untuk mengenalpasti punca atau penyebab. Seterusnya, langkah penambahbaikan perlu diambil untuk mengatasi masalah ketidakpuasan. Apabila pelanggan hospital telah berpuas hati, maka penyedia perkhidmatan perlu pula memastikan pelanggan tersebut tetap menjadi pelanggan setia di hospital dan tidak beralih kepada hospital lain. Selain mengukur tahap kepuasan pelanggan, penyedia perkhidmatan juga perlu merancang strategi untuk mewujudkan kesetiaan pesakit.

Kesetiaan pelanggan menjadi suatu perkara penting untuk dititikberatkan atau diberi perhatian. Kesetiaan pelanggan harus dipelihara kerana pelanggan yang setia merupakan aset penting bagi syarikat kerana impak kesetiaan pelanggan bersifat

jangka panjang. Ini bermaksud, semakin lama tempoh kesetiaan seorang pelanggan, semakin besar keuntungan yang diperolehi oleh syarikat dari pelanggan tersebut.

BAB II

TEORI DAN KAJIAN LALU

2.1. PENGENALAN

Beberapa dekad kebelakangan ini, kajian untuk menilai tahap kecekapan institusi kesihatan semakin meluas dan giat dijalankan (Garcia-Lacalle & Martin, 2013). Perkhidmatan kesihatan hospital dipengaruhi oleh pelbagai faktor seperti kepuasan pesakit, nilai, dan kesetiaan pesakit (Untachai, 2013). Kesetiaan pesakit akan sukar dicapai jika pihak hospital tidak memberikan perkhidmatan yang terbaik kepada pesakit. Hasil kajian Chatzoglou, et al., (2014) menunjukkan bahawa pengguna memiliki persepsi negatif terhadap perkhidmatan yang ditawarkan, namun apabila pesakit berpuas hati terhadap perkhidmatan yang diterima, maka mereka akan mengekalkan hubungan baik dengan hospital atau institusi kesihatan pada masa hadapan (Peltier, et al., 2002).

Kajiian oleh Fitriati & Rahmayanti (2012) menegaskan bahawa hospital-hospital kerajaan memiliki hubungan erat dengan pihak berkepentingan dalam usaha untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan awam. Hospital-hospital kerajaan yang dapat mengekalkan kepuasan pesakit memberi impak kepada sikap pesakit tersebut terhadap perkhidmatan awam (Hasnelly & Yusuf, 2012). Oleh yang demikian, kesetiaan pesakit ditentukan oleh perkhidmatan kesihatan yang optima dan kemantapan hospital dalam mengekalkan dan meningkatkan kepuasan pesakit (Tsoukatos & Rand, 2006).

Perkhidmatan kesihatan merupakan rangkaian aktiviti yang bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan ketahanan individu atau masyarakat dengan adanya tempat dan fasiliti (Siregar, 2004).

Keadaan masyarakat yang berpenghasilan rendah di Amerika Serikat hampir lima kali lebih berisiko untuk mengalami gangguan kesehatan atau kesehatan yang buruk. Mereka memiliki tingkat resiko tertinggi terkena penyakit jantung, diabetes, stroke, dan gangguan kronis lainnya dibandingkan dengan orang kaya di Amerika Serikat (Center on Society and Health, 2015). Orang miskin yang menderita pelbagai penyakit tidak memiliki kebolehcapaian terhadap perkhidmatan kesehatan yang layak sehingga semakin membebani mereka (Peters et al, 2008).

Orang yang tinggal di negara-negara tidak berkemampuan kurang memiliki kebolehcapaian ke teknologi medik dan jururawat berkualiti baik dibandingkan di negara-negara maju (Population Reference Bureau, 2004). Secara umum, masyarakat tidak berkemampuan sangat dirugikan dalam semua faktor-faktor penentu kesihatan. Mereka lebih rentan terhadap penyakit kerana penghasilan yang rendah, pengetahuan yang terbatas tentang kesihatan, dan terbatasnya kebolehcapaian mereka terhadap perkhidmatan kesihatan yang memadai.

Kemiskinan merupakan penyebab utama dari buruknya kesihatan masyarakat dan penghambat mereka untuk mengakses perkhidmatan kesihatan. Fenomena ini bermuara kepada aspek keuangan, orang tidak berkeampuan tidak mampu membeli segala sesuatu yang diperlukan untuk menunjang kesihatannya, termasuk pula tidak mampu untuk memenuhi makanan sehat dan jururawat kesihatan yang layak (The World Bank, 2014). Permasalahan ini oleh Bank Dunia dinilai sangat penting, sehingga Bank Dunia memberikan saran agar pemerintah suatu negara dapat mengurangi kos perkhidmatan tertentu melalui insurans kesihatan atau memperluas perkhidmatan kesihatan kepada orang miskin.

Realiti serupa juga ditemukan di beberapa negara lainnya, dimana jenis kelamin, kasta, ras, agama, etnis dan pelbagai identitas lain memainkan peran penting dalam menciptakan pembagian antara kaya dan si miskin. Di Meksiko, angka kematian ibu khususnya perempuan tempatan sebanyak enam kali lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata kematian ibu di Meksiko, hal serupa juga diapami negara di Afrika dengan jumlah kematian yang jauh lebih banyak. Di Australia, penduduk suku Aborigin dan Torres Strait Islander juga mengalami ketidakadilan yang ditandai oleh banyak angka

kemiskinan, pengangguran, penyakit kronis dan cacat, mereka lebih banyak yang meninggal di usia muda. masalah ekonomi menyebabkan perbezaan besar dalam kesempatan hidup. Orang miskin sangat kesulitan mendapatkan perkhidmatan pendidikan dan harapan hidup mereka yang rendah (Oxfam, 2014).

Oomman et al (2003) mengungkapkan solusi terbaik untuk masyarakat miskin dalam hal perkhidmatan kesihatan iaitu dengan melakukan menaiktarafkan kebijakan dalam rangka mencapai tujuan kesihatan untuk semua masyarakat di Indonesia. Dengan mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) dan memastikan penyediaan informasi dan perkhidmatan secara merata akan ditentukan oleh pemerintah untuk memberikan komitmen politik yang kuat untuk memastikan bahawa perkhidmatan kesihatan dapat menjangkau kaum miskin, menata sistem kesihatan untuk menjangkau kaum miskin dan memperkuat akuntabilitas dalam pemberian perkhidmatan, mengatur kualiti perkhidmatan yang diberikan kepada masyarakat miskin di sektor publik (pemerintah) dan swasta dan meningkatkan partisipasi masyarakat miskin dalam menyalurkan aspirasinya.

2.2. TEORI KUALITI

Kata kualiti berasal dari bahasa latin “qualis” iaitu ciri-ciri utama (keunggulan yang baik dan keunggulan yang berkualiti) (Wicks & Roethlein, 2009). Menurut (Prajogo & Sohal, 2001) kualiti merupakan kelayakan perkhidmatan untuk tetap kekal bertahan.

Kualiti didefinisikan sebagai keseluruhan penilaian afektif daripada setiap perilaku pelanggan yang merasa puas (Wicks & Roethlein, A Satisfaction-Based Definition of Quality, 2009). Kualiti adalah kesesuaian dengan ketentuan dan tidak memiliki cacat cela (Crosby, 1979). Maka untuk mencapai kualiti perkhidmatan tanpa membezakan aspek-aspek penting dari kualiti adalah suatu hal yang mustahil (Mosahab, et al., 2010). Sharma, et al., (2012) menunjukkan beberapa definisi kualiti yang diuraikan antara lain, kualiti adalah menepati syarat atau piawaian, kualiti adalah kecekapan menyediakan perkhidmatan berkualiti berdasarkan jangkaan

pasaran, kualiti adalah apa yang pelanggan inginkan, dan keseluruhan ciri dari produk atau perkhidmatan yang bertujuan untuk memenuhi keperluan pelanggan.

Juran (1992) mendefinisikan kualiti sebagai suatu piawai khusus yang mana kemampuan, kinerja, kekangan, kemudahan pemeliharaan, dan ciri-ciri dapat diukur. Seterusnya Juran (1998) menegaskan bahawa kualiti merupakan kesesuaian untuk penggunaan sehingga suatu produk atau perkhidmatan harus sesuai dengan apa yang diharapkan pengguna. Juran (1998) juga mengemukakan dimensi kualiti, di antaranya rancangan sebagai ketentuan produk atau perkhidmatan, kesesuaian antara rancangan dengan penyampaian produk sebenar, ketersediaan yang merupakan aspek kepercayaan, ketahanan, ketersediaan produk keamanan yang bermaksud tidak membahayakan, guna praktikal sebagai kegunaan mudah yang dapat dimanfaatkan pada penggunaannya.

Kualiti menurut Crosby (1979) kualiti adalah tanpa cacat cela, kesempurnaan dan kesesuaian terhadap persyaratan. Kualiti memiliki makna ganda iaitu kualiti terdiri dari ciri-ciri produk yang memenuhi keperluan pelanggan dan dengan demikian memberikan kepuasan terhadap produk perkhidmatan, serta kualiti terkait dengan keperluan pelanggan.

Deming (1986) menekankan pada kesesuaian sifat produk atau perkhidmatan dengan keperluan pengguna perkhidmatan atau produk. Seterusnya, Deming (1986) menjelaskan beberapa hal penting dalam pengembangan kualiti produk dan perkhidmatan iaitu adanya kepastian untuk perbaikan produk dan perkhidmatan, mengamalkan falsafah baru yang mana cacat cela tidak boleh diterima, berhenti bergantung pada *inspeksi massal*, berhenti melaksanakan bisnis yang hanya berasas harga, konsisten dan melanjutkanperbaikan sistem pengeluaran dan perkhidmatan, menguatkuasakan metod pelatihan kerja moden, menguatkuasakan sistem kepimpinan, meniadakan persaingan antar jabatan, menghilangkan ketakutan, menghilangkan tujuan yang menumpukan jumlah pada pekerja, menghilangkan pengurusan berdasarkan sasaran, menghilangkan cabaran yang merendahkan diri para pekerja, menguatkuasakan program pendidikan dan pelatihan yang teliti, dan menciptakan struktur dalam pengurusan yang dapat menjayakan transformasi.

Gaspersz (2002) mendefinisikan kualiti sebagai keseluruhan dari ciri-ciriistik suatu perkhidmatan yang menyokong kemampuan untuk memenuhi keperluan yang ditentukan. Kualiti kerap dikaitkan dengan segala sesuatu yang memuaskan seseorang atau kesesuaian terhadap persyaratan ataupun keperluan. Pengurusan perkhidmatan menekankan pada kualiti pemprosesan, kerana pengguna perkhidmatan terlibat langsung dalam proses tersebut. Kualiti adalah piawai yang harus dicapai oleh seseorang atau kumpulan atau institusi atau organisasi yang berkaitan dengan kualiti sumber daya manusia, kualiti cara kerja, proses dan hasil kerja atau produk yang berupa barang atau perkhidmatan(Triguno, 1997). Definisi kualiti adalah sesuatu yang memiliki nilai, tingkat keunggulan yang berkaitan dengan harga (Feigenbaum, 1991).

Hardie (1998) mengidentifikasi beberapa kategori yang berkaitan dengan kualiti, kategori tersebut adalah kesesuaian dengan keperluan, kesesuaian tujuan, persepsi pelanggan, perkhidmatan melebihi harapan pelanggan dan unggul dari pesaing. Arditi & Gunaydin (1997) mendefinisikan kualiti sebagai sesuatu yang memenuhi syarat peraturan, estetik dan fungsi. Pengguna dapat tertumpu pada kualiti spesifikasi produk atau perkhidmatan, atau membuat perbandingan dengan pesaing. Ariani (2004) menjelaskan bahawa kualiti menjadi salah satu aspek yang menjadi pertimbangan pengguna dalam menentukan atau memilih produk dan perkhidmatan yang akan digunakan.

Wyckof (2002) menyatakan definisi kualiti ialah tingkat keunggulan yang diharapkan. Kualiti merupakan tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian ke atas tingkat keunggulan untuk memenuhi harapan seseorang (Lovelock, 1994). Menurut Berry, Zeithaml & Parasuraman (1985) kualiti yang diterima didefinisikan sebagai penilaian seseorang terhadap keseluruhan keunggulan produk, sedangkan kualiti perkhidmatan yang dirasakan merupakan pertimbangan secara umum yang berhubungan dengan kelebihan daripada perkhidmatan.

Tjiptono (1997) menghuraikan bahawa kualiti didefinisikan sebagai kesesuaian dengan persyaratan atau tuntutan, kesesuaian untuk pemakaian, perbaikan atau penyempurnaan yang berterusan, tiada kerosakan atau cacat cela, memenuhi

keperluan seseorang semenjak awal dan setiap saat, melakukan segala sesuatu secara benar semenjak awal dan boleh membahagiakan seseorang. Kualiti adalah suatu keadaan dinamik yang berhubungan dengan perkhidmatan, manusia, pemprosesan dan persekitaran yang memenuhi atau melebihi harapan (Goetsch & Davis, 2000).

Kotler (2000) menghuraikan beberapa dimensi kualiti iaitu prestasi (ciri-ciriistik Pembedahan suatu produk utama), ciri-ciri atau keistimewaan tambahan, kebolehpercayaan (probabiliti suatu produk tidak berfungsi atau gagal, kesesuaian dengan spesifikasi, daya tahan), keupayaan untuk melayani, nilai estetik (bagaimana suatu produk atau perkhidmatan dapat dirasakan dan didengarkan) serta ketepatan persepsi terhadap kualiti produk atau perkhidmatan. Menurut Render & Herizer (2004) kualiti dapat mempengaruhi organisasi dalam pelbagai hal diantaranya kos dan pasaran (kualiti yang ditingkatkan dapat mengarah kepada peningkatan pasaran dan penjimatan kos, keduanya dapat mempengaruhi keuntungan), reputasi organisasi (reputasi organisasi mengikuti reputasi kualiti yang dihasilkan), pertanggungjawaban produk (organisasi memiliki tanggung jawab yang besar atas segala akibat pemakaian barang mahupun perkhidmatan), dan implikasi antarbangsa (dalam era teknologi, kualiti merupakan perhatian Pembedahan dan antarbangsa).

Dalam rangka meningkatkan perniagaan, para pengurus harus memanfaatkan pelbagai model pengurusan dan kepiawaiyang berhubungan dengan kualiti (Pryor, et al., 2009). Penyedia perkhidmatandan pesakit bersetuju bahawa rawatan yang berkualiti tinggi merupakan komponen penting daripada prestasi kesihatan (Shih & Schoenbaum, 2007). Kualiti dianggap sebagai salah satu faktor penting dalam perbandingan dan kecemerlangan perkhidmatan yang merupakan asas persaingan dengan tujuan agar difahami, diukur, dan diaplikasikan oleh semua organisasi perkhidmatan kesihatan (Kumar, et al, 2012).

Berikut ini panduan untuk meningkatkan sektor kualiti atau kualiti umum (Riley & Nwoke, 2007). Kepuasan pelanggan harus menjadi objektif utama dan tolak ukur utama kualiti. Selain itu memastikan definisi "pelanggan" merangkumi dimensi dalaman (pekerja dalam semua jabatan) dan dimensi luaran (pembekal, pembayar cukai, pengedar, pengguna perkhidmatan dan lain-lain). Kemudiannya menyebarkan

dan menyampaikan matlamat dalam organisasi berdasarkan pandangan pelanggan, memberi ganjaran kepada kerja berkumpulan atau “*teamwork*”, menggalakkan inovasi, dan penambahbaikan proses kerjadalam semua peringkat. Sebagai tambahan pemberian pelatihan secara menyeluruh, memberi peluang kemajuan diri kejayaan di peringkat individu dan kumpulan, serta penglibatan pekerja di semua peringkat adalah sangat penting.

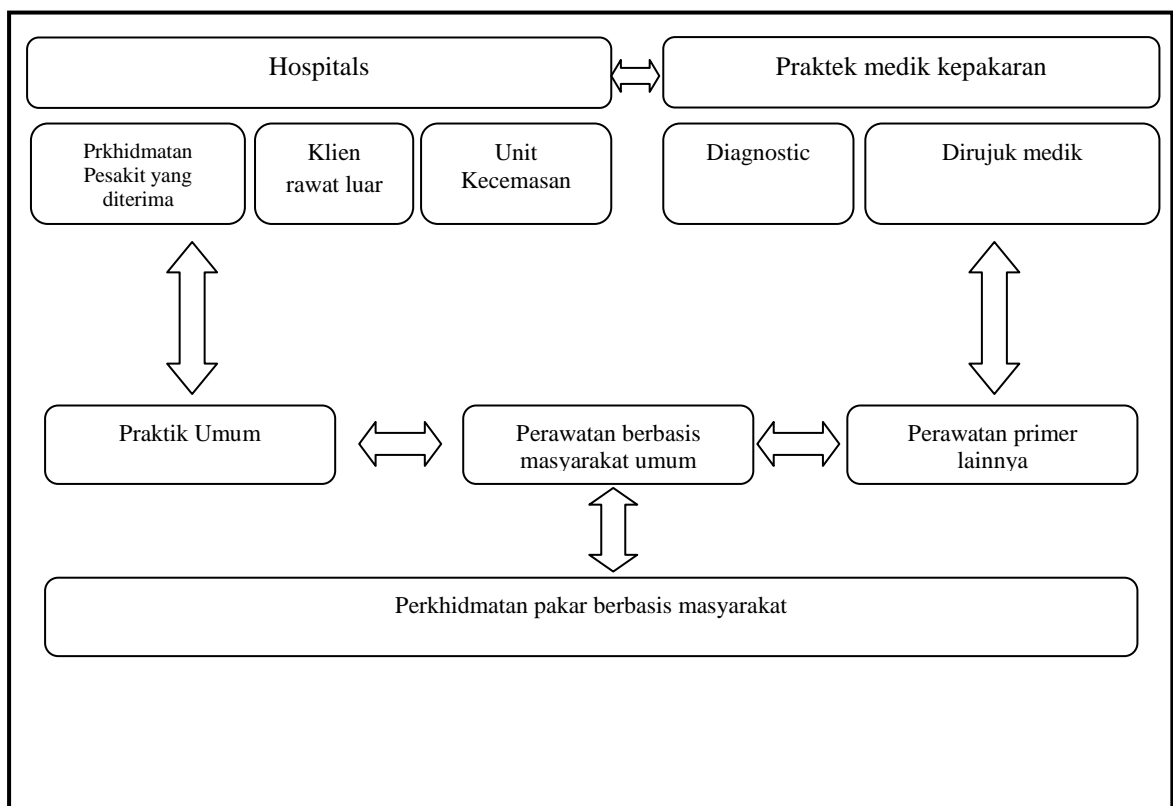
Gaspersz (2002) menghuraikan pandangan tradisional mengenai kualiti iaitu memandang kualiti sebagai isu teknikal. Ia juga menyatakan bahawa usaha perbaikan kualiti dikoordinasikan oleh pimpinan. Kualiti juga memberi fokus kepada fungsi pengeluaran, daya pengeluaran dan kualiti merupakan sasaran yang bertentangan. Selain itu kualiti didefinisikan sebagai kesesuaian terhadap ketentuan atau kepiawaian (membandingkan produk terhadap ketentuan). Kualiti juga diukur melalui darjah ketidaksesuaian menggunakan ukuran kualiti internal. Kualiti dicapai melalui tinjauan secara intensif terhadap produk, beberapa kerosakan atau cacat diperbolehkan dan apabila produk telah memenuhi piawai kualiti minimum. Kualiti adalah fungsi terpisah dan tertumpu pada penilaian pengeluaran serta hubungannya dengan pembekal yang bersifat jangka pendek dan berorientasikan kos.

Pandangan moden tentang kualiti menurut Gaspersz (2002) ialah kualiti dikatakan sebagai isu bisnis. Usaha perbaikan kualiti diarahkan oleh pengurusanatasan. Kualiti mencakupi fungsi dalam organisasi serta produktiviti. Kualiti juga merupakan sasaran yang bersesuaian, kerana hasil-hasil produktiviti dicapai melalui peningkatan atau perbaikan kualiti. Kualiti secara tepatnya didefinisikan sebagai persyaratan untuk memuaskan keperluan pengguna atau pelanggan. Selain itu kualiti sebagai perbandingan produk terhadap persaingan di pasaran. Kualiti dapat diukur melalui perbaikan proses produk dan kepuasan pengguna atau pelanggan secara berterusan. Dengan menggunakan ukuran-ukuran kualiti berasaskan keinginan pelanggan, kualiti ditentukan melalui desain produk dan dicapai melalui teknik pengendalian yang efisien. Selain daripada itu ukuran kualiti dapat dilihat melalui kepuasan pelanggan selama masa pakai produk. Kualiti adalah bahagian daripada fungsi kitaran hidup produk. Pengurusan juga bertanggung jawab

terhadap kualiti produk. Hubungan dengan pembekal bersifat jangka panjang dan berorientasi pada kualiti.

2.3. TEORI KEPUASAN

Pesakit menginginkan kakitangan kesihatan mempunyai kecekapan dan memberikan perkhidmatan yang baik (Vukmir, 2006). Sistem penyediaan perkhidmatan kesihatan dapat dihuraikan pada Rajah 2.1.



Rajah 2.1. Jururawat kesihatan primer dan interaksinya dengan sektor perkhidmatan kesihatan yang lebih luas (DoHA, 2013).

Penilaian terhadap kepuasan pesakit merupakan proses yang mencabar (Puri, et al., 2012). Penilaian kepuasan pengguna membantu untuk mengenalpasti keinginan pengguna (Haron, et al., 2012). Teori kepuasan dalam perbincangan (Yuksel & Yuksel, 2013) menghuraikan teori-teori utama dalam kepuasan. Teori yang digunakan dalam kajian ini ialah “*the dissonance theory*” yang menunjukkan bahawa seseorang mengharapkan produk bernilai tinggi, sekiranya mereka menerima percanggahan

kognitif atau “*cognitive dissonance*” (Cardozo, 1965). Harapan pelanggan dapat menyebabkan keadaan percanggahan secara psikologi (Yi, 1989).

Kotler (2000:36) mendefinisikan kepuasan sebagai “*a persons feelings of pleasure or disappointment resulting from comparing a product perceived performance (or outcome) in relation to his or her expectation*”. Artinya, kepuasan adalah perasaan gembira atau kecewa terhadap perbandingan antara prestasi produk yang diterima dengan apa yang diharapkan. Jika perkhidmatan yang diharapkan dan yang terjadi sesuai dengan harapan maka seseorang akan merasa puas, sedangkan apabila perkhidmatan yang diharapkan tidak sesuai atau kurang dari harapan maka pelanggan akan merasa tidak puas (Tjiptono, 2000). Pada dasarnya harapan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lalu, informasi daripada saudara mara serta informasi dari pelbagai media. Seseorang yang puas akan setia, kurang sensitif terhadap harga dan memberikan testimoni yang baik tentang penyedia perkhidmatan tersebut.

Kepuasan akan terpenuhi jika proses penyampaian perkhidmatan dari pemberi perkhidmatan kepada penerima perkhidmatan sesuai dengan persepsi penerima perkhidmatan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor kesubjektifan yang dapat membuat perbezaan persepsi penerima perkhidmatan dan penyedia perkhidmatan. Terdapat beberapa kelompangan dalam kualiti perkhidmatan yang dikemukakan oleh Berry, Zeithaml, & Parasuraman (1998) iaitu lompong antara harapan konsumen dan persepsi pengurusan, lompong antara persepsi pengurusan tentang harapan konsumen dan ketentuan kualiti perkhidmatan, lompong antara ketentuan kualiti perkhidmatan dan perkhidmatan yang diberikan, lompong antara penyampaian perkhidmatan sebenar dan komunikasi luaran kepada pelanggan, serta lompong antara perkhidmatan yang diharapkan dan perkhidmatan yang diterima pelanggan.

Menurut Irine (2009) terdapat beberapa metod untuk menilai kepuasan seseorang iaitu sistem aduan dan saran, dengan penyediaan kotak peti maklum balas dan lain-lain untuk memberikan peluang kepada pesakit agar dapat menyampaikan aduan, saran, komen dan pendapat mereka. Pelanggan misterius kadang kala digunakan oleh organisasi. Metod ini dijalankan organisasi perkhidmatan kesihatan dengan situasi tertentu. Seperti mempekerjakan beberapa orang untuk berlakon sebagai

pesakit yang menerima perkhidmatan organisasi, kemudian melaporkan pengalaman perkhidmatan yang diberikan sehingga dapat dijadikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan tahap perkhidmatan organisasi. Survei kepuasan pelanggan yang bertujuan untuk mengetahui kepuasan pelanggan organisasi juga dapat dilakukan melalui pelbagai penyelidikan atau survei mengenai kepuasan. Kepuasan terhadap perkhidmatan kesihatan akan disuarakan atau dinyatakan melalui komunikasi dari mulut ke mulut, pengalaman masa lampau dan komunikasi eksternal.

Tjiptono (1998) menyatakan bahawa pelanggan merasa puas terhadap produk atau perkhidmatan apabila membandingkan persepsi mereka terhadap prestasi produk atau perkhidmatan dengan harapan mereka. Kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan mengenai pengakuan terhadap penilaian yang diterima antara harapan (norma kerja lainnya) dengan prestasi sebenar produk yang diterima. Terdapat dua pembolehubah utama yang menentukan kepuasan pelanggan iaitu jangkaan dan prestasi yang diterima. Apabila prestasi yang diterima melebihi jangkaan maka pelanggan akan merasa puas dan apabila terjadi sebaliknya maka pelanggan akan merasa tidak puas.

Selanjutnya Zeithalm (1994) berhujah bahawa tahap kepuasan pelanggan dapat terwujud disebabkan adanya urus niaga antara penyedia perkhidmatan dengan pelanggan. Hal ini merupakan keadaan psikologi yang terhasil ketika faktor emosi mendorong harapan yang disesuaikan dengan pengalaman penggunaan. Antara kepuasan dengan sikap terdapat perbezaan iaitu sikap pelanggan bersifat relatif terhadap produk atau proses (contohnya: perkhidmatan pelanggan) sedangkan kepuasan adalah relatif emosi terhadap pengalaman penggunaan.

Kepuasan pelanggan dijelaskan oleh Oliver (1980, 1989) sebagai bentuk jangkaan-prestasi (diskonfirmasi). Teori jangkaan-diskonfirmasi menjelaskan bahawa kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan dengan penyedia perkhidmatan adalah ditentukan oleh perbezaan antara jangkaan pelanggan dan prestasi perkhidmatan yang akan diterima secara nyata oleh pelanggan. Menurut Muslim Amin (2009) bahawa model jangkaan-diskonfirmasi menjelaskan bahawa kepuasan pelanggan sebagai fungsi diskonfirmasi subjektif yang ditentukan oleh tingkat kepuasan. Dengan

demikian akan muncul diskonfirmasi positif dari pelanggan ketika prestasi yang diterima lebih baik daripada apa yang diharapkan, sebaliknya, diskonfirmasi negative diterima jika prestasi yang diterima kurang daripada yang diharapkan.

Definisi lain juga dinyatakan oleh Oliver (1997:214) bahawa “*satisfaction is the consumers fulfillment response. It is a judgment that a product or service feature, or the product or service it self, provided (or is providing) a pleasurable level of consumption-related fulfillment, including levels of under-or over fulfillment*”. Kepuasan adalah proses pencapaian atau pemenuhan. Ini merupakan penilaian terhadap ciri produk atau perkhidmatan tersebut, menyediakan perkhidmatan dengan tahap yang memenuhi, samaada kurang atau melebihi tahap pemenuhan.

Kepuasan dipandang sebagai suatu proses kerana lebih mampu mengungkapkan mengenai pengalaman dalam menggunakan sesebuah produk atau perkhidmatan secara keseluruhan bila dibandingkan dengan orientasi hasil. Orientasi proses menekankan persepsi, penilaian, dan aspek psikologi yang menyumbang terhadap wujudnya kepuasan dan ketidakpuasan, sehingga masing-masing aspek dapat dikaji secara lebih spesifik (Suhardan, 2010).

Menurut Irine (2009) terdapat beberapa manfaat kepuasan iaitu kepuasan merupakan sarana untuk menghadapi persaingan pada masa akan datang. Kepuasan merupakan promosi terbaik, kepuasan merupakan aset organisasi paling penting, kepuasan dapat menjamin pertumbuhan dan perkembangan organisasi, kepuasan membuat seseorang akan kembali kerana seseorang yang puas akan memberi rujukan kepada orang lain.

Azwar (1996) mengelompokkan kepuasan terhadap kualiti perkhidmatan kesihatan menjadi dua iaitu pertama, kepuasan yang mengacu pada kod etika serta piawai perkhidmatan (hubungan doktor atau jurawat dengan pesakit, keselesaan dan perkhidmatan yang berhubungan dengan fasiliti dari hospital, kebebasan dalam menentukan pilihan, pengetahuan dan kecekapan teknikal yang merupakan prinsip utama dalam piawai perkhidmatandan keamanan). Kedua iaitu kepuasan yang merujuk kepada penerapan semua persyaratan perkhidmatan kesihatan yang

mencakupi ketersediaan perkhidmatan kesihatan, kewajaran perkhidmatan kesihatan, kesinambungan perkhidmatan kesihatan, penerimaan terhadap perkhidmatan kesihatan, ketercapaian perkhidmatan kesihatan, keterjangkauan perkhidmatan kesihatan, kecekapan dan kualiti perkhidmatan kesihatan tersebut.

Kepuasan terhadap perkhidmatan kesihatan turut dipengaruhi oleh beberapa faktor iaitu pertama, pemahaman pelanggan terhadap jenis perkhidmatan yang akan diterima, dalam hal ini aspek komunikasi memegang peranan penting. Kedua, empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesihatan. Sikap ini akan menyentuh emosi pesakit. Faktor tersebut akan berpengaruh pada tahap kepatuhan pesakit. Ketiga adalah kos. Tingginya kos perkhidmatan dapat dianggap sebagai sumber moral hazard pesakit dan keluarganya. Keempat adalah maklumat. Maklumat terbatas yang dimiliki pihak pesakit dan keluarganya tentang jururawatan yang diterima dapat menjadi sumber keluhan pesakit. Kelima ialah penampilan fizikal petugas. Kebersihan dan keselesaan ruangan. Keselesaan dalam perkhidmatan kesihatan dapat ditunjukkan dari penampilan fasiliti fizikal, peralatan, kakitangan dan media komunikasi. Keselesaan tidak hanya menyangkut fasiliti yang disediakan tetapi menyangkut sikap serta tindakan para kakitangan ketika menyelenggarakan perkhidmatan kesihatan. Keenam adalah Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesihatan, ketepatan waktu pemeriksaan, dan kunjungan doktor juga termasuk dalam faktor ini. Ketujuh, kebolehpercayaan dan keterampilan petugas kesihatan dalam pemberian rawatan. Kebolehpercayaan merupakan andaian pesakit terhadap prestasi petugas kesihatan dalam hal ketepatan data dan perkhidmatan yang sesuai sehingga memuaskan pelanggan. Faktor ini juga berkaitan dengan ecepatan petugas dalam memberi andaian terhadap keluhan pesakit. Selain itu, tindak balas merupakan kemahuan para petugas kesihatan untuk membantu para pesakit dan memberikan perkhidmatan yang cepat serta mendengarkan dan menyelesaikan keluhan yang disampaikan oleh pesakit.

2.4. TEORI KESETIAAN

Kesetiaan merupakan tujuan utama dalam pemasaran. Ini disokong oleh pelbagai tuntutan tentang bagaimana organisasi memperolehi keuntungan daripada pelanggan yang setia (Nordman, 2004). Konsep kesetiaan mempunyai hubungan dengan nilai

yang dapat digunakan untuk menjangka perilaku seperti cadangan pelanggan, alternatif dan pengekaln pelanggan (East, et al., 2005).

Status kesetiaan pelanggan menentukan hubungan yang terbentuk antara pelanggan dan penyedia perkhidmatan. Definisi tersebut menunjukkan hubungan daripada perspektif pelanggan (Nordman, 2004). Kesetiaan pelanggan dalam tempoh tertentu digunakan untuk menggambarkan kesetiaan pelanggan secara keseluruhan iaitu perilaku kesetiaan dan sikap kesetiaan. Matriks dalam Rajah 2.2 menunjukkan pelbagai tahap status kesetiaan pelanggan yang diambil daripada (Dick & Basu, 1994).



Rajah 2.2. Status kesetiaan pengguna dikombinasikan dari perilaku & sikap pengguna

Berikut ini adalah beberapa langkah pertimbangan untuk mengembalikan kesetiaan diantaranya, mendefinisikan semula kesetiaan. Setiap industri perkhidmatan yang berusaha untuk mengembalikan kesetiaan pelanggan harus mengamalkan pemahaman dan persetujuan organisasi mengenai perilaku dan sikap pelanggan yang bercirikan pelanggan setia. Setiap penentuan harus dibuat setelah mempertimbangkan pelbagai bentuk kesetiaan yang dapat nilai. Langkah kedua, tertumpu pada keutamaan pelanggan, pengumpulan maklumat tentang demografi pelanggan yang setia, tren pelanggan dan keuntungan yang diperoleh. Pengolahan data ini dapat menghasilkan pemahaman tentang pelbagai segmen pelanggan yang berbeza dengan pilihan

perkhidmatan yang berbeza pula. Langkah ketiga iaitu meneroka semula program dan proses penyelarasan yang komprehensif berdasarkan hubungan satu sama lain. Pelaksananya melibatkan semua pihak perkhidmatan seperti pelanggan, pembekal, Pembedahan, dan teknologi maklumat. Langkah keempat, membuat pelaburan semula terhadap infrastruktur, teknologi dan latihan untuk memberikan pengalaman berbeza kepada pelanggan. Hal ini diberi penekanan pada teknologi kerana dapat dijadikan cara yang efisien untuk berinteraksi dengan pelanggan.

Menurut Oliver (1999), kesetiaan bukan hanya pembelian secara berulang terhadap suatu produk, tetapi pembelian secara berulang terhadap suatu produk meskipun dipengaruhi oleh situasi yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya perubahan tindakan (Oliver, 1999). Oliver (1999) berhujah mengenai empat fasa pembangunan kesetiaan iaitu kognitif (keutamaan untuk sifat yang dilihat), afektif (keutamaan emosi bagi produk), konatif (keinginan membeli semula) dan tindakan (sengaja mengatasi cabaran untuk pembelian semula). Menurut model ini, kepelbagaian dalam perilaku pembelian semula bergantung pada sejauh mana pelanggan akan membeli semula produk bergantung pada kepelbagaian kesetiaan pelanggan. Kesetiaan pelanggan seharusnya tidak dilihat dari aspek pembelian semula atau tidak tetapi bergantung pada tahap keteguhan yang tinggi.

Blomqvist, (2000) menyatakan terdapat dua langkah dalam membina kesetiaan pelanggan antara lain dengan pemasaran yang tepat dan dapat membina asas pelanggan menjadi setia dengan kekerapan pembelian yang tinggi. Dengan asas pelanggan yang setia, organisasi dapat mencapai pasaran stabil dan lebih mudah mengekalkan produk apabila dibandingkan dengan pesaing. Hasil kajian juga menunjukkan bahawa kos sebanyak lima kali lebih besar digunakan untuk mendapat pelanggan baru berbanding menjaga pelanggan yang sedia ada. Kehilangan pelanggan bermaksud kemerosotan pendapatan.

Berdasarkan penemuan Paavola (2006) yang menjelaskan kesetiaan pelanggan berdasarkan kerangka teori kesetiaan terdiri dari sembilan kategori. Kategori tersebut adalah kesetiaan "*kompulsif*", kesetiaan "*routine*", kesetiaan beralasan, kesetiaan

yang mencurigakan, kesetiaan sebagai permainan, kesetiaan yang diwariskan, kesetiaan sosial, kesetiaan berbasis gambar, dan kesetiaan politik.

2.5. DIMENSI UMUM KUALITI PERKHIDMATAN

Parasuraman, Zeithaml, & Berry, (1988) dan Mohammad & Alhamadani, (2011) menyatakan bahawa terdapat sepuluh kriteria dan dimensi kualiti perkhidmatan iaitu kebolehpercayaan iaitu kemampuan organisasi memberikan perkhidmatan pada waktu yang tepat dan sesuai dengan janji atau piagam pelanggan yang telah dibuat. Maklumbalas iaitu kecenderungan dan kesediaan penyedia perkhidmatan untuk membantu pelanggan dan memenuhi keperluan mereka seperti kesegeraan dalam memberi respon terhadap pertanyaan pelanggan, dan menyelesaikan masalah pelanggan dengan segera. Kompeten iaitu mempunyai kemahiran dan pengetahuan yang membolehkan pekerja melaksanakan tugas mereka dengan baik. Kesampaian iaitu menyediakan akses yang mudah atau kebolehcapaian terhadap perkhidmatan dari aspek lokasi dan komunikasi melalui telefon, internet, atau kemudahan lain. Kesopanan iaitu memberi perkhidmatan kepada pelanggan dengan hormat, mesra, sopan, memahami perasaan mereka dan menjawab panggilan telefon dengan suara yang lembut. Komunikasi iaitu komunikasi yang sopan ketika berinteraksi dengan pelanggan, menyampaikan maklumat dengan jelas dan kemudahan komunikasi luaran dengan pekerja. Kredibiliti iaitu kejujuran dan kepercayaan penuh terhadap penyedia perkhidmatan. Keselamatan iaitu perkhidmatan yang bebas dari risiko, bahaya, cacat cела dan keraguan dalam memberikan keselamatan anggota tubuh badan, jaminan kewangan serta maklumat sulit individu. Kefahaman iaitu kemampuan dalam menentukan keperluan pelanggan serta memahami masalah mereka. Penampilan iaitu merangkumi aspek fizikal yang berhubungan dengan perkhidmatan menggunakan instrumen atau peralatan, penampilan fizikal kakitangan, kemudahan fizikal seperti bangunan, hiasan dan kemudahan perkhidmatan lain.

Berdasarkan sepuluh dimensi yang telah dikemukakan, dimensi-dimensi tersebut telah diintegrasikan menjadi lima dimensi. SERVQUAL yang dibangunkan oleh Parasuraman et al. (1988) yang telah banyak digunakan sebagai instrumen untuk menilai kualiti perkhidmatan. Berikut adalah alat pengukuran berdasarkan lima

dimensi antara lain kebolehpercayaan iaitu kemampuan untuk memberikan perkhidmatan yang tepat. Maklumbalas iaitu kesediaan untuk membantu pelanggan dan memberikan perkhidmatan yang segera. Penampilan iaitu kemudahan fizikal, peralatan dan penampilan pekerja. Jaminan iaitu kakitangan yang berpengetahuan, kesopanan dan kemampuan untuk memberikan kepercayaan dan keyakinan serta Empati iaitu perhatian secara individu yang diberikan kepada pelanggan.

Gronroos, (1998) mengenalpasti enam dimensi kualiti perkhidmatan yang dapat digunakan untuk menilai kualiti perkhidmatan, dimensi-dimensi tersebut adalah profesionalisme dan kemahiran iaitu pelanggan mengetahui bahawa penyedia perkhidmatan, kakitangan, sistem Pembedahan dan sumber fizikal mempunyai pengetahuan dan kepakaran yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah mereka dengan cara yang profesional (kriteria yang berhubungan dengan hasil). Sikap dan tingkah laku iaitu pelanggan merasa bahawa kakitangan memberi perhatian kepada mereka dan berminat dalam menyelesaikan masalah mereka dengan kerelaan dan akrab (kriteria berhubungan dengan proses). Kesampaian dan keluwesan iaitu pelanggan merasa bahawa penyedia perkhidmatan, lokasi kerja, waktu Pembedahan pekerja dan sistem Pembedahan dirancang dan dilaksanakan untuk memudahkan dalam memberikan perkhidmatan supaya bersesuaian dengan permintaan dan keinginan pengguna secara fleksibel (kriteria yang berhubungan dengan proses). Kebolehpercayaan dan kejujuran iaitu pelanggan mengetahui bahawa segala perkara yang telah ditetapkan atau dijanjikan akan dilaksanakan dengan sepenuh hati oleh penyedia perkhidmatan, pekerja dan sistem (kriteria yang berhubungan dengan proses). Pemulihan iaitu pelanggan menyedari bahawa apabila berlaku perkara negatif atau tidak dijangkakan, penyedia perkhidmatan akan segera dan proaktif dalam mengambil tindakan untuk mengawal situasi dan mendapatkan penyelesaian yang dapat diterima (kriteria yang berhubungan dengan proses). Reputasi dan kredibiliti iaitu pelanggan meyakini bahawa pelaksanaan dari penyedia perkhidmatan boleh dipercayai dan memberi nilai atau faedah yang sesuai dengan usahanya (kriteria yang berhubungan dengan imej).

Sementara Parasuraman, Leonard & Zeithml, (1985) mengenalpasti sepuluh faktor utama yang menentukan kualiti perkhidmatan, iaitu kebolehpercayaan yang

berkait dengan dua perkara utama iaitu konsisten dalam kerja dan dapat dipercayai. Organisasi memberi perkhidmatan secara tepat pada kali pertama. Selain itu, organisasi memenuhi janjinya dengan menyampaikan perkhidmatan berdasarkan jadual yang dipersetujui. Maklumbalas, kesediaan pekerja untuk menyediakan perkhidmatan yang diperlukan oleh pelanggan. Kompeten, setiap orang dalam sebuah organisasi mempunyai kemahiran dan pengetahuan yang diperlukan untuk menyediakan perkhidmatan tertentu. Kebolehcapaian, meliputi kemudahan untuk dihubungi dan diiringi. Kesopanan, meliputi sikap sopan santun, hormat, perhatian dan keramahan yang dimiliki para “*contact personnel*” (seperti penyambut tetamu, operator telefon). Komunikasi, memberikan maklumat kepada pelanggan dalam bahasa yang mereka fahami serta sentiasa mendengar cadangan dan aduan daripada pelanggan. Kredibiliti, iaitu sifat jujur dan boleh dipercayai. Kewibawaan dalam aspek nama organisasi, reputasi organisasi, ciri-ciri peribadi pada “*contact personnel*” dan interaksi dengan pelanggan. Keselamatan, iaitu keselamatan dari bahaya, risiko atau keraguan. Aspek ini meliputi keselamatan fizikal, jaminan kewangan, dan kerahsiaan. Memahami/mengetahui pelanggan, iaitu usaha untuk memahami keperluan pelanggan. Penampilan, iaitu bukti fizikal dari perkhidmatan seperti kemudahan fizikal, peralatan yang digunakan, perwakilan fizikal pada perkhidmatan (seperti kad kredit).

Selanjutnya, sepuluh dimensi kualiti perkhidmatan tersebut telah digabungkan menjadi lima dimensi utama sahaja oleh Parasuraman *et al.*, (1988). Dimensi kompeten, kesopanan, kredibiliti, dan keselamatan digabungkan menjadi jaminan, sedangkan dimensi kebolehcapaian, komunikasi, dan memahami/mengetahui pelanggan digabungkan menjadi empati. Kelima-lima dimensi kualiti perkhidmatan tersebut adalah penampilan, iaitu kemampuan memberikan perkhidmatan yang dijanjikan dengan segera atau tepat pada waktu dan kepuasan meliputi aspek kemudahan fizikal, kelengkapan dan penampilan kakitangan. Kebolehpercayaan, iaitu kemampuan menyediakan perkhidmatan yang diharapkan dengan penuh keyakinan, ketepatan dan konsisten. Maklumbalas, iaitu keinginan memberikan perkhidmatan dengan segera dan membantu pelanggan. Jaminan, iaitu meliputi pengetahuan, sopan santun dan kemampuan pekerja memberikan kepastian dan kepercayaan. Empati, meliputi perhatian individu pada pelanggan dan perhubungan, komunikasi yang baik dan memahami keperluan para pelanggan.

2.6. DIMENSI KEPUASAN

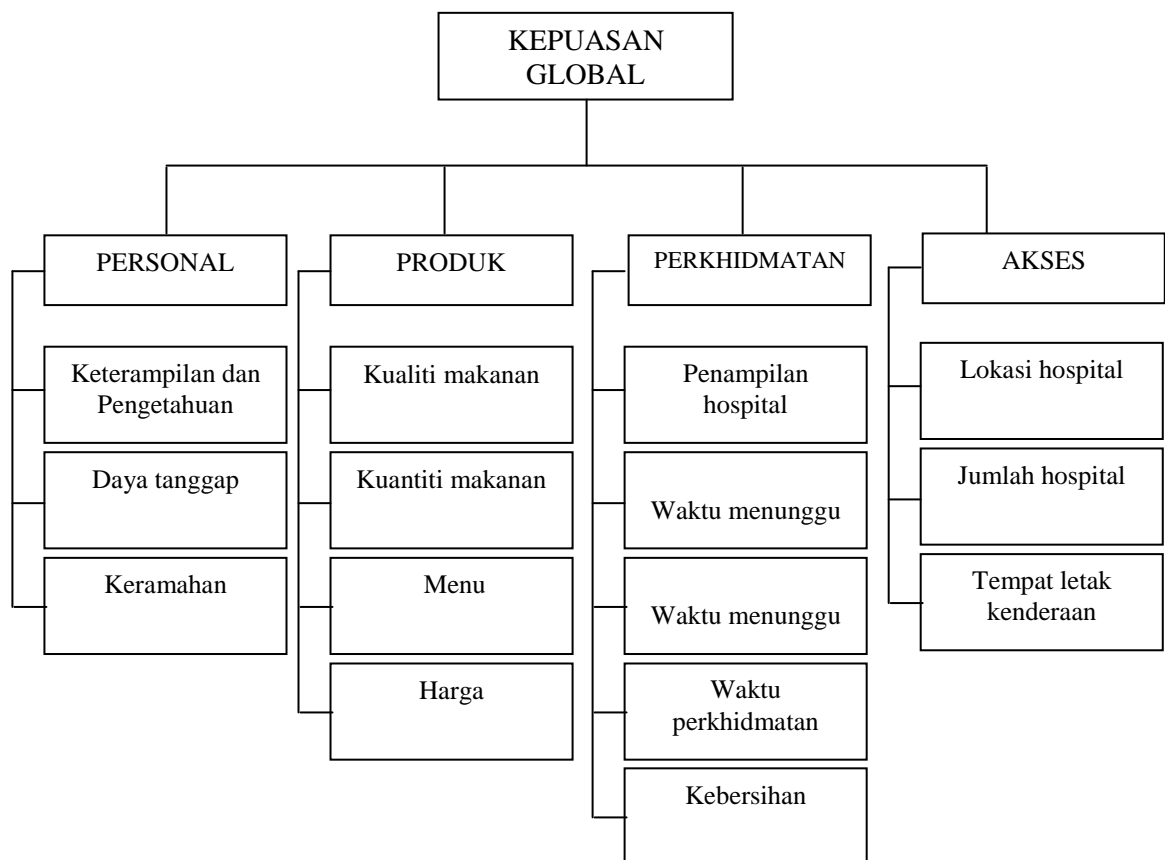
Secara keseluruhan kepuasan adalah konstruk berdasarkan penilaian keseluruhan kepuasan pelanggan yang berkaitan dengan hubungan pembekal tertentu tanpa mempertimbangkan aspek tertentu dari kepuasan (Homburg & Rudolph, 2001). Menurut Homburg & Rudolph (2001:26) dalam kajiannya menyatakan terdapat beberapa dimensi dari kepuasan iaitu “*products, salespeople, product-related information, order handling, technical services, internal personnel, dan complaint handling*”. Kajian (Etter & Perneger, 1997) mengemukakan beberapa dimensi kepuasan, antaranya adalah kepuasan perkhidmatan doktor, kepuasan komunikasi, kepuasan akses dan kepuasan perkhidmatan insurans.

Fais & Saleha (2009) menghuraikan dimensi kepuasan pesakit antara lain kepuasan yang merujuk pada penerapan kod etika serta piawai perkhidmatan profesi. Kepuasan yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian kepuasan mengenai hubungan dengan pesakit, kenyamanan pesakit, kebebasan melakukan pilihan, pengetahuan dan kecekapan teknikal serta perkhidmatan yang cekap. Kepuasan yang merujuk pada penerapan semua persyaratan perkhidmatan. Satu perkhidmatan dikatakan berkualiti jika penerapan semua persyaratan dapat memuaskan pesakit. Penilaian terhadap perkhidmatan yang berkualiti iaitu ketersediaan perkhidmatan, kewajaran perkhidmatan, kesinambungan perkhidmatan, penerima perkhidmatan, ketercapaian perkhidmatan, keterjangkauan perkhidmatan, kecekapan perkhidmatan dan kualiti perkhidmatan.

Tingkat kepuasan pengguna dapat ditentukan berdasarkan lima (5) faktor utama yang harus diperhatikan oleh sebuah organisasi (Irawan, 2009), iaitu kualiti produk yang bermaksud pengguna akan merasa puas apabila hasil penilaian mereka menunjukkan bahawa produk yang mereka gunakan berkualiti. Kualiti perkhidmatan iaitu pengguna akan merasa puas apabila mereka mendapatkan perkhidmatan yang sesuai dengan yang diharapkan terutama untuk industri perkhidmatan. Emosional iaitu pengguna akan merasa bangga dan mendapatkan keyakinan bahawa orang lain akan kagum terhadap pengguna tersebut apabila menggunakan imej jenama tertentu yang

cenderung mempunyai tingkat kepuasan. Harga iaitu produk yang mempunyai kualiti yang sama tetapi menetapkan harga yang relatif murah akan memberikan nilai lebih tinggi kepada konsumennya. Kos iaitu konsumen tidak perlu mengeluarkan kos tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan suatu produk atau perkhidmatan, cenderung puas terhadap produk atau perkhidmatan tersebut.

Menurut Siskos & Grigoroudis (2001) nilai hierarki dari dimensi kepuasan pelanggan ditunjukkan pada Rajah 2.3 yang menunjukkan kriteria dan sub kriteria. Kriteria kepuasan utama meliputi kakitangan, iaitu kriteria yang merangkumi semua ciri-ciri mengenai kakitangan (kemahiran dan pengetahuan, maklumbalas, keramahan, komunikasi dan kerperkhidmatan dengan pelanggan). Produk iaitu kriteria yang merujuk kepada produk yang ditawarkan (kualiti, kuantiti dan harga). Perkhidmatan iaitu kriteria yang merujuk pada perkhidmatan yang ditawarkan kepada pelanggan, ini termasuklah penampilan dan kebersihan, waktu menunggu (*peak hour or off-peak hour*) dan waktu perkhidmatan. Kebolehcapaian iaitu lokasi dan kemudahan tempat letak kenderaan.



Rajah 2.3. Struktur hierarki dimensi kepuasan (Siskos & Grigoroudis, 2001)

2.7. DIMENSI KESETIAAN

Pada asasnya kesetiaan dapat dianalisis dari perspektif organisasi dan pengguna (Bobalca, 2013). Pengguna yang setia merupakan aset yang tidak ternilai bagi organisasi. Pelanggan yang setia menurut Griffin, (2002) antara lain melakukan pembelian secara berulang, membeli produk dari pengeluar yang sama, mencadangkan kepada orang lain dan menunjukkan kekekalan daya tarik dari produk pesaing.

Jones & Taylor (2007) menerangkan tiga dimensi konstruk perilaku, sikap dan kognitifhubungan interpersonal.

Jadual 2.1. Dimensi Kesetiaan (Jones & Taylor, 2007)

Dimensi	Kesetiaan terkait hasil	Definisi
	Pembelian Semula	Tujuan pelanggan untuk mengekalkan hubungan dengan penyedia perkhidmatan tertentu dan melakukan pembelian berikutnya
Tingkhilaku	Niat Beralih	Tujuan pelanggan untuk mengakhiri hubungan dengan penyedia perkhidmatan tertentu dan mendapatkan penyedia perkhidmatan lain dalam kategori yang sama
	Niat Eksklusif	Tujuan pelanggan untuk mendedikasikan semua pembeliannya terhadap penyedia perkhidmatan tertentu
Sikap	Sikap Relatif	Penilaian semula perkhidmatan, termasuk kekuatan dari penilaian tersebut dan tahap perbezaan dari alternatif

	Kesediaan untuk mencadangkan	Kesediaan pengguna untuk mencadangkan penyedia perkhidmatan kepada pengguna lain
	Altruisme	Kesediaan pengguna untuk membantu penyedia perkhidmatan atau pengguna perkhidmatan lain dalam keberkesanan penyampaian perkhidmatan
	Kesediaan membayar lebih	Pengguna tidak mengambil kira perbezaan harga antara penyedia perkhidmatan dalam kategori yang sama
Kognitif	Pertimbangan eksklusif	Sejauh mana pengguna menganggap perkhidmatan kepada pelanggan sebagai atau hanya pilihannya ketika membeli kategori perkhidmatan tersebut
	Pengenalan	Pemilikan penggabungan perkhidmatan dengan penyedia perkhidmatan atau nilai-nilai kesesuaian antara penyedia perkhidmatan dan pengguna

2.8. HUBUNGAN KUALITI PERKHIDMATAN DENGAN KEPUASAN

Kajian empirik berikut menjelaskan hubungan antara dimensi kualiti perkhidmatan dengan kepuasan yang dijelaskan antara lain Naik, et al., (2010). menunjukkan dimensi kualiti perkhidmatan sangat penting untuk kepuasan pelanggan. Yang & Fang (2004). Hasil penyelidikan menunjukkan bahawa dimensi kualiti perkhidmatan utama berpengaruh kepada kepuasan pelanggan, kecuali kemudahan penggunaan yang berkaitan dengan perkhidmatan tradisional. Manakala, faktor utama yang menyebabkan ketidakpuasan adalah akibat daripada kualiti sistem maklumat yang

rendah. Hasil kajian Choi, et al., (2005) menunjukkan bahawa kestabilan hubungan antara dimensi kualiti perkhidmatan dan kepuasan. Harr (2008). Penyelidikan ini menunjukkan bahawa dimensi perkhidmatan seperti jaminan, empati dan bukti fizikal merupakan dimensi yang penting untuk menilai kualiti perkhidmatan. Duggirala, et al., (2008). Kajian ini menekankan tujuh dimensi yang berbeza dari TQS pesakit dan pengaruh diantara dimensi tersebut. Terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara dimensi dan kepuasan pesakit. Pengaruh dimensi kualiti perkhidmatan terhadap kepuasan pesakit juga dikemukakan oleh Ramez, (2012); Choi, Lee, Kim & Lee, (2005); dan Alghamdi, (2014).

Pelbagai kajian empirik menjelaskan hubungan antara kualiti perkhidmatan dan kepuasan antara lain kajian oleh Mohammad & Alhamadani (2011). Kajian ini menjelaskan bahawa kualiti perkhidmatan merupakan penyebab penting terhadap kepuasan pelanggan. Naik, et al., (2010) Membuktikan melalui keajiannya bahawa perkhidmatan yang ditawarkan mempunyai impak positif dan signifikan dalam membangunkan kepuasan pelanggan. Chang, et al., (2013) pula menunjukkan kualiti perkhidmatan memberi kesan positif dan signifikan terhadap kepuasan pesakit. Wang & Shieh (2006) menunjukkan bahawa kualiti perkhidmatan mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan. Kajian Culiberg & Rojsek (2010) menyatakan bahawa terdapat empat dimensi kualiti perkhidmatan mempengaruhi kepuasan pelanggan. Hasil penyelidikan Pantouvakis & Mpogiatzidis (2013) menunjukkan bahawa ciri-ciri kualiti perkhidmatan memberi impak positif terhadap kepuasan. Menurut Taylor dan Backer (1994) model kualiti perkhidmatan dan pengurusan sistem rawatan kepada pesakit harus menjadi perhatian serta menjadi keputusan strategis dalam perkhidmatan kesihatan, kerana hal tersebut merupakan rancangan penilaian kepuasan bagi pesakit. Menurut Woodside (1989) sebagai satu bentuk perkhidmatan, kepuasan pelanggan merupakan bentuk khusus dari sikap pelanggan ke atas kualiti pelanggan yang memunculkan fenomena suka atau tidak suka terhadap perkhidmatan yang diterima. Menurut Cronin dan Taylor (1992) Hubungan kepuasan dan kualiti perkhidmatan adalah kepuasan membantu pelanggan dalam menilai persepsinya terhadap kualiti perkhidmatan.

Jadual 2.2. Matriks Penyelidikan terdahulu

Hubungan Kualiti Perkhidmatan dengan Kepuasan		
Penyelidik	Tahun	Hasil Kajian
Zhigunova	2012	Kualiti perkhidmatan yang dirasakan cenderung lebih tinggi di Hospital Bumrungrad daripada di Vejthani Hospital dan Hospital Bangkok.
Chang, et al	2013	Kualiti Perkhidmatan memberi impak positif dan signifikan terhadap kepuasan pesakit.
Chang, Chen, & Lan	2013	Persepsi berdasarkan penerimaan perkhidmatan perubatan interpersonal dan kepuasan pesakit.
Direktor	2007	Analisis harapan dan persepsi menunjukkan bahawa ada jurang antara hospital umum dan swasta. Jurang di hospital swasta lebih kecil dari jurang di hospital umum. Hospital swasta memberikan kualiti perkhidmatan yang lebih baik.
Irfan & Ija	2011	Penemuan empirik yang jelas bahawa hospital swasta yang bertujuan untuk menyediakan perkhidmatan kesihatan yang lebih baik kepada pesakit dan juga memberikan sumbangan positif dalam rangka untuk mengurangkan beban hospital umum.
Rosak & Betlejewska	2008	Pelanggan abad XXI, perlukan perkhidmatan yang lebih baik, lebih cepat dan lebih murah.
Badri, Attia, & Ustadi	2008	Model persamaan struktural menunjukkan gambaran yang komprehensif hubungan kesihatan dan kepuasan pesakit.

2.8.1 HUBUNGAN DIMENSI KUALITI PERKHIDMATAN DENGAN KEPUASAN

Menurut Ali Hasan (2009) mengungkapkan bahawa kualiti perkhidmatan adalah faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan. Dalam menilai digunakan antara lain

kepuasan terhadap penampilan diantaranya ukuran dan bentuk fisik yang baik, keistimewaan fungsi dari produk, spesifikasi dari produk. Dari hasil penyelidikan Handrianto (2002) bahawa adanya hubungan yang signifikan antara penampilan (fasiliti fizik, bilik pemeriksaan yang bersih dan tenang, fasiliti lengkap dan modern) terhadap kepuasan.

Menurut Lovelock dan Wright (2005) mendengarkan dengan hati-hati, memperhatikan kesukaan dan keperluan pelanggan adalah merupakan elemen yang memberikan kepuasan kepada pelanggan. Hasil penyelidikan Yurina Sari (2006) menunjukkan bahawa empati merupakan kesediaan untuk memberikan perhatian secara pribadi kepada pelanggan memiliki tahap kepuasan yang tinggi kerana purata perkhidmatan yang dirasakan pesakit sudah melebihi yang diharapkannya. Demikian juga dengan hasil penyelidikan oleh Kriswanto (2003) yang menunjukkan bahawa empati memiliki hubungan yang signifikan dengan kepuasan pesakit.

Menurut Hart (1988) jaminan merupakan komitmen untuk memberikan kepuasan kepada pelanggan memberikan jaminan, meringankan risiko kerugian bagi pelanggan dengan kepastian kualiti kerja.

Tjiptono dan Gregorius (2005) maklumbalas adalah kesediaan dan kesiapan pegawai untuk membantu pelanggan dan menyampaikan perkhidmatan secara cepat, sehingga mudah diakses, tidak lama menunggu dan bersedia mendengar keluhan. Dalam penyelidikan Handrianto (2002) aspek kemahuan dan daya tanggap kakitangan dalam membantu pelanggan serta memberikan perkhidmatan secara cepat, adalah dua hal yang mempunyai hubungan yang positif dengan kepuasan pesakit.

Nasution M.N. (2005) kebolehpercayaan adalah kemampuan memberikan keberhasilan dalam menggunakan suatu produk yang dinilai berhasil pada saat produk tersebut memberikan kepuasan kepada pelanggan dalam masa tertentu. Hasil penyelidikan Rosjid (1997) menunjukkan bahawa terdapat hubungan yang positif antara kebolehpercayaan dengan kepuasan pesakit.

Jadual 2.3. Matriks Penyelidikan terdahulu

Hubungan Setiap Dimensi Kualiti Perkhidmatan dengan Kepuasan		
Penyelidik	Tahun	Hasil kajian
Mosadeghrad	2014	Kualiti perkhidmatan perubatan bergantung kepada faktor peribadi doktor dan pesakit, dan faktor yang berkaitan dengan sistem kesihatan dan persekitaran.
Laishram & Sorokhaibam	2012	Rawatan pesakit tidak hanya menyembuhkan penyakit, ini adalah tentang rawatan pesakit melalui aspek fungsional yang berbeza seperti rawatan, makanan, dan zat pemakanan, keselamatan pesakit, farmasi dan lain-lain.
Strother	2006	Persepsi pelanggan terhadap kualiti perkhidmatan pusat panggilan yang mereka terima adalah baik.
Al-Majali & Al-Hashem	2012	Ada jurang negatif antara kualiti yang dan kualiti perkhidmatan kesihatan yang diharapkan oleh pesakit.
Bamidele, Hoque, & Heever	2011	Secara keseluruhan, pesakit berpuas hati dengan perkhidmatan yang disediakan oleh penyedia perkhidmatan yang berbeza.
Duggirala, et al	2008	Hubungan yang positif dan signifikan antara dimensi kualiti dan kepuasan pesakit.
Azizi-Fini, et al	2012	Korelasi positif yang signifikan antara perilaku pesakit dengan kepuasan pesakit.
Hung, Chang, Eng, & Wong	2013	TBSEs memiliki kesan langsung pada kualiti perkhidmatan, seterusnya memberi kesan langsung pada kepuasan pegawai dalam menggunakan TBSEs.
Mahmoud & Reisel	2014	Kepuasan kerja jururawat dan ketaatan OCBs sepenuhnya menjadi pengantara hubungan antara keselamatan pekerjaan jururawat dan kepuasan pesakit

2.9. HUBUNGAN KEPUASAN DENGAN KESETIAAN

Kajian Kessler & Mylod (2011) menegaskan hubungan antara kepuasan pesakit dengan kesetiaan pesakit. Kajian Mortazavi, et al., (2009) pula menunjukkan bahawa kepuasan pesakit dan kesetiaan mempunyai korelasi positif dalam peningkatan kepuasan pesakit secara keseluruhan meningkatkan kesetiaan pesakit. Kajian Kursunluoglu (2014) menunjukkan bahawa kepuasan pelanggan sebanyak 43.2% dari varian dalam kesetiaan pelanggan. Anbori, et al., (2010). Penyelidikan ini adalah cekap secara tersirat dalam perancangan strategik untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan yang dijalankan oleh hospital swasta di Yaman. Menurut Ali Hasan (2009) terdapat hubungan positif antara kepuasan dan kesetiaan pelanggan, kerana jika produk tidak mampu memuaskan pelanggan maka pelanggan akan meninggalkan produk tersebut.

Ali Hasan (2009) menyatakan jika perkhidmatan tidak memuaskan pelanggan maka pelanggan berhenti membeli jenama dan pelanggan menyatakan ketidakpuasannya secara langsung pada organisasi. Darsono (2004) menyatakan kepuasan tetap memiliki peranan penting untuk menghasilkan kesetiaan pelanggan.

Ali Hasan (2009) adanya pembelian secara berulang dan kesetiaan pelanggan wujud jika tercapainya kepuasan dari kualiti perkhidmatan yang dirasakan dengan keinginan, keperluan dan harapan pelanggan

Menurut Kotler (2009) jika produk berhasil dipenuhi oleh penyedia perkhidmatan maka pelanggan akan merasa puas. Oleh demikian hubungan kesetiaan akan menjadi positif, kerana produk tersebut sudah dianggap menyenangkan.

Menurut Griffin (2005) kepuasan pelanggan tidak cukup untuk membentuk asas pelanggan yang setia. Kepuasan pelanggan yang tinggi belum tentu menghasilkan pembelian secara berulang dan peningkatan hasil.

Menurut Wazzan (2007) kepercayaan pesakit kepada doktor memiliki hubungan yang positif terhadap kesetiaan pesakit untuk mendapatkan perkhidmatan daripada hospital yang sama. Sama halnya bahawa pesakit tetap setia kepada hospital kerana kepercayaan pesakit kepada doktor dan bukan kerana kepuasan terhadap perkhidmatan yang diberikan.

Jadual 2.4. Matriks Penyelidikan terdahulu

Hubungan Kepuasan dengan Kesetiaan		
Penyelidik	Tahun	Hasil Kajian
Kessler & Mylod	2011	Menegaskan wujud hubungan antara kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit.
Mortazavi, et al	2009	Keseluruhan kepuasan pesakit dan kesetiaan berkorelasi positif.
Hu, et al	2011	Kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh “ <i>atribut one dimension</i> ” (terdiri dalam persekitaran yang selesa, kemudahan lalu lintas, kemudahan tempat letak kenderaan, pekerja berpakaian rapi dan sebagainya) serta memberi kesan negatif pada pelanggan.
Rundle-Thiele, Bus, & Bus.	2010	Amalan rawatan pesakit secara terfokus dapat meningkatkan kepuasan dan kesetiaan pesakit.
Mendoza	2014	Pesakit sangat berpuas hati dengan perkhidmatan perubatan berkualiti yang diperolehi.
Bastos	2008	Modelan persamaan structural menunjukkan semakin banyak persaingan (farmasi Kota) kesetiaan akan menurun, Kualiti perkhidmatan akan memberi kesan peningkatan kesetiaan.
Al-Omar	2000	Wujud signifikan antara harapan dan tahap kepuasan antara swasta dengan pemerintah.
Anbori, et al.	2010	Tidak ada hubungan yang signifikan antara dimensi penampilan dan kebolehppercayaan terhadap kesetiaan pesakit.

2.9.1 HUBUNGAN KUALITI PERKHIDMATAN TERHADAP KESETIAAN

Kajian empirik menjelaskan hubungan antara kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit yang dijelaskan iaitu Kessler & Mylod (2011). Kajian menjelaskan kepuasan memberi kesan signifikan terhadap kesetiaan. Hasil kajian Tsoukatos & Rand (2006) menjelaskan bahawa kepuasan tidak memberi impak signifikan terhadap kesetiaan. Kajian ini Noyan & Simsek (2014) pula menunjukkan bahawa kepuasan memberi impak positif dan signifikan terhadap kesetiaan. Penyelidikan Hasnelly & Yusuf (2012) mendapati kepuasan memberi kesan positif dan signifikan terhadap kesetiaan. Penyelidikan yang dilakukan Kesuma, Hadiwidjojo, Wiagustini, & Rohman, (2013); Arab, Tabatabaei, Rashidian, Forushani & Zarei, (2012); Mortazavi, Kazemi, Shirazi, & Azis-Abadi, (2009); dan Kaffashi, Keshtkaran, Pourtaleb, Nejatadegan & Raadabadi, (2014) menegaskan hubungan antara kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit di hospital.

Penyelidikan yang dilakukan oleh Cronin dan Taylor (1992) kualiti perkhidmatan tidak menunjukkan hubungan yang positif antara kualiti perkhidmatan dan kesetiaan. Boulding (1993) menemui hubungan yang positif diantara kualiti perkhidmatan dan keinginan menggunakan kembali dan menyarankan kepada orang lain. Kajian Japariato (2007) menyatakan bahawa terdapat hubungan yang positif antara kualiti perkhidmatan dengan kesetiaan pelanggan.

Lain halnya dengan penemuan Bloemer (1999) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dan positif antara kualiti perkhidmatan dengan kesetiaan pelanggan. Penyelidikan yang dilakukan oleh Dama (2010) juga menyatakan bahawa kualiti perkhidmatan berpengaruh positif terhadap kesetiaan. Saputro (2010) juga melakukan penyelidikan yang hasilnya menunjukkan kualiti perkhidmatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesetiaan. Selain itu hasil penyelidikan Kurniawan (2010) menyatakan bahawa kualiti perkhidmatan berpengaruh secara positif terhadap kesetiaan pelanggan.

Jadual 2.5. Matriks Penyelidikan terdahulu

Hubungan Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kesetiaan		
Peneliti	Tahun	Hasil Kajian
Wu	2011	Imej jenamahospital mempunyai kesan langsung dan tidak langsung terhadap kesetiaan pesakit. Imej hospital yang positif meningkatkan kesetiaan pesakit secara langsung dan meningkatkan kepuasan pesakit.
Tsoukatos & Rand	2006	Kepuasan tidak memberi kesan signifikan terhadap kesetiaan.
Wang, Hsiao, & Huang	-	Hasil statistik tidak signifikan tentang kualiti perkhidmatan teknikal dan fungsi memiliki pengaruh yang kurang terhadap kesetiaan pesakit.
Aykac, et al.	2009	Dimensi kebolehpercayaan memberi kesan signifikan terhadap kesetiaan hospital seperti keandalan, daya tanggap, dan empati.
Kitapci, Akdogan, & Dortyol	2014	Kepuasan pelanggan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap “ <i>word-of-mouth</i> ” dan membeli semula.
Naidu	2009	Kualiti perkhidmatan kesihatan mempengaruhi kepuasan pesakit, seterusnya mempengaruhi perilaku kesetiaan pesakit.

2.10. ASPEK-ASPEK YANG MEMPENGARUHI KEPUASAN

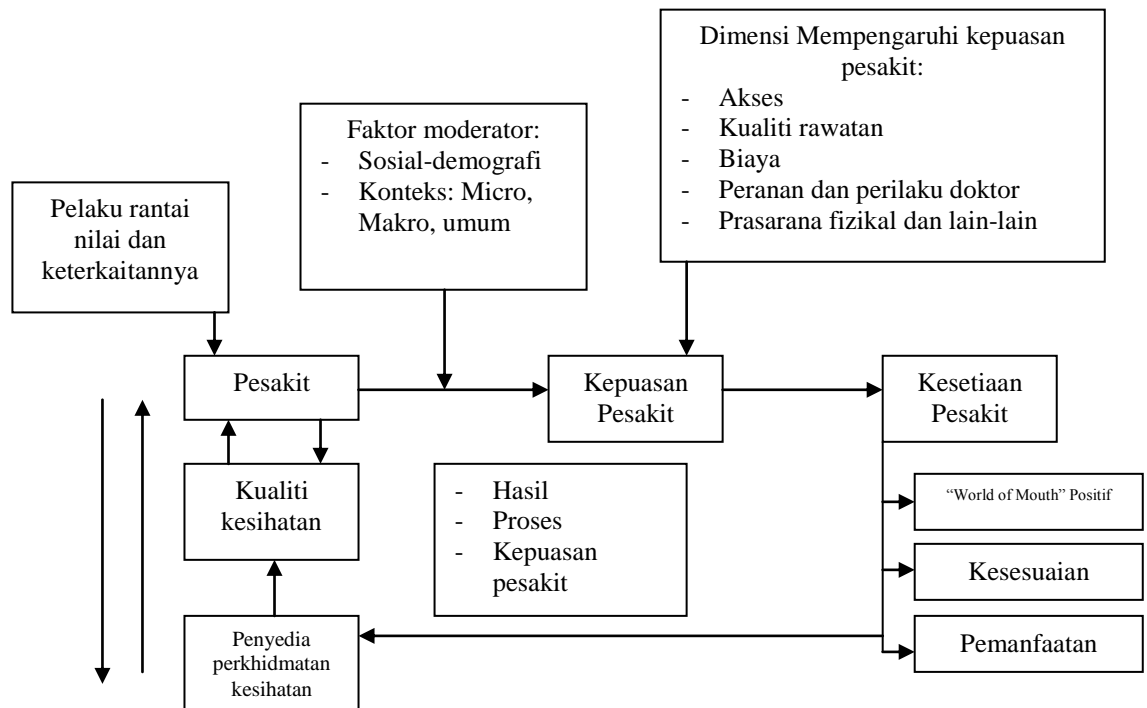
Hasil penyelidikan Hanif, et al., (2010) menunjukkan bahawa faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan merupakan perkara yang penting dan perlu diketahui dengan mengenalpasti faktor-faktor yang bertanggungjawab untuk menghasilkan kepuasan antara pelanggan dengan jenama tertentu. Faktor tersebut diantaranya, perkhidmatan kepada pelanggan dan harga yang adil atau ekuiti harga (Hanif, et al., 2010). Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan, namun perkhidmatan kepada pelanggan adalah salah satu faktor kepuasan pelanggan yang perlu diutamakan (Kursunluoglu, 2014).

Kajian Hamed & Salem (2014) menyatakan bahawa kepuasan pesakit adalah tinggi apabila terdapat penyampaian maklumat sebelum pemeriksaan dilakukan oleh pihak jabatan kesihatan. Menurut kajian Zahran, et al., (2012), tahap kepuasan pesakit terhadap hasil Pembedahan adalah 100 peratus yang berpuas hati, manakala 96 peratus pasangan mereka yang berpuas hati. Kepuasan pesakit juga dikaji oleh (Ortiz, Wang, Elayda, & Tolpin, 2013) menjelaskan statistik peningkatan yang signifikan berdasarkan soal selidik tentang kepuasan berkenaan dengan pemahaman mengenai jenis anestesia, pilihan untuk mengawal rasa sakit, perkara yang harus dilakukan pesakit pada hari Pembedahan maklumat terperinci yang diberikan berkaitan dengan pelan anestesia.

Kajian tentang kepuasan pesakit juga dinilai dari purata skor kepuasan secara keseluruhan berbeza secara signifikan dengan kemudahan perubatan dan tahap pendidikan ibu bapa (Zolaly, 2012). Majoriti pesakit tidak berpuas hati dengan maklumat yang diterima mengenai ubat kardiovaskular. Selain itu, Geffen, et al., (2011) menunjukkan majoriti pesakit menerima penerangan mengenai ubat yang terhad di farmasi. Seterusnya, kajian tentang kepuasan pesakit juga dikemukakan oleh (Zahran, Osman, & Elaleem, 2011) bahawa pesakit yang menerima “*intraperitoneumlidocaine*” digabungkan dengan “*infiltrasilidocaine*” di lokasi toraks melaporkan nilai kepuasan yang lebih tinggi dengan penjagaan selepas surgery dalam 24 jam pertama.

2.11. MODEL KUALITI PERKHIDMATAN, KEPUASAN DAN KESETIAAN

Kualiti perkhidmatan dianggap sebagai faktor penting (Arab, et al., 2012, Anbori, et al., 2010) untuk membangunkan kepuasan pesakit (Amin & Nasharuddin, 2013, Chahal & Mehta, 2013) dan kesetiaan pesakit (Tam, 2012). Menurut (Arab, et al., 2012, Kessler & Mylod, 2011) yang menyatakan bahawa pengalaman pesakit mempunyai hubungan dengan perkhidmatan hospital swasta, dimana ia memberi kesan yang besar pada kesediaan pesakit untuk kembali ke hospital yang sama dan menggunakan semula perkhidmatan atau mencadangkan hospital tersebut kepada orang lain. Model komprehensif yang merangkumi isu-isu yang dibincangkan dalam kajian (Naidu, 2009) dijelaskan pada Rajah 2.5.



Rajah 2.4. Model komprehensif dalam memahami perkhidmatan kesihatan (Naidu, 2009)

Model dalam Rajah 2.4 menunjukkan bagaimana pesakit dan penyedia perkhidmatan kesihatan mempengaruhi kualiti perkhidmatan kesihatan. Penglibatan pesakit adalah ciri-ciri yang terdapat dalam perkhidmatan kesihatan, dimana pesakit mempengaruhi hasil kualiti melalui kepatuhan, menunjukkan gejala yang tepat dan jururawatan fizikal yang dijalani (Naidu, 2009).

Kualiti perkhidmatan yang diterima oleh pengguna akan memberikan impak pada niat perilaku. Menurut Magi & Julander (1996:221), *“relationship between service quality perceptions and behavioral outcomes of importance to the firm. Support a positive relationship between perceived service quality and behavioral intentions”*. Yang bermaksud hubungan antara persepsi kualiti perkhidmatan dan hasil tingkah laku adalah penting bagi organisasi. Terdapat hubungan positif antara kualiti perkhidmatan yang diterima dengan niat perilaku.

Hujah dari Magi and Julander (1996), bahawa semakin tinggi kualiti perkhidmatan maka semakin tinggi niat perilaku pengguna. Jika organisasi menjaga

tahap kualiti perkhidmatan dan berusaha untuk meningkatkan lagi pada masa hadapan, ini akan menimbulkan niat perilaku pengguna yang positif. Hasilnya, semakin besar peluang supaya pengguna datang kembali dan mahu memberikan cadangan kepada pihak lain untuk menggunakan perkhidmatan yang mereka cadangkan. Justeru itu, kualiti perkhidmatan adalah aspek yang perlu diutamakan dalam memberi impak terhadap hasil perilaku yang penting bagi sebuah organisasi.

Tambahan pula, argumen daripada MacDonald & Smith (2004) menyatakan terdapat sokongan empirik yang kuat bahawa kualiti perkhidmatan akan meningkatkan niat perilaku yang diinginkan seperti pengguna beralih kepada pesaing lain. Argumen dari MacDonald and Smith (2004) adalah konsisten dengan argumen dari Magi and Julander (1996) yang pada dasarnya menunjukkan adanya hubungan positif kualiti perkhidmatan yang diterima pengguna dengan niat perilaku. Namun MacDonald and Smith (2004), menjelaskan bahawa peningkatan dalam kualiti perkhidmatan yang diterima menyebabkan pengguna menjadi gembira, selesa dan memenuhi harapan mereka, seterusnya ini akan memberikan impak positif pada niat perilaku pengguna.

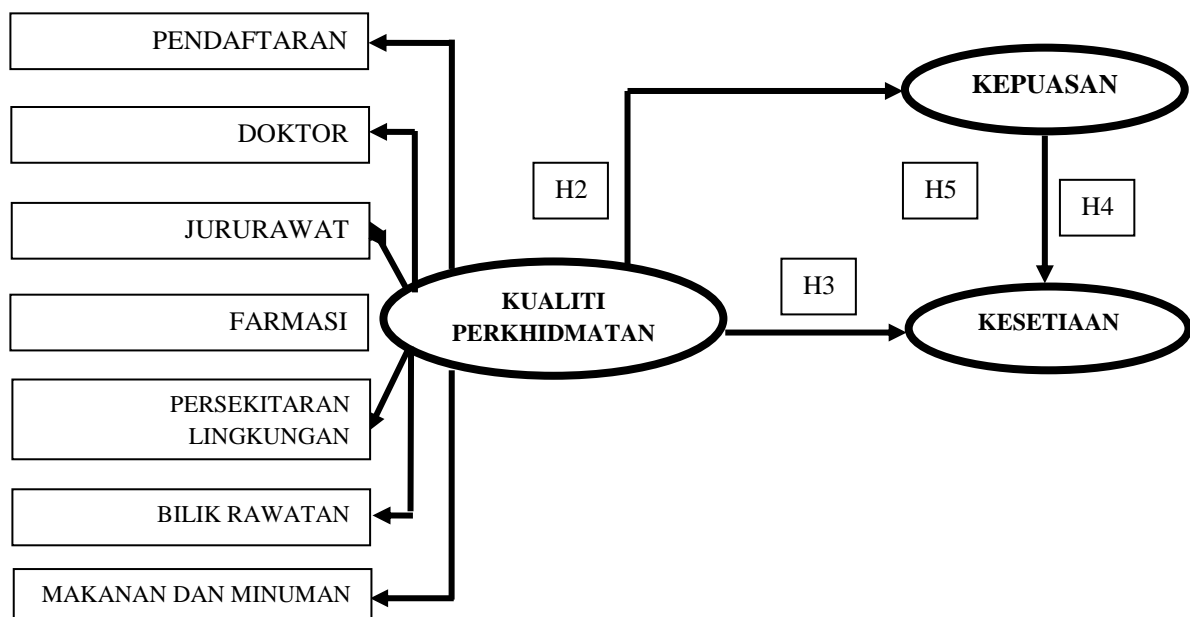
Kualiti perkhidmatan yang diterima pengguna mempunyai hubungan langsung dengan niat perilaku pengguna. Menurut Yoon & Suh (2003:74), "*service quality has been one of the most meaningful constructs for explaining consumer future behavioral intentions*". Hal ini bermaksud kualiti perkhidmatan adalah salah satu konstruk yang bermakna untuk menerangkan niat perilaku pengguna pada masa hadapan. Pendapat ini adalah konsisten dengan pendapat daripada Cronin, et al., (2000), Kajian menunjukkan bahawa kualiti perkhidmatan yang memberi kesan kepada niat tingkah laku yang bermaksud menunjukkan bahawa kualiti perkhidmatan mempengaruhi niat perilaku. Manakala, hujah daripada Yoon & Suh (2003) mengenai pernyataan bahawa kualiti perkhidmatan merupakan konstruk yang dapat menyebabkan secara langsung niat perilaku pengguna.

2.11.1 HUBUNGKAIT KUALITI, KEPUASAN, KESETIAAN

Oliver (1993) menunjukkan bahawa kualiti perkhidmatan merupakan antisedan bagi kepuasan pelanggan. Zeithaml, Bitner & Gremler (2006) menjelaskan bahawa kualiti perkhidmatan yang diterima merupakan bahagian daripada kepuasan. Manakala, pendapat Parasuraman, Berry, & Zeithaml (1991) kualiti perkhidmatan merupakan penilaian yang menggambarkan persepsi pelanggan terhadap pelbagai dimensi seperti bukti fizikal, kebolehpercayaan, maklumbalas, jaminan, dan empati. Sementara, menurut Oliver (1999), Kotler & Keller (2009), Tse & Wilton (1998), Lovelock & Wright (2005) bahawa kepuasan dipengaruhi oleh persepsi terhadap kualiti perkhidmatan.

Kepuasan pelanggan berkaitan dengan kesetiaan. Menurut Griffin (2005) bahawa pelanggan yang berpuas hati dan disertai aktiviti pembelian semula serta mencadangkan perkhidmatan tersebut kepada orang lain, malahan tidak beralih kepada tarikan pesaing lain. Seterusnya, menurut Jones & W. Earl Sasser (1995) niat pembelian semula muncul ketika pelanggan telah mendapatkan kepuasan dari produk yang dibelinya, bahkan pelanggan akan menggunakan perkhidmatan daripada pengeluar yang sama pada masa akan datang. Hallowell (1996) menghuraikan bahawa pelanggan yang merasakan kepuasan, mereka akan mencadangkan perkhidmatan tersebut kepada teman atau keluarga.

Rajah 2.5 Kerangka Konseptual Penyelidikan



Sumber: Diubahsuai dari Fornell & Larcker (1981), Badri, Attia, & Ustadi (2009), (Gronroos, 1990), Dabholkar, Shepherd, & Thorpe (2000)

Model konsep pada kerangka konseptual penyelidikan diadopsi dari Fornell & Larcker (1981), Badri, Attia & Ustadi (2009), (Gronroos, 1990), Dabholkar, Shepherd & Thorpe (2000) yang selanjutnya dikembangkan dalam penyelidikan ini.

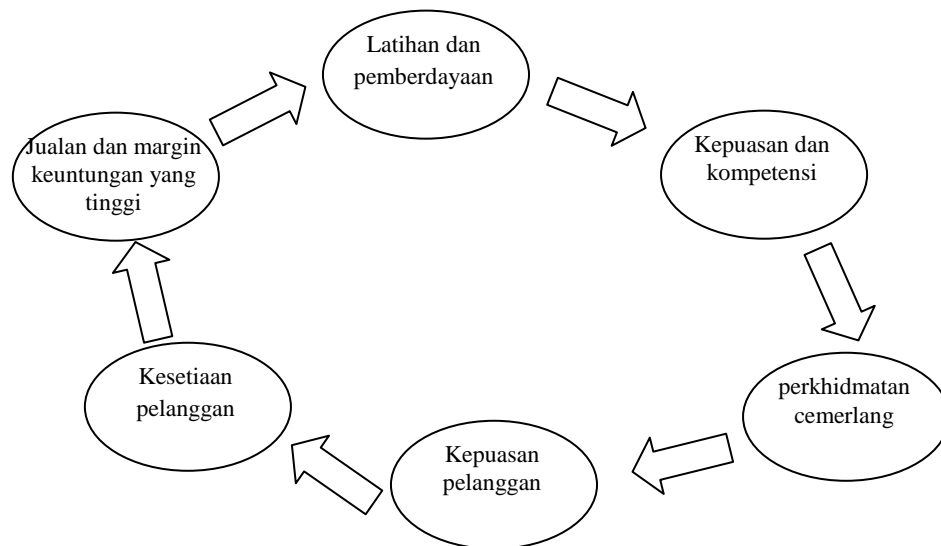
Pengukuran kualiti perkhidmatan dilakukan terhadap kepuasan dan kesetiaan. Pentingnya komitmen pesakit untuk tetap berhubungan dengan hospital kerana adanya keyakinan atau kepercayaan kepada hospital sehingga akan bersikap setia. Kesetiaan pesakit sebagai sikap menyenangkan terhadap perkhidmatan hospital, yang di wujudkan dalam kunjungan berulang ketika datang berubat kembali di hospital tersebut pada masa mendatang.

Parasuraman, et al., (1988) menjelaskan bahawa seseorang (pesakit) membentuk harapan terhadap nilai, berdasarkan hal itu. Parasuraman, et al., (1988) memperhitungkan atau mengevaluasi penawaran hospital mana yang akan memberikan nilai tertinggi kepada pesakit. Penawaran yang memenuhi harapan nilai pesakit akan mempengaruhi kepuasan dan kemungkinan pesakit akan kembali lagi ke hospital tersebut.

Kerangka konseptual penyelidikan yang mendasari dalam penyelidikan ini dimulai dengan melihat komponen-komponen dalam model SERVQUAL yaitu pendaftaran, doktor, jururawat, farmasi, persekitaran lingkungan, bilik rawatan, dan makanan dan minuman. Selanjutnya komponen model SERVQUAL tersebut akan dilihat pengaruhnya terhadap kepuasan pesakit, dan kesetiaan pesakit.

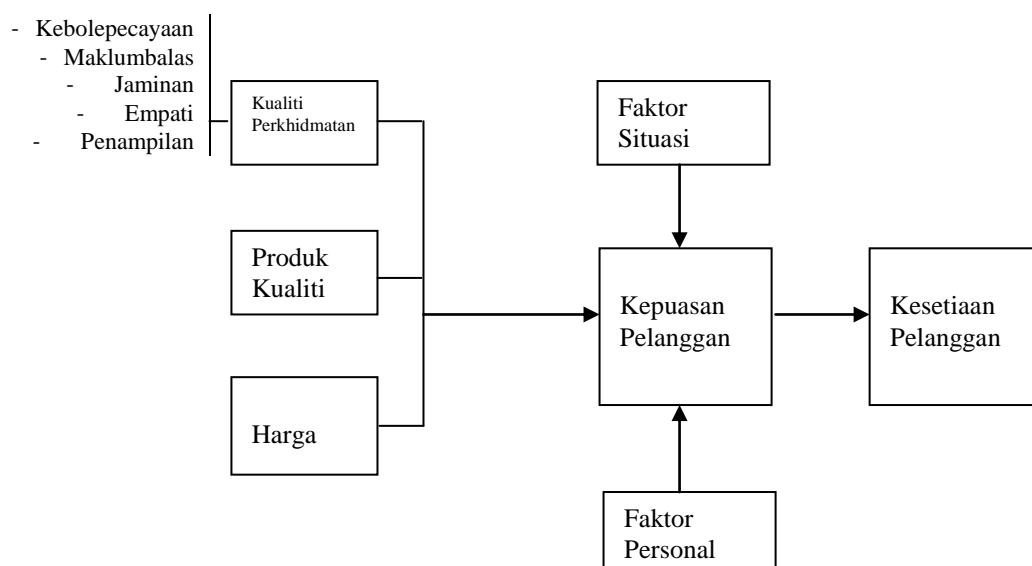
Grand teori (teori utama) yang menjelaskan hubungkait antara kualiti perkhidmatan, kepuasan dan kesetiaan iaitu model kualiti perkhidmatan yang dikemukakan oleh Storbacka, Strandvik, dan Gronroos (1994), model kualiti perkhidmatan, lebih rinci dibandingkan dengan model dasar kesetiaan. Schlesinger

dan Heskett (1991). menambahkan kesetiaan untuk model dasar kesetiaan. Schlesinger dan Heskett (1991) mengembangkan konsep siklus keberhasilan dan siklus kegagalan kesetiaan. Pada siklus kesuksesan, investasi dalam kemampuan organisasi untuk memberikan perkhidmatan terbaik bagi para pengguna perkhidmatan dikenal dengan istilah *virtuous circle* yang digambarkan sebagai berikut.



Rajah 2.6. Model *virtuous circle* (Schlesinger dan Heskett, 1991)

Teori utama lainnya yang menguatkan keseluruhan pembolehubah penyelidikan ini iaitu teori yang dipelopori oleh Wilson et al. (2008). Kepuasan dan kesetiaan pada umumnya merupakan konsep yang lebih luas, namun berbeza dengan kualiti perkhidmatan yang hanya tertuju pada dimensi perkhidmatan. Teori yang dikemukakan Wilson et al. (2008) digambarkan sebagai berikut.



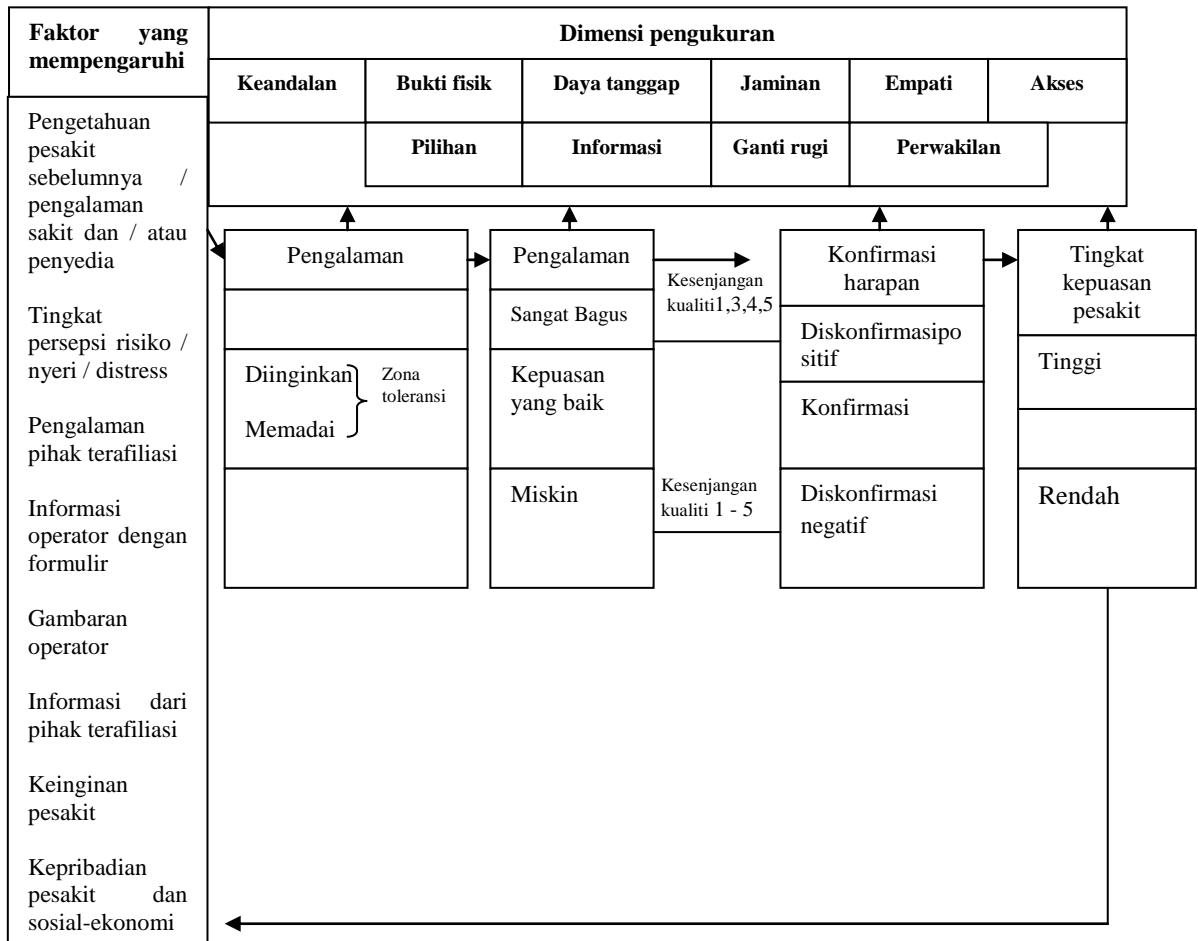
Rajah 2.7. Hubungkait kualiti perkhidmatan, kepuasan dan kesetiaan (Wilson et al. 2008)

Teori utama lainnya yang mengukuhkan keseluruhan pembolehubah penyelidikan ini iaitu menurut Ibrahim (2000) TQM memberikan perkhidmatan berkualiti yang memenuhi keperluan dan kepuasan pelanggan secara berterusan yang pada gilirannya akan menimbulkan kesetiaan yang berterusan sehingga dapat meningkatkan produktiviti dan penurunan biaya produksi.

2.12. KUALITI PERKHIDMATAN KESIHATAN

2.12.1 Dimensi Perkhidmatan Kesihatan

Kualiti perkhidmatan dalam rawatan kesihatan sangat kompleks berbanding dengan perkhidmatan lain kerana sektor ini melibatkan banyak risiko (Rashid & Jusoff, 2009). Hasil kajian Taner & Antony (2006) menunjukkan bahawa pesakit dalam di hospital swasta lebih berpuas hati dengan kualiti perkhidmatan berbanding di hospital milik pemerintah. Terdapat lima dimensi kualiti perkhidmatan yang diamalkan oleh organisasi. Antara dimensi tersebut adalah penampilan iaitu kemudahan fizikal, peralatan dan penampilan kakitangan. Kebolehpercayaan iaitu kemampuan untuk memberikan perkhidmatan yang dijanjikan, boleh dipercayai dan tepat. Maklumbalas iaitu keinginan untuk membantu pelanggan dan memberikan perkhidmatan yang segera. Jaminan iaitu pengetahuan, kesopanan pekerja dan kemampuan mereka untuk memberikan kepercayaan dan keyakinan. Empati iaitu penyayang dan perhatian secara individu yang diberikan kepada pelanggan.

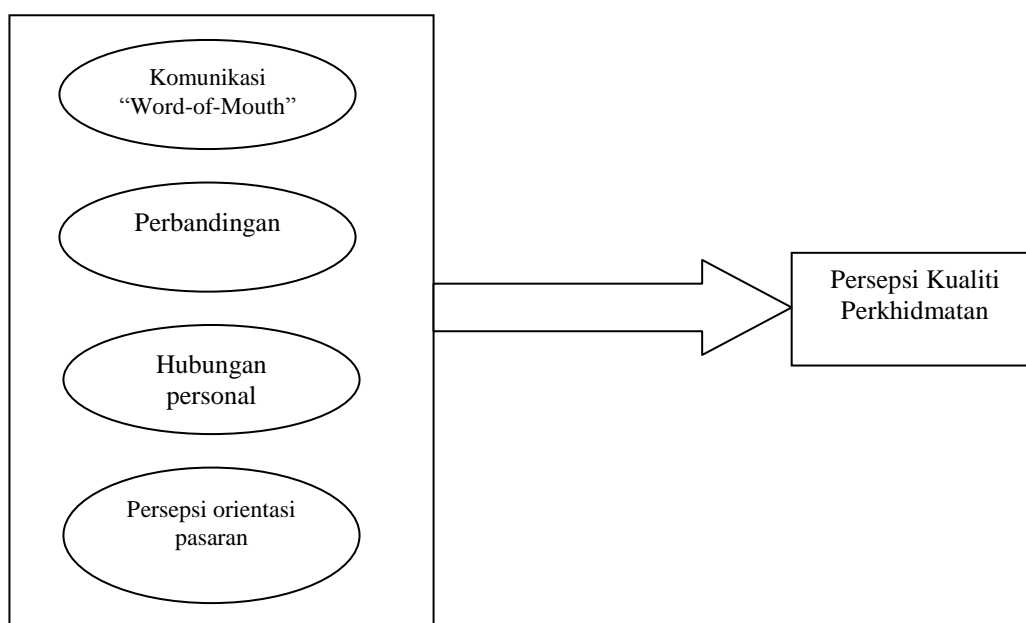


Rajah 2.8. Model konseptual yang mengaplikasikan ciri kualiti perkhidmatan dalam konteks kesihatan (Rashid & Jusoff, 2009).

Pada Rajah 2.7 memberikan pemahaman kepada pengurus hospital untuk memahami bagaimana pesakit dan kakitangan menilai kualiti kesihatan berkaitan dengan setiap dimensi (Padma, et al., 2009). Berdasarkan model kualiti perkhidmatan yang telah dibangun, hal tersebut mengaitkan lima dimensi kualiti perkhidmatan iaitu: pendaftaran, perkhidmatan perubatan, perkhidmatan secara keseluruhan, proses keluar dari hospital, dan tanggungjawab sosial dengan menggunakan skala yang boleh dipercayai dan sah untuk hospital umum (Aagja & Garg, 2010). Kepuasan pesakit dengan dimensi kualiti perkhidmatan yang berbeza mempunyai korelasi dengan kesediaan mereka untuk mencadangkan hospital kepada orang lain.

2.12.2 FAKTOR MEMPENGARUHI KUALITI PERKHIDMATAN KESIHATAN

Rajah 2.9 menunjukkan antisedan dengan model kualiti perkhidmatan yang dilihat berterusan atau maju dan diuji. Pembinaan utama dalam model ini adalah antisedan kualiti perkhidmatan yang dirasakan.



Rajah 2.9. Antisedan Persepsi *Kualiti Perkhidmatan*

Dalam kualiti perkhidmatan, matlamat hospital adalah untuk meningkatkan penjagaan pesakit, jururawatan dan pengalaman (Khan, 2014). Penggunaan model yang dijelaskan dalam kajian Coyle & Battles (1999) menunjukkan bahawa kurangnya korelasi antara proses dan hasil disebabkan penilaian hasil terdahulu yang kurang memiliki pencantuman antisedan jururawatan perubatan (terutamanya faktor risiko pesakit dan persekitaran) yang mempunyai pengaruh signifikan terhadap hasil yang diukur. Kajian Khan (2014) mengenalpasti aspek kebersihan dan perkhidmatan ambulans adalah penting dalam Leady Reading Hospital, sementara pesakit dari Khyber Teaching Hospital menganggap tabung darah dan restoran atau cafeteria sebagai faktor utama dalam penyampaian perkhidmatan yang berkualiti.

Antisidan melibatkan konteks persekitaran individu dan ciri-ciri peribadi seseorang (iaitu genetik, sosio-demografi, tabiat kesihatan, kepercayaan, sikap dan kecenderungan). Selain itu, faktor persekitaran seperti budaya, sosial, politik, peribadi, fizikal ataupun profesi berkaitan kesihatan (Coyle & Battles, 1999). Pelbagai kajian mengenai teori kualiti perkhidmatan yang menunjukkan kualiti perkhidmatan sebagai multi-dimensi, meskipun Hooper, et al., (2013) tidak bersetuju dengan jumlah dimensi, satu sub-konstruk yang terus diklasifikasikan sebagai elemen kualiti perkhidmatan kerana kajian Hooper, et al., (2013) telah menunjukkan bahawa pengguna menilai skop perkhidmatan.

Organisasi kesihatan seperti hospital misalnya diwujudkan bagi memenuhi keperluan masyarakat dalam membantu menyelesaikan pelbagai masalah yang berkaitan dengan kesihatan (Yusof Boon & N Azlinda Kasma 2011) dan dapat memberikan rasa puas hati kepada pesakit. Kepuasan pesakit memainkan peranan penting dalam memastikan penggunaan perkhidmatan kesihatan, rawatan berterusan dan kepatuhan terhadap rawatan (Hazlinda Tohid et. al. 2012). Perkhidmatan yang disediakan di hospital termasuk perspektif klinikal dan perspektif fizikal yang akan menyumbang kepada kepuasan pengguna terhadap hospital. Menurut kajian oleh Noor Hazilah Abd Manaf dan Phang Siew Nooi (2009), mengenai perspektif klinikal termasuk perkhidmatan doctor dan jururawat, ubat-ubatan yang ditetapkan, maklumat yang diberikan mengenai keadaan dan juga perspektif fizikal termasuk kebersihan, persekitaran, proses pendaftaran dan keselesaan bilik menunggu dikalangan pesakit.

2.13. HIPOTESIS PENYELIDIKAN

Berdasarkan pada Rajah 2.5 Kerangka Konseptual Penyelidikan maka selanjutnya diuraikan hipotesis penyelidikan sebagai berikut:

1. **H-2:** Kualiti perkhidmatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pesakit.

2. **H-3:** Kualiti perkhidmatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesetiaan pesakit.
3. **H-4 :** Kepuasan pesakit berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesetiaan pesakit
4. **H-5:** Kualiti perkhidmatan berpengaruh positif dan signifikan melalui kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit.

2.14. KESIMPULAN

Pemboleubah bebas penyelidikan ini adalah kualiti perkhidmatan dan dua pemboleubah bersandar iaitu kepuasan dan kesetiaan pesakit. Enam aspek perkhidmatan hospital yang dikaji meliputi perkhidmatan proses pendaftaran, kecekapan doktor, kemahiran jururawat, perkhidmatan farmasi, keselesaan bilik rawatan, keselesaan persekitaran hospital serta penyediaan makanan dan minuman. Setiap aspek ini mengandungi dimensi penampilan, kebolehpercayaan, maklumbalas, jaminan dan empati. Pemboleubah kepuasan pesakit adalah persepsi tahap kepuasan yang diungkapkan oleh pesakit terhadap keseluruhan perkhidmatan yang telah diterima mengandungi beberapa dimensi iaitu keberkesanan, pilihan, keselesaan, keselamatan, pengetahuan dan kemahiran santifik. Pemboleubah kesetiaan pesakit pula adalah kesetiaan pesakit untuk terus menerima rawatan, mencadangkan kepada orang lain, keyakinan terhadap perkhidmatan dan memberikan imej yang baik terhadap hospital. Terdapat beberapa dimensi seperti kesetiaan terhadap hospital, mempromosikan hospital kepada orang lain dan membicarakan hal-hal yang positif hospital kepada orang lain.

BAB III

KAEDAH PENYELIDIKAN

3.1 PENGENALAN

Kajian ini meneroka dan memahami hubungkait kualiti perkhidmatan kesihatan di hospital milik pemerintahan di Kota Makassar terhadap kepuasan dan kesetiaan pesakit. Bahagian yang diperincikan dalam bab ini adalah mengenai pendekatan kajian, reka bentuk pensampelan, pemilihan Sampel, saiz sampel, alat pengukuran, kerangka model dan analisis data. Bab ini juga membincangkan prosedur analisis Pemodelan Persamaan Struktur (SEM).

3.2 PENDEKATAN KAJIAN

Pendekatan kajian ini adalah kuantitatif. Kelebihan pendekatan kuantitatif adalah dapat memenuhi objektif. Pendataan ini menggunakan data-data berangka yang lebih tepat dan memudahkan proses analisis. Proses membuat keputusan lebih cepat dan menjimatkan kos pemprosesan kerana dibantu penggunaan komputer. Secara tidak langsung akan meningkatkan kecekapan (Sugiyono, 2009). Reka bentuk penyelidikan ini juga adalah kajian kes, terhadap perkhidmatan kesihatan percuma terhadap pesakit rawatan dalam di hospital di Kota Makassar.

3.3 WAKTU DAN LOKASI PENYELIDIKAN

Pengumpulan data dilaksanakan mulai Mei hingga Jun 2014 di 4 buah hospital milik pemerintah di Kota Makassar. Hospital tersebut ialah Hospital A, Hospital B, Hospital C dan Hospital D. Hospital ini diberi kod dengan alasan etik terhadap hospital tersebut, hal ini disebabkan kerana penyelidik tidak mendapat surat kebenaran

menggunakan nama hospital dalam penyelidikan, penyelidik hanya mendapatkan surat kebenaran mengutip data pada hospital.

3.4 POPULASI DAN SAMPEL

Populasi kajian ini adalah seluruh pesakit dalam yang berada di empat hospital, sedangkan sampel kajian ini adalah pesakit yang berada di bilik rawatan dalam yang telah melakukan kunjungan berulang sebanyak 2 kali. Pesakit yang berada di Hospital sahaja dipilih untuk kajian ini. Pesakit yang dipilih adalah pesakit yang telah melakukan kunjungan minima 2 kali. Menurut Griffin (2005), kesetiaan pengguna yang telah melakukan kunjungan melebihi 2 kali dan mampu menilai kualiti perkhidmatan.

3.5 REKA BENTUK PENSAMPELAN

Terdapat dua jenis reka bentuk pensampelan dalam membuat suatu kajian. Pertama secara kebarangkalian dan kedua bukan kebarangkalian. Kedua jenis reka bentuk pensampelan tersebut mempunyai objektif untuk memilih individu daripada populasi iaitu individu tersebut dapat mewakili populasi yang dikaji (Malhotra, 1996).

Reka bentuk pensampelan yang digunakan dalam konteks kajian ini adalah kebarangkalian, iaitu menggunakan teknik pensampelan rawak berstrata. Menurut Sukardi (2004), jika populasi terdiri dari sub populasi maka sampel penyelidikan diambil dari setiap sub populasi. Cara pengambilannya dapat dilakukan secara rawak dengan menggunakan jadual nombor rawak. Teknik pensampelan pensampelan rawak berstrata sangat tepat digunakan untuk mendapatkan sasaran Sampel yang beraneka ragam(Notoatmodjo, 2003).

Penyelidik mengedarkan soal selidik kepada pesakit rawatan dalam di bilik kelas 3 sampel sebanyak 450. Sampel pemilihan di setiap hospital dilakukan masa enam bulan secara rawak berstrata dengan menggunakan jadual nombor rawak. Pesakit

yang kami temui dan telah sesuai sebagai kriteria dan bersedia untuk mengisi kuesioner yang kami jadikan sampel.

3.6 SAIZ SAMPEL

Objek kajian terbatas kepada pesakit yang menjalani rawatan dalam di hospital pemerintah Kota Makassar. Sampel yang diteliti adalah pesakit yang menjalani rawatan dalam di bilik kelas 3. Hospital yang menjadi tempak kajian dijalankan iaitu hospital A, hospital B, hospital C dan hospital D. Pemilihan keempat hospital tersebut atas dasar hospital ini merupakan keseluruhan hospital pemerintah Kota Makassar yang memberikan perkhidmatan kesihatan percuma untuk masyarakat miskin, selain itu banyaknya keluhan masyarakat sebagaimana telah dikemukakan pada Jadual 1.4 dan Jadual 1.5. Jika menggunakan model analisis struktur (SEM) mensyaratkan jumlah Sampel antara 100 – 200 (Hadi, 1999). Menurut Ferdinand, (2002) pula, saiz sampel yang harus dipenuhi adalah minimum berjumlah 100 orang dan dengan menggunakan perbandingan 5-10 Sampel bagi setiap indikator. Jumlah indikator kajian ialah sebanyak 90 indikator. Oleh itu setiap indikator perlukan 5 Sampel, maka jumlah saiz sampel kajian ialah 450 Sampel.

Untuk mengira saiz sampel bagi setiap hospital, dilakukan secara berkadar dengan menggunakan formula (Umar 2001) seperti berikut:

$$n_i = \frac{P_i}{P} xn$$

Keterangan:

n_i = jumlah sampel diperingkat hospital

P_i = jumlah populasi diperingkat hospital

P = jumlah populasi pesakit di seluruh hospital yang diteliti

n = jumlah sampel minimal

Jadual 3.1 Populasi dan saiz sampel Hospital milik pemerintah Kota Makassar

No.	Hospital	Jumlah pesakit Jan - Mei 2014	
		Populasi	Sampel
1	Hospital A	1,752	137
2.	Hospital B	1,231	96
3.	Hospital C	1,344	105
4.	Hospital D	1,418	112
	TOTAL	5,745	450

3.7 DEFINISI OPERASI

Kualiti Perkhidmatan dalam konteks kajian ini ialah persepsi pesakit yang menerima rawatan dan yang menginap di hospital. 6 aspek perkhidmatan hospital yang dinilai oleh pesakit meliputi perkhidmatan proses pendaftaran, kecekapan doktor, kemahiran jururawat, farmasi, penyelesaian bilik rawatan, penyelesaian persekitaran hospital serta kualiti makanan. Setiap aspek ini mengandungi dimensi penampilan, kebolehpercayaan, maklum balas, jaminan dan empati.

Keseluruhan Kepuasan Pesakit adalah persepsi tahap kepuasan yang diungkapkan oleh pesakit terhadap keseluruhan perkhidmatan yang diterima pada hari dilakukan soal selidik.

Kesetiaan Pesakit adalah kesetiaan pesakit untuk terus kekal menerima rawatan, mencadangkan kepada orang lain, keyakinan terhadap perkhidmatan dan memberikan imej yang baik terhadap hospital.

3.8 ALAT PENGUKURAN

Kajian ini menggunakan borang soal selidik yang dikemukakan oleh pesakit. Pengukuran kualiti perkhidmatan hospital diambil berdasarkan kombinasi dari beberapa penyelidikan lalu terutama Parasuraman et al. (1988). Alasannya adalah

semakin banyak pembolehubah yang dikenalpasti semakin memungkinkan bagi penyedia perkhidmatan untuk memperluas piawai kualiti berdasarkan keperluan dan permintaan pesakit. Seterusnya, soal selidik terdahulu tidak sepenuhnya dapat mencakupi semua faktor yang penting dalam sistem perkhidmatan, termasuk kepuasan dan kesetiaan dari perkhidmatan kesihatan. Pengurusan sistem kesihatan yang baik bergantung pada kemasukan pesakit dan pihak hospital, yang kemudian dipantau dan digunakan untuk peningkatan kualiti perkhidmatan kesihatan. Pada pengukuran kualiti perkhidmatan, kepuasan pesakit, dan kesetiaan pesakit dilihat pada Jadual 3.2.

Untuk pembolehubah kualiti perkhidmatan mempunyai 7 dimensi iaitu dimensi pendaftaran, kecekapan doktor, jururawat, farmasi, persekitaran, bilik rawatan serta penyediaan makanan dan minuman. Dimensi pendaftaran mempunyai 12 indikator iaitu kecukupan pegawai, pakaian pegawai, jadual perkhidmatan, fasiliti, kebersihan, pendaftaran cepat, perkhidmatan yang adil, kepercayaan, melaksanakan tugas, sikap simpatik, cepat bertindak, jarak (Mainz, 2003 dan Duggirala, et al, 2008). Dimensi kecekapan doktor terdapat 12 indikator iaitu jumlah doktor, pakaian doktor, tepat waktu, ketelitian, cepat tanggap, penjelasan ubat, peluang pesakit, menenangkan, menjelaskan pertanyaan, kesantunan doktor, menjaga kerahsiaan, melayani keluarga pesakit (Asmita, 2008). Dimensi kecekapan jururawat juga terdapat 12 indikator iaitu jumlah jururawat, pakaian jururawat, tepat waktu, rawatan teliti, cepat tanggap, menguasai peralatan, berbincang, bertindak segera, perkhidmatan mesra, rasa tenteram, menjaga kerahsiaan, melayani keluarga pesakit (Yunus, et al, 2013). Dimensi farmasi terdapat 11 indikator iaitu jumlah pegawai, pakaian pegawai, tepat waktu, kelengkapan ubat, susunan kemas, kenyamanan, kebersihan, kejelasan, penyampaian, pengambilan ubat, perkhidmatan baik (Carman, 2000). Dimensi persekitaran hospital terdapat 14 indikator iaitu kebersihan, tempat sampah, keindahan taman, kenyamanan udara, ketenteraman, ruang letak kereta, pagar, penampungan sampah, tidak berbau, cahaya lampu, papan petunjuk, keamanan, keselamatan (Mainz, 2003). Dimensi bilik rawatan pula terdapat 10 indikator iaitu kebersihan tandas, kebersihan lantai, kebersihan dinding, kebersihan katil, tempat sampah, kenyamanan, kekemasan bilik, cahaya lampu, alat hiburan, jumlah katil (Duggirala, et al, 2008). Dimensi Penyediaan Makanan dan Minuman terdapat 6 indikator iaitu alat makanan,

ketepatan, cita rasa, penataan, kepelbagaian makanan, perkhidmatan nyaman (Cronin & Taylor, 1992).

Pembolehubah kepuasan pesakit terdapat 5 dimensi iaitu keberkesanan, pilihan, keselesaan, keselamatan, pengetahuan dan kemahiran saintific. Pada dimensi keberkesanan terdapat 2 indikator iaitu hospital ini memenuhi keperluan saya, hospital ini memberikan perkhidmatan yang saya harapkan (Tse & Wilton, 1998). Dimensi pilihan terdapat 1 indikator iaitu hospital ini lebih baik dibandingkan dengan hospital lain (Duffy, 1998). Dimensi keselesaan terdapat 2 indikator iaitu keluhan saya direspon dengan baik, perkhidmatan oleh pegawai di hospital ini (Oliver, 1997). Dimensi keselamatan terdapat 1 indikator iaitu hospital ini dapat dipercayai (Lovelock & Wright, 2005). Dimensi pengetahuan dan kemahiran saintific terdapat 1 indikator iaitu secara keseluruhan pengalaman saya di hospital ini adalah (Kotler & Keller, 2009).

Pembolehubah kesetiaan pesakit terdapat 5 dimensi iaitu kesetiaan terhadap hospital, mereferensikan kepada orang lain, membicarakan hal – hal positif kepada orang lain, mengunjungi hospital secara berulang, menunjukkan kekebalan terhadap hospital. Pada dimensi kesetiaan terhadap hospital terdapat 1 indikator iaitu saya tidak ingin berpindah ke hospital lain (Kotler, 2002). Dimensi mereferensikan kepada orang lain terdapat 1 indikator iaitu saya selalu menyarankan hospital ini ke orang lain (Kotler, 2002). Dimensi membicarakan hal – hal positif kepada orang lain terdapat 2 indikator iaitu saya yakin hospital ini adalah hospital yang terbaik, saya menceritakan kebaikan perkhidmatan hospital ini kepada orang lain (Griffin, 2005). Dimensi mengunjungi hospital secara berulang terdapat 2 indikator iaitu saya memilih hospital ini adalah pilihan yang tepat, apabila saya sakit lagi, saya akan memilih hospital ini lagi (Kotler, 2002). Dimensi menunjukkan kekebalan terhadap hospital pesaing terdapat 1 indikator iaitu walaupun terdapat kekurangan di hospital ini, saya tidak akan beralih ke hospital lain (Griffin, 2005).

Jadual 3.2 Indikator Pembolehubah

Variabel Laten	Dimensi	Indikator	Rujukan
Kualiti Perkhidmatan	a) Pendaftaran	12 indikator	Parasuraman et al. (1988), Mainz, (2003); Carman, (2000); Yunus, et al, 2013); Duggirala, et al, (2008); Asmita, (2008), Cronin & Taylor 1992
	b) Kecekapan Doktor	12 indikator	
	c) Kecekapan Jururawat	12 indikator	
	d) Farmasi	11 indikator	
	e) Persekitaran	13 indikator	
	f) Bilik Rawatan	10 indikator	
	g) Penyediaan Makanan dan minuman	6 indikator	
Kepuasan pesakit	a. Keberkesanan	2 indikator	Duffy, (1998), Oliver (1997), dan Kotler, (2002) Oliver (1993), Kotler & Keller (2009), Tse & Wilton (1998), Lovelock & Wright (2005)
	b. Pilihan	1 indikator	
	c. Keselesaian	2 indikator	
	d. Keselamatan	1 indikator	
	e. Pengetahuan dan Kemahiran Saintific	1 indikator	
Kesetiaan pesakit	a) Kesetiaan terhadap hospital	1 indikator	Griffin, (2005); dan Kotler, (2002)
	b) Merefereasikan kepada orang lain	1 indikator	
	c) Membicarakan hal-hal yang positif kepada orang lain	2 indikator	
	d) Mengunjungi hospital secara berulang	2 indikator	
	e) Menunjukkan kekebalan terhadap hospital pesaing	1 indikator	

3.9 KESAHAN DAN KEBOLEHPERCAYAAN SOAL SELIDIK

Pengujian terhadap kesahan dan kebolehpercayaan soal selidik melalui kajian rintis sangat penting dilakukan sebagai pensyarat utama sebelum kajian sebenar dijalankan. Hal ini dilakukan agar diperoleh item – item soal selidik yang dapat mengukur atribut – atribut pembolehubah yang hendak diukur.

Kesahan adalah suatu ukuran yang menunjukkan tahap kesahihan soal selidik(Suharsimi, 2010). Soal selidik yang sah memiliki kesahihan tinggi. Sebaliknya, soal selidik yang kurang tepat bererti ketepatan rendah. Selain itu, soal selidik itu sah jika mampu mengukur apa yang diinginkan serta dapat mengukur data daripada pembolehubah yang diteliti secara tepat. Hal ini diperkuat oleh (Azwar, 2003) bahawa kesahan ialah sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi mengukurnya.

Kebolehpercayaan alat pengukuran merupakan perkara yang perlu ditentukan terlebih dahulu sebelum sesuatu alat pengukuran itu digunakan untuk mengumpul data dalam sesuatu kajian. Asas mempertimbangkan kebolehpercayaan alat pengukuran adalah kerana alat pengukuran yang digunakan untuk mengukur lazimnya memberikan nilai ukuran yang dipengaruhi ralat. Bagi menentukan tahap kebolehpercayaan alat pengukuran kajian. Penyelidik menggunakan analisis statistik kaedah *cronbach alpha* untuk mendapatkan indeks kebolehpercayaan setiap konstruk yang berkenaan.

Secara amnya, kebolehpercayaan merupakan ukuran keupayaan sesuatu alat pengukuran penyelidikan dalam mengukur permasalahan (pembolehubah) kajian secara konsisten setiap kali ia digunakan pada masa, tempat, dan sampel yang berlainan. Kebolehpercayaan soal selidik pula menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran dengan alat tersebut dapat dipercayai. Ini ditunjukkan oleh darjah ketekalan skor yang diperoleh daripada subjek yang diukur dengan alat yang sama atau diukur dengan alat yang setara pada keadaan berbeza (Azwar 2003, Suryabrata, 2003).

Kebolehpercayaan soal selidik kajian ini diuji dengan menggunakan prosedur alpha cronbach yang diasaskan kepada model kekonsistenan dalaman. Semakin hamper nilai alpha kepada 1, ia menunjukkan tahap kebolehpercayaan yang tinggi. Sekiranya nilai alpha kurang daripada 0.6, maka alat pengukuran yang digunakan dalam kajian mempunyai nilai kebolehpercayaan yang rendah. Menurut Sujianto, (2007) terdapat lima tingkatan alpha iaitu : 0.00 – 0.20 = kurang boleh dipercayai, 0.21 – 0.40 = agak boleh dipercayai, 0.41 – 0.60 = cukup boleh dipercayai, 0.61 – 0.80 = boleh dipercayai, 0.81 – 1.00 = sangat boleh dipercayai. Disamping itu pula Chua, (2006) menghuraikan bahawa sekiranya nilai korelasi lebih daripada 0.70, item – item konstruk boleh diterima dan mempunyai kesahan yang tinggi bagi mengukur setiap aspek yang hendak dikaji. Pendapat ini disokong pula Sekaran, (1992, 2003) yang menyatakan bahawa tahap kebolehpercayaan yang baik dan boleh diterima jika nilai alpha daripada 0.70. Dalam konteks kajian ini, penyelidik merujuk ujian kebolehpercayaan pada alpha cronbach lebih daripada 0.70.

Jadual 3.3 Kebolehpercayaan Alat Ukur

Pembolehubah	Dimensi	Indikator	Cronbach alpa
Kualiti Perkhidmatan	a. Pendaftaran	12 indikator	0.995
	b. Kecekapan Doktor	12 indikator	0.994
	c. Kecekapan Jururawat	12 indikator	0.993
	d. Farmasi	11 indikator	0.944
	e. Persekitaran	13 indikator	0.991
	f. Bilik Rawatan	10 indikator	0.993
	g. Penyediaan Makanan dan minuman	6 indikator	0.821
Kepuasan pesakit	a. Keberkesanan	2 indikator	0.988
	b. Pilihan	1 indikator	0.944
	c. Keselesaan	2 indikator	0.991
	d. Keselamatan	1 indikator	0.993
	e. Pengetahuan dan Kemahiran Saintific	1 indikator	0.988

Kesetiaan pesakit	a. Kesetiaan terhadap hospital	1 indikator	0.989
	b. Merefereasikan kepada orang lain	1 indikator	0.944
	c. Membicarakan hal-hal yang positif kepada orang lain	2 indikator	0.991
	d. Mengunjungi hospital secara berulang	2 indikator	0.993
	e. Menunjukkan kekebalan terhadap hospital pesaing	1 indikator	0.989

Manakala, untuk mengetahui kebolehpercayaan hasil pengukuran yang mengandungi ketelitian maka dilakukan satu uji kebolehpercayaan. Kebolehpercayaan data yang diperoleh dari alat ukur diuji ketekalannya supaya penyelidik dan pembaca mempunyai keyakinan bahawa data yang dianalisis boleh dipercayai untuk menerangkan keputusan kajian Boon & Nasir, (2011). Menurut Choi & Meek, (2005); Baldwin & Sohal, (2003); Ramsaran, (2005) menyatakan bahawa tahap kebolehpercayaan yang baik dan boleh diterima jika nilai alpha daripada 0.72 – 0.97, ini masih lebih baik daripada hasil kajian rintis yang dilakukan oleh penyelidik dengan range nilai alpha 0.82 - 0.995.

Bagi matlamat ujian ini, pengkaji telah menjalankan kajian rintis ke atas 30 orang Sampel. Hal ini selari dengan pendapat Sugiyono, (2009) yang menyatakan bahawa had minimum sampel kajian yang diperlukan bagi matlamat kajian ini dan membuat pengujian hipotesis ialah seramai 30 orang Sampel. Sementara itu, parasuraman (1991) menghuraikan bahawa kajian rintis merupakan satu bentuk pra kajian yang dilakukan terhadap sebilangan Sampel yang berupaya menunjukkan sama ada terdapat sebarang bentuk kekurangan atau tidak pada alat pengukuran kajian yang dibina. Kajian rintis ini juga dibuat untuk melihat tahap kefahaman sampel terhadap arahan dan item – item yang terkandung dalam soal selidik. Disamping itu pula maklum balas yang diperoleh akan digunakan untuk memperbaiki bahagian yang lemah dalam soal selidik. Daripada ujian kebolehpercayaan yang telah dijalankan,

didapati item – item soalan dalam setiap bahagian soal selidik yang digunakan boleh diterima kerana semua nilai alpha cronbach yang diperoleh lebih daripada 0.82 - 0.995. Nilai alpha bagi setiap bahagian adalah seperti dalam jadual A.1 (lampiran).

3.10 KERANGKA MODEL KAJIAN

Bahagian ini menjelaskan hubungkait tiga pembolehubah utama kajian ini. Pembolehubah tersebut adalah kualiti perkhidmatan, kepuasan pelanggan dan kesetiaan pesakit.

3.10.1 Kualiti perkhidmatan dan kepuasan pesakit

Beberapa penyelidik dan akademik mempersoalkan isu apakah kualiti perkhidmatan dan kepuasan adalah konstruk yang sama atau berbeza (Dabholkar, 1995, 1996; Oliver, 1993). Menurut Bitner, (1990), Boulding, Kalra, Staelin, & Zeithaml, (1993) menyatakan bahawa pengukuran kualiti perkhidmatan dan kepuasan pelanggan merupakan suatu konsep yang berbeza.

Menurut Parasuraman et al. (1988, 1991), kualiti perkhidmatan ditentukan oleh perbezaan antara jangkaan pelanggan dan pencapaian prestasi daripada satu perkhidmatan. Penilaian ke atas kualiti perkhidmatan serupa dengan sikap dan hubungan. Tetapi tidak sama makna dengan pengertian yang dibuktikan dalam kajian kepuasan pelanggan (Oliver 1980, 1997, 1999). Parasuraman et al. (1988) berpendapat bahawa kualiti perkhidmatan dilihat dari segi apa pelanggan yang akan diperoleh. Seterusnya, Parasuraman et al. (1988, 1991) berpendapat kualiti perkhidmatan merupakan sikap dan penilaian berhubung dengan kecemerlangan perkhidmatan dan kepuasan pelanggan merupakan hasil daripada transaksi kedua-duanya.

Pandangan yang dikemukakan oleh Parasuraman et al. (1988, 1991) mendapat sokongan dari Bolton & Drew, (1991) yang menyatakan bahawa penilaian pelanggan ke atas kualiti perkhidmatan secara langsung dipengaruhi oleh jangkaan dan yang diperoleh. Dengan kata lain, tingkat jangkaan dan persepsi prestasi perkhidmatan memberi kesan kepada kepuasan pelanggan sama ada secara langsung atau pun tidak

langsung. Berasaskan kepada konsep ini, Parasuraman et al. (1988, 1991) dan Bolton dan Drew (1991) menyatakan bahawa penilaian keatas kepuasan pelanggan memerlukan pengalaman terlebih dahulu.

Beberapa penyelidik menyatakan bahawa kualiti merupakan penyebab kepada kepuasan pelanggan (Anderson & Sullivan, 1993; Cronin & Taylor 1992; Fornell 1992; Oliver 1993; Taylor 1994; Woodside et al. 1993). Cronin dan Taylor (1992) menyatakan bahawa persepsi kualiti perkhidmatan merupakan penentu ke atas kepuasan pelanggan, dan keinginan pelanggan untuk melanggan kembali.

Hubungan antara kualiti perkhidmatan dan kepuasan pelanggan tidak dapat memberikan konsensus. Menurut Dabholkar (1995), dalam perspektif kualiti perkhidmatan global dan kepuasan dapat diukur dengan menilai dengan keseluruhan kualiti perkhidmatan atau menilai aspek-aspek penting perkhidmatan sahaja. Manakala Boulding et al. (1993) menyatakan bahawa kualiti perkhidmatan merupakan suatu konstruk yang kumulatif dan perlu dikemas kini setiap masa berdasarkan kepada pengalaman pelanggan dan disesuaikan dengan bentuk dan spesifikasi kajian (Parasuraman et al. 2004).

3.10.2 Kepuasan Pelanggan dan Kesetiaan Pelanggan

Teori mendapati pengertian kepuasan pelanggan dan kesetiaan pelanggan adalah berbeza (Kotler, 2001). Kesetiaan pelanggan adalah satu dimensi untuk mengukur bagaimana pengguna kembali dan bersedia menggunakan perkhidmatan yang disediakan. Dengan kata lain, kepuasan pelanggan menjadi pra-syarat kepada kesetiaan.

Manakala Olivea et al. (1992) menjelaskan terdapat dua titik kritikal yang mempengaruhi hubungan antara kepuasan dan kesetiaan. Pertama, ketika kepuasan ke atas perkhidmatan mencapai titik tertentu, maka kesetiaan juga akan meningkat. Kedua, pada masa yang sama ketika kepuasan menurun pada satu titik tertentu, maka kesetiaan juga akan menurun lebih lanjut. Oliva et al. (1992) menjelaskan pula bahawa bila sedikit terjadi perubahan dalam kepuasan maka akan memberi pengaruh

keatas kesetiaan. Hubungan antara keduanya dapat menjadi linear ataupun bukan linear bergantung kepada keterlibatan pengguna.

Kajian sebelumnya mendapati bahawa kepuasan pelanggan mempunyai kesan langsung dan positif ke atas kesetiaan pelanggan (Bloemer et al. 1998; Ruyter 1998; Boulding, et al. 1993; Zeithmal et al 1996). Manakala Anderson dan Sullivan (1993) menyatakan bahawa keinginan untuk membeli berulang dipengaruhi oleh kepuasan pelanggan. Pelanggan akan tetap setia kepada syarikat apabila tingkat kepuasan yang diterimanya terus meningkat. Manakala Cronin dan Taylor (1992) menyarankan bahawa dari persepsi kualiti perkhidmatan dan kepuasan pertalian adalah positif dengan kesetiaan.

Kualiti perkhidmatan mempunyai peranan penting yang memberi kesan ke atas kesetiaan pelanggan. Fornell (1992) menyatakan bahawa tingginya kualiti akan menghasilkan tingginya kesetiaan pelanggan terhadap satu syarikat dan pada akhirnya akan menguntungkan syarikat. Manakala, Bitner et al. (1990) menjelaskan bahawa tingginya kualiti perkhidmatan akan menghasilkan kesetiaan pelanggan dan akan mendapat sokongan pelanggan yang setia. Pandangan yang sama dinyatakan oleh Dick dan Basu (2004) bahawa kualiti perkhidmatan akan mendorong kepada lawatan berulang-ulang, serta menghasilkan kesan positif promosi dari mulut ke mulut.

Meskipun kepuasan pelanggan dan kualiti perkhidmatan adalah sama penting kepada semua syarikat, akan tetapi kepuasan pelanggan merupakan aspek yang paling penting kepada kesetiaan pelanggan (Muslim Amin 2009). Rust dan Zahorik (1993) menjelaskan bahawa kualiti perkhidmatan merupakan salah satu pemboleh ubah dari beberapa pemboleh ubah yang lain yang dapat memberi kesan kepada keputusan pelanggan untuk menggunakan suatu perkhidmatan. Hal yang sama dijelaskan oleh Cronin et al. (2000) bahawa kualiti perkhidmatan mempunyai hubungan positif dengan keinginan pelanggan samada secara langsung mahupun diantara kepuasan pelanggan.

Penentuan untuk pembolehubah bersandar dan pembolehubah bebas dalam model penyelidikan ini, dikategorikan dalam dua tahap. Tahap I, kualiti

perkhidmatan kesihatan merupakan pembolehubah bebas, sedangkan kepuasan pesakit sebagai pembolehubah bersandar. Tahap 2, kepuasan pesakit merupakan pembolehubah bebas, sedangkan kesetiaan pesakit sebagai pembolehubah bersandar. Secara ringkas telah disediakan seperti berikut:

Jadual 3.4. Pembolehubah Penyelidikan

Tahap	Pembolehubah Bebas	Pembolehubah Moderating	Pembolehubah Bersandar
I	Kualiti Perkhidmatan		Kepuasan
II	Kepuasan		Kesetiaan
III	Kualiti Perkhidmatan	Kepuasan	Kesetiaan

3.11 ANALISIS DATA

Setelah Sampel mengisi kuesioner kemudian dimasukkan kedalam perisian Microsoft Exel dan program SPSS versi 21.0 dan dijalankan untuk mendapatkan statistik deskriptif untuk mendapatkan menggambarkan demografi pesakit yang terdiri dari jantina, suku, umur, agama, pekerjaan, status berkahwin, pendapatan bulanan, dan jumlah kunjungan.

3.11.1 Analisis Deskriptif

Analisis ini digunakan untuk menunjukkan nilai kekerapan, nilai peratus, nilai *mean*, nilai sisihan piawai dari keseluruhan pembolehubah dan indikatornya. Adapun pemboleh ubah yang dianalisis terdiri dari dua tahap, tahap yang pertama adalah pengaruh pemboleh ubah endogen (kualiti perkhidmatan) kepada pemboleh ubah eksogen (kepuasan dan kesetiaan pesakit), sedangkan tahap kedua pengaruh pemboleh ubah endogen (kualiti perkhidmatan) terhadap pemboleh ubah eksogen (kesetiaan pesakit) melalui pemboleh ubah pengantara (kepuasan pesakit) dengan bantuan perisian SPSS versi 20.

Sebelum menjalankan analisis SEM dibuat uji taburan normal dengan menggunakan bantuan perisian SPSS versi 21.0 yang bertujuan untuk mengetahui ciri-ciri dari data tersebut.

3.11.2 Analisis Inferensi

Penyelidikan ini bertujuan untuk membuktikan pengaruh pemboleh ubah endogen (kualiti Perkhidmatan) terhadap pemboleh ubah eksogen (kesetiaan pesakit). Pengaruh tersebut sangat kompleks, dimana terdapat pemboleh ubah endogen (kualiti Perkhidmatan), pemboleh ubah pengantara (kepuasan pesakit) dan pemboleh ubah eksogen (kesetiaan pesakit). Oleh kerana itu, alat analisis yang digunakan dalam pengujian hipotesis adalah menggunakan analisis SEM (*Structural Equation Modeling*) persamaan struktural dengan bantuan perisian AMOS.

Analisis SEM diperlukan dalam rangka menguji suatu rangkaian hubungan saling ketergantungan diantara pemboleh ubah secara simultan. Teknik ini berguna apabila satu Pemboleh ubah endogen menjadi pemboleh ubah eksogen dalam hubungan persamaan selanjutnya.

Pemodelan persamaan struktur adalah analisis dengan pendekatan pengesahan untuk menganalisis data multivariate (Byrne, 2010; Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, (2006). Alasan menggunakan persamaan pemodelan struktur untuk menguji semua pemboleh ubah yang terdapat dalam kajian, dan juga untuk mengukur kesan langsung dan kesan tidak langsung ke atas pemboleh ubah endogen mahupun pemboleh ubah eksogen (Bryne 2010; Hair et al. 2006). Penggunaan SEM membolehkan untuk menerangkan hubungan kasualitas diantara pemboleh ubah endgen dan pemboleh ubah eksogen.

Langkah-langkah yang dilakukan dalam pengujian SEM dihuraikan adalah seperti berikut ini: 1) Pengembangan model teoritis. Dalam langkah ini, hal yang harus dilakukan adalah melakukan serangkaian eksplorasi ilmiah melalui kajian perpustakaan bagi mendapatkan justifikasi atas model teori yang akan dikembangkan. SEM digunakan bukan untuk menghasilkan sebuah model, tetapi digunakan untuk

mengkonfirmasi model teoritis melalui data empirik. 2) Pengembangan diagram alur (*path diagram*). Langkah kedua, model teoritis yang telah dibangun pada tahap pertama kemudian digambarkan dalam sebuah path diagram untuk mempermudah melihat hubungan-hubungan kausalitas yang ingin diuji. Dalam diagram alur, hubungan antar konstruk akan dinyatakan melalui anak panah. Anak panah yang lurus menunjukkan sebuah hubungan kausal yang langsung antara konstruk dengan konstruk lainnya sedangkan garis lengkung antar konstruk dengan anak panah pada setiap ujungnya menunjukkan korelasi antara konstruk. Konstruk yang dibangun dalam diagram alur dapat dibedakan dalam dua kelompok yaitu a) Konstruk eksogen, yang dikenal sebagai pembolehubah bebas yang tidak dijangka oleh Pembolehubah yang lain dalam model. Konstruk eksogen adalah konstruk yang dituju oleh garis dengan satu ujung panah; b) Konstruk endogen, yang merupakan faktor-faktor yang dijangka oleh satu atau beberapa konstruk. Konstruk endogen dapat menjangkakan satu atau beberapa konstruk endogen lainnya, tetapi konstruk eksogen hanya dapat berhubungan kausal dengan konstruk endogen. 3) Konversi diagram alur ke dalam persamaan struktural dan model pengukuran. Persamaan yang diperoleh dari diagram alur dikonversi ke dalam: a) Persamaan struktural, yang dirumuskan untuk menyatakan hubungan kausalitas antara pelbagai konstruk; b) Persamaan spesifik model pengukuran, dimana harus ditentukan Pembolehubah yang mengukur konstruk dan menentukan serangkaian matriks yang menunjukkan korelasi yang dihipotesiskan antar konstruk atau Pembolehubah. Komponen-komponen struktural penilaian hipotesis hubungan kausal, antara Pembolehubah laten pada model kausal dan menunjukkan sebuah pengujian seluruh hipotesis dari model sebagai satu keseluruhan. Sisi sebelah kiri dari tiap persamaan model yang diajukan merupakan pembolehubah yang diamati dan sisi sebelah kanan untuk Pemboleh ubah-Pemboleh ubah pembolehubah terpendam. 4) Memilih matriks input dan estimasi model. SEM menggunakan input data yang hanya menggunakan matriks varians/kovarians atau matrik korelasi untuk keseluruhan estimasi yang dilakukan. Matrik kovarian digunakan kerana SEM memiliki keunggulan dalam melihatkan perbandingan yang tepat antara populasi yang berbeza yang tidak dapat dilihat oleh korelasi. 5) Kemungkinan munculnya masalah identifikasi. Masalah identifikasi pada prinsipnya adalah masalah mengenai ketidakmampuan dari model yang dikembangkan untuk menghasilkan estimasi yang unik. Bila setiap kali estimasi dilakukan muncul masalah

identifikasi, maka sebaiknya model dipertimbangkan ulang dengan mengembangkan lebih banyak konstruk. 6) Penilaian kriteria *goodness of fit*. Pada tahap ini dilakukan pengujian terhadap kesesuaian model melalui telaah terhadap pelbagai kriteria *goodness of fit*. Beberapa indeks kesesuaian dan *cut of value* untuk menguji apakah sebuah model dapat diterima atau ditolak, a) X^2 – *Chi-square* statistik, dimana model dipandang baik atau memuaskan bila nilai *chi-square*-nya rendah. Semakin kecil X^2 semakin baik model itu dan diterima berdasarkan probabilitas dengan cut-off value sebanyak $p > 0.05$ atau $p > 0.10$; b) RMSEA (*the root mean square error of approximation*) yang menunjukkan *goodness of fit* yang dapat diharapkan bila model diestimasi dalam populasi (Hair *et.al.*, 1996). Nilai RMSEA yang lebih kecil atau sama dengan 0.08 merupakan indeks untuk dapat diterimanya model yang menunjukkan sebuah *close fit* dari model itu berdasarkan *degrees of freedom*; c) GFI (*goodness of fit index*), adalah ukuran non statistikal yang mempunyai rentang nilai antara 0 (*poor fit*) sampai dengan 1.0 (*perfect fit*). Nilai yang tinggi dalam indeks ini menunjukkan sebuah *better fit*; d) AGFI (*adjusted goodness of fit index*), dimana tahap penerimaan yang dicadangkan adalah bila AGFI mempunyai nilai sama dengan atau lebih besar dari 0.90; e) CMIN/DF, adalah *the minimum sample discrepancy function* yang dibagi dengan *degree of freedom*. CMIN/DF tidak lain adalah statistik *chi-square*, X^2 dibagi DF-nya disebut X^2 relatif. Bila nilai X^2 relatif kurang dari 2.0 atau 3.0 adalah indikasi dari *acceptable fit* antara model dan data; f) TLI (*tucker lewis index*), merupakan *incremental index* yang membandingkan sebuah model yang diuji terhadap sebuah *base line model*, dimana nilai yang dicadangkan sebagai acuan untuk diterimanya sebuah model adalah ≥ 0.95 (Hair *et.al.*, 1997). Nilai yang mendekati 1 menunjukkan *a very good fit*; g) CFI (*Comparative fit index*), dimana bila mendekati 1, mengindikasikan tingkat fit yang paling tinggi (Arbuckle, 1997). Nilai yang dicadangkan adalah $CFI \geq 0.95$; h) Analisis jalur berdasarkan kesan langsung (*direct effect*), kesan tidak langsung (*Indirect effect*) dan kesan keseluruhan (*total effect*).

Jadual 3.5 Syarat *goodness of fit index*

Syarat	Penyelidik
$X^2 - Chi-square$ nilai $p > 0.05$	Hair <i>et.al.</i> , (1995); Browne (1982); Browne (1984); Kullback & Leibler, (1951)
RMSEA nilai ≤ 0.08	Hair <i>et.al.</i> , (1995); Browne & Cudeck, (1993); Steiger & Lind, (1980); Dagger & Sweney, (2007)
GFI nilai 0 - 1	Tanaka & Huba, (1985); Browne, (1982), (1984)
AGFI nilai ≥ 0.90	Hair <i>et.al.</i> , (1995); Hullan, (1996)
CMIN/DF nilai ≤ 2.0 atau 3.0	Carmines & McIver, (1981); Marsh & Hocevar, (1985); Byrne, (1989).
TLI nilai ≥ 0.95	Arbuckle, (1997); Hair, Anderson, Tatham, & Black, (1995); Bollen, (1989); Bentler & Bonett, (1980)
CFI nilai ≥ 0.95	McDonald & Marsh, (1990); Bentler, (1990); Byrne, (1997)

Analisis pengesahan faktor digunakan untuk menguji pengukuran model. Menurut (O'Leary-Kelly and Vokurka, 1998); (Sureshchandar et al, 2012); (Hair et al, 1998);, Aagja and Garg (2010); Duggirala et al (2008) dengan menggunakan uji CFA akan diketahui apakah indikator yang diuji betul – betul dapat menjelaskan konstruk.

BAB IV

PROFIL HOSPITAL

4.1 PENGENALAN

Bab ini menjelaskan mengenai profil hospital - hospital penyelidikan, Profil hospital terdiri dari sejarah penumbuhan hospital, visi dan misi hospital, bilik rawatan dalam, fasiliti serta struktur organisasi.

4.2 SEJARAH PENUMBUHAN HOSPITAL

Sejarah perkembangan hospital di Indonesia pertama sekali didirikan oleh *Vereenigde Oost Indische Compagnie* (VOC) pada tahun 1626 dan kemudiannya oleh tentera Inggeris pada zaman penjajahan Raffles bertujuan untuk memberi perkhidmatan kepada anggota tentera serta keluarganya secara percuma. Tambahan pula, jika masyarakat peribumi memerlukan rawatan kesihatan, mereka juga diberikan perkhidmatan yang percuma. Hal ini berlanjutan kepada hospital-hospital yang didirikan oleh golongan agama dan hospital CBZ di Jakarta, dimana hospital ini juga tidak memungut bayaran daripada masyarakat miskin dan gelandangan yang memerlukan rawatan kesihatan. Semua ini telah memberikan kesan mendalam di kalangan masyarakat peribumi bahawa perkhidmatan kesihatan di hospital adalah percuma, namun mereka tidak mengetahui bahawa sejak zaman VOC, orang Eropah yang mendapatkan rawatan di hospital VOC (kecuali tentera dan keluarganya) dikenakan bayaran atau rawatan termasuklah pegawai VOC yang berkhidmat.

Sejarah perkembangan hospital A iaitu pada 16 Julai 1992 oleh Presiden Soeharto. Penubuhan Hospital A berdasarkan oleh Surat Keputusan Gabenor KDH Tk.I Sulawesi Selatan Nombor : 488/IV/1992 tentang pengurusan hospital oleh pentadbir daerah Sulawesi Selatan dan Surat Keputusan Gabenor Nombor: 802/VII/1992 tentang susunan organisasi dan cara kerja atau prosedur hospital. Manakala, Surat Keputusan Gabenor Nombor : 1314/IX/1992 tentang kadar bayaran atau caj perkhidmatan kesihatan pada Hospital A. Pada 13 Disember 1993 DEPKES menetapkan Hospital A sebagai Hospital awam milik pihak pentadbir daerah (PEMDA) Provinsi Sulawesi Selatan dengan Gred C (Kep. No. 762/XII/1993).

Pada awal penubuhannya, jumlah pegawai tetap di Hospital A adalah berjumlah 47 orang yang terdiri daripada pegawai/kakitangan kerajaan peringkat pusat yang membantu Pentadbir Daerah Sulawesi Selatan dan pegawai kerajaan peringkat daerah. Seterusnya, pada 31 Disember 1992 telah dilaksanakan proses serah terima kepada Dr. H. Sofyan Muhammad dengan menetapkan peraturan hospital yang berdasarkan Kepres No.9 tahun 1985 Pengarah Hospital A kelas C, ditetapkan sebagai pejabat struktural Eselon III/ terpilih. Pada tarikh 27 Ogos 2010 telah mengeluarkan Surat Keputusan penetapan Menteri Kesihatan Republik Indonesia tentang status gred B dengan Nombor : 1226/Menkes/SK/VIII/2010 tentang peningkatan perkhidmatan Hospital A kepada gred B. Hospital A telah mendapatkan surat kebenaran perkhidmatan hospital yang telah termaktub dalam surat keputusan Nombor: 07375/Yankes-2/V/2010 tentang pengurusan perkhidmatan Hospital A yang berkuat kuasa selama lima tahun dari tarikh 27 Mei 2010 sehingga 27 Mei 2015.

Perkembangan kualiti dalam bidang perkhidmatan telah meluluskan akreditasi kedua (12 kategori perkhidmatan) dengan nombor: Karssert/31/VII/2011 dengan meluluskan tahap lanjutan dan sehingga kini telah menyediakan 16 kategori perkhidmatan dengan standard JCI 2014. Pada tahun sebelumnya Hospital A telah mendapatkan pensijilan nombor ID.10/1526 daripada lembaga pentadbiran sistem kualiti LLSM.012-IDM dari SNI:ISO 1900:2008 pada 22 Mac 2010, seterusnya mendapat pensijilan ISO 9001:2008,ISO 18001:2007 (OHSAS),ISO 14001:2004 pada

16 Juli 2012. Pada tahun 2012 telah dilaksanakan proses persiapan dan penilaian hospital Badan Layanan Umum (BLU).

Sejak penubuhannya pada 16 Juli 1992 Hospital Umum A telah mengalami beberapa kali penggantian atau penukaran pengarah, iaitu pengarah sementara Hospital A ditugaskan kepada Ketua Pejabat Kesihatan Wilayah Sulawesi Selatan iaitu Dr. H. Udhin Muhammad Muslaini (16 Juli 1992 hingga 31 Disember 1992). 1) Pengarah Hospital A, Dr. H. Sofyan Muhammad, M.Si (31 Disember 1992-26 Ogos 2001). 2) Pengarah Hospital A, Dr. Hj. Magdaniah Moein, M.Kes (26 Agustus 2001–28 Februari 2007). 3) Pengarah Hospital A, Drg. Haris Nawawi (28 Februari 2007 – 16 Juli 2008). 4) Pengarah Hospital A, Drg. Nurhasanah Palinrungi, M.Kes (16 Juli 2008 – sekarang).

Hospital B terletak di bahagian selatan daerah Mamajang Kota Makassar yang beralamat di Jalan Dr. Ratulangi No. 81 Makassar. Hospital B didirikan pada tahun 1938 oleh Gereja Zending Genofomaf Surabaya, Malang dan Semarang sebagai Hospital Zending. Hospital B dirasmikan pada tanggal 12 Jun 1938. Ketika perang dunia kedua, hospital ini digunakan oleh pemerintah Kota praja Makassar untuk menampung mangsa perang. Pada tahun 1946 sehingga tahun 1948, Hospital B mendapat bantuan dari pemerintah Negara Indonesia Timur (NIT) untuk membaik pulih bangunan-bangunan yang hancur akibat perang.

Kapasiti katil yang disediakan ketika dirasmikan adalah sebanyak 25 katil. Pada tahun 1949 hingga 1951, Zending mendirikan bangunan kekal sehingga kapasiti katil bertambah sebanyak 170 katil (TT). Pada tahun 1952 hingga 1955, Pemerintah Daerah Kota praja Makassar membuat tambahan beberapa ruang bangunan, sehingga kapasiti katil bertambah menjadi 190 katil. Sejak 1955, Hospital B dibiayai oleh pemerintah daerah gred I Sulawesi Selatan. Pada tahun 1960, oleh Zending Hospital B diserahkan kepada pemerintah daerah gred I Sulawesi Selatan dan diurus oleh Jabatan Kesihatan Wilayah Sulawesi Selatan dengan akreditasi hospital gred C. Mulai tarikh 16 Januari 1996, melalui Peraturan Daerah Wilayah Sulawesi Selatan No.2 Tahun 1996, kelas atau kategori hospital telah dinaikkan menjadi hospital gred B.

Penubuhan Hospital C bermula dengan adanya surat daripada Kementerian Kesihatan pada tahun 1980 dengan mengarahkan Pengarah Jabatan Perkhidmatan Perubatan untuk mendirikan Klinik Daya Ujung Pandang yang ketika itu bernama “Ujung Pandang” berubah nama menjadi “Makassar”. Ini disebabkan belum wujudnya pusat perkhidmatan kesihatan di daerah daya dan sekitarnya pada tahun 1980. Oleh itu, Menteri Kesihatan bersama Pengarah Jabatan Pencegahan Penyakit Berjangkit berangkat untuk memohon dana bantuan daripada Sasakawa Memorial Health Foundation. Ketika itu, perancangan Klinik Daya Makassar yang mempunyai kapasiti 10 katil dengan rancangan dana yang diperlukan adalah sebanyak Rp20,000,000 dapat direalisasikan pada tahun 1987. Sejak awal penubuhan, Klinik Daya mendapatkan doktor-doktor dan jururawat dari Universiti Hasanuddin untuk meningkatkan kualiti kesihatan di daerah daya dan sekitarnya. Pada tahun 2004, muncul keinginan untuk mewujudkan Klinik Daya menjadi sebuah hospital, hasrat ini mendapat sokongan daripada pelbagai pihak, khususnya Datuk Bandar H. Zainal Basri Palaguna. Pembangunan hospital ini adalah atas faktor jumlah penduduk di daerah daya yang terus meningkat sehingga membuat klinik daya tidak dapat memberikan perkhidmatan kesihatan dengan baik.

Hospital C dibangunkan di atas tanah seluas 2,216 meter persegi. Ia dilengkapi dengan pelbagai kemudahan, seperti 250 katil pesakit, tabung darah, unit kecemasan, makmal kimia darah, dan bilik operasi. Pemerintah Makassar memperuntukkan anggaran sebanyak Rp. 1,5 miliar/bilion pada tahun 2010 untuk pembangunan Hospital C tahap ketiga. Keseluruhan anggaran pembangunan dari tahun 2007 hingga 2010 sekitar 50,5 Milyar/billion Rupiah. Kini, bangunan hospital terdiri daripada empat bangunan dan setiap bangunan mempunyai tiga tingkat, manakala bilik rawatan terdiri dari kelas VIP, kelas I, kelas II, dan kelas III. Hospital C juga merupakan hospital yang menjadi rujukan pesakit dari klinik, mahupun hospital daerah dari wilayah di Sulawesi Selatan. Pada ketika ini, proses pembangunan Hospital C masih dalam tahap pembinaan akhir dan masih kekurangan dalam kelengkapan peralatan seperti endoskop dan paraskop (alat diagnosis penyakit).

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan No.2/KMK.05/2010, pada 5 Januari 2010 bahwa Hospital C telah ditetapkan sebagai Hospital yang menerapkan sistem pengurusan kewangan Badan khidmat Umum (BLU) dan salah satu kewajipan hospital yang telah menerapkan sistem pengurusan kewangan BLU adalah penyusunan rancangan perniagaan anggaran, sebagaimana diatur dalam fasa Peraturan Pemerintah nombo 23 tahun 2005 yang menyatakan bahawa BLU wajib menyusun rancangan perniagaan anggaran atau Rancangan Bisnis dan Anggaran (RBA) setiap tahun yang merupakan penjelasan dari Rancangan Strategik Kementerian/Lembaga Negara (Renstra-KL).

Hospital D dibangun diatas tanah dengan luas bangunan 5,048 m² yang merupakan eks bangunan kompleks Pendidikan Guru Sekolah Luar Biasa yang terletak di Kelurahan Bulurokeng Kecamatan Biringkanaya Makassar. Yang didirikan berdasarkan wujud nyata dari harapan pemerintah untuk meningkatkan perkhidmatan kesihatan di Kota Makassar, terutama bagi pesakit miskin yang mendapatkan perkhidmatan kelas III.

Berdiri pada tahun 2009 dan bermula pada tahun 2010, hospital D menyediakan fasiliti perkhidmatan rawatan luar, rawatan dalam, Unit kecemasan 24 jam, Bilik surgeri, ICU, bilik Farmasi, Fisioterapi, Laboratorium, Radiologi, Gizi, dan Rekam Medik.

Hospital D berbermula berdasarkan izin penyelenggaraan Nombo 440/07.II/RSU/PSDK-DKK/VI/2012 dan keputusan menteri Kesihatan Republik Indonesia Nombo HK 03.05/I/2467/II tentang penetapan kelas dan terakreditasi 5 piawai perkhidmatan oleh KARS Nombo KARS-SERT/858/VI/012 dan telah meningkatkan statusnya dari Unit Perkhidmatan Teknis Dinas (UPTD) menjadi Lembaga Teknis Daerah (LTD) dengan dukungan Perda Nombo 6 tahun 2013.

4.3. VISI DAN MISI HOSPITAL

Visi hospital bertujuan menjadi hospital diyakini, terbaik, dan pilihan utama di Sulawesi Selatan sedangkan misi daripada hospital ialah meningkatkan kualiti perkhidmatan pengurusan yang ramah dan bersahabat, meningkatkan kualiti perkhidmatan melalui pembangunan sumber manusia, meningkatkan liputan perkhidmatan untuk menambah pendapatan hospital, meningkatkan kesejahteraan pekerja sebagai aset berharga bagi hospital, membangunkan dan meningkatkan infrastruktur hospital, membangunkan perkhidmatan kesihatan sempurna dan rujukan yang mengutamakan kualiti perkhidmatan

4.4. PERKHIDMATAN KESIHATAN PERCUMA

Isu kesihatan di Indonesia ketika ini merupakan masalah yang masih perlu ditangani oleh pihak pemerintah secara komited, ini disebabkan Indonesia merupakan negara yang mudah dijangkiti pelbagai jenis penyakit seperti malaria, demam denggi, kaki gajah atau filariasis, selesema burung dan selesema khinzir. Sehingga kini, Indonesia merupakan salah satu negara yang mudah dijangkiti penyakit yang berbahaya terhadap penduduk. Masalah utamanya adalah tahap kesedaran masyarakat yang masih kurang prihatin terhadap penjagaan kesihatan dan penyelidikan yang masih terbatas atas alasan masalah peruntukkan.

Masyarakat Indonesia di daerah terpencil dan pedesaan cenderung tidak memiliki kesempatan yang sama dengan masyarakat perkotaan. Jika dibandingkan dengan masyarakat perkotaan dalam hal perbezaan mengenai kebolehcapaian perkhidmatan pendidikan, kesihatan, dan perkhidmatan transportasi. Sebanyak 35 peratus dari semua anak perkotaan tidak memiliki kebolehcapaian, setidaknya satu dari perkhidmatan pendidikan, kesihatan, dan perkhidmatan transportasi, sebanyak 20 peratus yang dapat kebolehcapaian perkhidmatan pendidikan dan kesihatan, hanya sekitar 3 peratus masyarakat yang memiliki akses terhadap semua perkhidmatan pendidikan, kesihatan, dan perkhidmatan transportasi. Sebaliknya, sebanyak 58 peratus anak-anak di daerah pedesaan kekurangan kebolehcapaian setidaknya salah satu perkhidmatan pendidikan, kesihatan, dan perkhidmatan transportasi, kemudian

sepertiga dari mereka tidak memiliki kebolehcapaian perkhidmatan pendidikan dan kesihatan, dan sepertiga lainnya tidak dapat mengakses semua perkhidmatan pendidikan, kesihatan, dan perkhidmatan transportasi, sehingga mereka rentan terhadap pelbagai penyakit menular seperti malaria, denggue, dan lain sebagainya (Asian Development Bank, Papers on Indonesia, 2015).

Fenomena tersebut menjadi evaluasi bagi pemerintah untuk meningkatkan perkhidmatan seperti pendidikan dan kesihatan untuk masyarakat miskin. Pengeluaran pemerintah di bidang kesihatan sebagai bagian dari keseluruhan pengeluaran pemerintah Indonesia menunjukkan terjadi penurunan yang cukup besar dalam belanja di bidang kesihatan. Pada tahun 1996 belanja pemerintah sebanyak 9.4 peratus (tertinggi), kemudian pada tahun 1997 mengalami penurunan sehingga mencapai titik terendah iaitu 3.9 peratus. Pada tahun 2009 terjadi peningkatan sebanyak 5.9 peratus serta meningkat lagi menjadi 6.8 peratus pada tahun 2012 (Global Health Observatory Data Repository, 2014).

Program kesihatan percuma diharapkan menjadi penyelesaian dalam peningkatan produktiviti masyarakat, dimana taraf ekonomi suatu wilayah akan setara dengan taraf kesihatan masyarakat sehingga akan mewujudkan kesejahteraan secara menyeluruh (Nuraina, 2011). Undang-undang No. 32 Tahun 2004 merupakan aturan pemerintah dalam mengatasi isu kesihatan dengan tujuan agar pemerintah provinsi wajib melaksanakan program perkhidmatan kesihatan bagi masyarakat awam.

Seluruh masyarakat seharusnya memperoleh perkhidmatan kesihatan sesuai dengan keperluan perubatannya, tanpa menghiraukan keadaan ekonomi mereka. Program kesihatan percuma antaranya adalah untuk meringankan beban orang awam, meningkatkan perkhidmatan kesihatan di hospital pemerintah, meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan dan pelaksanaan pemkosan kesihatan. Perkhidmatan kesihatan percuma adalah penjaminan kesihatan secara menyeluruh bagi masyarakat Indonesia melalui pelbagai program perkhidmatan kesihatan. Meskipun demikian, bagi masyarakat mampu secara ekonomi dapat memperoleh perkhidmatan kesihatan tanpa menggunakan program perkhidmatan kesihatan dari pemerintah, kerana mereka

menginginkan perkhidmatan yang terbaik di hospital pemerintah maupun swasta, tentunya dengan kos yang lebih mahal.

Sekitar 41.5 peratus masyarakat di Sulawesi Selatan mempunyai insurans kesihatan, Jabatan Kesihatan Masyarakat 32.6 peratus, Insurans 8.6 peratus, dan Insurans Komersial 0.8 peratus, manakala 58.5 peratus penduduk tidak mempunyai insurans kesihatan. Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang pembahagian urusan Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kabupaten atau Kota pada sub bidang Pemkosan Kesihatan menjadi hukum bagi pemerintah Kota Makassar dalam melaksanakan program kesihatan yang cekap bagi masyarakat. Pelbagai kajian mengenai polisi kesihatan percuma, antaranya adalah kajian Basir (2013) yang menyatakan bahawa pelaksanaan perkhidmatan kesihatan percuma masih belum maksimum yang disebabkan oleh kekurangan belanjawan atau *budget* untuk mengumpulkan data mengenai penerima yang layak menerima perkhidmatan ini. Hasil kajian Corputty, et al., (2013) menunjukkan bahawa penyediaan perkhidmatan percuma menyebabkan petugas atau kakitangan tidak menunjukkan prestasi kerja yang baik kerana tidak adanya insentif atau kenaikan penghasilan yang diberikan, walaupun bebanan kerja mereka semakin meningkat. Selain itu, hasil kajian Dharmadi (2009) menunjukkan bahawa jururawatan percuma oleh Pemerintah Provinsi adalah bermanfaat untuk bantuan kepada masyarakat dalam jangka pendek sahaja, namun menimbulkan kesan negatif khususnya dalam penyertaan orang awam.

Fasiliti atau kemudahan sokongan seperti logistik dan kemudahan kesihatan harus bersedia untuk meningkatkan penyediaan perkhidmatan percuma, seterusnya meningkatkan kepuasan pesakit. Tambahan pula, mekanisme pemkosan dan pengendalian kos (Dewi, 2013) perlu menjadi penilaian oleh jabatan kesihatan yang menyediakan perkhidmatan kesihatan percuma. Penemuan Hendriyanto, et al., (2013) juga menunjukkan bahawa aturan kesihatan percuma tidak menerapkan prinsip sistem jaminan kesihatan yang cekap.

Kesihatan adalah hak dan pelaburan bagi semua penduduk dan mereka berhak untuk mendapat rawatan kesihatan, termasuklah golongan miskin atau kurang berkemampuan. Misalnya, apabila ada anggota keluarga yang jatuh sakit seperti

golongan miskin, mereka akan kehilangan tempat bergantung untuk meneruskan hidup dan keluarga akan menjadi bertambah miskin akibat daripada kehilangan sumber penghasilan. Keadaan tersebut bertambah berat, dengan meningkatnya kos perkhidmatan kesihatan sehingga menyebabkan kesukaran untuk mendapat akses rawatan kesihatan bagi golongan miskin. Undang Undang Nombor 23 Tahun 1992 tentang Kesihatan fasa 4 menyatakan bahawa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh tahap kesihatan yang optima. Berdasarkan undang-undang tersebut, pemerintah telah melakukan pelbagai usaha agar dapat mencapai kesamarataan atau *equality* perkhidmatan kesihatan di seluruh tempat.

Model yang disediakan secara langsung untuk kemudahan milik pemerintah dengan percuma dan model ini sering disebut sebagai ‘Model Perkhidmatan Kesihatan Nasional’. Antara negara yang menggunakan model ini adalah Sri Lanka, Malaysia, Saudi Arabia, dan United Kingdom. Kategori perkhidmatan kesihatan merangkumi segala perkhidmatan yang sedia ada. Sumber dana adalah daripada dana anggaran pendapatan belanja Negara (APBN) iaitu sumber dari cukai seperti di United Kingdom, Malaysiadan Sri Lanka, manakala pendapatan negara bukan dari cukai seperti di Saudi Arabia yang kaya dengan hasil bumi iaitu minyak. Model perkhidmatan percuma ini tidak berkaitan dengan tahap kekayaan sesebuah negara kerana Sri Lanka yang negaranya lebih miskin dari Indonesia telah menyediakan perkhidmatan percuma ini sejak 60 tahun lalu. Sementara, Malaysia telah menyediakan perkhidmatan kesihatan percuma sejak negara tersebut merdeka pada tahun 1957, dimana ketika itu Malaysia jauh lebih miskin dari Indonesia.

Kuasa autonomi yang lebih besar memberipemerintah daerah peluang untuk lebih dekat dengan orang awam dan lebih bertanggungjawab dalam memanfaatkan seluruh sumber yang pada hakikatnya adalah hak milik masyarakat. Pemerintah adalah pihak yang diamanahkan untuk mengurus sumber tersebut dan bukan menjadi pemiliknya. Sumber ini harus diurus dengan baik dan serius untuk memberi kesihatan kepada masyarakat secara berterusan, tidak hanya dimanfaatkan untuk komoditi politik (Utama, 2004). “Indonesia Sihat 2025” yang dilancarkan oleh Kementerian Kesihatan untuk peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesihatan perlu

disebarkan oleh para pemerintah daerah kerana kesihatan merupakan kunci penting bagi produktiviti penduduk.

Program perkhidmatan kesihatan percuma yang ada di Sulawesi Selatan khususnya di Kota Makassar merupakan gabungan program nasional dan provinsi berdasarkan perkongsian belanjawan antara pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten atau Kota. Perkhidmatan kesihatan percuma ditujukan untuk masyarakat miskin, walau bagaimanapun tidak semua perkhidmatan yang diberikan bersifat percuma, hakikatnya terdapat senarai perkhidmatan kesihatan yang tetap harus ditanggung oleh pesakit atau keluarga pesakit (Razak, 2012). Menurut (Nurmeilita, 2010) persepsi masyarakat terhadap perkhidmatan kesihatan bagi masyarakat miskin termasuk kategori sederhana. Kajian Basir (2013) menjelaskan bahawa perkhidmatan kesihatan percuma di Kabupaten Wajo masih jauh ketinggalan kerana ketiadaan ahli dalam prosedur pelaksanaan yang disebabkan oleh kekangan belanjawan. Wibawa (2011) menjelaskan tentang pelaksanaan perkhidmatan kesihatan percuma di Kota Tangerang yang belum maksimum dengan masih adanya caj perkhidmatan yang dikenakan terhadap perkhidmatan kesihatan yang sepatutnya percuma.

4.5. BILIK RAWATAN DALAM DAN FASILITI

Dalam memberikan perkhidmatan khususnya khidmat rawatan dalam yang meliputi semua lapisan masyarakat, Hospital menyediakan lima kelas perkhidmatan iaitu: VVIP, VIP, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III. Di mana masing-masing kelas mempunyai fasiliti yang berbeza. Berikut adalah fasiliti atau kemudahan yang ditawarkan di bilik rawatan untuk setiap kelas a. Kelas VVIP. Fasiliti yang tersedia iaitu katil pesakit, katil orang yang menjaga pesakit atau penunggu, sofa panjang, kerusi, penghawa dingin, peti ais, almari pakaian, rak makanan, TV, jam dinding, cermin, meja makan pesakit, meja makan, singki, dispenser, bilik mandi, pemanas air. Satu bilik menempatkan satu pesakit. b. Kelas VIP. Fasiliti yang tersedia iaitu tempat katil, sofa panjang, kerusi, penghawa dingin, almari pakaian, rak makanan, TV, jam dinding, cermin, meja makan pesakit, meja makan, dispenser, bilik mandi. Satu bilik menempatkan satu pesakit. c. Kelas I. Fasiliti yang tersedia iaitu katil pesakit, kerusi, meja kecil, kipas angin, TV, rak pakaian, jam dinding, bilik mandi. Satu bilik menempatkan dua orang pesakit. d. Kelas II. Fasiliti yang tersedia iaitu katil pesakit,

kerusi, meja kecil, rak pakaian, kipas angin dan bilik mandi. Satu bilik menempatkan empat pesakit. e. Kelas III. Fasilitas yang tersedia iaitu tempat katil, meja kecil, rak pakaian, kerusi. Satu bilik menempatkan enam pesakit.

Jadual 4.1. Profil Hospital

Penerangan	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D
Grad Hospital	B	B	B	C
Doktor Pakar	24	31	28	19
Doktor Umum	13	21	16	10
Doktor Gigi	10	7	13	5
Administrasi	40	32	51	28
Farmasi	16	12	18	10
Jururawat	166	131	176	98
Jumlah katil Kelas III	84	50	65	22

Sumber : Jabatan Kesihatan Kota Makassar, (2014)

Nisbah doktor di kota Makassar pada tahun 2013 adalah 9.69 doktor per 100,000 penduduk. Sedangkan nisbah yang sesuai doktor terhadap penduduk adalah 1:2500 iaitu satu doktor memberi kepada 2500 penduduk. Maka jika ingin mencapai nisbah yang sesuai dengan jumlah penduduk kota Makassar (1,352,136 orang), diperlukan seramai 451 doktor. Pada masa kini bilangan doktor hanya seramai 197. Bilangan doktor yang masih diperlukan lagi ialah 344 doktor. Manakala bilangan jururawat merupakan jumlah yang paling besar di kota Makassar iaitu seramai 571 jururawat.

Jadual 4.2. Pesakit luar dan pesakit dalam

Jumlah Kunjungan	Tahun 2012	Tahun 2013	Nisbah pesakit dan doktor tahun 2013
Pesakit Luar	134,702	154,928	1 : 786
Pesakit Dalam	12,777	12,260	1 : 62
Pesakit Kecemasan	9,585	10,303	1 : 52
Total	157,064	177,491	1 : 900

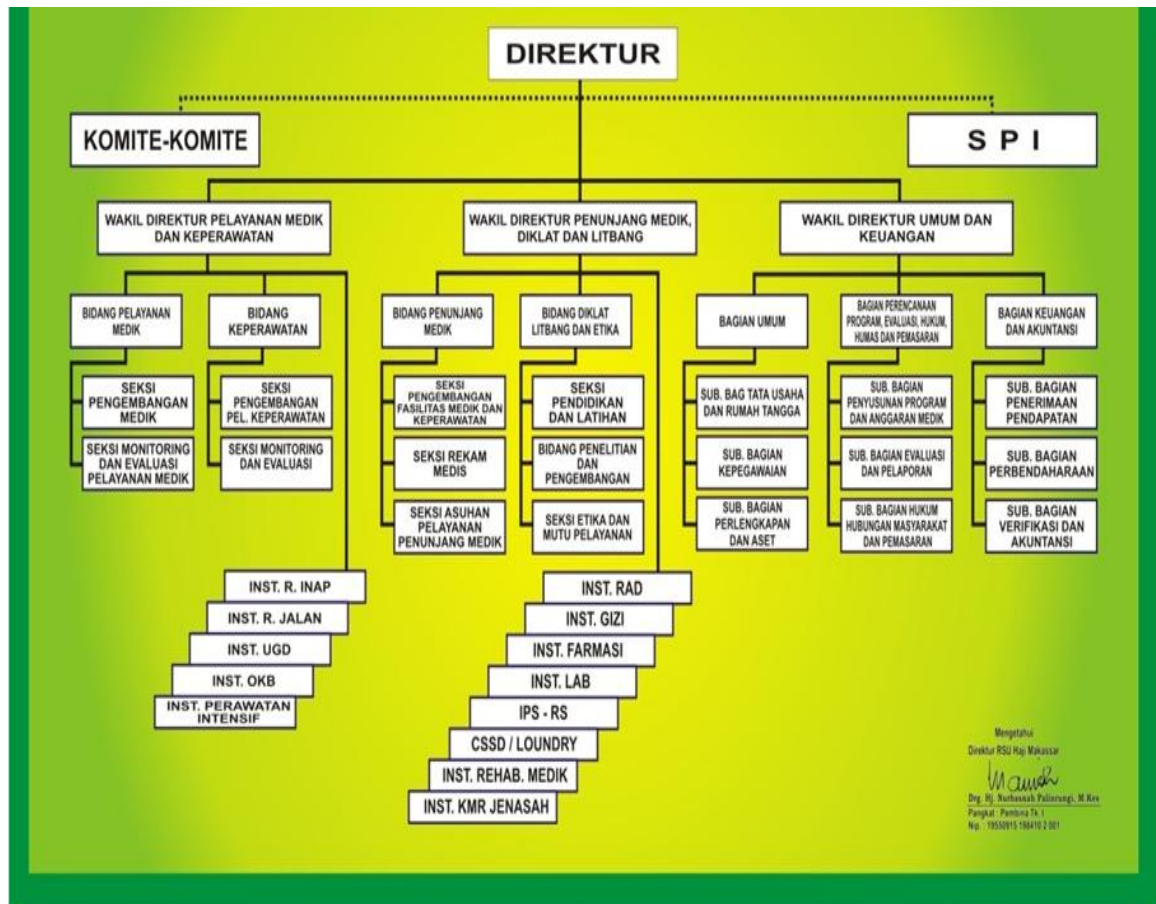
Sumber : Jabatan Kesihatan Kota Makassar, (2014)

Bilangan doktor di Indonesia masih belum mencukupi mengikut nisbah World Health Organization (WHO). Seharusnya nisbah yang diperlukan ialah 40 doktor per 100 ribu penduduk. Pada masa kini, di Indonesia hanya 33 doktor untuk setiap 100 ribu penduduk. Indonesia mempunyai sekitar 88 ribu doktor. Atau nisbahnya adalah sekitar 30 doktor untuk setiap 100 ribu penduduk. Bererti Indonesia masih kekurangan 10 doktor per 100 ribu penduduk.

4.6. STRUKTUR ORGANISASI

Kedudukan hospital suatu lembaga daerah yang dipimpin oleh seorang pengarah, yang bertanggungjawab kepada Gabenor melalui setiausaha daerah, yang mempunyai tugas utama adalah mempunyai tugas menguruskan urusan dibidang urusan usaha penyembuhan dan pemulihan kesihatan yang dilaksanakan secara sesuai, bersepadu, dan berterusan dengan usaha peningkatan kesihatan dan pencegahan, serta melaksanakan usaha rujukan dan fasiliti pengurusan pendidikan, latihan, dan penyelidikan berdasarkan asas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas membantu. Struktur organisasi iaitu pengarah, timbalan pengarah perkhidmatan perubatan dan kejururawatan, timbalan pengarah sokongan perubatan, latihan dan penyelidikan, timbalan pengarah umum dan kewangan, bidang perkhidmatan perubatan, bidang kejururawatan, bidang sokongan perubatan, bidang pendidikan dan latihan, penyelidikan dan etika, bahagian umum, bahagian perancangan program, penilaian, hukum dan perhubungan awam, bahagian kewangan dan perakaunan, bahagian pembangunan perubatan, bahagian pengawasan dan penilaian perkhidmatan perubatan, bahagian pembangunan perkhidmatan kejururawatan, bahagian pengawasan dan penilaian, bahagian pembangunan kemudahan perubatan dan kejururawatan, bahagian rekod perubatan, bahagian perkhidmatan penjagaan sokongan perubatan, bahagian pendidikan dan latihan, bahagian etika dan kualiti perkhidmatan, sub bahagian.

Rajah 4.1. Struktur Organisasi Hospital



Sumber : Kajian Lapangan, (2014)

BAB V

HASIL KAJIAN

5.1 PENGENALAN

Bab ini menjelaskan mengenai profil pesakit, profil rawatan, kualiti perkhidmatan hospital, kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit. Analisis pengesahan faktor dan analisis persamaan struktural digunakan untuk menguji hubungkait antara kualiti perkhidmatan, kepuasan dan kesetiaan pesakit.

5.2 PROFIL PESAKIT

Sampel (pesakit) dalam penyelidikan ini dipilih dari 4 buah hospital awam. Huraian tentang profil pesakit meliputi aspek jantina, umur, suku, agama, taraf perkahwinan, tahap pendidikan, pekerjaan, pendapatan, kunjungan ke hospital, tempoh menginap, jenis penyakit, jarak dari rumah ke hospital, kenderaan yang digunakan dan jenis rumah. Setiap Sampel yang diselidik memiliki beberapa ciri-ciri yang di huraikan seperti berikut.

5.2.1 Demografi (Jantina, Umur, dan Taraf Perkawinan)

Seramai 450 orang yang dijadikan sampel dalam kajian ini telah menerima rawatan secara percuma di hospital milik pemerintah di Kota Makasar. Jadual 5.1 menunjukkan pesakit lelaki seramai 272 orang (60.4%) dan pesakit perempuan 178 orang (39.6%). Dapatan kajian ini menunjukkan jumlah pesakit lelaki lebih ramai berbanding pesakit perempuan.

Jadual 5.1. Jantina Pesakit

Jantina	Kekerapan	Peratus
Lelaki	272	60.4
Perempuan	178	39.6
Jumlah	450	100

Jadual 5.2 pula menunjukkan taburan kekerapan umur pesakit berumur 18 hingga 24 tahun paling sedikit (5.8%). Pesakit berumur 35 hingga 44 tahun seramai 14.9 peratus dan umur 45 hingga 55 seramai 29.6 peratus. Paling ramai pesakit adalah lebih dari 56 tahun (34.7%). Hasil kajian ini menunjukkan bahawa semakin meningkat usia, semakin tinggi peratusan pesakit mengunjungi hospital. Pesakit yang paling ramai dalam penyelidikan ini adalah yang telah berkahwin (68.9%). Manakala pesakit yang paling sedikit adalah duda iaitu 10 orang (2.2%).

Jadual 5.2. Umur Pesakit dan Taraf Perkahwinan Pesakit

Umur	Kekerapan	Peratus
18 hingga 24 tahun	26	5.8
25 hingga 34 tahun	68	15.1
35 hingga 44 tahun	67	14.9
45 hingga 55 tahun	133	29.6
Lebih dari 56 tahun	156	34.7
Jumlah	450	100
Taraf Perkahwinan		
Belum berkahwin	87	19.3
Berkahwin	310	68.9
Balu	43	9.6
Duda	10	2.2
Jumlah	450	100

5.2.2 Etnik dan Agama

Jadual 5.3 menunjukkan taburan kekerapan etnik. Majoriti pesakit adalah etnik Makassar (41.3%) dan diikuti suku Bugis seramai 152 orang (33.8%). Etnik Makassar merupakan etnik terbesar di Kota Makassar. Etnik yang paling sedikit dalam penyelidikan ini adalah etnik Toraja (2.4%).

Hasil kajian menunjukkan paling ramai adalah beragama Islam (98.4%). Indonesia merupakan negara yang mempunyai penduduk beragama Islam paling ramai didunia, khususnya Kota Makassar. Masyarakat beragama Islam dan agama lain boleh mendapatkan rawatan di hospital milik pemerintah dengan pelbagai kemudahan rawatan kesihatan secara percuma.

Jadual 5.3. Suku/etnik Pesakit dan Agama Pesakit

Suku/Etnik	Kekerapan	Peratus
Bugis	152	33.8
Makassar	186	41.3
Toraja	11	2.4
Mandar	25	5.6
Lain-lain	76	16.9
Jumlah	450	100
Agama		
Islam	443	98.4
Budha	0	0
Hindu	1	0.2
Kristian	6	1.3
Jumlah	450	100

5.2.3 Tahap pendidikan dan pekerjaan

Hasil kajian ini (Jadual 5.4) menunjukkan bahawa jumlah pesakit paling ramai adalah lepasan SMP (36.4%). Pesakit yang berpendidikan SMA hanyalah seramai 146 orang (32.4%). Pesakit paling sedikit yang tidak bersekolah iaitu seramai 33 orang (7.3%). Secara keseluruhan rawatan percuma yang diberikan oleh hospital pemerintah kepada pesakit yang berpendidikan SMP kebawah (67.5%).

Jadual 5.4. Tahap Pendidikan Pesakit

Pendidikan	Kekerapan	Peratus
Tidak Bersekolah	33	7.3
Sekolah Dasar (SD)	107	23.8
Sekolah Menengah Pertama (SMP)	164	36.4
Sekolah Menengah Atas (SMA)	146	32.4
Jumlah	450	100

Jadual 5.5 pula menunjukkan di kalangan pesakit yang menerima rawatan secara percuma 33.6 peratus adalah usahawan, 33.1 peratus adalah buruh dan 24.7 peratus mereka yang tidak bekerja. Di kalangan pesakit yang tidak bersekolah majoriti adalah buruh (60.6%). Pesakit yang mempunyai kelulusan sekolah dasar pula 50.5 peratus adalah tidak bekerja, manakala 59.8 peratus di kalangan pesakit yang mempunyai kelulusan SMP adalah juga buruh. Majoriti yang tamat SMA adalah pedagang atau usahawan (63.7%). Secara keseluruhannya pesakit yang paling ramai adalah pedagang kecil - kecilan yang majoritinya lulusan SMP.

Jadual 5.5. Ciri-ciri Sampel berdasarkan pekerjaan berdasarkan tahap pendidikan

Pekerjaan	Tidak Bersekolah		Sekolah Dasar (SD)		Sekolah Menengah Pertama (SMP)		Sekolah Menengah Atas (SMA)		K	%
	K	%	K	%	K	%	K	%		
	Tidak bekerja	12	36.4	54	50.5	32	19.5	13		
Petani	1	3.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	2	0.4
Buruh	20	60.6	16	15.0	98	59.8	15	10.3	149	33.1
Pelajar/Mahasiswa	0	0.0	10	9.3	2	1.2	25	17.1	37	8.2
Pedagang/Usahawan	0	0.0	26	24.3	32	19.5	93	63.7	151	33.6
Jumlah	33	100	107	100	164	100	146	100	450	100

Nota: K = Kekerapan

5.2.4 Status ekonomi

Hampir 40 peratus pesakit yang menerima rawatan percuma ini adalah mereka yang berpendapatan kurang dari Rp. 233,000. Namun demikian masih terdapat 31.3 peratus pesakit yang tidak bekerja berada pada tahap berpendapatan kurang dari Rp. 233,000. Pesakit yang berpendapatan antara 233,000 sampai dengan Rp. 750,000 terdiri daripada buruh (49,5 %). Secara keseluruhan dikalangan yang pendapatan lebih dari Rp. 750,000, sebahagian besarnya adalah pedagang atau usahawan (66.7 %) yang terdiri daripada pedagang atau usahawan kecil-kecilan.

Jadual 5.6 Pendapatan Mengikut Pekerjaan

Pendapatan (sebulan)	Tidak Bekerja		Petani		Buruh		Pelajar/Mahasiswa		Pedagang/Usahawan		K	%
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%		
	< Rp. 750.000,-	25	14.1	0	0.0	20	11.3	14	7.9	118		
Rp. 233.000,- s/d Rp. 750.000,-	34	31.8	1	0.9	53	49.5	10	9.3	9	8.4	107	23.8
> Rp. 233.000,-	52	31.3	1	0.6	76	45.8	13	7.8	24	14.5	166	36.9
Jumlah	111	100	2	100	149	100	37	100	151	100	450	100

Nota: K = Kekerapan

5.2.5 Rumah Dan Kenderaan Pesakit

Kajian ini mendapati seramai 96.0 peratus pesakit memiliki rumah sendiri, Majoriti pesakit memiliki jenis lantai adalah bukan tanah (90.9%) seperti di jadual 5.7. Kajian juga mendapati ramai pesakit ini memiliki jenis tembok atau dinding adalah dinding bukan batu (86.9%). Ciri rumah dinding bukan batu mencerminkan mereka adalah golongan miskin dan layak menerima rawatan dalam secara percuma.

Jadual 5.7. Jenis rumah pesakit

Jenis Rumah	Kekerapan	Peratus
Pemilikan rumah		
- Rumah sendiri	432	96.0
- Rumah sewa	18	4.0
Jenis Rumah		
- Tanah	41	9.1
- Bukan tanah	409	90.9
Jenis tembok/dinding		
- Dinding batu	59	13.1
- Dinding bukan batu	391	86.9

Jenis kenderaan yang paling banyak digunakan adalah van pengangkutan Kota (78.4%) untuk datang ke hospital. Pesakit yang menggunakan motosikal sendiri seramai 297 orang (66.0%). Manakala 34.0 peratus lagi menggunakan kereta. Secara keseluruhan van dan motosikal merupakan kenderaan utama bagi pesakit yang datang untuk menerima rawatan percuma.

Jadual 5.8. Jenis kenderaan Pesakit

Kenderaan	Kekerapan	Peratus
Kenderaan Umum		
- Bas	0	0.0
- Teksi	97	21.6
- Van (Pengangkutan Kota)	353	78.4
Kenderaan sendiri		
- Basikal	0	0.0
- Motosikal	297	66.0
- Kereta	153	34.0

5.3 PROFIL RAWATAN

Bahagian ini menjelaskan ciri-ciri rawatan meliputi aspek kunjungan, tempoh menginap, rawatan dan akses kepada hospital. Setiap Sampel yang diselidiki memiliki beberapa ciri-ciri seperti berikut.

5.3.1 Kunjungan, Tempoh Menginap dan Rawatan

Majoriti (51.6 %) pesakit ke hospital adalah 4 hingga 5 kali. Seterusnya, 27.1 peratus mengunjungi hospital 2 hingga 3 kali dan 20.7 peratus lebih dari 6 kali. Taburan kunjungan ke hospital sebagai pesakit dalam mengikut umur ditunjukkan oleh Jadual 5.9. Di kalangan pesakit yang berumur 18 hingga 24 tahun 69.2 peratus, mempunyai kunjungan ke hospital 2 hingga 3 kali. Pesakit yang berumur 25 hingga 34 tahun pula, sebanyak 52.9 peratus mempunyai kunjungan ke hospital 2 hingga 3 kali. Maka, 83.5 peratus pesakit berumur 45 hingga 55 tahun berkunjung ke hospital sebanyak 4 hingga 5 kali. Begitu juga hanya sebahagian 49.4 peratus pesakit yang berumur lebih dari 56 tahun mempunyai kunjungan ke hospital lebih 4 hingga 5 kali. Secara umumnya, semakin tinggi usia semakin kerap kunjungan ke hospital.

Jadual 5.9 Ciri-ciri Sampel berdasarkan kunjungan ke hospital sebagai pesakit dalam mengikut umur.

Kunjungan ke hospital	18 – 24 tahun		25 – 34 tahun		35 – 45 tahun		45 – 55 tahun		Lebih 56 tahun		K	%
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%		
	1 kali	0	0.0	1	15.	2	3.0	0	0.0	0		
2 - 3 kali	18	69.2	36	52.9	21	31.3	21	15.8	26	16.7	122	27.1
4 - 5 kali	3	11.5	18	26.5	23	34.3	111	83.5	77	49.4	232	51.6
> 6 kali	5	19.2	13	19.1	21	31.3	1	0.8	53	34.0	93	20.7
Jumlah	26	100	68	100	67	100	133	100	156	100	450	100

Nota: K = Kekerapan

Jadual 5.10 menunjukkan taburan kekerapan tempoh menginap di hospital. Majoriti pesakit (32.2 %) yang menginap di hospital adalah lebih dari 12 hari. Sebanyak 28.7 peratus pesakit menginap antara 9 hingga 11 hari dan 25.8 peratus lagi menginap antara 6 hingga 8 hari. Hanya 13.3 peratus pesakit menginap antara 3 hingga 5 hari. Di kalangan pesakit yang mempunyai tempoh menginap 6 – 8 hari adalah pesakit paling ramai berumur 35 hingga 45 tahun (43.2%). Manakala 53.3 peratus dikalangan pesakit yang mempunyai tempoh menginap lebih dari 12 hari adalah pesakit yang berumur 25 hingga 34 tahun. Secara keseluruhan pesakit yang mendapatkan rawatan dalam secara percuma paling ramai pesakit yang mempunyai tempoh menginap 9 hingga 11 hari majoritinya adalah pesakit yang berumur lebih dari 56 tahun (56.4 %).

Jadual 5.10 Tempoh menginap di hospital berdasarkan umur

Tempoh Menginap	18 – 24		25 – 34		35 – 45		45 – 55		Lebih 56		K	%
	tahun		tahun		tahun		tahun		tahun			
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%		
3 - 5 hari	0	0.0	26	28.3	11	9.9	22	16.8	1	1.3	60	13.3
6 - 8 hari	15	39.5	9	9.8	48	43.2	20	15.3	24	30.8	116	25.8
9 - 11 hari	21	55.3	8	8.7	19	17.1	37	28.2	44	56.4	129	28.7
> 12 hari	2	5.3	49	53.3	33	29.7	52	39.7	9	11.5	145	32.2
Jumlah	38	100	92	100	111	100	131	100	78	100	450	100

Nota: K = Kekeperapan

Jadual 5.11 menunjukkan sebahagian besar (82.0%) pesakit dalam semua Hospital mengidap jenis penyakit lain-lain seperti asma bronchial, gastritis, tubercolosis (TBC), dan gastroenteritis akut (GEA). Hanya 9.8 % adalah penyakit darah tinggi dan 3.6 peratus mereka yang mengidap penyakit Diabetes Melitus. Majoriti yang mengidap penyakit lain-lain (asma, bronchial, gastritis, TBC dan GEA) adalah wanita (86.0 %), dan. Sementara penyakit darah tinggi 8.4 peratus adalah pesakit perempuan dan 10.7 % lelaki juga mengalami penyakit yang sama.

Jadual 5.11 Kekeperapan jenis penyakit yang sedang dirawat mengikut jantina

Jenis Penyakit	Lelaki		Perempuan		K	%
	K	%	K	%		
Jantung	0	0.0	0	0.0	0	0
Diabetes Melitus	10	3.7	6	3.4	16	3.6
Hepatitis	17	6.3	4	2.2	21	4.7
Kanser/Barah	0	0.0	0	0.0	0	0
Darah Tinggi	29	10.7	15	8.4	44	9.8
Penyakit lain-lain (asma bronchial, gastritis, TBC, dan GEA)	216	79.4	153	86.0	369	82.0
Jumlah	272	100	178	100	450	100

Nota: K = Kekeperapan

5.3.2 Akses Kepada Hospital

Jadual 5.12 menunjukkan taburan kekerapan akses kepada hospital. Jarak paling dekat dari rumah pesakit ke hospital adalah 0 hingga 5 km (65.3%). Jarak kedua terdekat adalah antara 6 hingga 10 km (31.3%). Dapatan kajian menunjukkan bahawa paling ramai pesakit berada hampir dengan hospital sekitar radius 5 km sahaja.

Jadual 5.12 Jarak dari rumah ke hospital

Jarak dari rumah ke hospital	Kekerapan	Peratus
0 hingga 5 km	294	65.3
6 hingga 10 km	141	31.3
Lebih dari 10 km	15	3.3
Jumlah	450	100

5.4 KUALITI PERKHIDMATAN KESIHATAN

Kajian ini menyelidik tujuh dimensi kualiti perkhidmatan kesihatan tersebut adalah proses pendaftaran, kecekapan doktor, kecekapan jururawat, perkhidmatan farmasi, persekitaran hospital, bilik rawatan, dan penyediaan makanan dan minuman. Skala likert digunakan untuk mengukur persepsi Sampel terhadap kualiti perkhidmatan kesihatan iaitu sangat setuju, setuju, neutral, tidak setuju, dan sangat tidak setuju (Budiaji, 2013). Kategori skala sangat setuju, setuju, netral, tidak setuju dan sangat tidak setuju dapat mewakili penilaian pesakit dengan baik.

5.4.1 Dimensi Proses Pendaftaran

Kajian ini menunjukkan bahawa secara keseluruhan proses pendaftaran hospital dari beberapa perspektif yang dinilai pesakit adalah pada tahap sederhana ($M=3.40$, $SP=0.96$). Secara khususnya terdapat empat indikator proses pendaftaran yang sangat baik dari perspektif pesakit iaitu kekemasan, kebersihan, dan keseragaman pakaian pegawai/kakitangan hospital (19.6%), fasiliti/kemudahan yang terdapat di bilik pendaftaran (21.1%), perkhidmatan yang adil tanpa memandangkan status atau pangkat

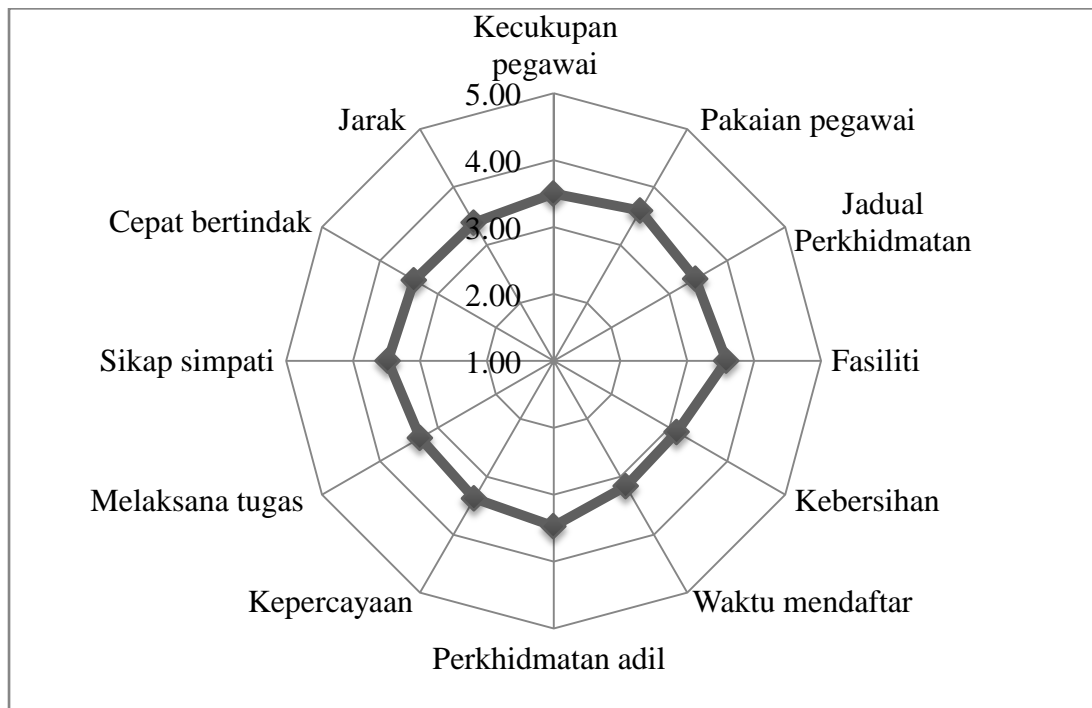
pesakit (21.8%) dan keterangan pegawai/kakitangan dapat dipercayai (18%). Namun demikian, pesakit kurang berpuas hati terhadap kecukupan jumlah pegawai yang memberikan perkhidmatan (50.9%), jadual perkhidmatan yang tidak menepati waktu (46.4 %), pegawai/kakitangan yang kurang bersikap simpati (46.7 %) dan jarak lokasi bilik pendaftaran yang agak jauh (46%) serta pegawai lambat melayan kehadiran pesakit (42%). Di samping itu, 40.7 peratus pesakit kurang berpuas hati terhadap proses menunggu yang lama.

Jadual 5.13 Kualiti Perkhidmatan Proses Pendaftaran

Pernyataan	Buruk	Kurang	Sederhana	Baik	Sangat Baik	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Kecukupan jumlah pegawai yang memberikan perkhidmatan	9.3	50.9	15.3	10.9	13.6	3.5000	1.1429
Kekemasan, kebersihan, dan keseragaman pakaian pegawai	7.3	44.9	16.2	12.0	19.6	3.5933	1.1469
Jadual perkhidmatan yang tepat waktu	8.7	46.4	20.2	10.2	14.4	3.4511	1.0981
Fasiliti yang terdapat di bilik pendaftaran	9.3	42.4	17.3	9.8	21.1	3.5844	1.1725
Kebersihan bilik pendaftaran	11.3	33.1	34.0	11.3	10.2	3.1289	1.1093
Pesakit tidak memerlukan waktu lama untuk mendaftar	10.2	40.7	25.1	14.7	9.3	3.1644	1.1146
Perkhidmatan yang adil tanpa memandangkan status/pangkat	11.3	39.8	15.8	11.3	21.8	3.4733	1.2665
Keterangan pegawai dapat dipercayai	9.3	37.6	20.7	14.4	18.0	3.3756	1.2302
Pegawai melaksanakan tugas dengan tepat	10.7	42.0	22.7	12.0	12.7	3.3044	1.1725
Pegawai yang memiliki sikap simpati	9.6	46.7	17.8	11.1	14.9	3.4778	1.1270
Pegawai cepat menangani keinginan pesakit	9.3	42.0	22.4	11.3	14.9	3.4089	1.373
Jarak lokasi bilik pendaftaran	8.2	46.0	22.0	12.9	10.9	3.3844	1.0972
Keseluruhan						3.4039	0.9577
Kategori							Sederhana

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

Rajah 5.1 Jelas menunjukkan banyak aspek perkhidmatan kaunter pendaftaran yang kurang baik kecuali aspek kebersihan bilik pendaftaran.



Rajah 5.1. Dimensi Proses Pendaftaran

5.4.2 Dimensi Kecekapan Doktor

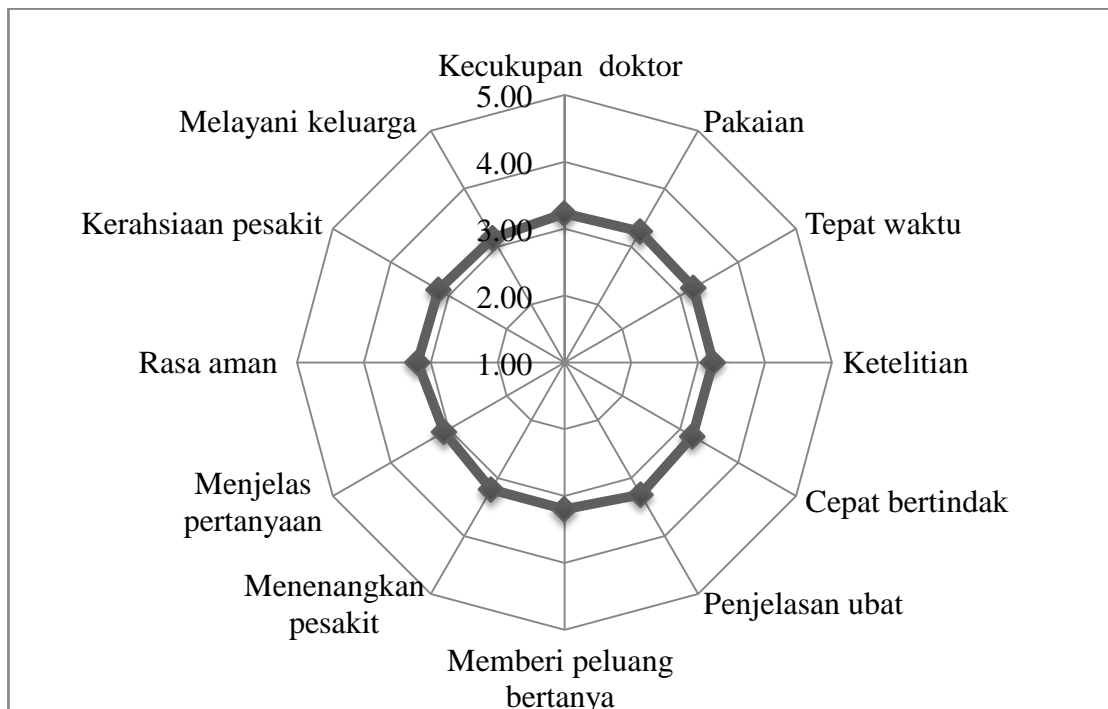
Secara umumnya pesakit yang menerima rawatan secara percuma di hospital ini memberikan penilaian pada tahap sederhana terhadap kecekapan doktor yang merawat mereka ($M = 3.20$, $SP = 1.02$). Indikator yang mendapat peratusan yang sangat baik adalah penjelasan doktor mengenai penggunaan ubat yang benar/tepat kepada pesakit (29.6%) dan doktor memberi peluang bertanya kepada pesakit (30.4%). Doktor juga berusaha menenangkan rasa cemas pesakit (29.8%) dan perilaku doktor berjaya menimbulkan rasa aman/selesa (30.7%) kepada pesakit. Malah pesakit percaya bahawa doktor menjaga kerahsiaan pesakit (29.8%). Namun demikian, pesakit kurang berpuas hati terhadap kecukupan jumlah doktor yang memberikan perkhidmatan (46.2%) dan ketelitian doctor melakukan pemeriksaan (40.2%).

Jadual 5.14 Kualiti Perkhidmatan Kecekapan Doktor

Pernyataan	Buruk	Kurang	Sederhana	Baik	Sangat Baik	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Kecukupan jumlah doktor	4.2	46.2	17.3	11.1	21.1	3.2289	1.2337
Kekemasan, kebersihan, dan keseragaman pakaian	3.8	38.7	20.4	9.1	28.0	3.2622	1.2476
Datang tepat waktu	4.7	37.8	19.6	9.3	28.7	3.2289	1.3074
Ketelitian pemeriksaan	5.3	40.2	17.6	8.7	28.2	3.2200	1.2497
Cepat menangani keluhan pesakit	4.7	39.3	18.7	10	27.3	3.2111	1.2932
Penjelasan penggunaan ubat	4.4	39.3	17.1	9.6	29.6	3.2844	1.3981
Memberipeluang bertanya	5.1	37.1	20.2	7.1	30.4	3.1956	1.2897
Menenangkan rasa cemas pesakit	4.0	36.7	20.7	8.9	29.8	3.1933	1.2717
Menjelaskan pertanyaan pesakit	4.4	34.4	24.4	8.7	28.0	3.0778	1.2471
Menimbulkan rasa aman (selesa)	5.6	37.6	17.1	9.1	30.7	3.1956	1.2705
Menjaga kerahsiaan pesakit	3.8	35.1	22.9	8.4	29.8	3.1711	1.3446
Melayani keluarga pesakit dengan baik	3.6	36.2	22.0	10.7	27.6	3.1467	1.3217
Keseluruhan						3.2013	1.0232
Kategori							Sederhana

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

Perbandingan di Rajah 5.2 menunjukkan 3 indikator relatif kurang baik menurut pesakit iaitu kekurangan bilangan doktor untuk merawat pesakit. Pesakit juga merasa mereka kurang menerima ketelitian rawatan oleh doktor dan keluhan dari pesakit.



Rajah 5.2. Dimensi Kecekapan Doktor

5.4.3 Dimensi Kecekapan Jururawat

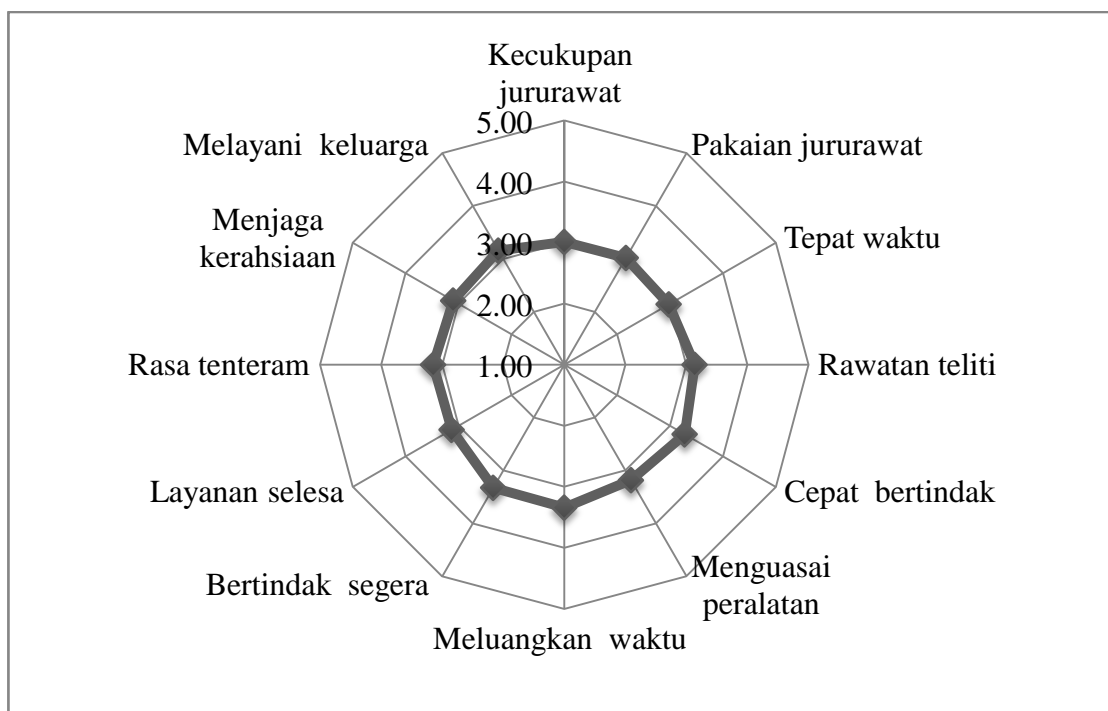
Jadual 5.15 pula menunjukkan bahawa secara umumnya pesakit yang menerima rawatan percuma di hospital memberikan penilaian pada tahap sederhana terhadap kecekapan jururawat yang merawat mereka ($M=3.16$, $SP=1.07$). Terdapat dua indikator yang dinilai sangat baik dari perspektif pesakit iaitu jururawat menjaga kerahsiaan pesakit (25.8%). Jururawat juga melayani keluarga pesakit dengan baik (25.1%). Aspek yang mendapat peratusan yang sederhana adalah kekemasan, kebersihan dan keseragaman pakaian jururawat (31.6%). Dikalangan pesakit juga kurang berpuas hati terhadap jururawat yang datang tepat waktu (32.9%), jururawat kurang meluangkan waktu berbincang dengan pesakit (34.4%), dan jururawat tidak segera bertindak ketika diperlukan (32.4%). Jika dijumlahkan kekerapan kualiti tidak baik dan kurang baik dalam banyak aspek adalah mencapai 40 peratus seperti dalam Rajah 5.15.

Jadual 5.15 Kualiti Perkhidmatan Kecekapan Jururawat

Pernyataan	Buruk	Kurang	Sederhana	Baik	Sangat Baik	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Kecukupan jumlah jururawat	10.2	29.6	27.6	13.3	19.3	3.0111	1.2169
Kekemasan, kebersihan, dan keseragaman	8.2	26.7	31.6	14.4	19.1	3.0200	1.1947
Datang tepat waktu	9.8	32.9	28.0	11.1	18.2	2.978	1.2304
Perkhidmatanyang teliti	10.0	30.2	25.8	11.3	22.7	3.1356	1.2879
Cepat menangani keluhan pesakit	11.1	31.1	23.1	10.7	24.0	3.2778	1.3647
Menguasai penggunaan peralatan	9.1	31.8	25.6	14.2	19.3	3.1844	1.2590
Meluangkan waktu berbincang dengan pesakit	10.2	34.4	18.9	12.7	23.8	3.3400	1.3423
Bertindak segera ketika diperlukan	10.7	32.4	20.2	12.0	24.7	3.3267	1.3439
Perkhidmatan yang selesa	12.9	31.6	21.6	13.1	20.9	3.1311	1.4152
Menimbulkan rasa tenteram	10.9	31.1	21.3	14.7	22.0	3.1467	1.3858
Menjaga kerahsiaan pesakit	10.9	29.6	17.8	16.0	25.8	3.1000	1.3666
Melayani keluarga pesakit dengan baik	11.1	31.8	18.9	13.1	25.1	3.1578	1.3676
Keseluruhan						3.1607	1.0793
Kategori							Sederhana

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 Sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

Perbandingan di Rajah 5.3 menunjukkan tiga indikator relatif kurang baik. Menurut pesakit terdapat jururawat datang tidak tepat waktu. Berikutnya pesakit merasa jururawat kurang meluangkan waktu berbincang dengan pesakit, dan jururawat tidak segera bertindak ketika diperlukan.



Rajah 5.3. Dimensi Kecekapan Jururawat

5.4.4 Dimensi Perkhidmatan Farmasi

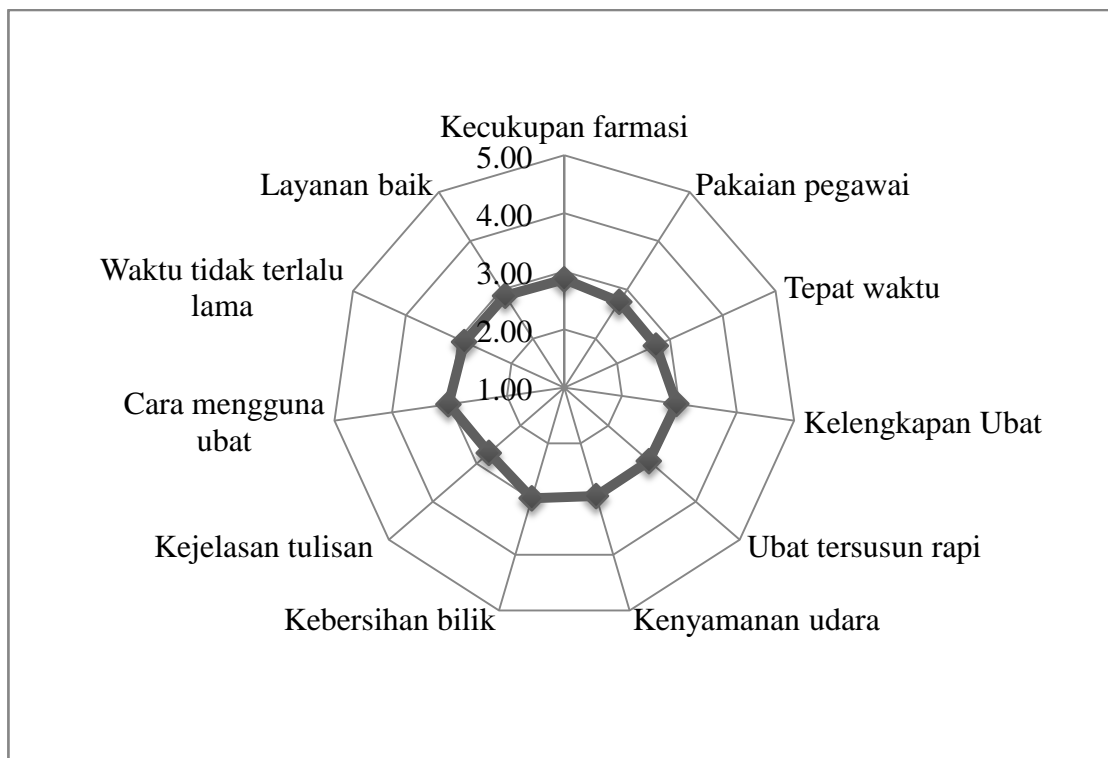
Pesakit yang menerima rawatan percuma dihospital juga memberikan penilaian pada tahap sederhana terhadap perkhidmatan farmasi ($M= 2.88$, $SP=1.13$). Aspek yang mendapat peratusan yang sederhana adalah kakitangan/pegawai farmasi jelas menyampaikan cara menggunakan ubat (24.4%) dan kakitangan/pegawai farmasi memberikan perkhidmatan dengan baik (22.4%). Namun demikian, perkhidmatan yang kurang baik adalah kenyamanan udara di bilik tunggu ubat (26.2%), kecukupan jumlah pegawai farmasi yang memberikan perkhidmatan (25.8%) dan kejelasan tulisan pada kad ubat (25.1%). Walaupun terdapat kelemahan, aspek yang sangat baik adalah kekemasan, kebersihan, dan keseragaman pakaian kakitangan/pegawai farmasi (21.6%) dan jumlah kakitangan/pegawai farmasi yang mencukupi (21.6%).

Jadual 5.16 Kualiti Perkhidmatan Deskriptif Perkhidmatan Farmasi

Pernyataan	Buruk	Kurang	Sederhana	Baik	Sangat Baik	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Kecukupan pegawai farmasi	15.8	25.8	19.6	17.3	21.6	2.8667	1.3840
Kekemasan, kebersihan, dan keseragaman pakaian	15.6	20.9	25.1	16.9	21.6	2.7556	1.3784
Datang tepat waktu	18.9	24.4	24.4	15.8	16.4	2.7356	1.2834
Ubat yang diperlukan ada di Hospital	15.6	22.9	22.2	18.4	20.9	2.9533	1.3791
Ubat tersusun rapi	16.0	24.7	20.2	18.2	20.9	2.9311	1.3587
Kenyamanan udara	14.7	26.2	24.7	17.3	17.1	2.9444	1.3244
Kebersihan bilik menunggu ubat	14.2	19.8	18.0	22.9	25.1	2.9844	1.4196
Kejelasan tulisan pada kad ubat	16.4	25.1	23.3	21.1	14.0	2.7178	1.2726
Jelas menyampaikan cara mengguna ubat	15.3	20.2	24.4	19.8	20.2	3.0156	1.6877
Waktu tidak terlalu lama	14.4	23.8	21.3	21.8	18.7	2.8933	1.3389
Pegawai farmasi memberikan perkhidmatan dengan baik	16.7	24.2	22.4	17.1	19.6	2.8800	1.3494
Keseluruhan						2.8798	1.1320
Kategori							Sederhana

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 Sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

Taburan kualiti perkhidmatan farmasi kelihatan di empat hospital yang dikaji adalah seimbang seperti di Rajah 5.4. Tiga aspek yang sangat lemah (buruk) adalah ubat tidak tersusun rapi, kakitangan/pegawai farmasi tidak datang tepat waktu, kakitangan/pegawai farmasi tidak memberikan perkhidmatan dengan baik



Rajah 5.4. Dimensi Perkhidmatan Farmasi

5.4.5 Dimensi Persekitaran Hospital

Kajian ini menunjukkan bahawa secara umumnya pesakit yang menerima rawatan secara percuma dihospital memberikan penilaian sederhana terhadap persekitaran hospital dengan nilai ($M=3.36$, $SP=0.98$). Terdapat tiga indikator yang mendapat peratusan yang sangat baik dari perspektif pesakit iaitu keadaan penampungan/pembuangan sampah yang baik (23.3%), keadaan pagar disekeliling hospital (17.6%), dan persekitaran dihiasi dengan taman bunga, kemudahan istirehat dan tempat bermain kanak-kanak (17.6%). Di samping itu, keselesaan ruang letak kereta (30.2%) adalah baik dan pegawai memberikan perkhidmatan yang mesra. Namun demikian, persekitaran hospital yang kurang baik adalah ketidaktenteraman

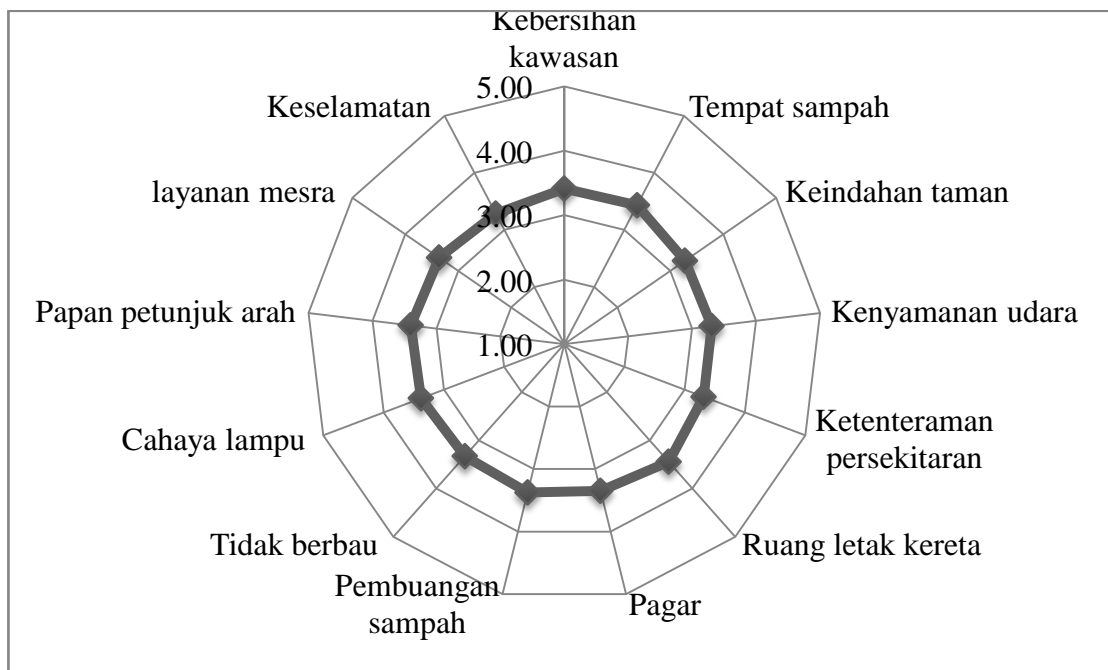
didalam hospital (26.9%), papan petunjuk arah yang perlu diperbaiki (26.0%) dan kebersihan keseluruhan kawasan (27.6%).

Jadual 5.17 Kualiti Perkhidmatan Persekitaran Hospital

Pernyataan	Buruk	Kurang	Sederhana	Baik	Sangat Baik	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Kebersihan kawasan persekitaran Hospital	6.0	27.6	22.2	28.7	15.6	3.4133	1.2549
Tempat pembuangan sampah	6.2	27.3	22.7	30.0	13.8	3.4333	1.2632
Keindahan taman	6.2	22.2	26.2	27.8	17.6	3.2756	1.2609
Kenyamanan udara	6.4	21.8	28.4	26.4	16.9	3.3067	1.2904
Ketenteraman persekitaran Hospital	7.8	26.9	24.7	24.7	16.0	3.3133	1.3221
Keselesaan ruang letak kereta	6.4	26	22.2	30.2	15.1	3.4444	1.3088
Pagar pengaman Hospital	5.6	26.4	24.9	25.6	17.6	3.3489	1.2577
Keadaan pembuangan sampah	5.3	27.3	23.3	26.9	23.3	3.3756	1.3125
Tidak berbau busuk	8.2	27.6	22.7	26.9	14.7	3.3267	1.3456
Cahaya lampu	6.7	25.8	24.2	28.4	14.9	3.3800	1.3180
Papan petunjuk arah yang tepat	6.0	26	25.3	29.1	13.6	3.4022	1.2612
perkhidmatan mesra pegawai	6.4	25.1	22.9	31.8	13.8	3.3622	1.2680
Keselamatan diri dan harta terjamin	8.0	21.8	28.4	28.0	13.8	3.2867	1.3079
Keseluruhan						3.3591	0.9852
Kategori							Sederhana

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

Walaupun secara umum kualiti persekitaran hospital adalah pada tahap sederhana, Rajah 5.5 merujuk pesakit yang memberikan penilaian baik sekitar 30 peratus. Namun, aspek keselamatan harta pesakit juga perlu diberi perhatian.



Rajah 5.5. Dimensi Persekitaran Hospital

5.4.6 Dimensi Bilik Rawatan

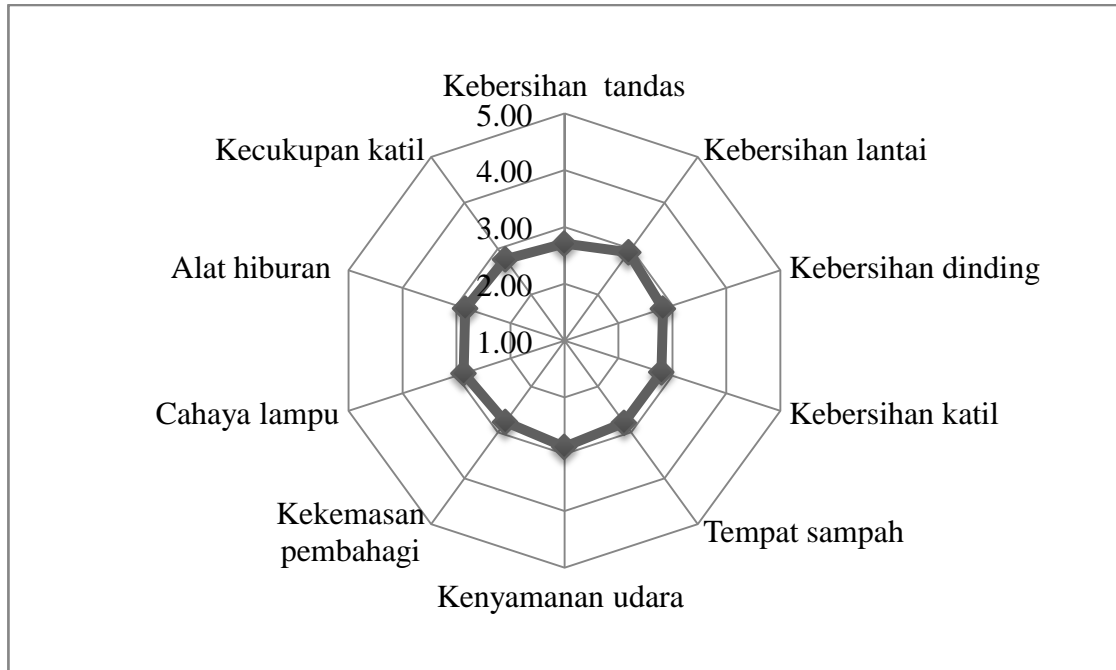
Secara keseluruhan perkhidmatan bilik rawatan yang disediakan di hospital yang dikaji dari beberapa perspektif yang dinilai pesakit adalah pada tahap sederhana ($M=2.81$, $SP=1.14$). Secara khususnya terdapat dua indikator yang sangat baik dari perspektif pesakit iaitu kebersihan lantai (22.7%) dan alat hiburan (televisyen) berfungsi (22.4%). Aspek yang mendapat peratusan yang baik adalah kekemasan skat-skat pembagi (24.0%), kebersihan dinding dan langit-langit/siling (21.8%). Namun demikian, perkhidmatan bilik rawatan yang kurang baik adalah kebersihan katil (selimut, tilam) (24.2%) dan kenyamanan udara di bilik rawat (24.7%).

Jadual 5.18. Kualiti Perkhidmatan Bilik Rawatan

Pernyataan	Buruk	Kurang	Sederhana	Baik	Sangat Baik	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Kebersihan dan kelengkapan tandas	16.9	24.7	24.9	18.9	14.7	2.7076	1.2657
Kebersihan lantai	14.0	22.2	20.0	21.1	22.7	2.9222	1.3938
Kebersihan dinding dan siling	13.3	22.9	21.6	21.8	20.4	2.8267	1.3369
Kebersihan tempat tidur (selimut,bantal, kasur)	14.4	24.2	21.1	21.6	18.7	2.8000	1.3348
Tempat pembuangan sampah	15.1	23.3	18.2	22.4	20.9	2.7889	1.3571
Kenyamanan udara	14.2	24.7	22.9	18.9	19.3	2.8711	1.3584
Kekemasan skat – skat pembagi	13.3	21.1	22.2	24.0	19.3	2.771	1.3226
Cahaya lampu	13.8	23.8	20.4	22.4	19.6	2.8644	1.4053
Alat hiburan (televisyen) berfungsi	13.6	20.7	20.9	22.4	22.4	2.8355	1.3529
Kecukupan	13.6	22.2	25.6	20.7	18.0	2.7689	1.2733
Keseluruhan						2.8156	1.1412
Kategori							Sederhana

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

Rajah 5.6 menunjukkan kualiti keselesaan bilik rawatan (kelas 3) yang didiami oleh pesakit. Penilaian pesakit terhadap kualiti perkhidmatan ini lebih seimbang. Aspek yang relatif kurang baik adalah kebersihan katil pesakit, tempat pembuangan sampah dan kenyamanan udara bilik rawatan dalam.



Rajah 5.6. Dimensi Bilik Rawatan

5.4.7 Dimensi Penyediaan Makanan dan Minuman

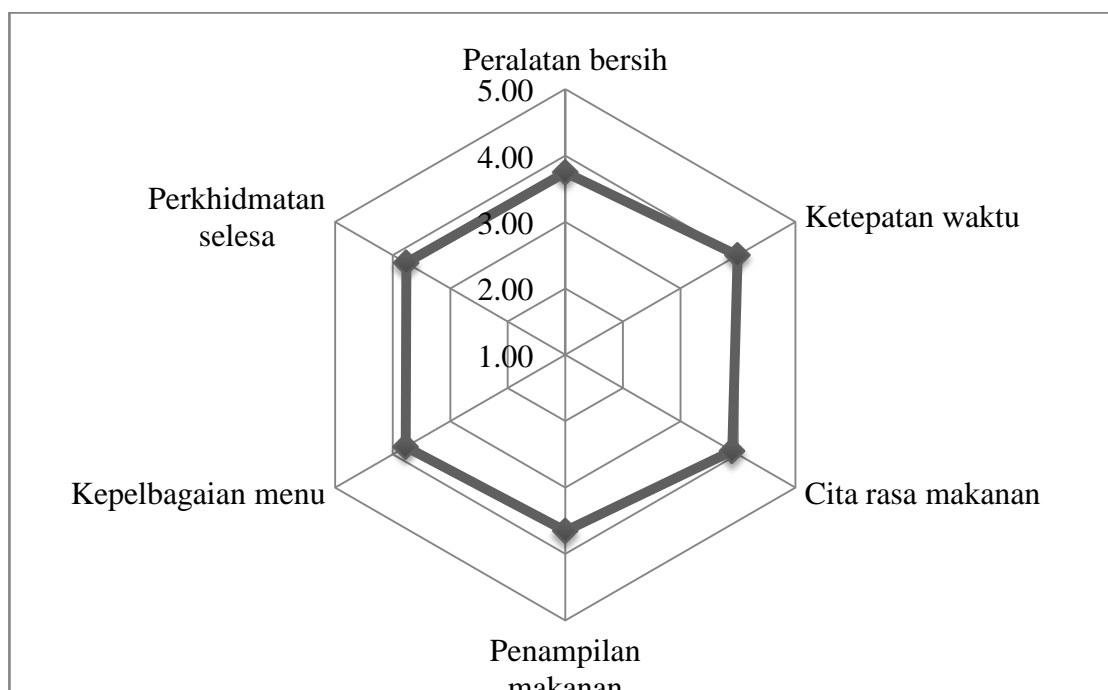
Jadual 5.21 ini menunjukkan secara umumnya pesakit yang menerima rawatan secara percuma dihospital memberikan penilaian tinggi terhadap perkhidmatan makanan dan minuman dengan nilai ($M=3.80$, $SP=1.17$). Aspek yang mendapat peratusan yang sangat baik adalah ketepatan waktu makan disediakan (29%), cita rasa makanan yang lazat dihidangkan (26.9%) dan kepelbagaian menu makanan disediakan (23.6%). Aspek yang mendapat peratusan yang sederhana adalah kebersihan alat makan dan minum bersih (35%), dan penampilan makanan kurang terselah (36.9%) dari perspektif pesakit.

Jadual 5.19. Kualiti Perkhidmatan Penyediaan Makanan Dan Minuman

Pernyataan	Buruk	Kurang	Sederhana	Baik	Sangat Baik	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Alat makan dan minum bersih	0	42	35.1	4.4	18.4	3.7444	0.8059
Ketepatan waktu makan disediakan	0.2	42.9	26.4	1.3	29.1	3.9933	0.7939
Cita rasa makanan	0.2	38.7	32.0	2.2	26.9	3.8978	0.8300
Penampilan makanan	0.9	39.6	36.9	6.0	16.7	3.6511	0.8576
Kepelbagaian menu	0.4	36.4	34.4	5.1	23.6	3.7756	0.8808
Petugas memberikan perkhidmatan selesa	0.9	38.2	34.2	4.4	22.2	3.7644	0.8766
Keseluruhan						3.8044	0.4482
Kategori							Tinggi

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

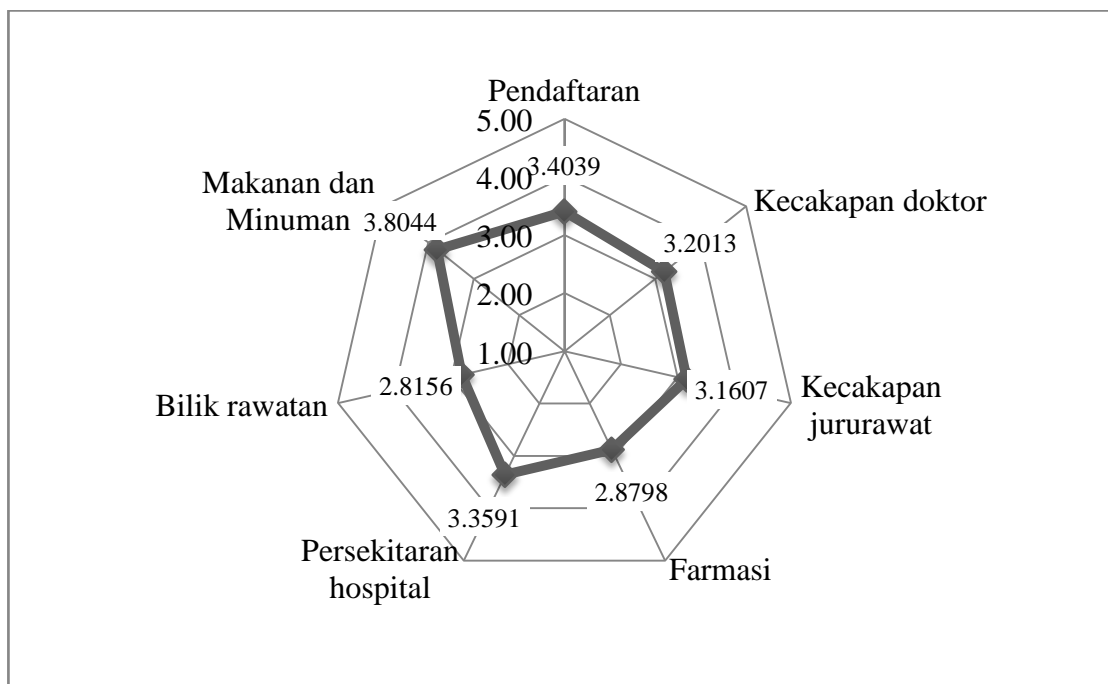
Secara relatif kualiti penyediaan makanan dan minuman berada pada kategori tinggi, meski demikian masih terdapat beberapa instrumen dari indikator tersebut yang kurang baik antara lain penampilan makanan dan alat makan serta minum yang dinilai kurang bersih. Dengan demikian hampir kesemua aspek perkhidmatan penyediaan makanan dan minuman dinilai oleh pesakit adalah baik.



Rajah 5.7. Dimensi Penyediaan Makanan dan Minuman

5.4.8 Keseluruh Dimensi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan

Secara keseluruhan hampir semua dimensi dinilai pada tahap sederhana iaitu dimensi pendaftaran, kecekapan doktor, kecekapan jururawat, perkhidmatan farmasi, persekitaran hospital, bilik rawatan, dan hanya ada satu aspek yang dinilai tinggi iaitu penyediaan makanan dan minuman.



Rajah 5.8. Seluruh Dimensi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan

5.5 KEPUASAN PESAKIT

Kepuasan pesakit dinilai dari lima indikator iaitu keberkesanan, pilihan, penyelesaian dan keselamatan serta pengetahuan dan kemahiran saintifik.

Dari aspek keberkesanan indikator yang mendapat peratusan pesakit yang puas hati dan sangat puas hati adalah hospital ini memenuhi keperluan mereka (39.2%) dan hospital ini juga memberikan perkhidmatan seperti mana mereka harapkan (72.6%). Namun, perkhidmatan ini belum sepenuhnya memberi kepuasan kepada pesakit kerana terdapat 20.7 peratus pesakit sangat kurang puas hati dan 22.9 peratus menganggap hospital ini juga kurang memenuhi keperluan mereka.

Secara perbandingan dalam membuat pilihan hospital sebanyak 26.2 peratus kurang puas hati bahawa hospital ini lebih baik dibandingkan dengan hospital lain. Hanya 39.1 peratus pesakit yang berpuas hati dan sangat berpuas hati. Bahawa hospital memberikan perkhidmatan yang lebih baik berbanding hospital lain.

Dalam aspek dimensi keselesaan pula kajian ini menunjukkan bahawa secara umumnya pesakit yang menerima rawatan ini menggambarkan keperihatinan hospital terhadap pesakit masih belum mencukupi. Walaupun peratusan pesakit yang puas dan sangat puas terhadap perkhidmatan perkhidmatan pegawai di hospital ini sebanyak 45.3 peratus. Namun, yang kurang puas adalah keluhan pesakit tidak dilayan dengan baik (44.2 %).

Hanya 36.6 peratus pesakit meyakini kebolehan hospital dan 44.9 peratus pesakit lagi sangat kurang dan kurang puas hati. Secara umumnya pesakit yang menerima rawatan dihospital memberikan penilaian yang sederhana terhadap dimensi keselamatan.

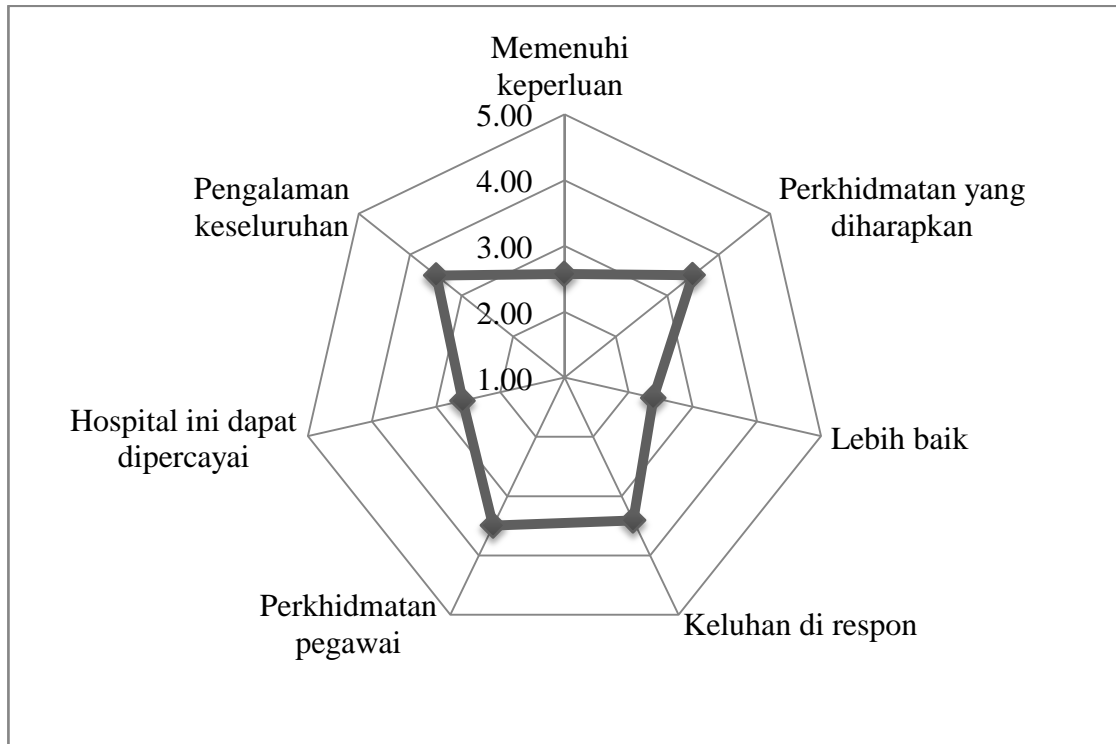
Kajian ini menunjukkan bahawa hampir sebahagian (46.0%) pengalaman yang dilalui oleh pesakit di hospital adalah kurang berpuas hati. Hanya 24.4 peratus pesakit menyatakan sangat berpuas hati.

Jadual 5.20 Seluruh dimensi kepuasan pesakit

Pernyataan	Sangat Kurang Puas	Kurang Puas	Biasa-Biasa Saja	Puas	Sangat Puas	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Hospital memenuhi keperluan saya	20.7	22.9	17.3	21.6	17.6	2.5756	1.4047
Hospital memberikan perkhidmatan yang diharapkan	4.4	6.0	16.9	47.3	25.3	3.4956	1.3352
Hospital lebih baik berbanding dengan Hospital lain	18.7	26.2	16.0	21.3	17.8	2.3867	1.2999
Keluhan saya di respon dengan baik	6.0	44.2	16.9	8.7	24.2	3.4089	1.3553
Perkhidmatan pegawai Hospital	16.9	21.3	16.4	28.0	17.3	3.4956	1.3682
Hospital ini dapat dipercayai	19.6	25.3	18.4	19.3	17.3	2.5844	1.3978
Pengalaman keseluruhan, Hospital ini...	3.6	46.0	16.9	9.1	24.4	3.4889	1.2755
Keseluruhan						2.4908	1.1004
Kategori							Sederhana

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

Rajah 5.9 jelas menunjukkan dimensi keselesaan dan dimensi pengetahuan dan kemahiran saintifik yang ramai pesakit kurang berpuas hati.



Rajah 5.9. Seluruh Dimensi Kepuasan Pesakit

5.6 KESETIAAN PESAKIT

Lima indikator digunakan untuk mengukur kesetiaan pesakit yang menerima rawatan sebagai pesakit dalam hospital yang di kaji seperti di bawah.

Kajian ini menunjukkan bahawa secara umumnya pesakit yang mendapat rawatan percuma dihospital setia terhadap hospital ini. Peratusan yang setuju tidak ingin berpindah ke hospital lain adalah 43.1 peratus dan 20.7 peratus lagi sangat setuju untuk terus memilih hospital ini.

Malah sebanyak 46.2 peratus beretuju untuk mencadangkan hospital ini kepada orang lain untuk menerima rawatan. Di samping itu, 19.1 peratus lagi sangat bersetuju agar perkhidmatan hospital ini terus disebar secara meluas.

Di kalangan pesakit ini, mereka setuju (21.8%) dan sangat setuju (25.6%) bahawa hospital ini adalah hospital yang terbaik. Di samping itu, (43.4% setuju dan sangat setuju) pesakit yang mempromosikan untuk kebaikan perkhidmatan hospital ini kepada orang lain.

Pesakit juga memberikan penilaian setuju (26.0%) dan sangat setuju (20.4%) memilih hospital ini sebagai suatu pilihan yang tepat. Begitu juga sebanyak 45.3 peratus pesakit akan memilih hospital ini.

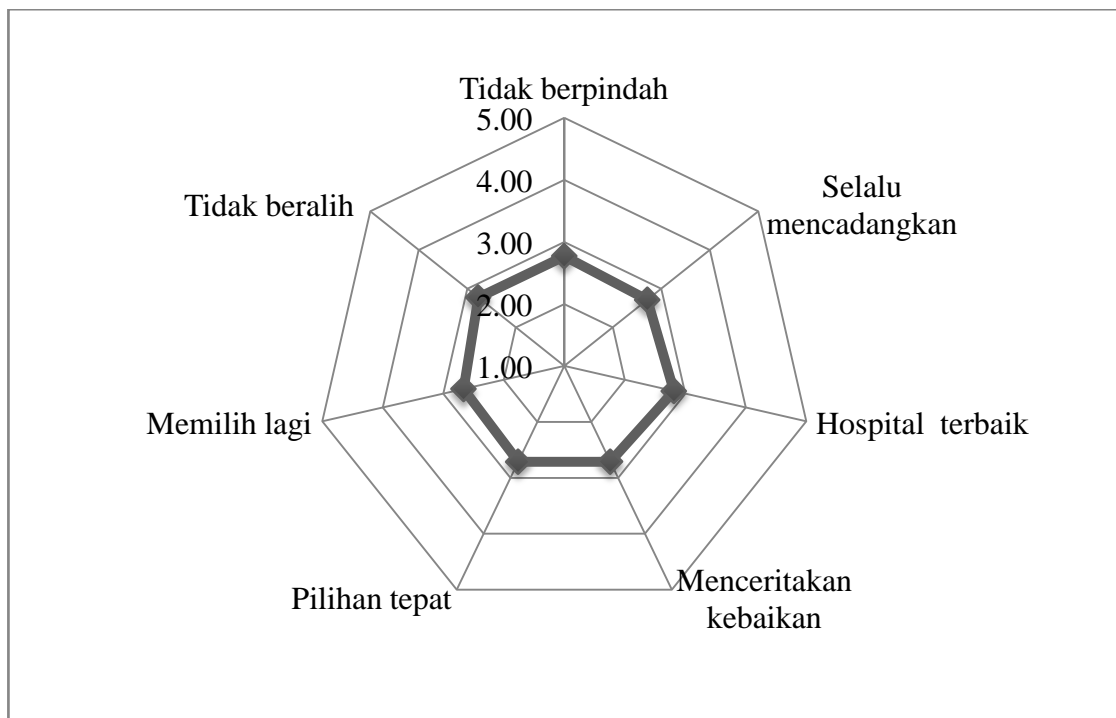
Dari segi kekebalan terhadap hospital pesaing, aspek yang mendapat peratusan sangat setuju adalah 30.2 peratus. Walaupun terdapat kekurangan di hospital ini sebanyak 36.9 peratus bersetuju untuk mereka tidak beralih ke hospital lain.

Jadual 5.21 Seluruh Dimensi Kesetiaan Terhadap Hospital

Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Netral	Setuju	Sangat Setuju	Min	Sisihan Piawai
	%	%	%	%	%		
Tidak ingin berpindah ke hospital lain	7.1	10.7	18.4	43.1	20.7	2.7711	1.3754
Selalu mencadangkan hospital ini kepada orang lain	6.7	12.0	16.0	46.2	19.1	2.7111	1.3600
Yakin hospital ini adalah hospital terbaik	10.2	18.2	24.2	21.8	25.6	2.8133	1.3284
Menceritakan kebaikan hospital ini kepada orang lain	9.6	20.4	26.7	21.6	21.8	2.7089	1.3636
Memilih hospital ini adalah pilihan tepat	12.7	17.8	23.1	26.0	20.4	2.7089	1.3285
Akan memilih hospital ini lagi	10.7	20.4	23.6	23.3	22.0	2.6644	1.2736
Tidak beralih ke hospital lain	6.9	10.2	15.8	36.9	30.2	2.7756	1.2806
Keseluruhan						2.7365	1.1135
Kategori							Sederhana

Nota: Klasifikasi Min 1.00 – 2.32 rendah, Min 2.33 – 3.65 sederhana, Min 3.66 – 5.00 tinggi

Secara keseluruhan Rajah 5.10 semua aspek indikator kesetiaan yang dinilai oleh pesakit berada pada tahap sederhana iaitu dimensi mereferensikan kepada orang lain, membicarakan hal – hal yang positif kepada orang lain, mengunjungi hospital secara berulang dan menunjukkan kekebalan terhadap hospital pesaing.

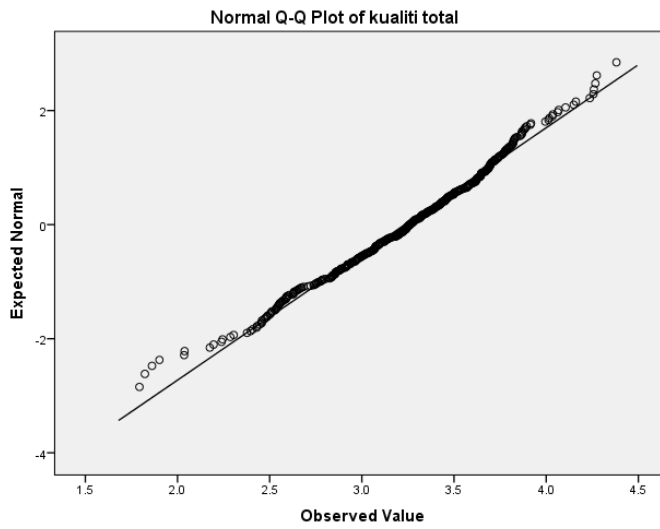


Rajah 5.10. Seluruh Dimensi Kesetiaan Pesakit

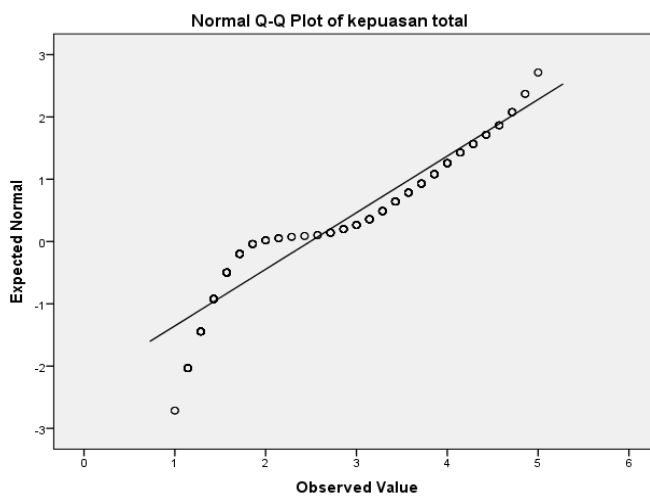
5.7 UJI TABURAN NORMAL

Taburan normal terhadap data yang digunakan dalam analisis ini, diuji dengan menggunakan SPSS 21.0. Taburan normal boleh digunakan secara graf dan kaedah statistik, kaedah graft merujuk kepada penggunaan histogram atau plot kebarangkalian normal. Manakala kaedah statistik adalah seperti Skewness dan kurtosis, ujian Kolmogrov-Smirnov, Shapira Wilks dan lilliefors statistik (Chua 2006, Coakes dan Steed 2007). SPSS menyediakan spesifik bagi menentukan sama ada data bertaburan normal atau sebaliknya. Dalam kajian ini, data memenuhi syarat taburan normal apabila diuji dengan ujian “normal Q-Q plot”. Menurut garson (2001), taburan data adalah normal sekiranya nilai herotan dan kurtosis berada diantara +2 dan -2.

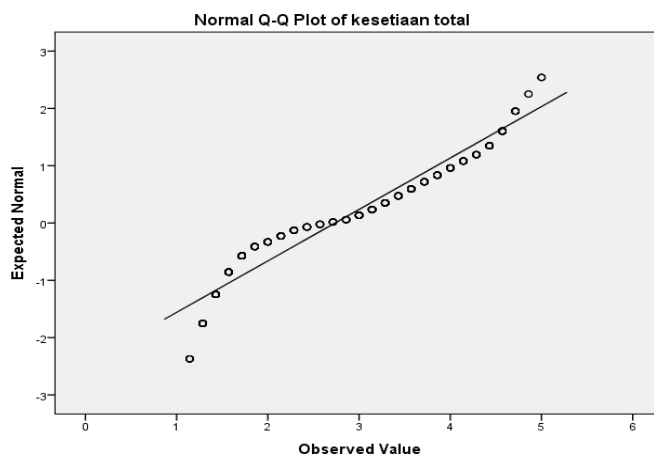
Rajah 5.11 Dimensi Kualiti Perkhidmatan



Rajah 5.12 Dimensi Kepuasan Pesakit



Rajah 5.13 Dimensi Kesetiaan Pesakit



5.8 ANALISIS *CONFIRMATORY FACTOR ANALYSIS*

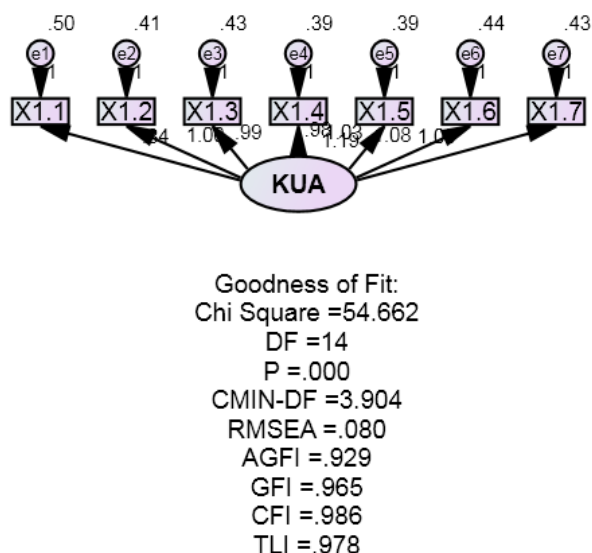
Bahagian ini menjelaskan analisis faktor terhadap dimensi kualiti perkhidmatan hospital, dimensi kepuasan pesakit, dan dimensi kesetiaan pesakit. Tujuan analisis ini adalah untuk menguji kesahihan indikator dalam setiap dimensi pembolehubah utama sebelum analisis model struktural dilakukan.

5.8.1 Dimensi Kualiti Perkhidmatan (X1)

Hasil analisis pada lampiran menunjukkan bahawa kriteria *goodness of fit* yang diajukan sebagai syarat sebuah model telah tercapai dan dinyatakan fit/baik. Syarat *goodness of fit* digunakan untuk mengetahui item/indikator yang digunakan secara bersama-sama dapat menerangkan pembolehubah laten (kualiti perkhidmatan). Semakin tinggi nilai "*loading factor*"nya, semakin baik untuk menerangkan pembolehubah laten.

Berdasarkan rajah 5.14 diketahui hasil dari ujian kesesuaian model (*goodness of fit*) setiap dimensi kualiti perkhidmatan hospital. Nilai Chi-Square hitung sebanyak 23,685 sedangkan Chi-Square tabel sebanyak 54.662 hal ini menandakan bahawa Chi-Square kualiti perkhidmatan kurang baik (Hulland, et al, 1996), nilai kebarangkalian hitung adalah 0.000 sedangkan nilai standard kebarangkalian (cut-off value) ≥ 0.05 maka nilai kebarangkalian kualiti perkhidmatan kurang baik (Hulland, et al, 1996), nilai CMIN/DF adalah 3.904 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{CMIN/DF} \leq 2.00$ Ini menandakan bahawa CMIN/DF kualiti perkhidmatankurang baik (Arbuckle, 1997), nilai RMSEA pula 0.080 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{RMSEA} \leq 0.08$ Ini menandakan bahawa kualiti perkhidmatan baik (Browne & Cudeck, 1993), nilai GFI hitung sebanyak 0.965 sedangkan standar nilai (cut-off value) $\text{GFI} \geq 0.90$ maka Ini menandakan kualiti perkhidmatansangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai AGFI hitung sebanyak 0.929 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{AGFI} \geq 0.90$ Ini menandakan pengukuran kualiti perkhidmatansangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai TLI adalah 0.978 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{TLI} \geq 0.95$ ini menandakan kualiti perkhidmatan sangat baik (Arbuckle, 1997), nilai CFI pula 0.986 sedangkan

standard nilai (cut-off value) $CFI \geq 0.95$ Ini menandakan bahawa kualiti perkhidmatan sangat baik (Arbuckle, 1997).



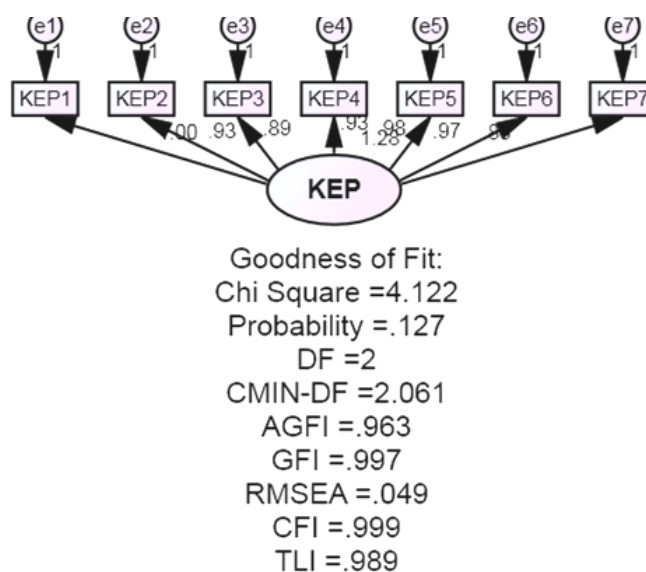
Rajah 5.14. Pengukuran faktor kualiti perkhidmatan

5.8.2 Dimensi Kepuasan Pesakit (Y1)

Hasil analisis pada dan lampiran menunjukkan bahawa kriteria *goodness of fit* yang diajukan sebagai syarat sebuah model telah terpenuhi dan dinyatakan fit/baik. Model yang telah memenuhi syarat *goodness of fit* selanjutnya dinilai untuk mengetahui pembolehubah-pembolehubah item/indikator yang digunakan secara bersama-sama dapat menerangkan setiap pembolehubah laten (kepuasan pesakit). Semakin tinggi nilai "*loading factor*"nya, maka semakin baik untuk menerangkan pembolehubah laten. Dengan demikian, model yang diajukan merupakan model akhir dari kepuasan pesakit dan model ini yang akan digunakan dalam analisis yang lebih lanjut.

Berdasarkan rajah 5.15 diketahui hasil dari nilai kesesuaian model (*goodness of fit*) dari masing-masing nilai. nilai tersebut antara lain nilai Chi-Square adalah 4.122 sedangkan Chi-Square tabel sebanyak 19.675 Ini menandakan bahawa kepuasan pesakit sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai kebarangkalian adalah 0.127

sedangkan standard nilai kebarangkalian (cut-off value) ≥ 0.05 hal ini menandakan bahawa nilai kebarangkalian kepuasan pesakit sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai CMIN/DF adalah 2.061 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{CMIN/DF} \leq 2.00$ Ini menandakan bahawa kepuasan pesakit sangat baik (Arbuckle, 1997), nilai RMSEA adalah 0.049 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{RMSEA} \leq 0.08$ Ini menandakan bahawa kepuasan pesakit sangat baik (Browne & Cudeck, 1993), nilai GFI adalah 0.997 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{GFI} \geq 0.90$ Ini menandakan bahawa kepuasan pesakit sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai AGFI adalah 0.963 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{AGFI} \geq 0.90$ Ini menandakan bahawa kepuasan pesakit sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai TLI adalah 0.989 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{TLI} \geq 0.95$ Ini menandakan bahawa kepuasan pesakit sangat baik (Arbuckle, 1997), nilai CFI adalah 0.999 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{CFI} \geq 0.95$ Ini menandakan bahawa kepuasan pesakit sangat baik (Arbuckle, 1997).



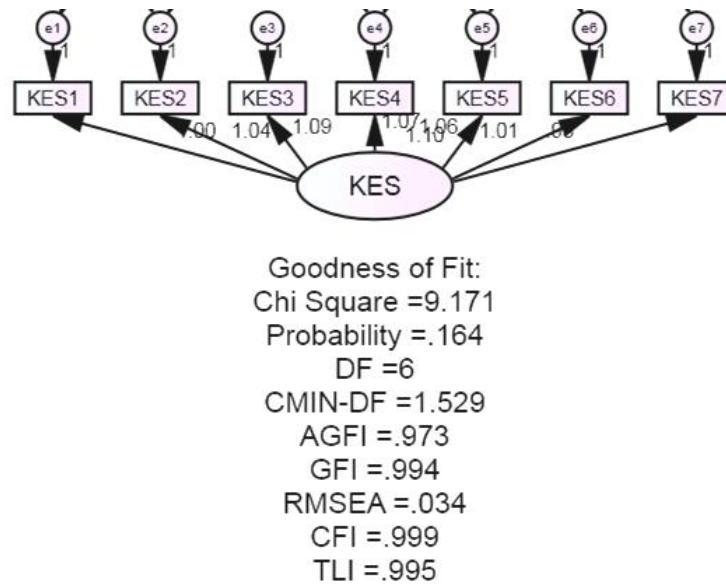
Rajah 5.15. Pengukuran faktor kepuasan pesakit

5.8.3 Dimensi Kesetiaan Pesakit (Y2)

Hasil analisis pada lampiran menunjukkan bahawa kriteria *goodness of fit* yang diajukan sebagai syarat sebuah model telah tercapai dan dinyatakan fit/baik. Model yang telah memenuhi syarat *goodness of fit* selanjutnya dinilai untuk mengetahui pembolehubah-pembolehubah item/indikator yang digunakan secara bersama-sama

dapat menerangkan setiap pembolehubah laten (kesetiaan pesakit). Semakin tinggi nilai "*loading factor*"nya, maka semakin baik untuk menerangkan pembolehubah laten. Dengan demikian, model yang diajukan merupakan model akhir dari kesetiaan pesakit dan model ini yang akan digunakan dalam analisis yang lebih lanjut.

Berdasarkan rajah 5.16 diketahui hasil dari indeks kesesuaian model (*goodness of fit*) dari masing-masing nilai. Nilai-nilai tersebut antara lain nilai Chi-Square adalah 9.171 sedangkan Chi-Square tabel sebanyak 19.675 Ini menandakan bahawa kesetiaan pesakit sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai kebarangkalian adalah 0.164 sedangkan standard nilai kebarangkalian (cut-off value) ≥ 0.05 Ini menandakan bahawa kebarangkalian kesetiaan pesakit sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai CMIN/DF adalah 1.529 sedangkan standard nilai (cut-off value) CMIN/DF ≤ 2.00 Ini menandakan bahawa kesetiaan pesakit sangat baik (Arbuckle, 1997), nilai RMSEA adalah 0.034 sedangkan standard nilai (cut-off value) RMSEA ≤ 0.08 Ini menandakan bahawa kesetiaan pesakit sangat baik (Browne & Cudeck, 1993), nilai GFI adalah 0.994 sedangkan standard nilai (cut-off value) GFI ≥ 0.90 Ini menandakan bahawa kesetiaan pesakit sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai AGFI adalah 0.973 sedangkan standard nilai (cut-off value) AGFI ≥ 0.90 Ini menandakan bahawa kesetiaan pesakit sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai TLI adalah 0.995 sedangkan standard nilai (cut-off value) TLI ≥ 0.95 Ini menandakan bahawa kesetiaan pesakit sangat baik (Arbuckle, 1997), nilai CFI adalah 0.999 sedangkan standard nilai (cut-off value) CFI ≥ 0.95 hal ini menandakan bahawa kesetiaan pesakit sangat baik (Arbuckle, 1997).



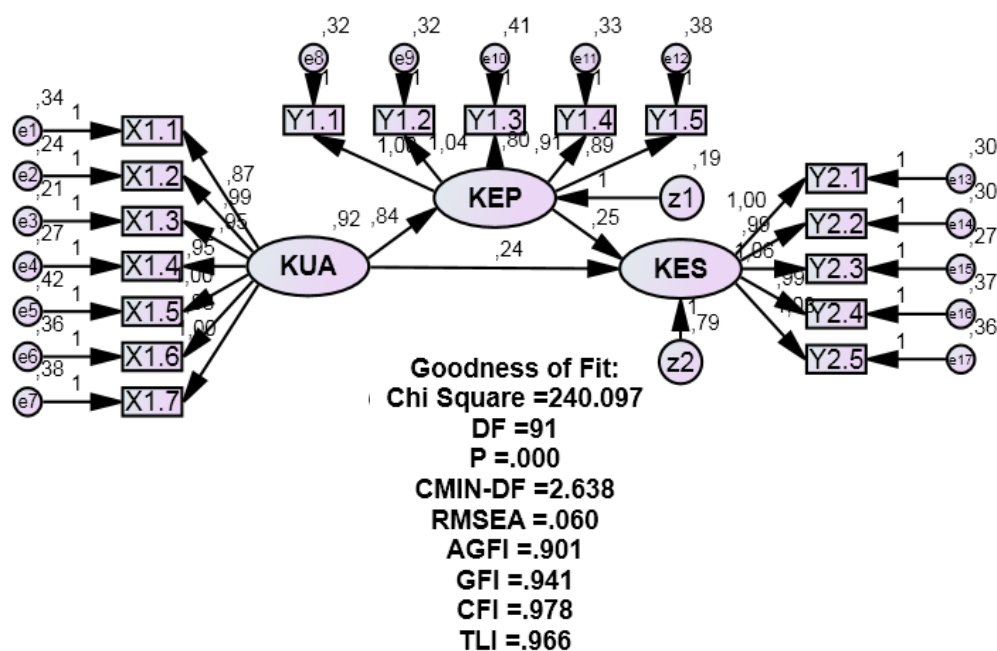
Rajah 5.16. Pengukuran faktor kesetiaan pesakit

5.9 ANALISIS *STRUCTURAL EQUATION MODELLING* (SEM) FULL MODEL

Berdasarkan penentuan nilai dalam model, maka pembolehubah pengujian model dikelompokkan menjadi pembolehubah eksogenous (kualiti perkhidmatan) dan pembolehubah endogenous (kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit). Model struktural dikatakan baik jika dalam pengembangan model secara teori disokong oleh data empirik. Rajah *full* dari model persamaan struktur/ structural equation modeling yang dilihat pada rajah (lampiran A.2) dan kemudian model persamaan struktur (*structural equation modeling*) diperluas lagi pada rajah 5.14.

Berdasarkan Rajah 5.17 diketahui hasil dari nilai kesesuaian model (*goodness of fit*) dari masing-masing nilai. Nilai-nilai tersebut antara lain nilai Chi-Square adalah 240.097 sedangkan Chi-Square tabel sebanyak 19.675 Ini menandakan bahawa kurang baik (Hulland, et al, 1996), nilai kebarangkalian hitung sebanyak 0.000 sedangkan standard nilai kebarangkalian (cut-off value) ≥ 0.05 hal ini menandakan bahawa kebarangkalian kurang baik (Hulland, et al, 1996), nilai CMIN/DF adalah 2.638 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{CMIN/DF} \leq 2.00$ Ini menandakan bahawa baik (Arbuckle, 1997), nilai RMSEA adalah 0.060 sedangkan standard nilai (cut-off value) $\text{RMSEA} \leq 0.08$ Ini menandakan bahawa RMSEA sangat baik (Browne

&Cudeck, 1993), nilai GFI adalah 0.941 sedangkan standard nilai (cut-off value) GFI ≥ 0.90 Ini menandakan bahawa GFI sangat baik (Hulland, et al, 1996), nilai AGFI adalah 0.901 sedangkan standard nilai (cut-off value) AGFI ≥ 0.90 Ini menandakan bahawa AGFI baik (Hulland, et al, 1996), nilai TLI adalah 0.966 sedangkan standard nilai (cut-off value) TLI ≥ 0.95 Ini menandakan bahawa TLI sangat baik (Arbuckle, 1997), nilai CFI adalah 0.978 sedangkan standard nilai (cut-off value) CFI ≥ 0.95 Ini menandakan bahawa CFI sangat baik (Arbuckle, 1997).



Rajah 5.17. Pengukuran faktor dan hasil uji model

Berdasarkan uji full model pada lampiran diketahui hasil dari nilai kesesuaian model (*goodness of fit*) yang disajikan pada Jadual 5.22. Selanjutnya nilai-nilai ini akan dibandingkan dengan *cut-off value* dari masing-masing nilai. Nilai-nilai tersebut antara lain Nilai Chi-Square, nilai Kebarangkalian/probability, nilai CMIN/DF, nilai RMSEA, nilai GFI, nilai AGFI, nilai TLI, dan nilai CFI. Sebuah model dikatakan baik apabila mempunyai nilai-nilai *goodness of fit* yang sesuai dengan syarat terdapat nilai *cut-off value*.

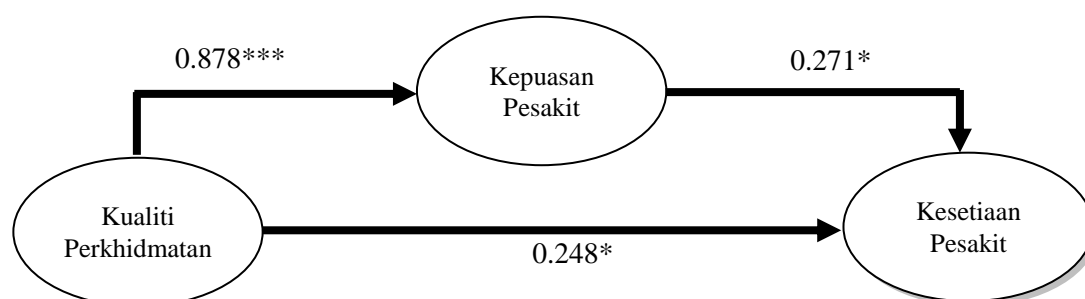
Jadual 5.22. *Goodness Of Fit* dan *Cut-Off Value* – Full Model

<i>Goodness of Fit Indices</i>	<i>Cut-off Value</i>	Hasil Penilaian Model	Keterangan
X ² Chi Square	$\alpha = 5\%$	240.097	Kurang Baik
Probabilitas	≥ 0.05	0.000	Kurang Baik
CMIN/DF	≤ 2.00	2.638	Baik
RMSEA	≤ 0.08	0.060	Sangat Baik
GFI	≥ 0.90	0.941	Sangat Baik
AGFI	≥ 0.90	0.901	Sangat Baik
TLI	≥ 0.95	0.966	Sangat Baik
CFI	≥ 0.95	0.978	Sangat Baik

Jadual 5.22 menunjukkan CMIN/DF, RMSEA, GFI, AGFI, TLI, dan CFI telah tercapai yang ditunjukkan dengan nilai CMIN/DF sebanyak 2.638 serta RMSEA sebanyak 0.060, GFI sebanyak 0.941, AGFI sebanyak 0.901, TLI sebanyak 0.966 dan CFI sebanyak 0.978 dengan demikian dapat disimpulkan bahawa kriteria *goodness of fit* yang diajukan sebagai syarat fitnya sebuah model telah tercapai dan dinyatakan fit/baik. Pengaruh yang besar dan sumbangan yang diberikan antara pembolehubah laten kualiti perkhidmatan, kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit dengan nilai GFI (R^2) sebanyak 0.978 atau 97.8%, ertinya keseragaman data yang dapat dijelaskan oleh model struktural tersebut, atau dengan kata lain informasi atau maklumat yang terkandung dalam data 97.8% dapat dijelaskan oleh model tersebut, sedangkan nilai selebihnya dijelaskan oleh pembolehubah laten yang lain.

Setelah dilakukan penilaian kriteria terhadap nilai kesesuaian model, selanjutnya dilihat sejauhmana hubungan tersebut menepati hipotesis kajian. Jadual 5.37 memperlihatkan nilai-nilai koefisien regresi dan *critical ratio* (nilai t) lebih besar dari nilai t atau nilai p value ≤ 0.05 , hasil anggaran model tersebut dapat dilihat pada rajah 5.15. Rajah ini menunjukkan walaupun kualiti perkhidmatan tidak baik sepenuhnya berdasarkan hasil analisis deskriptif yang telah dikemukakan sebelumnya, pesakit masih merasakan puas. Pesakit khususnya pada kelas III di pelbagai hospital di Kota Makassar mengalami tingkat kepuasan yang meningkat jika dibandingkan sebelum diberlakukannya program kesihatan percuma oleh pihak pemerintah. Mahalnya kos kesihatan dan pengobatan serta rendahnya tingkat pendapatan menjadi

alasan utama masyarakat miskin untuk tidak berubat ke hospital, sehingga mereka lebih memilih pengubatan tradisional yang kurang cekap. Pada saat pemerintah memberikan akses kesihatan yang mudah kepada seluruh masyarakat khususnya masyarakat miskin, hal ini menjadi kesempatan mereka untuk meningkatkan kualiti kesihatan sehingga hidup mereka juga meningkat. Program kesihatan percuma dari pemerintah terbukti meningkatkan kepuasan masyarakat sehingga mereka kembali untuk berubat ke hospital milik kerajaan.



*** = signifikan pada taraf $\leq 0,001$

* = signifikan pada taraf $\leq 0,05$

Rajah 5.18. Hasil estimasi/anggaran model penyelidikan

Hasil analisis di Jadual 5.23 menunjukkan hubungan fungsional antara pemboleh ubah eksogen dan pemboleh ubah endogen.

Jadual 5.23. Penilaian *Loading Factor* (λ) Uji Full Model

Pembolehubah	<i>Loading Factor</i>	S.E	Nilai t	<i>p</i>	Hipotesis
KUA → KEP	0.878***	0.041	21.258***	0.000	H-2diterima
KUA → KES	0.248*	0.124	1.996*	0.046	H-3diterima
KEP → KES	0.271*	0.127	2.136*	0.033	H-4diterima

Note: S.E: standard error

*** = $p \leq 0.001$

** = $p \leq 0.01$

Berdasarkan Jadual di atas yang menjelaskan tentang penilaian *loading factor* dalam *model* keseluruhan struktural. Hubungan pembolehubah eksogen dan endogen dapat dirumuskan sebagai berikut.

- a) Pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap kepuasan pesakit, berdasarkan nilai $t = 21.258^{***}$ dan nilai probability = 0.000 serta *loading factor* sebanyak 0.878. Koefisien ini menunjukkan bahawa dengan peningkatan kualiti perkhidmatan akan memberi kesan kepada peningkatan kepuasan pesakit. Nilai statistik menunjukkan hubungan positif dan signifikan antara kualiti perkhidmatan terhadap kepuasan pesakit, dengan andaian bahawa faktor-faktor lain yang mempengaruhi kepuasan pesakit dianggap *kekal*. Berdasarkan hasil analisis ini maka, hipotesis H-2 yang menyatakan kualiti perkhidmatan mempunyai hubungan positif dan signifikan terhadap kepuasan pesakit, diterima.
- b) Bukti empirik pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit, ditunjukkan oleh nilai $t = 1.996^*$ dan nilai $p = 0.046$ serta *loading factor* sebanyak 0.248. Koefisien ini menunjukkan sebarang perubahan kualiti perkhidmatan akan memberi kesan pada peningkatan kesetiaan pesakit. Nilai statistik menunjukkan hubungan positif dan signifikan antara kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit, dengan andaian bahawa faktor-faktor lain yang mempengaruhi kesetiaan pesakit dianggap *kekal*. Berdasarkan hasil analisis ini maka, hipotesis H-3 yang menyatakan kualiti perkhidmatan mempunyai hubungan positif dan signifikan terhadap kesetiaan pesakit, diterima.
- c) Pengaruh kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit, dipaparkan berdasarkan nilai $t = 2.136^*$ dan nilai $p = 0.033$ serta *loading factor* sebanyak 0.271. Nilai statistik menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit, dengan andaian bahawa faktor-faktor lain yang mempengaruhi kesetiaan pesakit dianggap *kekal*. Berdasarkan hasil analisis ini maka, hipotesis H-4 diterima yang menyatakan kepuasan pesakit mempunyai hubungan positif dan signifikan terhadap kesetiaan pesakit.

5.10 Penilaian Analisis Jalur (*Path Analysis*)

Nilai parameter *unstandardized estimate* sebagai koefisien regresi yang tertera pada Jadual tersebut mewakili kesan langsung sebagaimana Jadual 5.24. Kekuatan hubungan kesan tidak langsung antara pemboleh ubah sebagaimana Jadual 5.24

dinilai dengan konseptual pemaknaan pengaruh tersebut, dimana setiap peningkatan 1 unit nilai pemboleh ubah bebas akan meningkatkan nilai pemboleh ubah bersandar sebanyak efek pengukuran langsung setelah mempertimbangkan kesan pemboleh ubah antara. Ketinggian nilai efek pengukuran langsung mewakili kekuatan hubungan antara pemboleh ubah konstruk penyelidikan. Untuk mengetahui hasil analisis kesan langsung, kesan tidak langsung, dan kesan keseluruhan antara pemboleh ubah laten dalam model struktural dapat dilihat pada Jadual 5.24 seperti di bawah ini.

Jadual 5.24. Penilaian *path analysis* antara pemboleh ubah laten model penyelidikan

Kesan Langsung			
Pembolehubah	Pembolehubah	Hubungan Langsung	Hypothesis
Kualiti Perkhidmatan	Kepuasan Pesakit	0.878	H-2Terima
Kualiti Perkhidmatan	Kesetiaan Pesakit	0.248	H-3Terima
Kepuasan Pesakit	Kesetiaan Pesakit	0.271	H-4Terima
Kesan Tidak Langsung			
Pembolehubah	Pembolehubah	Hubungan Tidak Langsung	Hypothesis
Kualiti Perkhidmatan	Kepuasan Pesakit	0.220	H-5Terima
Kesan Keseluruhan			
Pembolehubah	Pembolehubah	Hubungan Total	
Kualiti Perkhidmatan	Kepuasan Pesakit	0.873	
Kualiti Perkhidmatan	Kesetiaan Pesakit	0.450	
Kepuasan Pesakit	Kesetiaan Pesakit	0.252	

Berdasarkan Jadual 5.24 maka dijelaskan seperti berikut:

- 1) Kesan langsung kualiti perkhidmatan (X1) terhadap kepuasan pesakit (Y1) adalah 0.878 yang bermakna terdapat pengaruh yang searahantara kedua pembolehubah konstruk tersebut.

- 2) Kesan langsung kualiti perkhidmatan (X1) terhadap kesetiaan pesakit (Y2) adalah 0.248 yang bermakna terdapat pengaruh yang kuat antara kedua pembolehubah konstruk tersebut.
- 3) Kesan langsung kepuasan pesakit (Y1) terhadap kesetiaan pesakit (Y2) adalah 0.271 yang bermakna terdapat pengaruh antara kedua pembolehubah konstruk tersebut.

Selanjutnya analisis menunjukkan kesan tidak langsung antara pemboleh ubah konstruk yang di anggap sesuai dengan model penyelidikan. Analisis ini mendapati kesan tidak langsung kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit dengan nilai sebanyak 0.220. Untuk mengetahui signifikansi kesan tidak langsung yang dirujuk dari Ghazali (2013) maka dihuuraikan seperti berikut:

$$0.878 + (0.248 \times 0.271) = 0.945$$

Hasil perhitungan di atas menunjukan bahawa $0.220 < 0.945$, sehingga terdapat hubungan yang signifikan kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit dengan mempertimbangkan kesan kepuasan pesakit. Maka, hipotesis H-5 diterima tentang kualiti perkhidmatan mempunyai pengaruh positif dan signifikan melalui kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit.

Secara keseluruhan model penyelidikan ini boleh diterangkan seperti berikut.

- Kesan keseluruhan kualiti perkhidmatan terhadap kepuasan pesakit adalah 0.873. Hal ini bermakna setiap peningkatan 1 unit kualiti perkhidmatan hospital akan meningkatkan 0.873 unit keseluruhan kepuasan pesakit.
- Kesan keseluruhan kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit adalah 0.450. Hal ini bermakna tahap hubungan cukup kuat iaitu setiap peningkatan 1 unit kualiti perkhidmatan mampu meningkatkan 0.450 unit keseluruhan kesetiaan pesakit.
- Kesan keseluruhan kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit pula adalah 0.252. Hal ini bermakna setiap peningkatan 1 unit kepuasan pesakit mampu meningkatkan 0.252 unit keseluruhan kesetiaan pesakit.

BAB VI

PERBINCANGAN DAN KESIMPULAN

6.1. RUMUSAN DAN PERBINCANGAN

Bab ini membincangkan mengenai tahap kualiti perkhidmatan, tahap kepuasan pesakit dan tahap kesetiaan pesakit. Selain daripada itu bab ini juga membincangkan mengenai pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap kepuasan pesakit, pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit, pengaruh kepuasan terhadap kesetiaan pesakit. Analisis statistik juga digunakan untuk menunjukkan pengaruh secara tidak langsung kualiti perkhidmatan melalui kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit. Bab ini juga membincangkan model SEM (implikasi teoritikal), implikasi dasar, keterbatasan penyelidikan dan usulan penyelidikan dimasa hadapan, kesimpulan, serta cadangan.

6.2. TAHAP KUALITI PERKHIDMATAN

Dalam konteks kajian ini, didapati semua dimensi kualiti perkhidmatan adalah belum cukup baik. Dimana masih ada dimensi kualiti berada pada tahap sederhana. Pada dimensi pendaftaran, secara khususnya terdapat empat indikator yang sangat baik dari perspektif pesakit iaitu kekemasan, kebersihan, dan keseragaman pakaian kakitangan, fasiliti/kemudahan yang terdapat dibilik pendaftaran, perkhidmatan yang adil tanpa memandang status atau pangkat dan maklumat daripada kakitangan yang dapat dipercayai. Hasil penyelidikan ini sejalan dengan hasil kajian Sohail (2003), Kumar, Manjunath & Chethan (2012) dan Aiken, et al., (2002) yang menyatakan bahawa proses pendaftaran di hospital berperan penting dalam menentukan kepuasan atau ketidakpuasan pesakit. Rohmadi (2008) juga menjelaskan bahawa semasa proses

pendaftaran, sebaiknya pegawai sentiasa memberikan khidmat kepada pesakit. Kajian Parawanto (2012) menunjukkan bahawa sistem maklumat akan menyokong perkhidmatan pendaftaran dan pentadbiran di hospital. Namun masih terdapat indikator yang belum baik menurut pesakit iaitu jumlah pegawai yang memberikan perkhidmatan, jadual perkhidmatan yang tidak menepati waktu, kakitangan yang kurang memiliki sikap simpati, jarak lokasi bilik pendaftaran yang agak jauh seperti juga kajian lalu (Utami, 2013; Hidayati, Suryawati & Sriatmi 2014, Sitayani, Hamzah, & Amir 2014). Kajian juga mendapati pegawai lambat melayan keperluan pesakit, dan proses menunggu yang lama. Meskipun terdapat beberapa pernyataan yang tidak memuaskan pesakit, Pantouvakis & Bouranta (2014) yang menyatakan perlu membina kemudahan fizikal termasuk yang berkaitan dengan keselesaan atau akses perkhidmatan proses pendaftaran. Sistem pendaftaran yang masih bersifat manual di hospital dapat menyebabkan meningkatkan keluhan pesakit (Putra, Suryadi, & Irfani, 2013). Sebaliknya Noor Haliza (2006) mengenai kepuasan pesakit di hospital kerajaan membuktikan bahawa terdapat hubungan positif antara kepuasan dengan waktu menunggu. Nofiana & Sugiarsi (2011) menungkapkan bahawa pesakit merasa puas terhadap kualiti perkhidmatan pendaftaran yang diberikan.

Dimensi kecekapan doktor yang dinilai memenuhi kualiti pada pandangan pesakit adalah penjelasan mengenai penggunaan ubat yang tepat. Hal ini ditunjukkan dengan memberi peluang kepada pesakit untuk bertanya kepada doktor, doktor pula berusaha menenangkan perasaan cemas pesakit, disamping itu perilaku doktor menimbulkan perasaan selesa kepada pesakit, malah doktor juga menjaga kerahsiaan pesakit. Hal ini sejajar dengan penyelidikan Laamanen, Simonsen-Rehn, Suominen & Brommels, (2010), Mayer, et.al., (1998), dan Wigati, (2008). Hasil kajian ini juga selaras dengan hasil penyelidikan Chaniotakis & Lymperopoulos (2009) yang menyatakan bahawa dimensi kualiti perkhidmatan yang penting adalah sikap empati doktor terhadap pesakit. Bito & Matsumura (2008) juga membuktikan elemen tingkah laku kerja doktor sangat penting untuk mencapai kualiti perkhidmatan hospital yang terbaik. Rose, et al (2004) juga mendapati pemilihan hospital tidak dipengaruhi oleh kualiti perkhidmatan, kecuali dipengaruhi oleh doktor yang mereka pilih. Anggraini & Rohmani (2012) dalam penyelidikannya menjelaskan bahawa doktor yang memberikan perkhidmatan yang sangat baik akan memberikan kepuasan kepada

pesakit. Selain daripada itu, kajian Setyaningsih (2013) juga menyatakan bahawa doktor yang meluangkan waktu untuk melayan pesakit akan meningkatkan kualiti perkhidmatan dan perkhidmatan hospital. Suharmiati & Budijanto (2007) dalam analisisnya memaparkan bahawa majoriti pesakit merasa puas setelah diperiksa oleh doktor. Penyelidikan yang dijalankan Suryawati (2004) menunjukkan bahawa sebagian besar pesakit memerlukan kehadiran, penampilan, sapaan dan perhatian doktor yang merawatnya. Aspek ini juga merupakan sebahagian daripada proses pengubatan. Persepsi pesakit terhadap hospital sangat ditentukan oleh peranan doktor (Silalahi, 2007). Perilaku doktor menjadi faktor penting yang mempengaruhi tahap kepuasan pesakit kerana salah satunya disebabkan oleh komunikasi antara doktor dan pesakit (Zolaly, 2012 dan Geffen, Philbert, Boheemen, Dijk, Bos, & Bouvy, 2011). Namun indikator yang belum berkualiti ialah kecukupan jumlah doktor yang memberikan perkhidmatan seperti yang dilaporkan oleh (Rahmani, 2009, Yohana, 2009, & Erviana 2013) dan ketelitian pemeriksaan yang dilakukan oleh doktor, Indikator yang kurang baik ini boleh menjadi penghalang kepada hospital dalam menyediakan sesebuah sistem dan penjagaan kesihatan yang berkualiti (Enehaug, 2000). Levoy (2009) menjelaskan cabaran yang dihadapi doktor dalam memastikan pesakit untuk terus setia pada hospital tersebut berbanding hospital lain bukanlah merupakan tugas yang mudah, kerana kini ramai pesakit yang menganggap diri mereka sebagai pengguna kesihatan yang mempunyai harapan yang tinggi. Suryawati, Dharminto & Shaluhayah 2006; Suharmiati & Budijanto 2007; dan Anggraini & Rohmani 2012 menjelaskan bahawa pesakit sering memberi keluhan mengenai doktor yang tidak teliti dalam mendagnosis. David, Hariyanti & Widayanti (2014) dalam kajiannya menunjukkan bahawa kelewatan kehadiran doktor dalam memberikan perkhidmatan juga memberi kesan negatif kepada kepuasan pesakit. Kelewatan pengurusan penyakit kebanyakannya disebabkan oleh kelewatan kehadiran doktor (Hikmanti & Adriani 2014). Semua pandangan pesakit di hospital adalah perlu bagi mendapatkan maklumat bagaimana keadah untuk membentuk atau memperbaiki sistem perkhidmtan kesihatan yang sedia ada (Haliza et al. 2003).

Berdasarkan penilaian pesakit, jururawat berupaya menjaga kerahsiaan pesakit dan jururawat juga melayan keluarga pesakit dengan baik. Mahmoud & Reisel (2014) menyatakan bahawa kebolehan kerja kakitangan sokongan perubatan sepenuhnya menjadi pengantara dalam perhubungan antara kakitangan perubatan dan kepuasan pesakit. Penyelidikan Yuliani, Sugiarsi, & Riyoko (2008) menjelaskan bahawa jururawat yang responsif terhadap keluhan atau aduan pesakit menyebabkan pesakit merasa selesa. Kajian Noor'ain dan Mohammad Yunus et al. (2013) menunjukkan dimensi responsive, jaminan, empati mempunyai hubungan positif terhadap kepuasan pesakit. Kajian Fitriani (2014) memaparkan bahawa dengan kepercayaan terhadap tugas yang dilakukan oleh jururawat akan meningkatkan kualiti perkhidmatan hospital tersebut. Pesakit akan merasa puas hati kerana mendapatkan kualiti perkhidmatan yang baik khususnya kemesraan dan penuh kerelaan jururawat (Puspitasari & Edris, 2011). Kajian yang dilakukan oleh Rosmawati (2013) juga menyatakan bahawa jururawat memberikan perkhidmatan yang teliti dan berhati-hati. Namun indikator yang belum baik ialah jururawat lewat hadir kerja seperti juga kajian Fitriani (2014), Puspitasari & Edris (2011), dan Rosmawati, (2013). Kajian ini juga mendapati jururawat kurang meluangkan waktu berbincang kepada pesakit dan jururawat tidak segera bertindak ketika diperlukan. Hal ini bertepatan dengan kajian oleh Puti, (2013), Gunawan, (2013), dan Fitriani, (2014) yang mendapati pesakit mengeluhkan tentang lambatnya kakitangan perubatan ketika diperlukan.

Kekemasan, kebersihan dan keseragaman pakaian kakitangan farmasi, dan jumlah kakitangan farmasi yang mencukupi mendapat penilaian baik oleh pesakit. Muftiraeni, Kapalawi, & Sidin (2013), dan Samosir (2009) juga menegaskan aspek penampilan pegawai farmasi yang rapi dan bersih akan memberi kesan baik kepada pesakit. Hasil kajian ini selaras dengan hasil penyelidikan Pilman, et al (2004) yang menyatakan bahawa faktor-faktor yang mempunyai kesan yang besar terhadap kepuasan secara keseluruhan adalah ubat dan perkhidmatan oleh doktor. Kajian ini juga mendapati pegawai farmasi lewat hadir kerja, ubat tidak tersusun rapi. Hidayati, (2008), Prasetya, (2009), dan Lestari, (2012) juga menyatakan bahawa pesakit tidak puas penjelasan maklumat pada kad ubat. Seharusnya kakitangan farmasi bersedia untuk membantu dan menawarkan perkhidmatan yang cepat dan memberi penjelasan

kepada pesakit (Yousapronpaiboon & Johnson, 2013); Prasetya 2009, Anwar 2010; dan Suciati & Adisasmito, 2006). Kajian yang dilakukan oleh Nekoei-Moghadam & Amiresmaili (2011) juga menunjukkan harapan paling tinggi mempunyai hubungkait dengan keperluan pesakit untuk merasa selamat sepanjang rawatan dengan sokongan perilaku paramedik yang baik boleh meningkatkan keyakinan diri dan pengetahuan kakitangan perubatan untuk menjawab pertanyaan pesakit.

Dimensi persekitaran hospital yang mendapat penilaian baik dari pesakit ialah keadaan penampungan sampah yang baik, keadaan pagar di persekitaran hospital, persekitaran dihiasi dengan taman bunga, kemudahan tempat beristirahat dan tempat bermain untuk kanak-kanak, keselesaan ruang tempat letak kereta, dan kakitangan memberikan perkhidmatan yang mesra. Sesuai dengan kajian lalu (Suryawati, Dharminto & Shaluhiyah, 2006; Wiranto, Nurhayani & Indar, 2013) yang menyatakan kepuasan pesakit ditentukan oleh persekitaran fizikal hospital. Disamping itu, indikator yang belum baik ialah ketidakselesaan persekitaran didalam hospital, papan petunjuk arah yang perlu diperbaiki, dan kebersihan keseluruhan kawasan. Pandangan yang sama dikemukakan oleh Noor'ain et al. (2013) bahawa faktor nyata tidak mempengaruhi kepuasan pelanggan. Seperti juga yang dilaporkan oleh Rahmawati & Supriyanto, (2013), Kelmanutu, Sidin, & Maidin, (2013) dan Emrizal, 2007. Merujuk hasil kajian Firdaus & Muhlisin (2010) yang mendapati ciri-ciri persekitaran perkhidmatan kesihatan yang berkualiti sebagai sebahagian cara klinikal terhadap pesakit. Kedua, persekitaran juga menyokong keperluan spiritual dan psiko-sosial keluarga pesakit dan kakitangan.

Beberapa indikator di dalam bilik rawatan yang dinilai pesakit sudah baik ialah kebersihan lantai, alat hiburan (televisyen) yang berfungsi, kekemasan partisi-partisi pembagi serta kebersihan dinding dan siling seperti juga kajian lalu (Dabri, Paranoan, & Paselle, 2014, Sidanti, 2013; Happyanto, et al. 2013; Fantri, Achmadi & Basri 2012 dan Sekali 2011. Selaras dengan penyelidikan Azwar, (1996), dan Parasuraman et al, (1988), perkhidmatan yang baik ialah perkhidmatan langsung, meliputi penampilan fasiliti fizikal seperti bilik rawatan, kebersihan, kekemasan dan keselesaan bilik rawatan. Menurut Pohan (2006), kepuasan pesakit dipengaruhi penampilan fizikal kenyamanan bilik rawatan. Penyelidikan ini juga selaras dengan penyelidikan

Sari (2006) mengenai kepuasan pesakit yang menyatakan fasiliti bilik rawatan yang bersih dan selesa. Namun demikian, indikator yang masih tidak baik ialah perkhidmatan bilik rawatan yang kurang baik, kebersihan katil (selimut dan tilam), tempat pembuangan sampah serta keselesaan udara di bilik rawatan. Manurung (2010) dan Wijaya (2012) dan Rahmawati & Supriyanto (2013) juga menghuraikan hospital kurang memperhatikan kebersihan katil, yang tidak sesuai dengan keperluan dan harapan pesakit. Hasil penyelidikan Oktaria, Ainy & Mutahar (2014), Al-Omar, 2000, dan Astuti & Nagase, 2014 turut menyatakan bahawa ketidakpuasan pesakit timbul akibat hospital mengabaikan kehendak pesakit.

Ketepatan waktu makan yang disediakan, cita rasa makanan yang lazat dihidangkan, dan kepelbagaian menu makanan disediakan adalah Indikator dimensi penyediaan makanan dan minuman yang mendapat penilaian baik oleh pesakit Suryawati, Dharminto & Shaluhayah (2006), Setyaningsih (2013) dan Harcahyani (2010) yang mendapati bahawa kepuasan pesakit turut ditentukan oleh makanan yang disediakan hospital. Namun demikian, indikator yang tidak baik adalah alat makan dan minum, penataan makanan atau penampilan makanan kurang terselah. Penemuan ini adalah selaras dengan penyelidikan Mustafa, Hadju & Jafar (2012) yang menyatakan bahawa tahap kepuasan pesakit untuk kelas I, II, III terhadap hidangan makanan, menu pagi dan malam berada pada tahap yang tidak memuaskan. Dalam penyelidikan Prissalia (2013), Nasution, (2009) dan Wiranto, Nurhayani & Indar (2013) juga menghuraikan bahawa pesakit tidak puas terhadap hidangan makanan dan minuman.

6.3. TAHAP KEPUASAN PESAKIT

Secara keseluruhan dimensi kepuasan pesakit berada pada tahap sederhana. Pesakit masih berpuas hati kerana hospital ini memenuhi keperluan mereka dan memberikan perkhidmatan yang mereka harapkan. Namun demikian pesakit hospital ini masih kurang berpuas hati dibandingkan dengan hospital lain Hal ini selari dengan penemuan Gunawan (2013), Poernomo (2009) dan Laksono (2008). Dari aspek keselesaan, hasil kajian menunjukkan pesakit berpuas hati terhadap perkhidmatan pegawai di hospital ini. Namun, pesakit kurang berpuas hati yang ditunjukkan melalui

keluhan pesakit yang tidak mendapat maklum balas yang baik daripada kakitangan. Dimensi keselamatan pun menunjukkan majoriti pesakit kurang puas hati terhadap kebolehan hospital yang dikaji. Dimensi kemahiran dan pengetahuan saintifik pegawai perubatan secara keseluruhan pengalaman pesakit di hospital ini kurang berpuas hati. Terdapat beberapa indikator dari hasil analisis pembolehubah kepuasan pesakit yang menunjukkan nilai paling tinggi ialah hospital ini memberikan perkhidmatan yang diharapkan oleh pesakit dan hospital ini lebih baik berbanding dengan hospital yang lain. Penemuan ini disokong dengan hasil kajian Mohammad & Alhamadani, (2011), Naik, et al., (2010) dan Chang, et al., (2013). Menurut kajian Arab, et al., (2012) dan Anbori, et al., (2010) yang menyatakan bahawa kualiti perkhidmatan dianggap sebagai faktor penting bagi meningkatkan kepuasan pesakit (Chahal & Mehta, 2013). Namun, aspek yang mendapat peratusan yang kurang memuaskan adalah pernyataan mengenai hospital ini memenuhi keperluan pesakit. Hasil penyelidikan Arab, et.al., (2012), penyelidikan Kesuma, et.al., (2013), dan penyelidikan Wang, Huang & Howng (2011) yang menyatakan bahawa apabilapihak hospital kurang memenuhi kehendak pesakit akan menimbulkan rasa tidak puas dan akan beralih pada hospital lainnya. Hasil analisis pembolehubah kepuasan pesakit menunjukkan terdapat indikator dengan nilai yang tinggi diantaranya perkhidmatan oleh pegawai di hospital ini, hospital ini dapat dipercayai atau diyakini dan pengalaman saya di hospital ini cukup baik. Namun, aspek yang mendapat peratusan yang kurang memuaskan adalah keluhan atau aduan yang tidak mendapat respon yang baik. Hal ini disokong kajian oleh Elleuch (2008), bahawa atribut kepuasan dapat meramalkan perilaku pesakit yang disengajakan untuk kembali dan mencadangkan kepada orang lain. Justeru Gunawan (2006) menjelaskan bahawa ketidakpuasan perkhidmatan kesihatan yang diterima pesakit akan menimbulkan konflik dalam diri pesakit dan keluarganya. Kajian Zaluchu, Sarumpaet & Syarifah (2009) menegaskan bahawa majoriti pesakit merasa tidak puas terhadap respon keluhan pesakit.

6.4. TAHAP KESETIAAN PESAKIT

Secara keseluruhan pesakit masih setia terhadap rawatan kesihatan percuma di hospital milik pemerintah Kota Makassar. Pesakit masih menjadikan hospital milik kerajaan ini sebagai pilihan utama, malah pesakit miskin tidak mempunyai pilihan lain untuk berubat. Pesakit yang setia juga bersedia untuk mempromosikan hospital ini kepada orang lain dan cenderung menggunakan kembali perkhidmatan hospital ini. Laksono (2008), Prasojo (2013), Puspita (2009) dan Haryani (2012) juga membuktikan kesetiaan pesakit akan menentukan seseorang samaada akan mencadangkan hospital kepada orang lain. Hasil ini selari dengan dengan kajian Puspitasari & Edris (2011), Berlianty, Alwy & Nurhayani (2013), dan Sukowati (2014). Astuti & Nagase (2014), Platonova, Kennedy & Shewchuk (2008), Chahal (2008) dan Huang, Weng, Lai & Hu (2012). Kajian ini juga selaras dengan Gremler dan Brown (1997) yang menegaskan pelanggan yang setia adalah pelanggan yang tidak hanya membeli secara berulang sebuah perkhidmatan, tetapi juga mempunyai komitmen dan sikap yang positif terhadap perkhidmatan. Misalnya akan mencadangkan orang lain untuk membeli. Selaras juga dengan penyelidikan Sari (2006) yang menyatakan keinginan pesakit untuk melakukan kunjungan semula ke hospital tersebut. Demikian juga halnya dengan Rellyani (2003) yang menjelaskan pesakit berminat untuk melakukan kunjungan ulang.

Pesakit beryakinan hospital ini merupakan hospital yang terbaik dan memilih hospital ini merupakan pilihan yang tepat. Hasil kajian ini juga selaras dengan dapatan Lestari (2014), Berlianty, Alwy & Nurhayani (2013), dan Rosmawati (2013).

Pesakit dalam kajian ini juga tidak ingin berpindah ke hospital lain. Demikian pula halnya penemuan Duggirala, Rajendran, & Anantharaman (2008), Roberge, Beaulieu, Haddad, Lebeau & Pineault (2001) yang menegaskan bahawa salah satu ciri dari kesetiaan pesakit yaitu tidak ingin berpindah ke hospital lain.

Namun begitu terdapat pesakit yang kurang berpuas hati terhadap pernyataan saya menceritakan kebaikan perkhidmatan hospital ini kepada orang lain, Hal ini bertentangan dengan kajian Laksono (2008), Prasojo (2013), Puspita (2009), dan Haryani (2012) tentang menceritakan kebaikan hospital ini kepada pihak lain. Penyelidikan yang sejalan dengan penemuan ini iaitu Abidin (1999), Oktaria, Ainy, & Mutahar (2014) dan Hardi (2010) bahawa ketidakpuasan pesakit menyebabkan mereka menceritakan keburukan hospital kepada orang lain. hal ini diperkukuhkan lagi dengan kajian Naidu (2009) yang menegaskan bahawa kualiti kesihatan sukar untuk diukur kerana faktor tidak nyata dan kepelbagaian. Oleh itu penyedia perkhidmatan kesihatan perlu mengetahui perubahan kehendak pelanggan dan menghadapi persaingan yang sengit diantara penyedia kesihatan yang lain.

6.5. PENGARUH KUALITI PERKHIDMATAN TERHADAP KEPUASAN PESAKIT

Ujian statistik menunjukkan wujud pengaruh positif dan signifikan antara kualiti perkhidmatan terhadap kepuasan pesakit, dengan andaian faktor-faktor lain yang mempengaruhi kepuasan pesakit dianggap kekal. Hasil kajian ini menerima hipotesis pertama. Oleh demikian, hasil kajian ini seiring dengan kajian oleh Mohammad & Alhamadani (2011) dan Naik, et al (2010). Kajian Padma, Rajendran & Lokachari (2010) juga menyatakan bahawa perkhidmatan hospital perlu memahami keperluan pesakit. Manakala, Padma, Rajendran & Sai (2009) menyatakan bahawa setiap hospital harus memahami kehendak pelanggannya kerana kualiti yang didefinisikan adalah bertujuan memuaskan keperluan pelanggan. Melalui pemahaman mengenai keperluan pesakit, ia menjadi titik permulaan untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan hospital secara berterusan. Penemuan Ghosh (2014) juga menunjukkan bahawa kepuasan pesakit terdiri dari empat dimensi iaitu : rawatan klinikal, persekitaran, komunikasi dan sokongan pentadbiran. Empat dimensi tersebut menunjukkan hubungan positif yang signifikan terhadap kepuasan pesakit. Demikian pula halnya penemuan Duggirala, Rajendran & Anantharaman (2008) yang memaparkan tujuh dimensi yang berbeza dari keseluruhan kualiti perkhidmatan kepada pesakit merasakan adanya hubungan di antara ketujuh-tujuh dimensi tersebut,

dimana hubungan yang positif dan signifikan antara dimensi kualiti perkhidmatan dan kepuasan pesakit telah ditemui. Hal ini sejajar dengan kajian Zarei, et al. (2014) yang menunjukkan bahawa peningkatan kualiti perkhidmatan, pengukuhan hubungan interpersonal dan interaksi positif antara penyedia perkhidmatan dan pesakit serta membentuk strategi yang cekap untuk membezakan hospital dari pesaing dan mencapai kepuasan pesakit dan kesetiaan.

Berdasarkan kajian oleh Mekoth, et al. (2011) juga menjelaskan bahawa perkhidmatan doktor dan makmal yang baik mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kepuasan pesakit. Selain itu, kesopanan yang ditunjukkan oleh kakitangan pendaftaran dan tempoh masa menunggu pendaftaran yang singkat adalah aspek yang ketara dari kualiti perkhidmatan. Pesakit merasa puas hati jika kualiti perkhidmatan yang disediakan hospital adalah selaras dengan harapannya. Sebaliknya pesakit akan merasa kecewa atau tidak puas jika kualiti perkhidmatan yang diberikan hospital tidak selaras dengan harapannya (Pawar, 2005). Semakin baik dimensi kualiti perkhidmatan hospital yang merangkumi aspek pendaftaran, doktor, jururawat, farmasi, persekitaran hospital, bilik rawatan dan penyediaan makanan dan minuman, maka semakin baik pula penilaian pesakit terhadap kualiti perkhidmatan. Oleh demikian hal ini dapat mengurangkan jurang atau perbezaan antara harapan dan pengalaman sebenar yang dialami oleh pesakit. Selain mendengar aduan pesakit, pihak pengurus hospital perlu menangani aduan tersebut. Pelbagai penyelesaian boleh dilakukan dengan mendapatkan maklumat lebih terperinci mengenai harapan dan keperluan pesakit. Dengan mengambil berat masalah pesakit akan mempengaruhi sikap mereka dalam kehidupan seharian (Pawar, 2005).

6.6. PENGARUH KUALITI PERKHIDMATAN TERHADAP KESETIAAN PESAKIT

Analisis statistik juga menunjukkan pengaruh positif dan signifikan antara kualiti perkhidmatan terhadap kesetiaan pesakit, dengan andaian faktor-faktor lain yang mempengaruhi tinggi rendahnya kesetiaan pesakit dianggap tetap. Mewujudkan kesetiaan pesakit bermaksud menggalakkan keinginan pesakit untuk kembali ke hospital yang sama sekiranya sakit adalah menjadi tanggungjawab pihak pengurusan

hospital. Selain itu memupuk kesetiaan dan kesediaan pengguna untuk kembali merupakan aspek dalam pembangunan dan mengekalkan hospital yang berkualiti (West, 2007).

Pelbagai hasil kajian lalu turut mengukuhkan hasil penyelidikan ini. Antara lain, Aykac, et al (2009) yang menyatakan bahawa dimensi kebolehpercayaan memberi kesan signifikan kesetiaan terhadap hospital seperti kecemerlangan, imej, dan empati. Kajian oleh Naidu (2009) pula menyatakan bahawa kualiti perkhidmatan kesihatan mempengaruhi kepuasan pesakit, seterusnya mempengaruhi perilaku kesetiaan pesakit. Kajian Arab, Tabatabaei, Rashidian, Forushani & Zarei (2012), penyelidikan Kesuma, Hadiwidjojo, Wiagustini & Rohman (2013), penyelidikan Wang, Huang & Howng (2011), penyelidikan Debata, Patnaik, Mahapatra & Sree (2015) serta penyelidikan Wang, Hsiao & Huang, (2005) secara tegas menyatakan bahawa kualiti perkhidmatan memberi kesan kepada peningkatan kesetiaan pesakit. Shihab (2012) menegaskan bahawa kualiti perkhidmatan akan memberi implikasi besar pada kesetiaan pesakit. Faktor kesetiaan pesakit juga diteliti oleh Eryanto (2011) dan Berlianty, Alwy & Nurhayani (2013) yang menjelaskan bahawa kesetiaan pesakit bergantung kepada kualiti perkhidmatan yang terbaik. Faktor kesetiaan pesakit juga diteliti oleh Eryanto (2011) dan Berlianty, Alwy & Nurhayani (2013) yang menjelaskan bahawa kesetiaan pesakit bergantung kepada kualiti perkhidmatan yang terbaik.

Welch (2012) menjelaskan bahawa salah satu amalan dalam industri perkhidmatan termasuk perkhidmatan kesihatan ialah kesilapan sifar atau “*zero-defect*”. Meskipun demikian, kegagalan perkhidmatan akan berkorelasi dengan kesetiaan pelanggan, risiko, dan kepuasan pesakit. Kelemahan perkhidmatan kesihatan semestinya tidak dapat dihindari. Oleh itu pihak hospital memerlukan program penambahbaikan perkhidmatan supaya dapat mengatasi masalah apabila pesakit atau keluarga marah dan kecewa dengan perkhidmatan yang disediakan. Tindakan ini penting agar pesakit menjadi lebih setia dan mewujudkan keyakinan yang tinggi terhadap kualiti perkhidmatan yang di berikan.

6.7. PENGARUH KEPUASAN PESAKIT TERHADAP KESETIAAN PESAKIT

Hasil analisis statistik menunjukkan pengaruh positif dan signifikan antara kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit, dengan andaian faktor-faktor lain yang mempengaruhi tinggi rendahnya kesetiaan pesakit dianggap tetap. Oleh itu hospital harus menentukan pelbagai aspek yang mempunyai pengaruh besar terhadap kepuasan pesakit (Mostafa, 2005). Hasil ini berbeza dengan penemuan Laksono (2008) yang menegaskan bahawa tidak terdapat pengaruh signifikan antara kepuasan terhadap kesetiaan pesakit. Namun demikian kajian Amin & Nasharuddin (2013) yang menunjukkan bahawa tingginya tahap kualiti perkhidmatan hospital akan menghasilkan kepuasan pelanggan yang tinggi pula. Kajian Kessler & Mylod (2011) turut mendapati bahawa wujud hubungan antara kepuasan pesakit terhadap kesetiaan pesakit. Demikian juga hasil kajian Mortazavi, et al (2009) yang menegaskan bahawa keseluruhan indikator kepuasan pesakit dan kesetiaan adalah berkorelasi secara positif. Rundle-Thiele & Bus. (2010) menjelaskan amalan rawatan pesakit secara terfokus dapat meningkatkan kepuasan dan kesetiaan pesakit. Kajian Caruana & Fenech (2005), Platonova, Kennedy & Shewchuk (2008), Astuti & Nagase (2014), Bielen & Demoulin (2007), dan Kessler & Mylod (2011) yang menyatakan bahawa kepuasan pesakit berpengaruh terhadap kesetiaan pesakit.

Pesakit akan merasa puas hati jika hospital memiliki infrastruktur yang lengkap (Hamed & Salem, 2014), serta rawatan perubatan mengenai penyakitnya (Ortiz J., Wang, Elayda & Tolpin, (2013) dan Ali, Osman, Eshraghi, Gholizadeh, Razak & Abas, (2013).. Demikian pula dengan hasil kajian Kitapci, Akdogan & Dortyol (2014) yang menguji kesan dari kepuasan pada niat pembelian semula dan "*word-of-mouth*" komunikasi untuk pesakit di Turki. Tahap kepuasan pesakit bukanlah kriteria utama untuk menilai perkhidmatan hospital (Al-Omar, 2000). Namun, sikap pesakit terhadap perkhidmatan hospital merupakan isu yang sangat penting yang harus dipertimbangkan ketika menilai perkhidmatan kesihatan. Hospital juga perlu membezakan antara ketidakpuasan dan kepuasan pesakit. Ketidakpuasan pesakit berlaku ketika pesakit menerima perkhidmatan adalah berbeza dengan apa yang diharapkan. Sedangkan kepuasan pesakit muncul apabila pengalaman

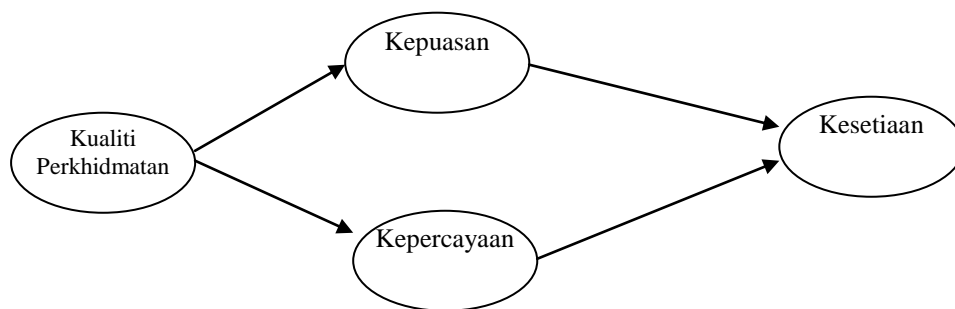
perkhidmatan melebihi harapan mereka. Selain menitikberatkan kepuasan sebagai aspek penting untuk menjaga kesetiaan pesakit. Ketidakpuasan juga penting kerana dapat menjadi bahan penilaian bagi perilaku pesakit pada masa akan datang (Al-Omar, 2000, Astuti & Nagase, 2014, Platonova, Kennedy & Shewchuk, 2008, dan Kessler & Mylod, 2011).

6.8. PENGARUH MEDIATOR KUALITI PERKHIDMATAN MELALUI KEPUASAN KEPADA KESETIAAN

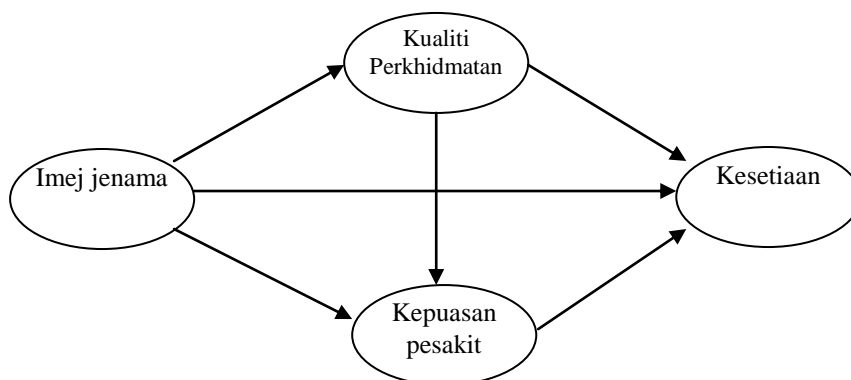
Membuktikan wujud pengaruh positif dan signifikan antara kualiti perkhidmatan melalui kepuasan terhadap kesetiaan pesakit, dengan andaian faktor-faktor lain yang mempengaruhi kepuasan dan kesetiaan pesakit dianggap kekal. Hasil kajian ini selaras dengan kajian seperti Naidu (2009), Aykac, Aydin, Ates, & Cetin (2009), Arab, Tabatabaei, Rashidian, Forushani, & Zarei (2012), Sutharjana, Thoyib, Taroena, & Rahayu (2013), Puti (2013), Silalahi (2007), dan Fitriani (2014) yang menegaskan kepuasan sebagai mediator kepada kesetiaan pesakit. Hal serupa juga dikemukakan oleh Ardani & Suprapti (2013) bahawa kualiti perkhidmatan memberi kesan positif dan signifikan terhadap kepuasan pesakit. Dalam kehidupan nyata, kesetiaan adalah mengenai komitmen pelanggan ketika berurusan dengan organisasi, apabila membeli produk dan perkhidmatan dan merujuk kepada rakan-rakan dan keluarga (McIlroy & Barnett, 2000). Kesetiaan pesakit merupakan niat pengguna untuk mendapatkan perkhidmatan dari sesebuah hospital dan mencadangkan hal yang sama kepada orang lain (Chahal & Mehta, 2013). Hasil kajian ini selari dengan penemuan Siswoyo & Supriyanto (2013), Gunawan & Djati (2011), Haqi, Wessiani, & Santosa, (2011), Munawaroh (2013) dan Puspitasari & Edris (2011) yang menyatakan bahawa dengan meningkatkan kualiti perkhidmatan maka pesakit akan mencadangkan perkhidmatan hospital ini kepada orang lain. Namun hasil kajian ini berbeza dengan penemuan Tauhida (2012) bahawa kualiti perkhidmatan memberi kesan positif terhadap tahap kepuasan pesakit, namun tahap kepuasan pesakit tidak memberi kesan signifikan terhadap kesetiaan pesakit. Manakala kajian Ardani & Suprapti (2013) menjelaskan bahawa kualiti perkhidmatan memberi kesan positif dan signifikan terhadap kepuasan pesakit.

6.9. PERBINCANGAN IMPLIKASI TEORITIKAL

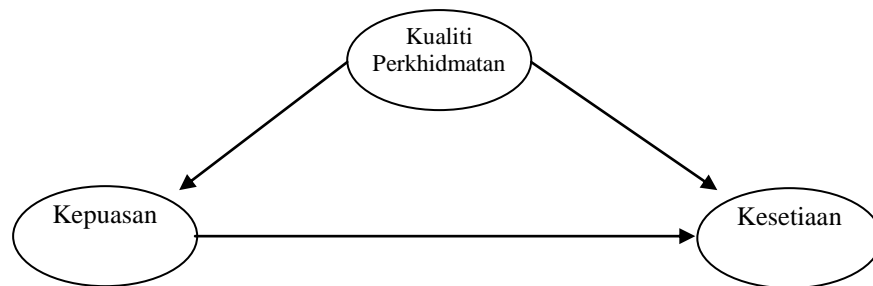
Pelbagai hasil penemuan model persamaan struktural yang menyokong model kajian ini. Antara lain dikemukakan oleh hasil kajian Rahmani-Nejad, et al. (2014) yang menyelidik tentang kualiti perkhidmatan berkaitan dengan kesetiaan. Hasil penyelidikan menunjukkan bahawa kualiti perkhidmatan berpengaruh signifikan terhadap kesetiaan. Gambaran full model SEM penyelidikan Rahmani-Nejad, et al. (2014) seperti berikut.



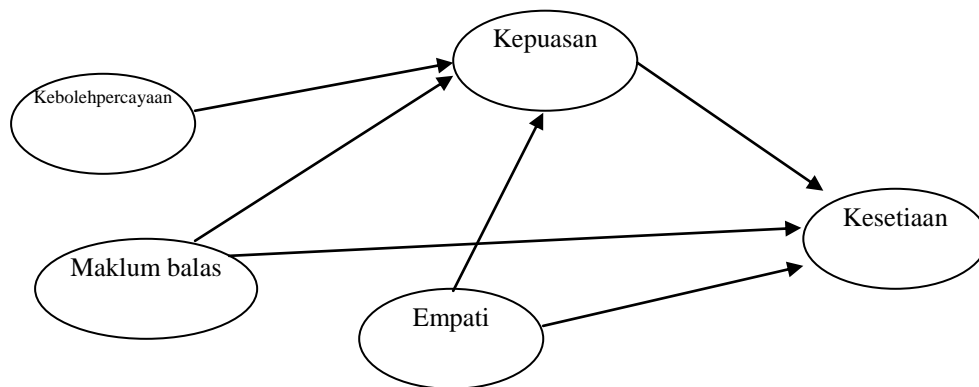
Kajian mengenai hubungkait kualiti perkhidmatan dalam bidang kesihatan turut dikemukakan Wu (2011) tentang faktor-faktor yang menentukan kesetiaan pesakit. Hasil penyelidikan Wu (2011) menyiratkan bahawa kualiti perkhidmatan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit. Secara lengkap digambarkan sebagai berikut.



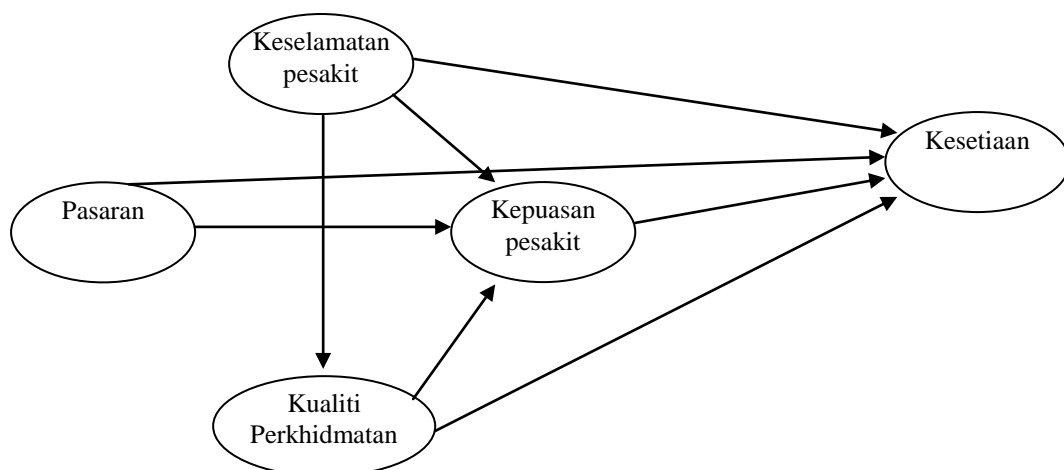
Lei & Jolibert (2012) mengemukakan hasil model kualiti dan kepuasan adalah konsep yang berbeza. Kepuasan menjadi pengantara kualiti dan kesetiaan merupakan model yang paling tepat dalam konteks persekitaran kesihatan di China. Modelnya adalah seperti berikut.



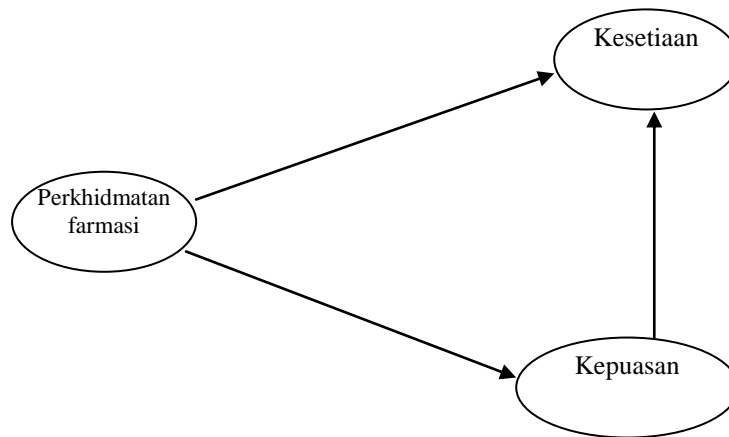
Suleiman, et al (2012) menyelidik tentang kesetiaan, penemuannya menegaskan bahawa daya tanggap, kepuasan, kehandalan dalam perkhidmatan memiliki peringkat tinggi terhadap kesetiaan. Modelnya adalah seperti berikut.



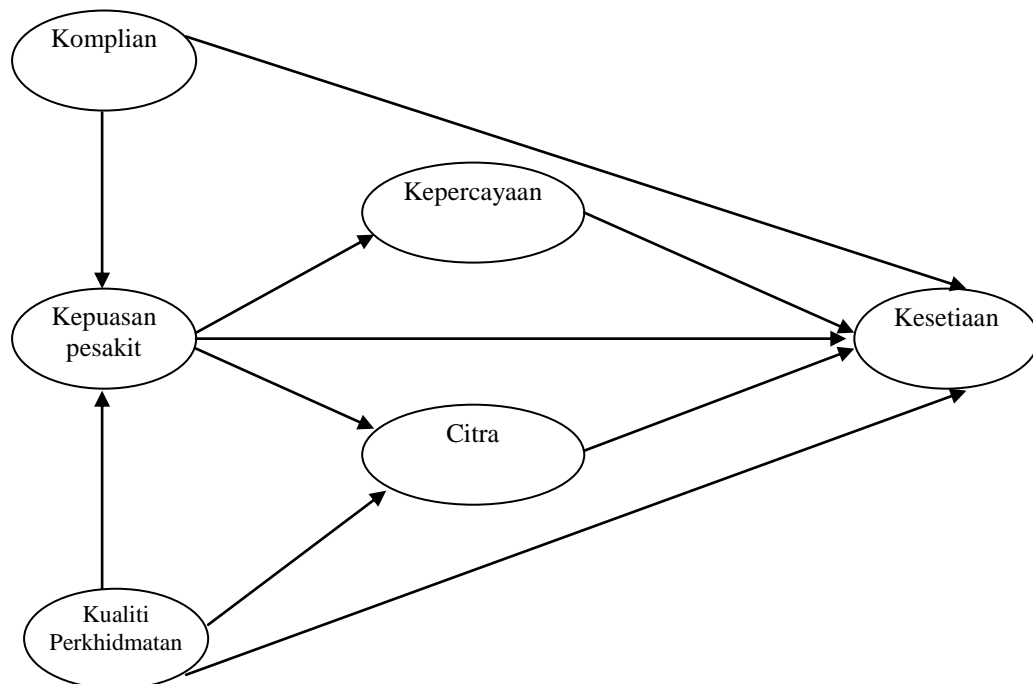
Jayabrata, et al (2016) menyelidik tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit di hospital. Modelnya adalah seperti berikut.



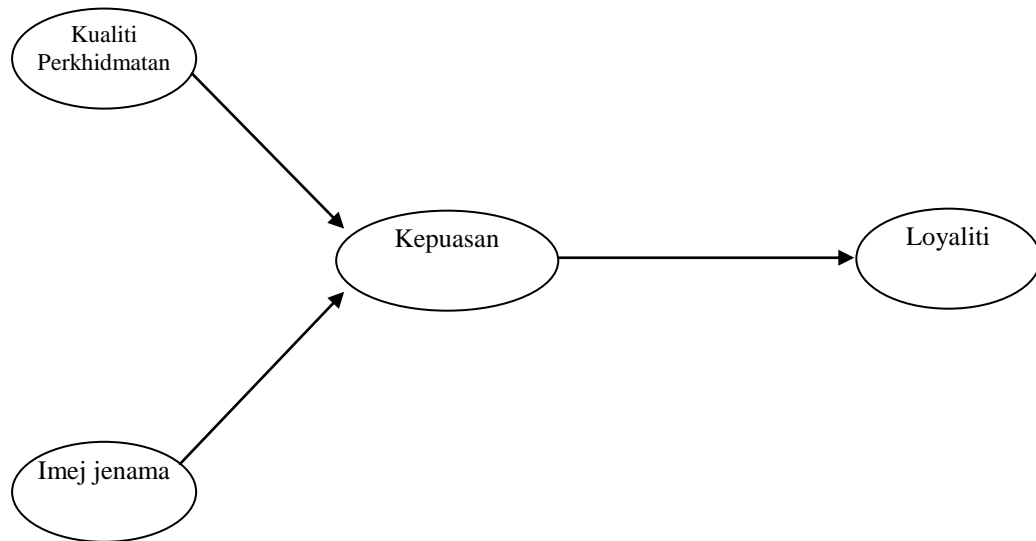
Sa'adah, Hariyanto dan Rohman (2015) yang memaparkan bahawa kepuasan dan kesetiaan pesakit juga ditentukan oleh tingkat kualiti perkhidmatan farmasi berupa lokasi yang mudah dijangkau, jam buka sesuai keperluan, petugas yang ramah, dan beberapa dimensi lainnya. Modelnya adalah seperti berikut.



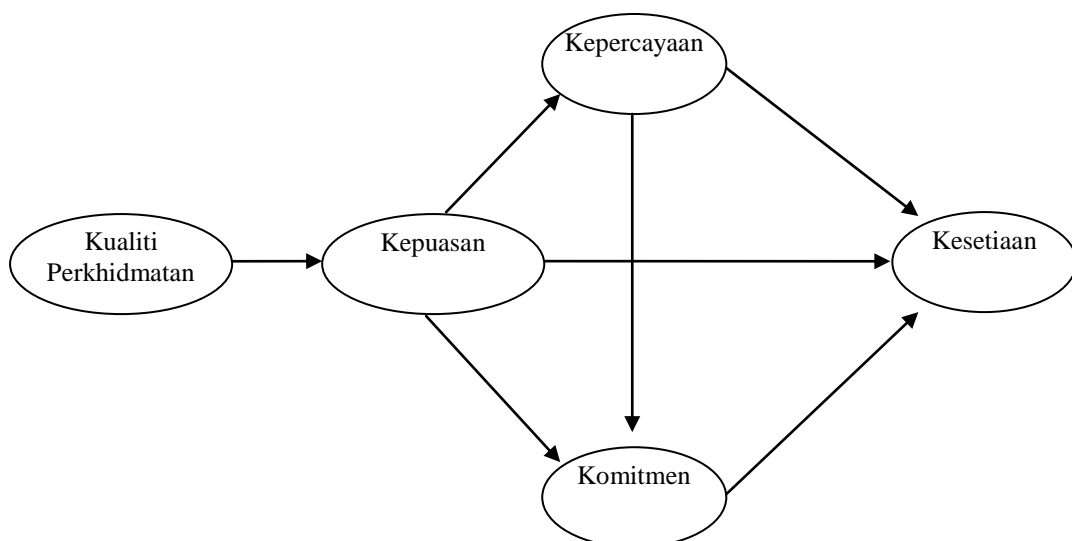
Haqi, et al (2011) menyelidik tentang kesetiaan pesakit dengan metode structural equation model pada rawat dalam hospital di Surabaya. Penemuan penyelidikan ini menjelaskan bahawa kepuasan tidak berpengaruh signifikan terhadap kesetiaan pesakit. Modelnya adalah seperti berikut.



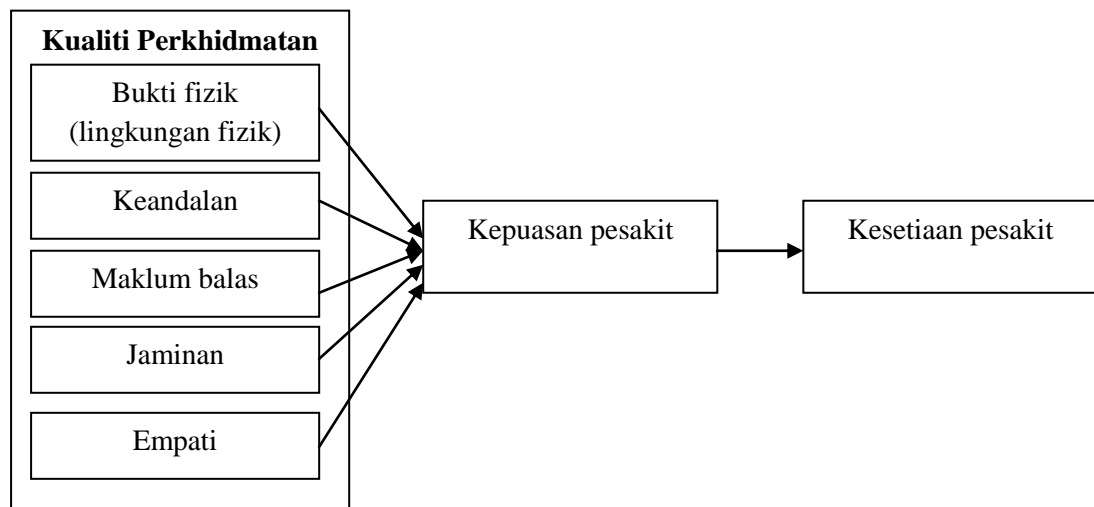
Juhana, et al (2015) menyelidik tentang kepuasan dan kesetiaan pesakit hospital di Bandung, Indonesia. Penemuan penyelidikan ini menjelaskan bahawa kualiti perkhidmatan di hospital berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pesakit. Kepuasan pesakit berpengaruh signifikan terhadap kesetiaan. Modelnya adalah seperti berikut.



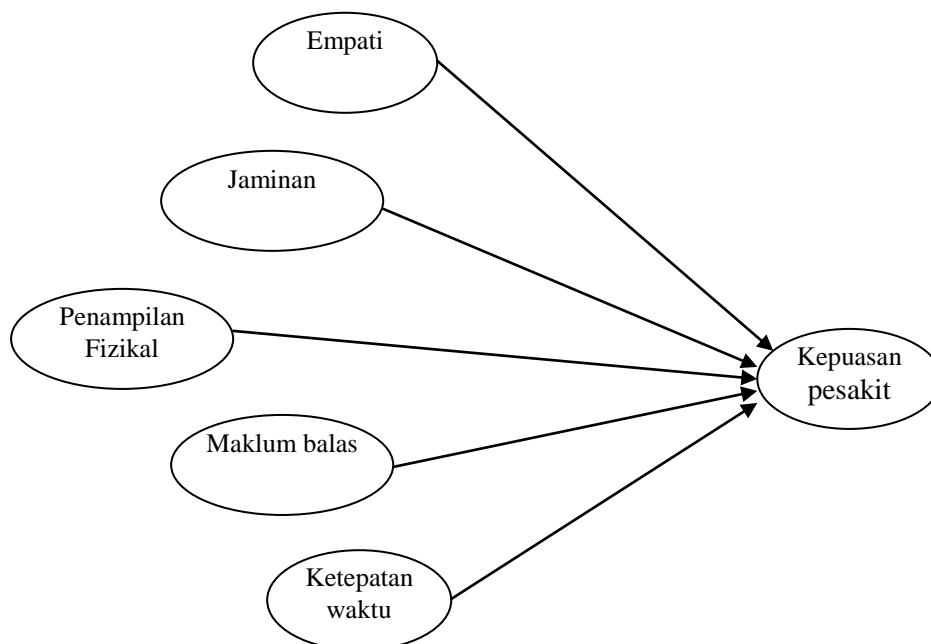
Patawayati, et al (2013) menyelidik tentang kepuasan dan kesetiaan pesakit hospital di Sulawesi Tenggara, Indonesia. Penemuan penyelidikan ini menjelaskan bahawa kualiti perkhidmatan mempengaruhi kepuasan, dan kepuasan akan mempengaruhi kesetiaan. Modelnya adalah seperti berikut.



Jeyasudha dan Jawaharrani (2016) menyelidik tentang kualiti perkhidmatan, kepuasan dan kesetiaan pesakit hospital di Chennai City. Penemuan penyelidikan ini menjelaskan bahawa dimensi kualiti perkhidmatan yang dirasakan pesakit memiliki impak yang kuat pada kepuasan dan kesetiaan pesakit. Modelnya adalah seperti berikut.



Irfan, et al (2012) menyelidik tentang kepuasan pesakit hospital di Pakistan. Penemuan penyelidikan ini menjelaskan bahawa hospital umum tidak berupaya untuk memberikan kualiti perkhidmatan yang layak kepada pesakit dan tidak berupaya untuk memenuhi keperluan dan keinginan pesakit. Modelnya adalah seperti berikut.



Merujuk pada pelbagai model yang telah dikemukakan sebelumnya, model baru dari kajian ini terdiri daripada kualiti perkhidmatan (proses pendaftaran, kecekapan doktor, kecekapan jururawat, perkhidmatan farmasi, persekitaran hospital, bilik rawatan, serta penyediaan makanan dan minuman), kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit. Model kajian ini juga selaras dengan asas yang dikemukakan oleh Parasuraman, et al., (1988) mengenai kualiti perkhidmatan yang merujuk pada keseluruhan aspek kualiti perkhidmatan dan niat perilaku oleh Cronin et al (2000). Demikian pula model kajian ini telah didukung teori utama keterkaitan antara kualiti perkhidmatan, kepuasan dan kesetiaan yaitu model kualiti perkhidmatan yang dipelopori oleh oleh Storbacka, Strandvik dan Gronroos (1994), Schlesinger dan Heskett (1991) dan Wilson et al. (2008).

6.10. IMPLIKASI DASAR

Salah satu punca perkhidmatan hospital yang lemah adalah penggubal dasar dan pengurus hospital tidak mengambil kira suara dan aduan pesakit miskin dalam peningkatan perkhidmatan hospital. Hal ini dibuktikan oleh hasil deskriptip jawapan sampel, yang menunjukkan bahawa mekanisme aduan hospital belum cekap. Sebelum ini Pesakit tidak tahu bagaimana dan kepada siapa untuk menyampaikan aduannya. Dari aspek yang lain, pesakit juga enggan dan bimbang aduan tersebut akan memberi kesan kepada perkhidmatan yang diberikan oleh hospital kepada mereka. Maka pengurus hospital perlu mengambil perhatian terhadap penilaian perkhidmatan terutamanya terhadap aspek proses pendaftaran, doktor, jururawat, farmasi, persekitaran, bilik rawatan dan penyediaan makanan dan minuman. menurut undang-undang Nombor 25 Tahun 2009 tentang Perkhidmatan Awam pesakit sebagai pengguna perkhidmatan awam mempunyai hak untuk menyampaikan aduan, mendapatkan tindak lanjut aduan dan mengetahui penambahbaikan perkhidmatan yang dilakukan oleh penyedia perkhidmatan hospital setelah aduan dibuat.

Tambahan pula, masih tidak optimumnya unsur-unsur kualiti perkhidmatan seperti proses pendaftaran, kecekapan doktor, kecekapan jururawat, perkhidmatan farmasi, persekitaran hospital, bilik rawatan serta penyediaan makanan dan minuman.

Hal ini tergambar daripada penerangan jawapan Sampel yang masih merungut atau mengeluh mengenai perkhidmatan hospital awam, sehingga memberi kesan pada menurunnya kepuasan pesakit khususnya pada dimensi keberkesanan, pilihan, keselesaan, keselamatan, serta pengetahuan dan kemahiran saintifik. Meskipun kualiti perkhidmatan dan kepuasan pesakit menjadi permasalahan klasik di hospital awam, namun pesakit masih tetap setia terhadap hospital awam tersebut. Adanya pesakit yang setia terhadap hospital awam disebabkan oleh masalah ekonomi serta kos kesihatan yang semakin tinggi dikalangan pesakit miskin atau kurang berkemampuan. Dengan kata lain, pesakit akan tetap setia kepada hospital awam meskipun mereka dirawat dengan keadaan perkhidmatan yang tidak memenuhi kepiawaian atau *standard*.

Hasil penyelidikan ini menunjukkan bahawa kualiti perkhidmatan dan kepuasan merupakan dua faktor yang mempengaruhi kesetiaan pesakit. Berdasarkan penemuan ini maka beberapa implikasi praktikal yang dapat diajukan ialah pihak urus setia hospital dituntut untuk lebih memahami keadaan pesakit khususnya bagi pesakit rawat dalam. Pesakit pada umumnya menuntut daya tanggap yang lebih baik lagi daripada hospital. Hasil penyelidikan ini membuktikan bahawa kualiti perkhidmatan berpengaruh kuat terhadap kepuasan pesakit. Hal ini berimplikasi agar pihak hospital memperhatikan penilaian terhadap aktiviti perkhidmatan hospital yang telah dilakukan selama ini. Pihak hospital harus menyedari bahawa tujuan dari penilaian adalah untuk kemajuan hospital menjadi lebih baik. Oleh demikian peranan aktif oleh pemerintah kota dan pusat sangat diperlukan untuk mengutamakan isu kesihatan, antaranya memberikan penilaian secara berkala terhadap hospital milik pemerintah khususnya pada bahagian perkhidmatan kepada pesakit.

6.10.1 Penambahbaikan perkhidmatan pendaftaran

Dalam kajian ini, masih ada indikator yang berada dalam keadaan belum baik menurut pesakit pada dimensi perkhidmatan pendaftaran, iaitu kurangnya jumlah pegawai yang memberikan perkhidmatan, jadual perkhidmatan yang tidak tepat waktu, kakitangan yang kurang memiliki sikap simpati, jarak lokasi bilik pendaftaran yang agak jauh, pegawai lambat melayan keinginan pesakit, dan proses pendaftaran yang perlu

menunggu waktu yang lama. Proses pendaftaran pesakit adalah proses awal dari keseluruhan proses rekaman medik atau disinilah perkhidmatan pertama yang diterima oleh seorang pesakit ketika tiba di hospital. Dalam proses pendaftaran inilah pesakit mendapat tanggapan yang baik ataupun tidak baik suatu perkhidmatan hospital. Oleh kerana itu, penyelidik memberikan cadangan kepada pihak hospital untuk menambahbaik perkhidmatan pendaftaran iaitu dengan cara menambah bilangan pegawai di bilik pendaftaran. Ini disebabkan ramainya pesakit yang berkunjung ke hospital, selain daripada itu pegawai pendaftaran juga sebaiknya mengikuti pelatihan mengenai sistem perkhidmatan yang baik pada bilik pendaftaran. Seterusnya lokasi bilik pendaftaran sebaiknya berada di tempat yang dekat khususnya mudah untuk pesakit. Pihak hospital hendaklah menambahkan sistem maklumat yang berasaskan komputer yang berguna untuk mengolah data-data pesakit. Penggunaan komputer boleh menjimatkan masa pesakit ketika melakukan pendaftaran. Disamping itu pegawai pendaftaran harus bersikap ramah, sopan, tertib dan bertanggung jawab agar pesakit merasa diberi perhatian dan dilayan dengan baik. Malah diperlukan pegawai perhubungan awam jabatan ini biasanya berkait erat dengan kepuasan daripada pesakit. Sebaiknya setiap hospital mempunyai pegawai ini dapat mengeratkan hubungan pengurus hospital dan pesakit. Disamping itu pegawai ini berfungsi menangani aduan pesakit.

6.10.2 Penambahbaikan perkhidmatan Doktor

Dimensi kecekapan doktor yang dianggap masih belum cukup dari aspek kecukupan bilangan doktor yang memberikan perkhidmatan serta kurangnya ketelitian pemeriksaan yang dilakukan oleh doktor. Di hospital, sumber daya yang paling banyak menyokong kepuasan pesakit adalah doktor. Doktor memberikan pengaruh besar bagi menentukan kualiti perkhidmatan. Oleh itu pihak hospital perlu menambah baik perkhidmatan doktor dengan menambah bilangan doktor setiap tahun, agar nisbah diantara doktor dan pesakit seimbang. Perkhidmatan doktor kontrak yang ada di hospital boleh dijadikan doktor tetap hospital milik kerajaan. Skim gaji perkhidmatan doktor mesti ditambah untuk menarik minat komitmen mereka di hospital. Disamping itu pihak kerajaan mewajibkan kepada doktor yang baharu tamat

pengajian wajib berkhidmat di hospital milik kerajaan minima 10 tahun. Disamping itu doktor mesti mengikuti kursus-kursus di bidang tertentu untuk mendalami pengetahuan dan kemahirannya. Hal ini sangatlah penting untuk mengurangkan risiko yang tinggi kepada keselamatan pesakit. Doktor memerlukan pengetahuan yang baik dan cekap dalam melakukan pemeriksaan kepada pesakit. Pengurusan hospital perlu lebih memfokuskan kepada meningkatkan kecekapan doktor dan keselamatan pesakit. Oleh itu pesakit akan memberitahu imej yang positif mengenai hospital kepada orang lain. Hospital harus sentiasa menjaga hubungan baik dengan pesakit dan berterusan dalam meningkatkan kesetiaan mereka.

6.10.3 Penambahbaikan perkhidmatan Jururawat

Dimensi kecekapan jururawat yang dinilai belum baik kerana jururawat yang lewat hadir kerja, jururawat kurang meluangkan waktu berbincang kepada pesakit, jururawat tidak segera mengambil tindakan ketika diperlukan. Jururawat sangat penting dalam menjaga kualiti perkhidmatan kerana jururawat paling banyak berhadapan dengan pesakit. Jururawat semestinya memiliki keterampilan yang khusus diantaranya memahami pesakit secara mendalam, berpenampilan menarik, bersifat ramah dan bersahabat, tanggap dengan pesakit, berkomunikasi dengan baik, dan mengambil tindakan ketika diperlukan. Oleh kerana itu pihak hospital mengambil tindakan hukuman kepada jururawat yang tidak profesional kerana tidak datang mengenaikan tepat waktu. Selain itu jururawat mengenalpasti ciri-ciri daripada pesakit dan dapat mengenal pesakit lebih dekat sehingga boleh memberikan perkhidmatan yang baik. Jururawat juga sepatutnya bersikap lebih empati terhadap pesakit dengan meluangkan waktu berbincang kepada pesakit. Jururawat juga diharapkan dapat segera mengambil tindakan ketika diperlukan. Oleh itu pihak hospital perlu memberi latihan tambahan kepada jururawat yang kurang berprestasi secara berterusan.

6.10.4 Penambahbaikan perkhidmatan Farmasi

Kajian ini mendapati masih ada pegawai farmasi lewat hadir kerja, kakitangan farmasi tidak memberikan perkhidmatan yang baik dan ubat tidak tersusun rapi. Perkhidmatan

farmasi merupakan bahagian yang tidak dapat dipisahkan dari perkhidmatan kesihatan di hospital. Perkhidmatan farmasi mempunyai fungsi yang sangat penting dalam menentukan kualiti perkhidmatan sesebuah hospital. Oleh kerana itu pihak hospital wajar memberikan hukuman kepada pegawai farmasi yang tidak hadir tepat waktu. Pegawai farmasi juga perlu mengikuti latihan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga dapat menghasilkan perkhidmatan yang berkualiti khususnya di bilik farmasi.

6.10.5 Penambahbaikan perkhidmatan Persekitaran Hospital

Dari dimensi persekitaran terdapat papan petunjuk arah yang perlu dibaikpulih dan kebersihan secara keseluruhan bagi kawasan sekitar hospital. Persekitaran hospital yang selesa juga dapat membantu dalam proses penyembuhan pesakit. Selain daripada itu persekitaran hospital yang kurang bersih dapat memberikan kesan negatif kepada pegawai. Pesakit dan keluarga pesakit harus dijaga supaya tidak menjadi sumber penyakit. Oleh itu dicadangkan kepada pihak hospital supaya melakukan menetapkan waktu kunjungan terhadap pesakit. Disamping itu dihadkan keluarga pesakit yang boleh masuk kedalam kawasan hospital. Selain itu papan petunjuk arah yang perlu dibaik pulih serta diletakkan di lokasi yang strategik agar pesakit mudah melihat dan menemui lokasi yang ingin dituju. Kebersihan hospital sebaiknya diberikan kepada pihak ketiga (*outsourcing*) agar lebih fokus tugas menjaga kebersihan hospital. Pihak hospital juga sebaiknya melakukan kempen berkaitan pendidikan kesihatan kepada pegawai, pesakit dan keluarga pesakit terutamanya mengenai pentingnya menjaga persekitaran hospital agar tidak terjadi penularan penyakit dan pencemaran persekitaran.

6.10.6 Penambahbaikan perkhidmatan bilik rawatan

Beberapa indikator dalam dimensi bilik rawatan yang dinilai tidak baikialah perkhidmatan bilik rawatan yang kurang memuaskan, kebersihan katil (selimut, tilam), tempat pembuangan sampah serta kenyamanan udara di bilik rawatan. Bilik rawatan kelas 3 untuk pesakit miskin mesti dilakukan penambahbaikan bagi mengelakkan jurang perbezaan dengan bilik rawatan lainnya. Hal ini kerana bilik

rawatan yang baik akan menunjukkan kualiti perkhidmatan sesebuah hospital. Oleh kerana itu, pihak hospital perlu membuat jadual yang berkala untuk mengganti selimut dan tilam, serta melarang pesakit membawa selimut dan tilam dari rumah. Seterusnya setiap bilik rawatan hendaklah dipasang alat penghawa dingin agar pesakit dapat beristirahat dengan selesa. Disamping itu kebersihan bilik rawatan diserahkan kepada pihak ketiga (*outsourcing*) agar kebersihan bilik rawatan tetap terjaga.

6.10.7 Penambahbaikan perkhidmatan Penyediaan Makanan dan Minuman

Bagi indikator dimensi penyediaan makanan dan minuman yang mendapat penilaian tidak baik ialah alat makan dan minum, penyusunan makanan atau penampilan makanan yang kurang terselah. Perkhidmatan penyediaan makanan dan minuman di hospital sangatlah penting untuk memenuhi zat pemakanan pesakit dalam proses penyembuhan penyakit. Oleh kerana itu, pihak hospital wajar meningkatkan pengetahuan pegawai pembuat makanan tentang sanitasi makanan dan penyusunan makanan melalui kursus mahupun latihan lanjutan. Peningkatan pengawasan terhadap perilaku pegawai dengan cara memasang poster yang berisi peringatan tentang perilaku yang harus dihindari saat kerja / melakukan pengolahan makanan juga dapat membantu dalam penambahbaikan. Pemeriksaan secara rutin terhadap kualiti makanan, tenaga penjamah, makanan dan minuman serta alat.

6.11. LIMITASI KAJIAN DAN CADANGAN PENYELIDIKAN

Objek kajian adalah terbatas pada hospital-hospital pemerintah, sehingga tidak adanya perbandingan perkhidmatan kesihatan dengan hospital swasta. Kajian ini dibatasi hubungkait antara kualiti perkhidmatan, kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit. Walaupun kajian ini menjelaskan beberapa hasil kajian, namun demikian penemuan kajian tersebut hanya dapat digeneralisasi kepada hospital awam.

Kajian selanjutnya diharapkan dapat melakukan kajian serupa dengan membandingkan hospital kerajaan dan hospital swasta bagi mengeneralisasi hasil kajian mengenai tahap kepuasan dan kesetiaan pesakit. Penyelidikan selanjutnya juga perlu menambahkan pembolehubah imej penyedia perkhidmatan, personaliti pesakit

dan status sosio ekonomi keutamaan pesakit, serta jenama sebagai pembolehubah tambahan endogen. Diharapkan pengkaji juga menggunakan pendekatan kualitatif agar penemuan kajian lebih mendalam serta perlu untuk merangka strategi agar terhasilnya keberkesanan dan kecekapan seluruh sumber manusia di hospital awam dengan tetap mengutamakan proses penyembuhan kepada pesakit.

6.12. KESIMPULAN

Pengujian statistik menunjukkan bahawa kualiti perkhidmatan yang terdiri dari proses pendaftaran, kecekapan doktor, kecekapan jururawat, perkhidmatan farmasi, persekitaran hospital, bilik rawatan, serta penyediaan makanan dan minuman memberi impak yang kuat kepada kepuasan pesakit pada hospital awam. Hipotesis pertama yang dinyatakan diterima, sehingga seluruh elemen kualiti perkhidmatan sebaiknya dinilai dalam rangka meningkatkan kepuasan pesakit. Hasil ini sejalan dengan penemuan empirik sebelumnya, maka kualiti perkhidmatan menjadi salah satu faktor pertimbangan pesakit dalam proses pengubatan dan jururawatan di Hospital awam.

Hipotesis kedua mengenai kualiti perkhidmatan berpengaruh positif dan signifikan kepada kesetiaan pesakit dinyatakan diterima berdasarkan pengujian struktural. Hospital dituntut untuk mengekalkan kesetiaan pesakit sebagai aset yang bernilai bagi hospital dalam mempertahankan keunggulan serta meningkatkan keuntungan dalam masa jangka panjang.

Peningkatan tahap kepuasan pesakit dapat memberi kesan pada tahap peningkatan kesetiaan pesakit di hospital awam. Pengaruh positif dan signifikan antara kepuasan pesakit kepada kesetiaan pesakit, dengan andaian faktor-faktor lain seperti imej hospital, caj hospital, persepsi pesakit, kebolehcapaian, kemampuan, penerimaan dan kesedaran serta faktor lainnya yang mempengaruhi tinggi dan rendahnya kesetiaan pesakit dianggap tetap.

Hipotesis mengenai kualiti perkhidmatan berpengaruh positif dan signifikan melalui kepuasan pesakit kepada kesetiaan pesakit yang dinyatakan diterima. Hal ini

menunjukkan bahawa kesetiaan pesakit akan lebih tinggi jika terwujudnya kepuasan pesakit yang disokong oleh kualiti perkhidmatan yang baik pula.

RUJUKAN

- Aagja, J. P., & Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. Vol. 4 No. 1 , 1750-6123.
- Abidin, K. (1999). *Analisis Kepuasan/Ketidakpuasan Pesakit Terhadap Perkhidmatan Rawat Inap Pada Hospital Pemerintah di Jakarta*. Depok: Universitas Indonesia.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). *Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings*. Nurs Outlook.
- Al-Borie, Hussein M., Damanhour, Amal M. Sheikh. (2013). Patient's satisfaction of service quality in Saudi Hospitals: a SERVQUAL analysis. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 26. Iss 1.
- Alghamdi, F. (2014). The impact of service quality perception on patient satisfaction in Government Hospitals in Southern Saudi Arabia. *Saudi Med. J. Vol. 35 (10)* , 1271-1273.
- Ali Hasan. (2009). *Marketing*. Yogyakarta: MedPress.
- Ali, S., Osman, N. A., Eshraghi, A., Gholizadeh, H., Razak, N. A., & Abas, W. b. (2013). Interface pressure in transtibial socket during ascent and descent on stairs and its effect on patient satisfaction. *Clinical Biomechanics (28)* , 994-999.
- Al-Majali, A. Y., & Al-Hashem, A. (2012). Measuring The Quality System of Health Services From The Patients Perspective. *Far East Journal of Psychology and Business*, Vol. 7, No. 1 April .

- Al-Omar, B. A. (2000). Patients' expectations, satisfaction and future behavior in hospitals in Riyadh city. *Saudi Medical Journal*, Vol. 21(7) .
- Amang, B. (2009). *Analisis Kinerja Dosen pada Program Kajian Terakreditasi Perguruan Tinggi di Sulawesi Selatan*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Amin, M., & Nasharuddin, S. Z. (2013). Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention. *Clinical Governance: An International Journal*. Vol. 18 No. 3 , 238-254.
- Anbori, A., Ghani, S. N., Yadav, H., Daher, A. M., & Su, T. T. (2010). Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a, Yemen. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 22 No. 4 , 310-315.
- Anderson, E. W., & Sullivan, M. W. (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction. *Marketing Science* 12 , 125-143.
- Angraini, M., & Rohmani, A. (2012). *Hubungan Kepuasan Pesakit Dengan Minat Pesakit Dalam Pemanfaatan Ulang Perkhidmatan Kesihatan Pada Praktek Doktor Keluarga*. Seminar hasil penyelidikan. LPPM UNIMUS.
- Angrist, J., & Lavy, V. (1999). 'Using Maimonides' to Estimate the Effect of Class-size on Scholastic Achievement. *Quarterly Journal of Economics* 114 .
- Anwar, F. (2010). *Analisis Pelaksanaan Standar Perkhidmatan Farmasi di Hospital Umum Daerah Tipe C di Propinsi Kalimantan Selatan*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Arab, M., Tabatabaei, S. G., Rashidian, A., Forushani, A. R., & Zarei, E. (2012). The Effect of Service Quality on Patient loyalty: a Study of Private Hospitals in Tehran, Iran. *Iranian J Pub Health*. Voll. 41. No. 9 , 71-77.

- Arbuckle, J. (1997). *AMOS Version 3.6*. Chicago: Small Water Corporation.
- Ardani, W., & Suprpti, N. W. (2013). *Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kepuasan dan WOM (Kajian di RSUD Wangaya Denpasar)*. Denpasar: Universitas Udayana.
- Arditi, D., & Gunaydin, H. M. (1997). Total quality management in the construction process. *International Journal of Project Management*. Vol. 15 No. 4 , 235-243.
- Ariani. (2004). *Pengendalian Kualiti Statistik (Pendekatan Kuantitatif Dalam Manajemen Kualiti)*. Yogyakarta: ANDI.
- Arwinidi. (2011). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Doktor di Hospital Pendidikan Universitas Hasanuddin*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Asmita, P. (2008). *Analisis Pengaruh Persepsi Pesakit Tentang Mutu Perkhidmatan Doktor Terhadap Kesetiaan Pesakit di Poliklinik Umum Instalasi Rawat jalan Hospital Panti Wilasa Citarum Semarang*. Univeristas Diponegoro.
- Assauri, S. (2003). *Manajemen Pemasaran Perkhidmatan. Jilid 1*. Jakarta: Pustaka Utama.
- Astuti, H., & Nagase, K. (2014). Patient loyalty to health care organizations: Strengthening and weakening (satisfaction and providing switching). *Journal of Medical Marketing*. Vol. 14 (4) , 191-200.
- Astuti, W. (2011). *Ilmu Gizi dalam Kejururawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

- Aykac, D. S., Aydin, S., Ates, M., & Cetin, A. T. (2009). *Effects of service quality on customer satisfaction and customer loyalty: Marmara University Hospital*. Marmara Universitesi.
- Azizi-Fini, I., Mousavi, M.-S., Mazroui-Sabdani, A., & Adib-Hajbaghery, M. (2012). Correlation Between Nurses' Caring Behavior and Patients' Satisfaction. *Nurs Midwifery Stud 1 (1)* , 26-40.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga Mutu Perkhidmatan Kesihatan*. Jakarta: Sinar Harapan.
- Azwar, S. (2003). *Reliabilitas dan Tepatitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Backeberg, P. D. (2000). *The Effect of Level of Training on Employee Perceived Empowerment, Commitment, and Job Performance*. Las Vegas: Thesis. University of Nevada.
- Badan Pusat statistik Kota Makassar. (2010). *Profil Kesehatan Kota Makassar dalam angka*. Makassar: Dinas Kesehatan Kota Makassar.
- Badan Pusat statistik Kota Makassar. (2012). *Profil Kesehatan Kota Makassar dalam angka*. Makassar: Dinas Kesehatan Kota Makassar.
- Badri, M., Attia, S., & Ustadi, A. (2009). Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality. *International Journal Health Care Q Accur* , 382-410.
- Bakar, C., Akgun, H. S., & Assaf, A. A. (2008). The role of expectations in patient assessments of hospital care: An example from a university hospital network, Turkey. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 21 No. 4 , 343-355.

- Baldwin, A., & Sohal, A. (2003). Service Quality Factors and Outcomes in Dental Care. *The International Journal of Health Care*. Vol. 13 No. 3 , 207-216.
- Bamidele, Hoque, & Heever, V. d. (2011). Patient satisfaction with the quality of care in a primary health care setting in Botswana. *S Afr Fam Pract*, Vol. 53, No. 2 .
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical consideration. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51 (6) , 1173-1182.
- Basir, H. (2013). Pelaksanaan Program Perkhidmatan Kesihatan Percuma di Kabupaten Wajo. *Universitas Hasanuddin* .
- Bass, B. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectation*. New York: Free Press.
- Bass, B., & Avolio, B. (1994). *Improving Organizational Effectiveness Through Transformational Leadership*. New Delhi: Sage Publication.
- Bass, B., & Stidlmeier, P. (1998). *Ethics, Character and Authentic*. New York: Free Press.
- Bastos, J. A. (2008). *Pharmacies Customer Satisfaction and Loyalty - A Framework Analysis*. Salamanca: Miguel de Unamuno.
- Batinggi, A., & Badu, A. (1997). *Modul Manajemen Perkhidmatan Umum*. Makassar: STIA LAN RI Makassar.
- Bentler, P. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107 , 238-246.

- Bentler, P., & Bonett, D. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88 , 588-606.
- Berlianty, Alwy, & Nurhayani. (2013). Analisis Kesetiaan Pesakit Berdasarkan Kualiti Perkhidmatan Di Instalasi Rawat Inap RS. Bhayangkaran Mappa Oudang Kota Makassar Tahun 2013. *Jurnal Universitas Hasanuddin* .
- Bernardin, & Russel. (2003). *Human Resource Management, an Experimental Approach*. Ney York: McGraw-Hill.
- Berry, L., Zeithaml, V., & Parasuraman, A. (1985). Quality counts in services too. *Business Horizons*. Vol. 28 No. 3 , 44-52.
- Berry, L., Zeithaml, V., & Parasuraman, A. (1985). Quality counts in services too. *Business Horizon*, Vol. 28 No. 3 , 44-52.
- Berry, L., Zeithaml, V., & Parasuraman, A. (1998). *The Service-Quality Puzzle*. Business Horizons.
- Bielen, F., & Demoulin, N. (2007). Waiting time influence on the satisfaction-loyalty relationship in services. *Managing Service Quality: An International Journal*. Vol. 17 Iss 2 , 174-193.
- Bitner, M. (1990). Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing Research*, 54 (2) , 69-82.
- Blomqvist, K. (2000). *Trust in Knowledge-Based Organizations*. Lappeenranta: Lappeenranta University of Technology.

- Bobalca, C. (2013). Study of Customers' Loyalty: Dimensions and Facets. *Management & Marketing, Vol. XI, Issue 1* , 104-114.
- Bollen, K. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods and Research, 17* , 303-316.
- Bolton, R., & Drew, J. (1991). A Mustistage Model of Consumers Assaesment of Service Quality and Value. *Journal of Consumer Research* .
- Boon, Y., & Nasir, N. A. (2011). Kepuasan Pelajar Fakulti Pendidikan UTM Terhadap Kualiti Perkhidmatan di Pusat Kesihatan UTM. *Journal of Educational Management, Vol. 1* , 103-120.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. (1993). A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research. 30(1)* , 7-27.
- Bloemer, J., Ruyter, Ko de. & Peeters, Pascal. 1998. Investigating drivers of bank loyalty: the complex relationship between image, service quality and satisfaction. *Internasional Journal. Of Bank Marketing 16(7)*: 276-286.
- Bloemer, J., Ruyter, K., and Wetzels, M. 1999, *Linking Perceived Service Quality And Service Loyalty: A Multi-Dimensional Perspective*, European Journal of Marketing. 33 (11/12): 1082-1106.
- Browne, M. (1984). Asymptotically distribution-free methods for the analysis of covariance structures. *Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 37* , 62-83.

- Browne, M. (1982). *Covariance structures*. In Hawkins, D.M. (Ed.) *Topics in applied multivariate analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Browne, M., & Cudeck, R. (1993). *Alternative ways of assessing model fit*. In Bollen, K.A. & Long, J.S. (Eds.) *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Burki, S. J. (1999). *Beyond the Center: Decentralisation the State*. Washington DC: Prepublication Conference Edition.
- Byrne, B. (1989). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming, 2nd ed.* New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Byrne, B. R. (1997). *Social Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cardozo, R. N. (1965). An Experimental Study of Customer Effort, Expectation, and Satisfaction. *Journal of Marketing Research*. Vol. II , 244-249.
- Carman, J. M. (2000). Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions. *Journal of Services Marketing*. Vol 14 (4) , 337-352.
- Carmines, E., & McIver, J. (1981). *Analyzing models with unobserved variables*. In Bohrnstedt, G.W. & Borgatta, E.F. (Eds.) *Social measurement: Current issues*. Beverly Hills: Sage.

- Caruana, A., & Fenech, N. (2005). The effect of perceived value and overall satisfaction on loyalty: A study among dental patients. *Journal of Medical Marketing*. Vol. 5, No. 3 , 245-255.
- Chahal, H. (2008). Predicting Patient Loyalty and Service Quality Relationship: A case study of civil hospital, Ahmedabad, India. *The Journal of Business Perspective*. Vol. 12. No. 4 , 45-55.
- Chahal, H., & Mehta, S. (2013). Modeling patient satisfaction construct in the Indian health care context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. Vol. 7 No. 1 , 75-92.
- Chahal, H., & Mehta, S. (2013). Modeling patient satisfaction construct in the Indian health care context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* , 75-92.
- Chang, C.-S., Chen, S.-Y., & Lan, Y.-T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Service Research* . , 1-11.
- Chang, C.-W., Tseng, T.-H., & Woodside, A. G. (2013). Configural algorithms of patient satisfaction, participation in diagnostics, and treatment decisions' influence on hospital loyalty. *Journal of Services Marketing*. Vol.27, No. 2 , 91-103.
- Chaniotakis, I. E., & Lympelopoulou, C. (2009). Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry. *Managing Service Quality*. Vol. 19, No. 2 , 229-242.
- Chatzoglou, P., Chatzoudes, D., Vraimaki, E., & Leivaditou, E. (2014). Measuring citizen satisfaction using the SERVQUAL approach: the case of the 'Hellenic post'. *Procedia Economics and Finance* 9 , 349-360.

- Choi, B. J., & Kim, H. S. (2013). The impact of outcome quality, interaction quality, and peer-to-peer quality on customer satisfaction with a hospital service. *Managing Service Quality. Vol. 23 No. 3* , 188-204.
- Choi, F. D., & Meek, G. K. (2005). *Akuntansi Internasional. Edisi Kelima*. Jakarta: Salemba Empat.
- Choi, K.-S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing. Vol. 19 No. 3* , 140-149.
- Choi, K.-S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing. Vol. 19 Iss 3* , 140-149.
- Chow, C. C., & Luk, P. (2005). A strategic service quality approach using analytic hierarchy process. *Managing Service Quality. Vol. 15 No. 3* , 278-289.
- Christasani, P.D., Satibi. (2016). Kajian Faktor Demografi Terhadap Kepuasan Pesakit Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. *Jurnal Farmasi Sains dan Komunitas. Vol. 13, No. 1*.
- Chua, T. (2006). *The Dynamic of Integrated Coastal Management: Practical Applications in the Sustainable Coastal Development in East Asia*. PEMSEA.
- Corputty, L. S., Kusnanto, H., & Lazuardi, L. (2013). Dampak Kebijakan Perkhidmatan Kesihatan Percuma Terhadap Kepuasan Pesakit Dalam Menerima Perkhidmatan Kesihatan Puskesmas di Kota Ambon. *Jurnal Kebijakan Kesihatan Indonesia. Vol. 2 No. 2* , 95-104.

- Coyle, Y. M., & Battles, J. B. (1999). Using antecedents of medical care to develop tepat quality of care measures. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 11. No. 1 , 5-12.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* .
- Cronin, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. (2000). Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments. *Journal of Retailing*, Vol. 76 (2) , 193-218.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is Free*. New York: Mc-Graw Hill Book, Inc.
- Crosby, P. (1979). *Quality is Free*. New York: McGraw-Hill.
- Culiberg, B., & Rojsek, I. (2010). Identifying Service Quality Dimensions as Antecedents to Customer Satisfaction in Retail Banking. *Economic and Business Review*. Vol. 12, No. 3 , 151-166.
- Culiberg, B., & Rojsek, I. (2010). Identifying Service Quality Dimensions As Antecedents to Customer Satisfaction in Retail Banking. *Economic and Business Review*. Vol. 12 No. 3 , 151-166.
- Cummings, T., & Worley, C. (2001). *Organization Development and Change*. New York: Pepperdine University.
- Dabholkar, P. (1996). Consumer Evaluations of New Technology-Based Self-Service Options: An Investigation of Alternative Models of Service Quality. *International Journal of Research in Marketing*, 13 (1) , 29-51.

- Dabholkar, P. (1995). The convergence of customer satisfaction and service quality evaluations with increasing customer patronage. *Journal of Customer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. Vol. 8 , 32-43.
- Dabholkar, P., Shepherd, D., & Thorpe, D. (2000). A Comprehensive Framework for Service Quality: An Investigation of Critical, Conceptual and Measurement Issues through a Longitudinal Study. *Journal of Retailing*. 76 (2) , 139-173.
- Dabri, R. A., Paranoan, D., & Paselle, E. (2014). Analisis Hubungan Kualiti Perkhidmatan Dengan Tingkat Kepuasan Pengunjung Pesakit Kelas III Hospital Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2013. *eJournal Administrative Reform*. 2(2) , 1304-1315.
- Dado, J., Petrovicova, J. T., Cuzovic, S., & Rajic, T. (2012). An Empirical Examination of the Relationships Between Service Quality, Satisfaction and Behavioral Intentions in Higher Education Setting. *Serbian Journal of Management* 7 (2) , 203-218.
- Dagger, T. S., & Sweney, J. C. (2007). Service Quality Attribute Weights: How Do Novice and Longer-Term Customers Construct Service Quality Perceptions? *Journal of Service Research*, Vol. 10 No. 1 , 22-42.
- Dama, Hais. Pengaruh Kualiti Perkhidmatan terhadap Kesetiaan, INOVASI, Vol.7, No. 2, 2010
- Damang, (2011). Kajian Kritis Atas Program Kesihatan Percuma (Kajian Kasus: Kota Makassar. Artikel. website Internet <http://www.negarahukum.com/hukum/kajian-kritis-atas-program-kesihatan-percuma-kajian-kasus-kota-makassar.html>. diakses tanggal 18 Agustus 2013.
- Darsono, L. I. (2004). Sebuah Pandangan Komprehensif dalam Analisa Kesetiaan Pelanggan. Kiherja.

- David, Hariyanti, T., & Widayanti, E. (2014). Hubungan Keterlambatan Kedatangan Dokter terhadap Kepuasan Pesakit di Instalasi Rawat Jalan. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. Vol. 28, Suplemen No. 1 , 30-34.
- Debata, B., Patnaik, B., Mahapatra, S., & Sree, K. (2015). Interrelations of service quality and service loyalty dimensions in medical tourism. *Benchmarking: An International Journal*. Vol. 22 Iss 1 , 18-55.
- Debora. (2006). Pengaruh Pemberdayaan Kerja dan Psikologis Terhadap Kepercayaan Organisasi dan Kepuasan Kerja Dosen Tetap Perguruan Tinggi Swasta. *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*. Vol. 8 (2) , 61-71.
- Deming, W. (1986). *Out of the Crisis*. MIT Center.
- Depkes RI. (2009). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Depkes RI.
- Dewan Perwakilan Rakyat Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Hospital*. Jakarta: DPR RI.
- Dewi, S. (2013). Sistem Pemkosan dan Kebijakan Pengendalian Kos. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. Vol. 2 No. 2 , 51-52.
- Dey, P. K., Hariharan, S., & Brookes, N. (2006). Managing healthcare quality using logical framework analysis. *Managing Service Quality*. Vol. 16 No. 2 , 203-222.
- Dharmadi, I. M. (2009). Partisipasi Masyarakat Pada Perkhidmatan Kesehatan Terstruktur dan Paripurna. *Piramida*, Vol. 5, No. 1 .

- Dick, A. S., & Basu, K. (1994). Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 22, No. 2 , 99-113.
- Direktor, E. (2007). *Perceived Service Quality and Patient Satisfaction in TRNC: Comparison of Public and Private Hospitals*. Nicosia: Thesis. Near East University.
- DoHA. (2013). Annual Report. Canberra
- Donabedian, A. (1982). *The Criteria and Standards of Quality*. Michigan: Health Administration Press, Ann Arbor.
- Duffy, J. A. (1998). Examining The Role of Service Quality in Overall Service Satisfaction. *Journal of Pengurusial Issues*. Vol X (2) , 240:255.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*. Vol. 15 (5) , 560-583.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. (2008). Provider-perceived dimensions of total quality management in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*. Vol. 15 No. 6 , 693-722.
- East, R., Gendall, P., Hammond, K., & Lomax, W. (2005). Consumer Loyalty: Singular, Additive or Interactive? *Australian Marketing Journal* 13 (2) .
- Ebrahimipour, H., Vafae-Najar, A., Khanijahani, A., Pourtaleb, A., Saadati, Z., Molavi, Y., Kaffashi, S. (2013). Customers' complaints and its determinants: The case of training educational hospital in Iran. *International Journal of Health Policy and Management*. Vol. 1 (4).

- Elleuch, A. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Jaminan* , 692-705.
- Emrizal. (2007). Analisis Kepuasan Pelanggan Terhadap Kualiti Perkhidmatan Pesakit Pada Hospital Bunda Medical Center. *Jurnal Ekonomi dan Bisnis*. Vol. 2, No. 2 , 109-132.
- Enehaug, I. H. (2000). Patient participation requires a change of attitude in health care. *International Journal of Health Care Quality Jaminan* , 178-181.
- Erviana, O. (2013). *Pengaruh Kualiti Perkhidmatan dan Kepercayaan Terhadap Kepuasan Pesakit Rawat Inap di RSUD Dr. Soewondo Kendal*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Eryanto, H. (2011). Hubungan Antara Mutu Perkhidmatan Dengan Kesetiaan Pesakit (Survei Pada Pesakit Bagian Jantung Hospital Internasional Bintaro). *EconoSains*, Vol. IX, No. 2 , 107-118.
- Estiningsih, A.W., Hariyanti, T. (2011). Pengaruh *Customer Relationship Management* terhadap kesetiaan ibu hamil pada perkhidmatan persalinan (Kajian di RS Hermina Tangkubanprahu Malang). *Jurnal Aplikasi Manajemen*. Vol. 11, No. 2.
- Etter, J., & Perneger, T. (1997). Teptating a satisfaction questionnaire using multiple approaches: a case study. *Social Sciences & Medicine* 45 (6) , 879-885.
- Faezipour, M., & Ferreira, S. (2013). A system dynamics perspective of patient satisfaction in healthcare. *Procedia Computer Science*. 16 , 148-156.
- Fais, S., & Saleha, S. (2009). *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Perkhidmatan Kesihatan Serta Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Fantri, D., Achmadi, & Basri, M. (2012). *Analisis Kualiti Perkhidmatan Perkhidmatan Kesihatan (Kajian Pesakit Rawat Inap Hospital Umum Yarsi Pontianak)*. Pontianak: Universitas Tanjungpura.
- Fauzi, S. N., Yusof, N. A., & Abidin, N. Z. (2012). The relationship of housing defects, occupants' satisfaction and loyalty behavior in build-then-sell houses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 62 , 75-86.
- Feigenbaum, A. (1991). *Total Quality Control: Fortieth anniversary edition*. New York: McGraw-Hill.
- Ferdinand, A. (2002). *Structural Equation Modelling Dalam Penyelidikan Manajemen*. Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro.
- Firdaus, Z., & Muhlisin, H. A. (2010). *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Pesakit Rawat Inap di Hospital Islam Surakarta*. Publikasi Ilmiah UMS.
- Fitriani, S. (2014). *Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kesetiaan Melalui Kepuasan Pesakit Pengguna BPJS di Rawat Inap RSUP Dr. Moewardi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Fitriati, R., & Rahmayanti, K. P. (2012). Government Support in Triple Helix Collaboration to Provide Health Service Delivery: Case Study Government Hospital in Bengkulu Hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 52 , 160-167.
- Fitriati, R., Romdana, R., & Rosyidi, U. (2014). The Practice of the School Principal's Leadership in Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL): The Study of Leadership Styles and Techniques with Cognitive Mapping Approach. *ScienceDirect. Elsevier. Procedia - Social and Behavioral Science* 115 , 258-268.

- Fornell, C., & Larcker, D. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variable and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*. Vol. 18 , 39-50.
- Garcia-Lacalle, J., & Martin, E. (2013). Rural vs urban hospital performance in a 'competitive' public health service. *Social Sciences & Medicine* 71 , 1131-1140.
- Gasink, L. B., Singer, K., Fishman, N. O., Holmes, W. C., Weiner, M. G., Bilker, W. B., et al. (2008). Contact Isolation for Infection Control in Hospitalized Patients Is Patient Satisfaction Affected? *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Vol. 29 No. 3 , 275-278.
- Gaspersz, V. (Teknik Analisis Dalam Penyelidikan Percobaan). 1985. Bandung: Tarsito.
- Gaspersz, V. (2002). *Total Quality Management*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Geffen, E. C., Philbert, D., Boheemen, C. v., Dijk, L. v., Bos, M. B., & Bouvy, M. L. (2011). Patients' satisfaction with information and experiences with counseling on cardiovascular medication received at the pharmacy. *Patient Education and Counseling* 83 , 303-309.
- Geffen, E. C., Philbert, D., Boheemen, C. v., Dijk, L. v., Bos, M., & Bouvy, M. (2011). Patients' satisfaction with information and experiences with counseling on cardiovascular medication received at the pharmacy. *Patient Education and Counseling* (83) , 303-309.

- Ghosh, M. (2014). Measuring patient satisfaction: An empirical study in India. *Leadership in Health Services*. Vol. 27, Iss 3 , 240-254.
- Giese, J. L., & Cote, J. A. (2002). Defininig Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*. Vol. 2000 No. 1 .
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*. Vol. 22 Iss 1 , 8-19.
- Goetsch, D. L., & Davis, S. B. (2000). *The Total Quality Approach to Quality Management, 3 ed.* New Jersey: Prentice Hall.
- Gomes, F. C. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Griffin, J. (2002). *Customer Loyalty How to Earn it, How to Keep it*. Kentucy: McGraw-Hill.
- Griffin, J. (2005). *Customer Loyalty. Menumbuhkan dan Mempertahankan Kesetiaan Pelanggan*. Jakarta: Erlangga.
- Griffin, J. (2003). *Customer Loyalty: Menumbuhkan dan Mempertahankan Pelanggan*. Jakarta: Airlangga.
- Gronroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing* 18 (4) , 36-44.
- Gronroos, C. (1998). Marketing services: the case of a missing product. *Journal of Business & Industrial Marketing*. Vol. 13 Iss 4/5 , 322-338.

- Gronroos, C. (1990). *Service Management and Marketing: Managing the Moment of Truth in Service Competition*. New York, NY: Maxwell Macmillan International Editions.
- Gunawan, E. (2006). *Pengaruh Kepuasan atas Kualiti Perkhidmatan Kesihatan dan Tarif Hospital Terhadap Pesakit Pulang Paksa: Suatu Kajian Literatur*. Bandung: Unpad Indonesia.
- Gunawan, K., & Djati, S. (2011). Kualiti Perkhidmatan dan Kesetiaan Pesakit (Kajian pada Hospital Umum Swasta di Kota Singaraja- Bali). *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*. Vol. 13. No. 1, 32-39.
- Gunawan, W. (2013). *Analisis Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Medis dan Perkhidmatan Administrasi Terhadap Kesetiaan Pesakit (Kajian Pada Pesakit Rawat Inap Hospital Pertamina Cirebon)*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Hadi, S. (1999). *Metodologi Research II*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Haffizurrachman. (2004). *Mengukur kepuasan suatu institusi kesihatan*. Jakarta: Majalah Kedokteran Indonesia. Vol. 54 Nomor 7.283 - 288.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1995). *Multivariate Data Analysis. Fourth ed.* New Jersey: Prentice Hall.
- Hair, J.F. Anderson, R.E., Tatham, R.L. & Black, W.C. 1998. *Multivariate Data Analysis*. Prentice Hall. Englewood Cliffs. NJ.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate Data Analysis, (Sixth ed.)*. New Jersey: Prentice Hall.

- Haliza, A.M., Rizal, A.M. & Raja Jamaluddin, R.A.M. 2003. 2003. Kajian Kepuasan pelanggan di kalangan pesakit klinik swasta seremban, negeri sembilan. *Jurnal Kesihatan Masyarakat* 9:44-50.
- Hallowell, R. (1996). The Relationship of Customer Satisfactionm Customer Loyalty, and Profitability: an empirical study. *International Journal of Service Industry Management. Vol. 7, No. 4* , 27-42.
- Hamed, M. A., & Salem, G. M. (2014). Factors affecting patients' satisfaction in nuclear medicine department in Egypt. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 45* , 219-224.
- Hamed, M. A., & Salem, G. M. (2014). Factors affecting patients' satisfaction in nuclear medicine department in Egypt. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine (45)* , 219-224.
- Hamid, S. F., Nordin, N., Adnan, A. A., & Sirun, N. (2013). A Study on Primary School Teachers' Organizational Commitment and Psychological Empowerment in the district of Klang. *ScienceDirect. Elsevier. Procedia - Social and Behavioral Science 90* , 782-787.
- Handrianto. (2002). Pengukuran Customer Satisfaction Melalui Metode Serqual Pada Perkhidmatan Rawat Inap Hospital Santo Baromeus Bandung.
- Hanif, M., Hafeez, S., & Riaz, A. (2010). Factors Affecting Customer Satisfaction. *International Research Journal of Finance and Economics. Issue 60* , 44-52.
- Happyanto, M., Anwariningsih, S., & W.U, Y. R. (2013). *Sistem Informasi Pesakit Rawat Inap di Hospital Islam Banyubening Boyolali*. Surakarta: Universitas Sahid Surakarta.
- Haqi, L., Wessiani, N., & Santosa, B. (2011). *Analisis Kesetiaan Pesakit Dengan Metode Structural Equation Modeling (SEM) Pada Instalasi Rawat Inap*

Hospital Umum Haji Surabaya. Surabaya: Institut Teknologi Sepuluh Nopember.

Harcayani, G. (2010). *Analisis Pengaruh Kualitas Perkhidmatan Terhadap Kepuasan Pesakit Yang Dimoderasi Oleh Variabel Nilai (Kajian Pada Pesakit Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota Yogyakarta)*. Yogyakarta: Universitas Pembangunan "Veteran" Nasional.

Hardi, J. (2010). *Analisis Tingkat Kepuasan Pesakit Umum dan Pesakit Jamkesmas Terhadap Mutu Perkhidmatan Rawat Inap di RSUD Pasaman Barat Tahun 2010*. Padang: Universitas Andalas.

Hardie, N. (1998). The Effects of Quality Management on Business Performance. *Quality Management Journal*. 5 , 65-83.

Haron, S. N., Hamid, M. Y., & Talib, A. (2012). Towards Healthcare Service Quality: An Kefahaman of the Usability Concept in Healthcare Design. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 42 , 63-73.

Hariono. (2004). Kepuasan Pesakit Rawat Inap Terhadap Perkhidmatan Doktor Spesialis, Komitmen, dan KEpuasan Kerja Doktor Spesialis di Hospital Delta Surya Sidoarjo. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*. Vol, 2 No. 2

Harr, K. K. (2008). *Service dimensions of service quality impacting customer satisfaction of fine dining restaurants in Singapore*. Las Vegas: University of Nevada Las Vegas.

Hart, C. W. L. (1988). Thea Power Of Unconditional Service Guarantees. Boston, Massachusetts : Harvard Business Review.

Haryani, M. (2012). *Analisis Strategi Bauran Pemasaran Hospital Omni Pulomas*. Jakarta: Universitas Terbuka.

- Haryanto, J. O., Ollivia. (2009). Pengaruh faktor perkhidmatan hospital, tenaga medis, dan kualiti perkhidmatan hospital terhadap intensi pesakit Indonesia untuk berobat di Singapura. *Jurnal Ekonomi Bisnis*. Vol. 14. No. 2.
- Hasnelly, & Yusuf, E. (2012). Analysis of Market-Based Approach on the Customer Value and Customer Satisfaction and Its Implication on Customer Loyalty of Organic Products in Indonesia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 40 , 86-93.
- Hendriani, C. (2006). *Analisis Harapan dan Kepuasan Pesakit Terhadap Mutu Perkhidmatan Persalinan Hospital Panti Wilasa Citarum Semarang Tahun 2006*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Hendriyanto, Hendrartini, J., & Juanita. (2013). Evaluasi Kebijakan Berobat Percuma di Kabupaten Tanjung Jabung Timur Propinsi Jambi. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. Vol. 2 No. 2 , 71-76.
- Hensen, P., Schiller, M., Metze, D., & Luger, T. (2008). Evaluating hospital service quality from a physician viewpoint. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 21 No. 1 , 75-86.
- Hidayati, A., Suryawati, C., & Sriatmi, A. (2014). Analisis Hubungan Ciri-ciriistik Pesakit Dengan Kepuasan Perkhidmatan Rawat Jalan Semarang Eye Center (SEC) Hospital Islam Sultan Agung Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol. 2 No. 1 , 9-14.
- Hidayati, N. (2008). *Analisis Kepuasan Pesakit Rawat Jalan Terhadap Kualiti Perkhidmatan di Instalasi Farmasi RSUD DR. Moewardi Surakarta*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Hikmanti, A., & Adriani, F. (2014). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Pengobatan Pada Wanita Penderita Payudara. *STIKES Harapan Bangsa Purwokerto* .
- Hizlinda Tohid, Teoh S.Y., Siti Nurbaiyah K.E., Azrina A.S., Mohamad Hafizzudin M.T., Chang L.H & Noraliza M.A. 2012. A cross-sectional study on patient satisfaction with Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre (UKMMC) primary care clinic. *Med & Health* 7(1): 12-23
- Homburg, C., & Rudolph, B. (2001). Customer satisfaction in industrial markets: dimensional and multiple role issues. *Journal of Business Research* 52 , 15-33.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2013). The servicescape as an antecedent to service quality and behavioral intentions. *Journal of Services Marketing*. Vol. 27. No. 4 , 271-280.
- Hu, H.-Y., Cheng, C.-C., Chiu, S.-I., & Hong, F.-Y. (2011). A study of customer satisfaction, customer loyalty and quality attributes in Taiwan's medical service industry. *African Journal of Business Management* Vol. 5 (1) , 187-195.
- Hu, H.-Y., Cheng, C.-C., Chiu, S.-I., & Hong, F.-Y. (2011). A Study of Customer Satisfaction, Customer Loyalty and Quality Attributes in Taiwan's Medical Service Industry. *African Journal of Business Management*. Vol. 5 (1) , 187-195.
- Hu, H.-Y., Lee, Y.-C., & Yen, T.-M. (2010). Service quality gaps analysis based on Fuzzy linguistic SERVQUAL with a case study in hospital out-patient services. *The TQM Journal*. Vol. 22 No. 5 , 499-515.
- Huang, J.-A., Weng, R.-H., Lai, C.-S., & Hu, J.-S. (2012). Perceptual Market Orientation Gap and Its Impact on Relationship Quality and Patient Loyalty:

The Role of Internal Marketing. *Evaluation & the Health Professions* 36 (2) , 204-227.

Hulland. (1996). Use of Causal Models in Marketing Research. A Review. *International Journal of Research in Marketing*, 13 , 181-197.

Hung, C.-J., Chang, H. H., Eng, C. J., & Wong, K. H. (2013). Service quality and perceived value of technology-based service encounters: evaluation of clinical staff satisfaction in Taiwan. *Health Information Management Journal*, Vol. 42, Nol. 1 .

Hussain Md Yatim. 2013. Laporan Kajian Kepuasan Pelanggan SERVQUAL pesakit luar Hospital Sungai Siput 1/2013.

Ilgem, D. (1971). Satisfaction with performance as a function of the initial level of expected performance and the deviation from expectations. *Organizational Behavior and Human Performance*. 6 , 345-361.

Ilyas, Y. (1999). *Kinerja: Teori Penilaian dan Penyelidikan*. Jakarta: FKM UI.

Irawan, H. (2009). *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

Irfan, S., & Ija, A. (2011). Comparison of Service Quality Between Private and Public Hospitals: Empirical Evidences From Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management*. Vol. VII, Issue. I , 1-22.

Irfan, S.M., Ijaz, A., Farooq, M.M. (2012). Patient satisfaction and service quality of public hospitals in Pakistan: An empirical assessment. *Middle-east journal of scientific research*.12 (6).

- Irine, D. (2009). *Manajemen Pemasaran Usaha Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Jahid., Balqis & Hamzah A. (2012). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Pesakit Peserta Jamkesmas Pada Ruang Rawat Inap di Hospital Elim Rantepao, Kabupaten Tana Toraja Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Japariato. (2007). Analisa Kualiti Perkhidmatan Sebagai Pengukur Kesetiaan Pelanggan Hotel Majapahit Surabaya dengan Pemasaran Relasional sebagai Variabel Intervening, 34-42.
- Jayabrata, M. I., Brahmasari, I.A., Ratih, I.A.B. (2016). Analysis of the influence patient safety, service quality, marketing mix, toward patient satisfaction and patient loyalty for inpatients of private hospitals in Surabaya. *International Journal of Business and Management Invention*. Vol. 5, Iss 4.
- Jeyasudha, K., Jawaharrani, K. (2016). Impact of perceived service quality on patient satisfaction and loyalty in private health care centres with special reference to Chennai City: A Structural Equation Modeling Approach. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*. Vol. 6, No. 4.
- Jones, T., & Taylor, S. F. (2007). The conceptual domain of service loyalty: how many dimensions? *Journal of Services Marketing*. Vol. 21, Iss 1 , 36-51.
- Jones, T., & W. Earl Sasser, J. (1995). Why Satisfied Customer Defect. *Journal Harvard Business Review*, Vol. 73, No. 6 .
- Joo, & Shim. (2010). Psychological Empowerment and Organizational Component: the Moderating affect of Organizational Learning Culture. *Journal Human Resource Development International*. Vol. 13 (14) , 425-441.

- Juhana, D., Manik, E., Febrinella, C., Sidharta, I. (2015). Empirical study on patient satisfaction and patient loyalty on public hospital in Bandung, Indonesia. *IJABER*. Vol. 13, No. 6.
- Juran, J. (1992). *Juran on Quality by Design*. New York: The Free Press.
- Juran, J. (1998). *Juran on Quality by Design: The New Steps for Planning Quality into Goods and Services: Planning, Setting and Reaching Quality Goals*. New York: Simon & Schuster Inc.
- Juran, J. (1988). *On Planning for Quality*. London: Collier Macmillan.
- Kadir Arifin. 2009. *Sistem Pengurusan Kualiti: Proses dan Pelaksanaan di Malaysia*. Bangi: Penerbit Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Kaffashi, S., Keshtkaran, A., Pourtaleb, A., Nejatzadegan, Z., & Raadabadi, M. (2014). Health Service Quality: Comment on "How Outpatient Service Quality in Hospitals Affects Patients' Loyalty?". *Jundishapur Journal of Health Sciences*. Vol. 6 No. 2 , 335-342.
- Kelmanutu, L., Sidin, A., & Maidin, A. (2013). *Saredimensi Mutu Perkhidmatan Pada Unit Rawat Inap Hospital Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara Tahun 2013*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Kessler, D. P., & Mylod, D. (2011). Does patient satisfaction affect patient loyalty? *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 24 No. 4 , 266-273.
- Kesuma, I., Hadiwidjojo, D., Wiagustini, N., & Rohman, F. (2013). Service quality influence on patient loyalty: Customer relationship management as mediation

variable (Study on private hospital industry in Denpasar). *International Journal of Business and Commerce*. Vol. 2 No. 12 , 1-14.

Khan, S. (2014). Measuring antecedents of service quality in hospitals: A comparative study of LRH and KTH hospitals Peshawar Region, Pakistan. *Scholarly Journal of Business Administration*. Vol. 4 (1) , 13-25.

Kholid, Z., Syahlani, S.P., Satibi. (2012). Pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap kepuasan dan kesetiaan pesakit rawat inap: Kajian empirik Hospital Islam Fatimah Cilacap. *Jurnal Manajemen dan Perkhidmatan Farmasi*. Vol. 2, No. 4.

Khong, P., & Ghista, D. N. (2006). Impact of deficient healthcare service quality. *The TQM Magazine*. Vol. 18. No. 6 , 563-571.

Kitapci, O., Akdogan, C., & Dortyol, I. T. (2014). The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth Komunikasi in the public healthcare industry. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 148 , 161-169.

Koenig-Lewis, N., & Palmer, A. (2014). The effects of anticipatory emotions on service satisfaction and behavioral intention. *Journal of Services Marketing*. Vol. 28, Iss 6 .

Kotler, P. (2000). *Manajemen Pemasaran* . Jakarta: PT Prenhallindo.

Kotler, Philips. 2001. *Manajemen Pemasaran: Analisis, Perencanaan, Implementasi, dan Kontrol*. Jakarta: PT. Prehallindo.

Kotler, P. (2002). *Manajemen Pemasaran. Analisa Perencanaan, Implementasi dan Control. Edisi Kesembilan. Jilid 1 dan 2*. Jakarta: Prehalindo.

Kotler, P., & Keller, K. L. (2009). *Manajemen Pemasaran, Edisi 13 Jilid 1*. Jakarta.

Kullback, S., & Leibler, R. (1951). On information and sufficiency. *Annals of Mathematical Statistics*, 22 , 79-86.

Kumar, A., Manjunath, S., & K.C, C. (2012). Service Quality at Hospital - A Study of Apollo Hospital in Mysore. *IOSR Journal of Business and Management (IOSRJBM) Vol. 4 No.1* , 01-07.

Kurniawan E. 2010. Pengaruh Dimensi *Relationship Marketing* Terhadap Kesetiaan Pelanggan (Kajian Pada Bengkel AHASS No.1267 Honggowongso). Skripsi. Surakarta: UNS.

Kursunluoglu, E. (2014). Customer Service Effects on Customer Satisfaction and Customer Loyalty: A Filed Research in Shopping Centers in Izmir City - Turkey. *International Journal of Business and Social Science. Vol. 2 No. 7* .

Kusumapraja. (1997). *Quality Jaminan Dalam Kejururawatan*. Jakarta: Kongres VI PERSI dan Hospital Expo.

Laamanen, R., Simonsen-Rehn, N., Suominen, S., & Brommels, M. (2010). Does patients' choice of health centre doctor depend on the organization? A comparative study of four municipalities with different forms of service provision in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health. 38* , 715-723.

Laishram, N., & Sorokhaibam, R. (2012). Appraisal of Patient Satisfaction in Shija Hospital and Research Institute, Manipur, North-East India. *International Journal of Scientific and Research Publication, Vol. 2, No. 11* .

- Laksono, I. N. (2008). *Analisis Kepuasan dan Hubungannya Dengan Kesetiaan Pesakit Rawat Inap di Hospital Dedi Jaya Kabupaten Brebes*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Laksono, I. N. (2008). *Analisis Kepuasan Dan Hubungannya Dengan Kesetiaan Pesakit Rawat Inap di Hospital Dedi Jaya Kabupaten Brebes*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Lawler, E. J. (2001). *An Affect Theory of Social Exchange*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lawler, E. J. (2001). *An Affect Theory of Social Exchange*. Chicago: Cornell University ILR School.
- Lei, P., & Jolibert, A. (2012). A Three-Model Comparison of the Relationship Between Quality, Satisfaction and Loyalty: An Empirical Study of the Chinese Healthcare System. *BMC Health Services Research* 12:436 .
- Lestari, E. (2014). *Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kesetiaan Pesakit Rawat Inap Dimoderasi Oleh Kepuasan Pesakit di Hospital Muhammadiyah Ahmad Dahlan Kota Kediri*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Lestari, S. (2012). *Evaluasi Kualiti Perkhidmatan Farmasi Rawat Jalan Terhadap Kepuasan Pesakit di Hospital PKU Muhammadiyah Gombong*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Levoy, B. (2009). *Hard Lessons Learned About Patient Loyalty*. New York: Optometric Management.
- Lovelock, C. H., & Wright, L. K. (2005). *Manajemen Pemasaran Perkhidmatan (Agus Widyanotorom Penerjemah)*. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.

- Lovelock, C. (1994). *Product Plus: How Product+Service= Competitive Advantage*. New York: McGraw Hill.
- Lumenta, N. A. (1992). *Penyak Ginjal*. Jakarta: PT. BPK Gunung Mulia.
- Luthans, F. (2002). *Organizational Behavior. Ninth Edition*. Singapore: McGraw-Hill International Editions.
- MacDonald, J. B., & Smith, K. (2004). The Effects of Technology-Mediated Komunikasi on Industrial Buyer Behavior. *Industrial Marketing Management* 33 , 107-116.
- Macmillan Dictionary. (2014). *Hospital*. www.macmillandictionary.com.
- Maditinos, D. I., Papadopoulos, D., & Prats, L. (2014). The Free Time Allocation and its Relationship with the Perceived Quality of Life (QoL) and Satisfaction with Life (SwL). *Procedia Economics and Finance* 9 , 519-532.
- Magi, A., & Julander, C. (1996). Perceived service quality and customer satisfaction in a store performance framework. *Journal of Retailing and Consumer Services* , 33-41.
- Mahmoud, A. B., & Reisel, W. D. (2014). Relating patient satisfaction to nurses' job satisfaction, job Keselamatan, and obedience OCBs. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. Vol. 8, No. 1* , 47-61.
- Mainz, J. (2003). Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care. Vol. 15 (6)* , 523-530.

- Makeover, B. (2003). *Examining the Employee-Customer Chain in the Fitness Industry*. Florida: The Florida State University, College of Education.
- Malhotra, N. (1996). *Marketing Research an Applied Oriented Second Edition*. New Jersey: Prentice Hall.
- Manaf, N. H., & Nooi, P. S. (2007). Patient Satisfaction as an Indicator of Service Quality in Malaysian Public Hospitals. *Lund University* .
- Manco, J. (2003). *The Heritage of Mercy*. www.buildinghistory.org.
- Manurung, L. (2010). *Analisis Hubungan Tingkat Kepuasan Pesakit Rawat Jalan Terhadap Perkhidmatan Instalasi Farmasi Dengan Minat Pesakit Menebus Kembali Resep Obat di Instalasi Farmasi RSUD Budhi Asih Tahun 2010*. Depok: Universitas Indonesia.
- Marsh, H., & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First and higher-order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*, 97 , 562-582.
- Mayer, T., Church, F., Cates, R., Mastorovich, M. J., & Royalty, D. (1998). Emergency Department Patient Satisfaction: Customer Service Training Improves Patient Satisfaction and Ratings of Physician and Nurse Skill. *Journal of Healthcare Management*. 43, 5 , 427-440.
- McDonald, R., & Marsh, H. (1990). Choosing a multivariate model: Noncentrality and goodness of fit. *Psychological Bulletin*, 107 , 247-255.
- McIlroy, A., & Barnett, S. (2000). Building customer relationships: do discount cards work? *Managing Service Quality: An International Journal*. Vol. 10. No. 6 , 347-355.

- Mekoth, N., Babu, G. P., Dalvi, V., Rajanala, N., & Nizomadinov, K. (2011). Service Encounter Related Process Quality, Patient Satisfaction, and Behavioral Intention. *Management, Vol. 6* .
- Meirovich, G., Brender-Ilan, Y., Meirovich, A. (2007). Quality of hospital service:the impact of formalization and decentralization. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 20, Iss 3.
- Mendoza, A. M. (2014). Correlation Analysis of Customer Satisfaction and Loyalty in Carlito Pena Reyes Hospital. *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research, Vol. 2, No. 4* .
- Mohammad, A. A., & Alhamadani, S. Y. (2011). Service Quality Perspective and Customer Satisfaction in Commercial Banks Working in Jordan. *Middle Eastern Finance and Economics. Issue 14* , 60-72.
- Mohd Ashari Idris. 2004. *Orientasi Kualiti: Prinsip dan Amalan Strategik*. Bangi: Penerbit Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Mortazavi, S., Kazemi, M., Shirazi, A., & Azis-Abadi, A. (2009). The Relationship between Patient Satisfaction and Loyalty in The Private Hospital Industry. *Iranian Journal Public Health. Vol. 38 No. 3* , 60-69.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors Affecting Medical Service Quality. *Iranian J Publ Health. Vol. 43, No. 2 Feb* , 210-220.
- Mosahab, R., Mahamad, O., & Ramayah, T. (2010). Service Quality, Customer Satisfaction and Loyalty: A Test of Mediaton. *International Business Research. Vol. 3 No. 4* , 72-80.

- Mostafa, M. M. (2005). An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. *International Journal of Health Care Jaminan*. Vol. 18 Iss 7 , 516-532.
- Muftiraeni, Kapalawi, I., & Sidin, I. (2013). *Analisis Pengembangan Sistem Informasi Farmasi Hospital Universitas Hasanuddin Tahun 2013*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Mukherjee, A., Nath, P., & Pal, M. (2003). Service Quality and Performance Triad: A Framework for Measuring Efficiency of Banking Services. *The Journal of the Operational Research Society*. Vol. 54 No. 7 , 723-735.
- Munawaroh, S. (2013). *Analisis Hubungan Ciri-ciriistik dan Kepuasan Pesakit Dengan Kesetiaan Pesakit di RSUD Dr. Sutomo Ponorogo*. Ponorogo: Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Muslim Amin. 2009. Kualiti Perkhidmatan Perbankan Islam di Malaysia dan Pengaruhnya kepada kepuasan dan kesetiaan pelanggan menggunakan persamaan pemodelan struktur. Tesis Dr. Fal, Pusat Pengajian Sains Matematik, Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Mustafa, E., Hadju, V., & Jafar, N. (2012). Tingkat Kepuasan Pesakit Rawat Inap Terhadap Perkhidmatan Makanan di Hospital Umum (RSUD) Mamuju Provinsi Sulawesi Barat. *Artikel Penyelidikan. Fakultas Kesehatan Universitas Hasanuddin* .
- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 22 No. 4 , 366-381.

- Naik, C. K., Gantasala, S. B., & Prabhakar, G. V. (2010). Service Quality (Servqual) and its Effect on Customer Satisfaction in Retailing. *European Journal of Social Sciences*. Vol. 16 No. 2 .
- Nasution, M.N. (2005) Manajemen Mutu Terpadu. Ghalia Indonesia. Jakarta.
- Nasution, N. (2009). *Analisa Tingkat Kepuasan Pesakit Pada Perkhidmatan Kejururawatan Prima di Ruang Rawat Inap Hospital Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Nekoei-Moghadam, M., & Amiresmaili, M. (2011). Hospital services quality assessment. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 24, Iss 1 , 57-66.
- Noe, R. A., Hollenbeck, J. R., Gerhart, B., & Wright, P. M. (2003). *Human Resources Management*. New York: McGraw-Hill.
- Nofiana, H., & Sugiarsi, S. (2011). Hubungan Mutu Perkhidmatan Pendaftaran Dengan Kepuasan Pesakit Rawat Jalan di Hospital PKU Muhammadiyah Karanganyar. *Jurnal Kesehatan*. Vol. V, No. 1 , 90-106.
- Noor'ain Mohamad Yunus, Dilla Syadia ab Latiff, Suryani Che Din & Siti Noorsuriani Ma'on. 2013. Patient Satisfaction with acces to 1 Malaysia clinic. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 91: 395-402
- Noor Hazilah Abd Manaf. 2006. Patient satisfaction in outpatient clinics of Malaysian public hospitals. *IIUM Journal of Economics and Management* 14(1): 81-110.
- Noor Hazilah Abd Manaf & Phang, S.N. 2009. Patient satisfaction as an indicator of service quality in Malaysian public hospitals. *The Asian Journal on Quality* 10(1):77-87.

- Nordman, C. (2004). *Kefahaman Customer Loyalty and Disloyalty - The Effect of Loyalty-Supporting and Reprising Factors*. Swedish: Helsingfors.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Noyan, F., & Simsek, G. G. (2014). The antecedents of customer loyalty. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 109 , 1220-1224.
- Nurachmah, E. (2005). *Asuhan Kejururawatan Bermutu di Hospital*. Jakarta: FIKUI.
- Nuraina. (2011). Hubungan Evaluasi Kebijakan Kesehatan Percuma Terhadap Perkhidmatan Kesehatan di RSUD Kota Bekasi Tahun 2010. *Jurnal Kybernan*. Vol. 2 No. 2 , 61-88.
- Nurmeilita. (2010). *Perspsi Masyarakat Miskin Terhadap Perkhidmatan Kesehatan Untuk Masyarakat Miskin di Hospital Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Oktaria, H., Ainy, A., & Mutahar, R. (2014). *Analisis Kepuasan Pesakit Rawat Inap Terhadap Perkhidmatan Gizi di Hospital Bhayangkara Palembang Tahun 2014*. Palembang: Universitas Sriwijaya.
- Oliva, T.A., Oliver, R.L. & MacMillan, I.C. 1992. A catastrophe model for developing service satisfaction strategies. *Journal of Marketing* 56(July): 83-95.
- Oliver, R.L. 1980. A Cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research* 17(4): 460-469.

- Oliver, R.L. 1989. Processing of the satisfaction response in consumption: a suggested framework and research propositions. *Journal of Customer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior* 2: 1-16.
- Oliver, R. L. (1993). A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction: Compatible Goals, Different Concepts. In *Advances in Services Marketing and Management. Research and Practice, Vol. 2, ed. T.A. Swartz, D.E. Bowen, and S.W. Brown (Greenwich, CT: JAI Pres , 65-85.*
- Oliver, R. L. (1999). Where Consumer Loyalty? *Journal of Marketing, 1999, 63 .*
- Oliver, R. (1997). *Satisfaction a behavioral perspective on the consumer.* Singapore: McGraw-Hill Education.
- Oomman, N., Lule, E., Vazirani, D., Chhabra, R. (2003). *Inequalities in Health and Population.* Indonesia. WorldBank.
- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2013). Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Revista Brasileira De Anestesiologia , 1-6.*
- Øvretveit, J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Jaminan.* Vol. 17, Iss 7.
- Ozaki, M., Bito, S., & Matsumura, S. (2008). Developing a Japanese hospital physician satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Jaminan.* Vol. 21, Iss 5 , 517-528.
- O'Leary-Kelly, S.W. and Vokurka, R.J. 1998. The empirical assessment of construct ketepatan. *Journal of Operations Management.* 16(4): 387-405.

- Paavola, H. (2006). Categories of Loyalty. Toward Meaning-based Theory of Customer Loyalty. *European Advances in Consumer Research*. Vol. 7 .
- Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P. S. (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals (Perspective of patients and their attendants). *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 17 No. 6 .
- Padma, P., Rajendran, C., & Sai, L. P. (2009). A conceptual framework of service quality in healthcare: Perspectives of Indian patients and their attendants. *Benchmarking: An International Journal*. Vol. 16 No. 2 , 157-191.
- Pantouvakis, A., & Bouranta, N. (2014). Quality and price - impact on patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*, Vol. 27, Iss 8 .
- Pantouvakis, A., & Mpogiatzidis, P. (2013). The impact of internal service quality and learning organization on clinical leaders' job satisfaction in hospital care services. *Leadership in Health Services*. Vol. 26 No. 1 , 34-49.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991). Perceived Service Quality as a Customer-Based Performance Measure: An Empirical Examination of Organizational Barriers Using an Extended Service Quality Model. *Journal Human Resource Management (1986-1998); Fall 1991; 30;; 3; ABI/INFORM Global* .
- Parasuraman, A., Berry, L., & Zeithaml, V. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. Vol. 64. No. 1 , 12-40.

- Parasuraman, A., Leonard, L., & Zeithaml, V. (1985). A Conceptual Model of Services Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. Vol. 49 , 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. Vol, 64 No. 1 , 12-40.
- Parawanto, D. (2012). *Sistem Informasi Administrasi dan Pendaftaran Pesakit Pada Hospital Ibu dan Anak "SADEWA"*. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Manajemen Informatika dan Komputer.
- Pawar, M. (2005). 5 tips for Generating Patient. *American Academy of Family Physicians*.
- Peters, D.H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D.G., Brieger, W.R., Rahman, M.H. (2008). Poverty and kebolehcapaian to health care in developing countries. *New York Academy of Sciences*.
- Peltier, J. W., Schibrowsky, J. A., & Cochran, C. R. (2002). Patient Loyalty That Lasts a Lifetime: Experiences with hospitalstaff can make of break relationships. *MHS Summer* , 29-33.
- Perry. (1990). *Organizational Stress and Preventice Management USA*. USA: McGraw-Hill Inc.
- Pilman, E., Ovanfors, A., Brun, J., Karlsson, G., Prutz, C., & Westlund, A. (2004). Measurng asthma patient satisfaction in Sweden using partial least square. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*, Vol. 17, No. 4 , 221-229.

- Platonova, E., Kennedy, K., & Shewchuk, R. (2008). Kefahaman Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. *Medical Care Research and Review*. Vol. 65 Number 6 , 696-712.
- Poernomo, D. I. (2009). *Analisis Pengaruh Persepsi Pesakit Tentang Bauran Pemasaran Terhadap Kesetiaan Pesakit di Poliklinik Rawat Jalan RS Baptis Kediri*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Pohan, Imbalo S. 2006. *Jaminan Mutu perkhidmatan kesihatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC
- PopulationReference Bureau (2004). Improving the Health of the World's Poorest People. *Policy Brief*.
- Prajogo, D., & Sohal, A. (2001). The Relationship Between TQM practices and Innovation Performance: A Literature Review and Research Framework. *Technovation*. 21(9) , 539-558.
- Praptadi, T. (2009). *Analisis Pengaruh Budaya Organisasi dan Pemberdayaan Terhadap Komitmen Organisasional dalam Meningkatkan Kinerja Pegawai*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Prasetya, N. N. (2009). *Analisis Tingkat Kepuasan Pesakit Rawat Jalan Terhadap Kualiti Perkhidmatan Informasi Obat Apotek Instalasi Farmasi Hospital Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Prasojo, S. (2013). *Analisis Determinan Kesetiaan Pesakit Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi di Surakarta*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.

- Prissalia, R. (2013). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Utilitas Pesakit Miskin Penerima Jamkesmas & Jamkesda Yang Menggunakan Perkhidmatan Rawat Inap (Kajian Kasus RSD Mardi Waluyo Kota Blitar). *Jurnal Universitas Brawijaya* .
- Pryor, M. G., Toombs, L., & Anderson, D. (2009). What Management and Quality Theories Are Best for Small Business? *Journal of Management and Marketing Research* .
- Puri, N., Gupta, A., Aggarwal, A. K., & Kaushal, V. (2012). Outpatient satisfaction and quality of health care in Nort Indian medical institute. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 25 No. 8 , 682-697.
- Puspita, I. (2009). *Hubungan Persepsi Pesakit Tentang Kualiti Perkhidmatan Dengan Citra Hospital Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Puspitasari, M., & Edris, M. (2011). Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kesetiaan Dengan Mediasi Kepuasan Pesakit Rawat Inap Pada Keluarga Sehat Hospital Pati. *Analisis Manajemen*. Vol. 5. No. 2 , 49-62.
- Puspitasari, M., & Edris, M. (2011). Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kesetiaan Dengan Mediasi Kepuasan Pesakit Rawat Inap Pada Keluarga Sehat Hospital Pati. *Jurnal Analisis Manajemen*. Vol. 5. No. 2 , 49-62.
- Puti, W. (2013). *Pengaruh Kualiti Perkhidmatan dan Kepuasan Terhadap Kesetiaan Pesakit Rawat Jalan dan Rawat Inap Hospital Otorita batam* . Bandung: Universitas Widyatama.
- Putra, L. B., Suryadi, E., & Irfani, M. H. (2013). Sistem Informasi Rekam Medis Rawat Jalan Pada Hospital Umum Daerah Palembang BARI. *STMIK MDP* .

- Putra, I., Katili, P.B., Arina, F. (2013). Pengaruh kualiti perkhidmatan terhadap persepsi dan kepuasan pesakit dalam meningkatkan kesetiaan pesakit. *Jurnal Teknik Industri*. Vol. 1. No 1.
- Rahmani, V. (2009). *Analisis Tingkat Kepuasan Pesakit Rawat Jalan Terhadap Kualiti Perkhidmatan (Kajian kasus: RSUD Bhakti Asih Tangerang)*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Rahmani-Nejad, L., Firoozbakht, Z., Taghipoor, A. (2014). Service quality, relationship quality and customer loyalty (Case Study: Banking Industry in Iran). *Journal of Social Science*. 2. 262-268.
- Rahmawati, A., & Supriyanto, S. (2013). Mutu Perkhidmatan Kesihatan Berdasarkan Dimensi Dabhokar di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam. *Jurnal Administrasi Kesihatan Indonesia*. Vol. 1. No. 2 , 132-139.
- Ramez, W. S. (2012). Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain. *International Journal of Business and Social Science*. Vol. 3 No. 18 , 131-141.
- Ramsaran, R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27 (4) , 428-443.
- Ramseook-Munhurrun, P., Lukea-Bhwajee, S. D., & Naidoo, P. (2010). Service Quality in the Public Service. *International Journal of Management and Marketing Research*. Vol. 3 No. 1 , 37-50.
- Rashid, W. E., & Jusoff, H. K. (2009). Service quality in health care setting. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 22 No. 5 , 471-482.
- Razak, A. (2012). Politik Kesihatan Percuma di Indonesia. *Jurnal AKK*, Vol. 1, No. 1 .

- Reader, T. W., Gillespie, A., Roberts, J. (2013). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality and Safety. The International Journal of healthcare improvement*.
- Render, B., & Herizer, J. (2004). *Operations Management. International Edition*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Riley, W., & Nwoke, S. (2007). *Review and Analysis of Quality Improvement (QI) Techniques in Police Departments*. Ohio: University of Minnesota.
- Riniwati, H. (2008). Pengaruh Tingkat Pemberdayaan Terhadap Kinerja Manajer Perempuan pada Perusahaan Perikanan di Jawa Timur. *Jurnal Penyelidikan Perikanan. Vol. 11 (1)*, 94-98.
- Riyanto, A., & Iryadi, R. (2013). *Analisis Kepuasan Pesakit Terhadap Perkhidmatan Kesihatan Hospital di Wilayah Kota Cimahi*. Stikesayani.
- Robbins, & Judge. (2007). *Perilaku Organisasi. Edisi 12 Buku 1 Edisi Bahasa Indonesia*. Jakarta: Salemba Empat.
- Robbins, S. P. (2003). *Perilaku Organisasi, Konsep, Kontroversi dan Aplikasi. Edisi Bahasa Indonesia*. Jakarta: PT. Prenhalindo.
- Roberge, D., Beaulieu, M.-D., Haddad, S., Lebeau, R., & Pineault, R. (2001). Loyalty to the regular care provider patient's and physicians' views. *Oxford University Press. Vol. 18 No. 1*, 53-59.
- Roemer, M., & Friedman, J. (1971). *Doctors in Hospitals*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

- Rosak, J., & Betlejewska, R. S. (2008). Clients'/Patients' Satisfaction in Context of Medical Services Quality. *Human Resources Management & Ergonomics* .
- Rose, R. C., Uli, J., Abdul, M., & Ng, K. L. (2004). Hospital service quality: a pengurusial challenge. *International Journal of Health Care Quality Jaminan, Vol. 17, Issue 3* , 146-159.
- Rosmawati. (2013). *Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Perkhidmatan Terhadap Kesetiaan Pesakit di Hospital Bhakti Kartini*. Jakarta: Universitas Gunadarma.
- Rust, R.T. & Zahorik, A.J. 1993. Customer satisfaction, customer retention, and market share. *Journal of Retailing* 69(Summer): 193-215.
- Ruky, A. (2006). *Manajemen Kinerja Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Rundle-Thiele, S., Bus, B., & Bus, M. (2010). *Patient influence on satisfaction and loyalty for GP services*. Brisbane: Queensland University of Technology.
- Sa'adah, E., Hariyanto, T., Rohman, F. (2015). Pengaruh mutu perkhidmatan farmasi terhadap kepuasan dan kesetiaan pesakit rawat jalan dengan cara bayar tunai. *Jurnal Aplikasi Manajemen*. Vol. 13. No. 1.
- Sabarguna, B. S. (2004). *Pemasaran Hospital*. Yogyakarta: Konsorsium RSI: 1-21.
- Samosir, M. V. (2009). *Pengaruh Mutu Perkhidmatan Terhadap Pemanfaatan Instalasi Farmasi Hospital Umum Daerah (IFRSUD) Pandan Tahun 2008*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sanapiah, A. (2000). Perkhidmatan yang berorientasi kepada kepuasan masyarakat. *Jurnal Administrasi Negara*. Vol. 6 No. 1 .

- Saputro 2010 Fakultas Ekonomi“Analisis Pengaruh Kualiti Produk,Kualiti Perkhidmatan, Dan Kepercayaan Pelanggan Terhadap Kesetiaan Pelanggan” Universitas Diponegoro Semarang
- Sari, Yurina. (2006). *Analisis Kepuasan Pesakit Rawat Inap terhadap Perkhidmatan Hospital Haji dan Hubungannya dengan Minat Beli Ulang Tahun 2006*. Tesis. Depok: FKM UI
- Scandura, J. M. (1996). Role of Instructional Theory in Authoring Effective and Efficient Learning Technologies. *Pergamon. Elsevier Science. Computers in Human Behavior. Vol 12 (2) , 313-328.*
- Schlesinger, L., Heskett, J. (1991). Breaking the cycle of failure in service. *Sloan Management Review*, spring, 1991, pp. 17–28.
- Sedermayanti. (2001). *Governance dalam rangka otomoni daerah*. Bandung: Mandar Maju.
- Sekali, H. (2011). *Analisis Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Kesetiaan Pesakit Rawat Inap Hospital Umum Kabanjahe*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sekaran, U. (2003). *Research Methods for Business: A Skill Building Approach*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Sekaran, U. (1992). *Research Methods For Business: A Skill Building Approach. Second Edition*. New York: John Willey & Sons, Inc.
- Setyaningsih, I. (2013). Analisis Kualiti Perkhidmatan Hospital Terhadap Pesakit Menggunakan Pendekatan Lean Serperf (Lean Service dan Service Performance) (Kajian Kasus Hospital X). *Spektrum Industri, Vol. 11 No. 2 , 117-242.*

- Shahin, A., & Samea, M. (2010). Developing the Models of Service Quality Gaps: A Critical Discussion. *Business Management and Strategy*. Vol. 1 No. 1 , 1-11.
- Sharma, A., Garg, D., & Agarwal, A. (2012). Quality Management in Supply Chains: The Literature Review. *International Journal for Quality research*. Vol. 6 No. 3 .
- Shih, A., & Schoenbaum, S. C. (2007). Measuring Hospital Performance: The Importance of Process Measures. *Commonwealth Fund*. Vol. 6 .
- Sidanti, H. (2013). Analisis Hubungan Antara Tarif, Perkhidmatan dan Fasilitas Kamar Terhadap Tingkat Kepuasan Pesakit Rawat Inap di Hospital Kristen Mojowarno Jombang. *Ekomaks*. Vol. 2 No. 2 , 87-107.
- Silalahi, M. (2007). *Analisis Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Dalam Kaitannya Dengan Kesetiaan Pesakit Rawat Inap di Hospital Islam Malahayati Medan*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Siregar, C. J., & Lia, A. (2004). *Farmasi Hospital: Teori dan Penerapan*. Cetakan Pertama. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Siskos, Y., & Grigoroudis, E. (2001). Measuring Customer Satisfaction for Various Services Using Multicriteria Analysis. *Technical University of Crete* .
- Siswoyo, B., & Supriyanto, S. (2013). Strategi Switching Barriers untuk Kesetiaan Pesakit Rawat Inap Hospital Muhammadiyah Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. Vol. 1. No. 1 , 91-98.
- Sitayani, J., Hamzah, A., & Amir, Y. (2014). *Hubungan Kepuasan Dengan Kesetiaan Pesakit Rawat Inap Hospital Umum Daerah Kabupaten Pangkep*. Makassar: Universitas Hasanuddin.

- Sivabrovornvatana, N., Siengthai, S., Krairit, D., & Paul, H. (2005). Technology usage, quality management system, and service quality in Thailand. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 18 No. 6 , 413-423.
- Soejadi. (1996). *Pedoman Penilaian Kinerja Hospital Umum*. Jakarta: Katiga Bina.
- Sohail, M. S. (2003). Service Quality in Hospitals: More Favourable Than You Might Think. *Managing Service Quality*. Vol. 13 No. 3 , 197-206.
- Spreitzer, G. (1995). Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, measurement and tepatation. *Academy of Management Journal* , 1442-1465.
- Steiger, J., & Lind, J. (1980). *Statistically based tests for the number of common factors*. Iowa City: Paper presented at the Annual Spring Meeting of the Psychometric Society.
- Storbacka, K. Strandvik, T. Gronroos, C. (1994). Managing customer relationships for profit. *International Journal of Service Industry Management*, Vol 5.No 5, 1994, pp 21-28.
- Strother, J. B. (2006). *Call Centers in Health Care: Effect on Patient Satisfaction*. Florida: Florida Institute of Technology.
- Suciati, S., & Adisasmito, W. B. (2006). Analisis Perencanaan Obat Berdasarkan ABC Indeks Kritis di Instalasi Farmasi. *Jurnal Manajemen Perkhidmatan Kesehatan*. Vol. 09. No. 1 , 19-26.

- Sugiyono. (2009). *Metode Penyelidikan Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Suhardan, D. (2010). *Supervisi Profesional*. Bandung: Alfabeta.
- Suharmiati, & Budijanto, D. (2007). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Sampel Pengguna Rawat Jalan Hospital Pemerintah di Indonesia. *Buletin Penyelidikan Sistem Kesehatan. Vol. 10, No. 2* , 123-130.
- Suharno, N., & Shihab, M. S. (2012). Pengaruh Dimensi Reliabilitas, Dimensi Penampilan dan Dimensi Empati Terhadap Kesetiaan Pesakit (Kajian Kasus: Pesakit Rawat Jalan RS MRCCC Siloam Semanggi). *Jurnal Manajemen dan Bisnis Sriwijaya. Vol. 10, No. 19* .
- Suharsimi, A. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sujianto, A. E. (2007). *Aplikasi Statistik dengan SPSS untuk Pemula*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Sukardi. (2004). *Metodologi Penyelidikan Pendidikan*. Yogyakarta: Bumi Aksara.
- Sukowati, B. (2014). *Penerapan nilai nilai akhlak Islami Pada Kegiatan Perkhidmatan Kesihatan oleh Tenaga Medis Terhadap Pesakit Rawat Jalan dan Pesakit Rawat Inap di RST dr Asmir Salatiga*. Salatiga: Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri Salatiga.
- Suleiman, G.P., Mat, Nik Kamariah Nik., Mohammed A.S, Adesiyon O.I., ALekam, J. (2012). Customer loyalty in e-banking: A structural equation modelling (SEM) approach. *American Journal of Economics. Special Issue: 55-59*.

- Sulistiyorini, C., Lestari, T., & Rohmadi. (2008). Tinjauan Faktor Penyebab Waktu Tunggu Perkhidmatan Pendaftaran Pesakit Umum Rawat Jalan di Hospital Umum Daerah Sragen. *Jurnal Kesehatan, Vol. II, No. 1* , 56-69.
- Sundari, M.N.D., Indrayathi, P.A., dan Kuswardhani, RA. T. (2014). Internal and external perspectives on quality of healthcare services at Sanglah General Hospital Denpasar. *Public Health and Preventive Medicine Archive*. Vol. 2, No. 2.
- Supriyanto. (2004). Faktor Dominan KEpuasan Pesakit Sebagai Dasar Penyusunan Upaya Pengembangan Mutu Perkhidmatan Kesehatan di Hospital umum Daerah Kabupaten Sidoarjo. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*. Vol. 2 NO. 2
- Sureshchandar, G.S., Rajendran, C. & Atantharaman, R.N. 2002. Determinants of customer-perceived service quality: a confirmatory factor analysis approach. *Journal of Service Marketing*. 16(1): 0-34.
- Suryabrata, S. (2003). *Metodologi Penyelidikan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Suryawati, C. (2004). Kepuasan Pesakit Hospital (Tinjauan Teoritis dan Penerapannya Pada Penyelidikan). *JMPK*. Vol. 07, No. 04 , 189-194.
- Suryawati, C., Dharminto, & Shaluhiah, Z. (2006). Penyusunan Indikator Kepuasan Pesakit Rawat Inap Hospital di Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Perkhidmatan Kesehatan*. Vol. 09. No. 4 , 177-184.
- Sutharjana, N. W., Thoyib, A., Taroena, E. A., & Rahayu, M. (2013). Organizational Citizenship Behavior Effect on Patient Satisfaction and Loyalty Through Service Quality (Study on Maternity Hospitals in Indonesia). *International Journal of Scientific & Technology Research*. Vol. 2. Issue 5 , 288-299.

- Sutrisno, E. (2011). *Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Pertama*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Sutrisno. (2015). Pengaruh kualiti perkhidmatan, dan *customer relationship management* terhadap kepuasan pesakit dan kesetiaan pesakit di hospital tingkat II Tentara Nasional Indonesia. *Jurnal Ilmu Ekonomi & Manajemen*. Vol. 2, No. 2.
- Tam, J. L.-M. (2012). The moderating role of perceived risk in loyalty intentions: an investigation in a service context. *Marketing Intelligence & Planning*. Vol. 30 No. 1 , 33-52.
- Tanaka, J., & Huba, G. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38 , 197-201.
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*. Vol. 19 No. 2 , i-x.
- Tanudjaya, P.K. (2014). Pengaruh kualiti perkhidmatan klinik gigi terhadap kepuasan dan kepercayaan pesakit sehingga meningkatkan keinginan untuk berobat kembali. *Jurnal Manajemen dan Pemasaran Perkhidmatan*. Vol. 7, No. 1.
- Tauhida, A. (2012). *Pengaruh Kualiti Perkhidmatan Terhadap Tingkat Kepuasan Serta Implikasinya Terhadap Kesetiaan Pesakit Rekanan Pada Klinik "AN" Bandung*. Bandung: Program Pascasarjana Universitas Komputer Indonesia.
- Taylor, S.A. & Backer, T.L. 1994. An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of the consumers' purchase intentions. *Journal of Retailing* 70(2): 163-178.

- Tjiptono, & Chandra. (2005). *Service Quality and Satisfaction. Edisi 2*. Yogyakarta: Andi.
- Tjiptono, F. (2000). *Manajemen Perkhidmatan. Edisi Pertama*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Tjiptono, F. (2005). *Pemasaran Perkhidmatan*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Tjiptono, F. (1997). *Strategi Pemasaran. Edisi 1*. Yogyakarta: Andi.
- Tjiptono, F., & Chandra, G. (2007). *Service, Quality Satisfaction*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Triguno. (1997). *Budaya Kerja, Menciptakan Lingkungan yang kondusif untuk meningkatkan produktivitas kerja*. Jakarta: Golden Teravon Press.
- Tse, D., & Wilton, P. (1998). Models of Consumer Satisfaction Formation: an Extension. *Journal of Marketing Research* .
- Tsoukatos, E., & Rand, G. K. (2006). Path analysis of perceived service quality, satisfaction and loyalty in Greek insurance. *Managing Service Quality. Vol. 16 No. 5* , 501-519.
- Umar, H. (2001). *Riset Akuntansi: Metode Riset Sebagai Cara Penyelidikan Ilmiah*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Untachai, S. (2013). Modeling Service Quality in Hospital as a Second Order Factor, Thailand. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 88 , 118-133.
- Utama, F. (2004). *Analisis Perkhidmatan Bedah Sehari Ditinjau Dari Sisi Harapan dan Kepuasan Pesakit di Hospital Mardi Rahayu Kudus*. Semarang: Universitas Diponegoro.

- Utami, Y. (2013). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pesakit Untuk Meningkatkan Mutu Perkhidmatan di TPPRJ Hospital Bhakti Wira Tamtama Semarang Tahun 2013*. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro.
- Utari, W. (2013). Analisis kualiti perkhidmatan serta dampaknya terhadap kepuasan pesakit hospital Nasrul Ummah Lamongan. *Jurnal NeO-Bis*. Vol. 7, No. 1.
- Vukmir, R. B. (2006). Customer satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 19 No. 1 , 8-31.
- Wang, H. L., Hsiao, Y. C., & Huang, J. *Service Quality and Loyalty in Varying Patient's Knowledge and Perceived Switching Costs: Lesson From Taiwan*. Taiwan: I-Shou University.
- Wang, H.-L., Huang, J.-Y., & Howng, S.-L. (2011). The effect on patient loyalty of service quality, patient visit experience and perceived switching costs: lessons from one Taiwan univeristy hospital. *Health Services Management Research*. 24 , 29-36.
- Wang, I.-M., & Shieh, C.-J. (2006). The relationship between service quality and customer satisfaction: the example of CJCUC library. *Journal of Information & Optimization Sciences*. Vol. 27 No. 1 , 193-209.
- Wanggae A., Sidin I., Maidin A. (2013). Gambaran Kepuasan Pesakit Umum Tentang Kualiti Perkhidmatan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Makassar. 1-11
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Journal Medical Care*. Vol. 30, No. 6 , 473-483.

- Wati, I. K. (2013). *Analisis Tingkat Kepuasan Pesakit Rawat Jalan Terhadap Perkhidmatan Resep Pesakit Jamkesmas di Hospital di Daerah Wonogiri*. Surakarta: 2013.
- Welch, S. J. (2012). *Service Pemulihan boosts customer loyalty and patient satisfaction*. Commission Resource Publishing.
- West, W. D. (2007). *Creating Patient Loyalty*. Optometric Management.
- Wibawa, S. (2011). Perkhidmatan Percuma Untuk Masyarakat Miskin di Kota Tangerang. *Proceeding Simposium Nasional Otonomi Daerah*.
- Wibowo, F. D. (2006). *Analisis Pengaruh Peran Kepemimpinan dan Pengembangan Karir Terhadap Komitmen Organisasi dalam Meningkatkan Kinerja Karyawan*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Wicks, A. M., & Roethlein, C. (2009). A Satisfaction-Based Definition of Quality. *Journal of Business & Economic Kajianes*. Vol. 15 No. 1 , 82-97.
- Wigati, P. (2008). *Analisis Pengaruh Persepsi Pesakit Tentang Mutu PerkhidmatanDoktor Terhadap Kesetiaan Pesakit di Poliklinik Umum Instalasi Rawat Jalan Hospital Panti Wilasa Citarum Semarang Tahun 2008*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Wijaya, H. (2012). *Analisis Pelaksanaan Standar Perkhidmatan Minimal (SPM) Hospital Bidang Farmasi di Instalasi Farmasi Hospital Tugu Ibu Tahun 2012*. Depok: Universitas Indonesia.
- Wilson A., Zeithaml V.A., Bitner M.J., Gremler D.D. (2008). *Services Marketing*. McGraw-Hill Education.

- Wiranata, A. A. (2011). Pengaruh Kepemimpinan Terhadap Kinerja dan Stres Karyawan. *Jurnal Ilmiah Teknik Sipil*. Vol. 15 , 155-161.
- Wiranto, M., Nurhayani, & Indar. (2013). *Analisis Kepuasan Pesakit Pada Instalasi Rawat Inap di Hospital Umum Daerah Lantong Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Wisniewski, M., & Wisniewski, H. (2005). Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 18 No. 3 , 217-228.
- Woodside., Arch G., Frey, Lisa L., Daly, Robert Timothy. (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction and Behavioral Intention, *Journal of Health Care Marketing*. Vol 9 No.4, 12-40.
- Woodside, A.G., Frey, L.L. & Daly, R.T. 1993. Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. *Journal of Health Care Marketing* 19(December): 5-17.
- Wolper, F., & Pena, D. (1997). *Management Hospital*.
- World Health Organization. (2014). *Hospitals*. www.who.int.
- Wu, C.-C. (2011). The Impact of Hospital Brand Image on Service Quality, Patient Satisfaction and Loyalty. *African Journal of Business Management*, Vol. 5 (12) , 4873-4882.
- Wyckof. (2002). *Prinsip Pemasaran. Edisi Ketujuh. Jilid I*. Jakarta: Erlangga.
- Yang, Z., & Fang, X. (2004). Online service quality dimensions and their relationship with satisfaction. A content analysis of customer reviews of securities

- brokerage services. *International Journal of Service Industry Management*. Vol. 15 No. 3 , 302-326.
- Yi, Y. (1989). *A Critical Review of Consumer Satisfaction*. Michigan: University of Michigan. School of Business Administration.
- Yohana, A. (2009). *Analisis Harapan dan Kepuasan Pesakit Rawat Inap Penyakit Dalam Terhadap Mutu PerkhidmatanDoktor Spesialis Di RSI Sunan Kudus*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Yoon, M. H., & Suh, J. (2003). Organizational Citizenship Behaviors and Service Quality as External Effectiveness of Contact Employees. *Journal of Business Research* 56 , 597-611.
- Yousapronpaiboon, K., & Johnson, W. C. (2013). Measuring hospital out-patient service quality in Thailand. *Leadership in Health Services*. Vol. 26, Iss 4 , 338-355.
- Yuksel, A., & Yuksel, F. (2013). *Consumer Satisfaction Theories: A Critical Review*. Adnan Menderes University.
- Yuliani, E. A., Sugiarsi, S., & Riyoko. (2008). Analisis Perbezaan Mutu Perkhidmatan Rawat Inap Pesakit Umum dan Pesakit Jamkesmas RSUD Dr. Soeroto Ngawi. *Jurnal Kesehatan*, Vol. II, No. 2 , 67-81.
- Yulianti, D. (2013). *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perkhidmatan Kesehatan di Indonesia sebagai Langkah Persiapan Menuju AFTA 2015*. Jakarta.
- Yunus, N. M., Latiff, D. S., Din, S. C., & Ma'on, S. N. (2013). Patient Satisfaction with Kebolehcapaian to 1Malaysia Clinic. *ScienceDirect. Elsevier. PSU-USM International Conference on Humanities and Social Sciences*. 91 , 395-402.

- Yusof Boon & N Azlinda Kasma Azizan. 2011. Kepuasan pelajar fakulti pendidikan UTM terhadap kualiti perkhidmatan di pusat kesihatan UTM. *Journal of Educational Management* 1:103-120.
- Zahran, A.-R. M., Abdeldaeim, H. M., Fouda, K., & Elgebaly, O. F. (2012). Congenital penile curvature presenting as unconsummated marriage. Repair by 16-dot plication with subjectively reported patient and partner satisfaction. *Arab Journal of Urology*. 10 , 429-433.
- Zahran, K. M., Osman, A. M., & Elaleem, J. A. (2011). Effect of trochar site lidocaine on postoperative pain scoring and patient satisfaction after gynecologic laparoscopies - A randomized clinical trial. *Middle East Fertility Society Journal*. 16 , 131-136.
- Zaluchu, F., Sarumpaet, S., & Syarifah. (2009). *Kajian Komparatif Keluhan Pesakit di Hospital Dengan Pesakit di Puskesmas (Kajian Kasus di 7 Kabupaten/Kota, Di Provinsi Sumatera Utara)*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Zarei, E., Arab, M., Ghazi, S. M., Rashidian, T. A., frushani, A. R., & Khabiri, R. (2014). Kefahaman Patients' Behavioral Intentions: Evidence from Iran's private hospitals industry. *Journal of Health Organization and Management*. Vol. 28, Iss 6 .
- Zeithaml, Bitner, & Gremler. (2006). *Service Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm 4th Edition (International Edition)*. Ney York.
- Zeithaml, V., Berry, L., & Parasuraman, A. (1996). The Behavioural Consequences of Services Quality. *Journal of Marketing*. Vol. 60 .
- Zhigunova, M. (2012). *Perceived Service Quality of Private Hospitals in Thailand - Impact on Customer Satisfaction, Customer Loyalty and Corporate Image*. Cha-am: Thesis. Webster Univeristy, Thailand.

Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Jaminan*. Vol. 19 No. 1 , 60-92.

Zolaly, M. A. (2012). Satisfaction of parents of paediatric patients with physician' Komunikasi skills in Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 7 (1) , 29-34.

LAMPIRAN :**Penilaian *Loading Factor* (λ) Pengukuran Faktor Kualiti Perkhidmatan**

Dimension	Description of Dimension	Factor loading	Kebolehpercayaan
X1.1	Proses pendaftaran (PEN)	0,792	0,949
X1.2	Kecekapan doktor	0,862	
X1.3	Kecekapan jururawat (JUR)	0,853	
X1.4	Perkhidmatan farmasi (FAR)	0,862	
X1.5	Persekitaran hospital (PER)	0,874	
X1.6	Bilik rawatan (BIR)	0,871	
X1.7	Penyediaan makanan dan minuman (MKN)	0,858	

Penilaian *Loading Factor* (λ) Pengukuran Faktor Kepuasan Pesakit

Dimension	Description of Dimension	Factor loading	Kebolehpercayaan
KEP-1	Hospital ini memenuhi keperluan saya	0.805	0.988
KEP-2	Hospital ini memberikan perkhidmatan yang saya harapkan	0.786	
KEP-3	Hospital ini lebih bagus dibandingkan dengan Hospital lain	0.775	
KEP-4	Keluhan saya di respon dengan baik	0.779	
KEP-5	Perkhidmatan oleh pegawai di Hospital ini	0.812	
KEP-6	Hospital ini dapat dipercayai	0.782	
KEP-7	Secara keseluruhan, pengalaman saya di Hospital ini adalah...	0.716	

Penilaian *Loading Factor* (λ) Pengukuran Faktor Kesetiaan Pesakit

Dimension	Description of Dimension	Factor loading	Kebolehpercayaan
KES-1	Saya tidak ingin berpindah ke Hospital lain	0.759	0.989
KES-2	Saya selalu menyarankan Hospital ini ke orang lain	0.786	
KES-3	Saya yakin Hospital ini adalah Hospital yang terbaik	0.837	
KES-4	Saya menceritakan kebaikan perkhidmatan Hospital ini kepada orang lain	0.822	
KES-5	Saya memilih Hospital ini adalah pilihan yang tepat	0.828	
KES-6	Apabila sakit lagi, saya akan memilih Hospital ini lagi	0.829	
KES-7	Walaupun terdapat kekurangan di Hospital ini, saya tidak akan beralih ke Hospital lain	0.743	

