



STIKOM INTERSTUDI

**STRATEGI KOMUNIKASI PEMASARAN TERPADU UNTUK
MENINGKATKAN DAYA TARIK *CUSTOMER* DAN KUALITAS
PELAYANAN DI KLINIK
STUDI DILAKUKAN PADA:
KLINIK ASMA DAN ALERGI DR. INDRAJANA - JAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Ilmu Komunikasi

Purnama Dharmawan

NIM: 2011.20.0010

**SEKOLAH TINGGI ILMU KOMUNIKASI INTERSTUDI
PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU KOMUNIKASI
JAKARTA
2015**



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

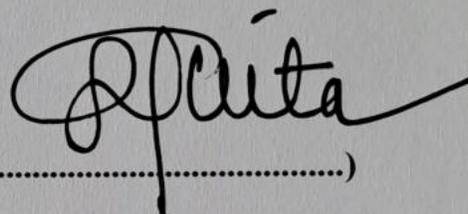
Nama : Purnama Dharmawan
NIM : 2011.20.0010
Program Studi : Pascasarjana Magister Komunikasi
Konsentrasi : *Strategic Communication*
Judul Tesis : STRATEGI KOMUNIKASI PEMASARAN TERPADU
UNTUK MENINGKATKAN DAYA TARIK *CUSTOMER*
DAN KUALITAS PELAYANAN. Studi dilakukan pada:
Klinik Asma Dan Alergi DR. Indrajana – Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Komunikasi pada Program Studi Ilmu Komunikasi STIKOM InterStudi.

DEWAN PENGUJI

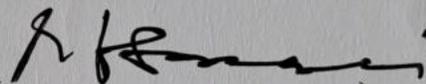
Ketua Sidang : Dr. Arintowati H. Handoyo, MA

(.....)



Pembimbing I : Prof. Dr. Ferdinand D. Saragih, MA

(.....)



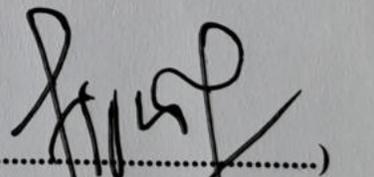
Pembimbing II : Dr. Agustinus Kardiman, M.Si

(.....)



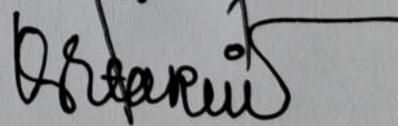
Penguji : Dr. Firman Kurniawan S, M.Si

(.....)



Sekretaris Sidang : Ririh Dwiantari, S.E, M.Si

(.....)



Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 9 September 2015

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Purnama Dharmawan

NIM : 2011.20.0010

Jakarta, 9 September 2015



(Purnama Dharmawan)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR KESARJANAAN UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik STIKOM InterStudi, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Purnama Dharmawan
NIM : 2011.20.0010
Program Studi : Ilmu Komunikasi
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKOM InterStudi **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

STRATEGI KOMUNIKASI PEMASARAN TERPADU UNTUK MENINGKATKAN DAYA TARIK *CUSTOMER* DAN KUALITAS PELAYANAN - Studi dilakukan pada: Klinik Asma Dan Alergi DR. Indrajana – Jakarta

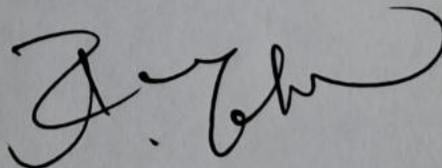
Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKOM InterStudi berhak menyimpan, mengalih media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan Tugas Akhir Kesarjanaan saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 9 September 2015

Yang menyatakan



Purnama Dharmawan



**SEKOLAH TINGGI ILMU KOMUNIKASI INTERSTUDI
PROGRAM PASCASARJANA
KONSENTRASI STRATEGI KOMUNIKASI**

ABSTRAK

Nama : Purnama Dharmawan
NIM : 2011.20.0010

**STRATEGI KOMUNIKASI PEMASARAN TERPADU UNTUK
MENINGKATKAN DAYA TARIK *CUSTOMER* DAN KUALITAS
PELAYANAN DI KLINIK**

Studi Dilakukan Pada: Klinik Asma Dan Alergi DR. Indrajana - Jakarta

Jumlah halaman : 144
Bibliografi : 60

Permasalahan penelitian ini didasarkan pada temuan bahwa sejalan dengan bertambahnya jumlah klinik tidak diimbangi dengan bertambahnya jumlah pasien bahkan cenderung stabil. Untuk itu tujuan penelitian ini adalah untuk meneliti dan menganalisa efektivitas dari elemen-elemen komunikasi pemasaran serta yang paling dominan berpengaruh untuk meningkatkan daya tarik *customer* terhadap klinik. Selain itu juga untuk mengetahui pengaruh dari *perceived service quality* terhadap daya tarik *customer* terhadap klinik.

Adapun metode yang digunakan untuk penelitian ini adalah *Structural Equation Modelling* (SEM). Dengan variabel eksogen '*perceived service quality*' dengan indikator lima dimensi SERVQUAL yaitu: *reliability, assurance, tangible, empathy* dan *responsiveness*. Dan variabel endogen 'daya tarik IMC terhadap customer' dengan indikator lima elemen dari IMC, yaitu: *advertising, public relations, event marketing, digital communication, dan personal selling*.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa elemen IMC yang efektif berpengaruh terhadap daya tarik *customer* sesuai urutan dominansinya adalah *event marketing, digital communication, public relation* dan *advertising*. Sementara elemen *personal selling* tidak berpengaruh terhadap daya tarik *customer*. Walaupun dokter dapat dikategorikan sebagai *salesperson*, namun dalam penelitian ini

perannya difokuskan pada pemberi jasa, yaitu untuk mengukur kualitas pelayanan. Demikian juga dengan staff *frontliners* lainnya tidak menjalani fungsi sebagai *salesperson* secara keseluruhan namun hanya berperan sebagai pemberi informasi jasa pelayanan. Itulah sebabnya elemen *personal selling* tidak berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *customer*. Kelima dimensi dari SERVQUAL berpengaruh secara positif terhadap *perceived service quality* dengan urutan dominansinya adalah *assurance*, *tangible*, *reliability*, *empathy* dan *responsiveness*. Dan *perceived service quality* berpengaruh secara positif terhadap daya tarik IMC terhadap *customer*.

Kesimpulan, bahwa pemilihan elemen komunikasi pemasaran yang dijalankan oleh klinik sudah baik namun tidak dilakukan secara terintegrasi dan konsisten sehingga hasilnya menjadi tidak efektif. Lima dimensi dari SERVQUAL terutama dimensi *assurance*, yaitu reputasi dokter dan tenaga medis berpengaruh secara positif terhadap *perceived service quality*. Dan *perceived service quality* dapat mempengaruhi daya tarik *customer* terhadap klinik.

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan di atas, maka agar program IMC dapat meningkatkan daya tarik terhadap *customer* dan memberikan hasil yang optimal, disarankan klinik perlu menjalankan program IMC yaitu *event marketing*, *digital communication*, *public relations*, *advertising* dan program dijalankan secara terintegrasi dan konsisten. Selain itu, elemen *digital communication* dapat lebih dimaksimalkan dengan memperhatikan 7C+C dari Kotler. Karena *perceived service quality* berpengaruh terhadap daya tarik *customer*, maka klinik harus tetap menjaga kualitas pelayanannya. Untuk dimensi *tangible /physical evidence* dengan memperhatikan *service scape* dan bentuk *tangibles* lainnya, dan untuk dimensi *responsiveness*, karyawan dapat lebih cepat dalam merespon kebutuhan pasien dan menangani keluhan yang disampaikan. Karena seluruh dimensi SERVQUAL secara langsung dipengaruhi oleh karyawan yang melayani, maka klinik dapat melakukan aktivitas *internal marketing*. Agar dapat mempertahankan dan meningkatkan hubungan baik dan berkelanjutan antara klinik dengan pasien yang sudah ada, khususnya yang sudah loyal dan menjadi pasien sejak lama, klinik dapat menjalankan program *Customer Relationship Management*. Dan untuk mengetahui alasan pasien yang tidak kembali lagi, perlu dilakukan *exit interview*, dengan demikian dapat diketahui apa kekurangan dari klinik dan klinik dapat segera memperbaiki kualitas pelayanan atau komunikasi pemasarannya.

Bagi pengembangan penelitian selanjutnya, disarankan agar dapat menambahkan indikator *word of mouth communication*, dapat menganalisa efektivitas dari *customer relationship management* dan untuk menggali faktor-faktor lain yang berpengaruh dapat dilakukan penelitian secara kualitatif, serta objek penelitian dapat diperluas di bidang industri lainnya.

Kata kunci:

Integrated marketing communication, service quality, asthma clinic



**SEKOLAH TINGGI ILMU KOMUNIKASI INTERSTUDI
PROGRAM PASCASARJANA
KONSENTRASI STRATEGI KOMUNIKASI**

ABSTRACT

Name : Purnama Dharmawan
NIM : 2011.20.0010

**STRATEGI KOMUNIKASI PEMASARAN TERPADU UNTUK
MENINGKATKAN DAYA TARIK *CUSTOMER* DAN KUALITAS
PELAYANAN DI KLINIK
Studi Dilakukan Pada: Klinik Asma Dan Alergi DR. Indrajana - Jakarta**

Pages : 144
Bibliography : 60

The problems of this study are based on a finding that is in line with the increasing number of clinics are not offset by the increase in the number of patients and even tend to be stable. For the purpose of this study was to examine and analyze the effectiveness of the elements of marketing communications as well as the most dominant influence to increase the attractiveness of the customer to the clinic. It is also to determine the effect of perceived service quality to allure customers towards the clinic.

The method used for this research is Structural Equation Modeling (SEM). With exogenous variables 'perceived service quality' indicators five SERVQUAL dimensions, namely: reliability, assurance, tangible, empathy and responsiveness. And endogenous variables 'IMC appeal to the customer' with indicators of IMC five elements, namely: advertising, public relations, event marketing, digital communication, and personal selling.

Results from the study showed that the IMC element of effective influence on the attractiveness of the customer in order of dominance is event marketing, digital communication, public relations and advertising. While the elements of personal selling appeal does not affect the customer. Although doctors can be

categorized as a salesperson, but in this study focused on the role of service providers, which is to measure the quality of service. Likewise, the other front liners staff is not serving as a salesperson as a whole but merely acts as a conduit of information services. That's why personal selling element has no effect on the attractiveness of the IMC to the customer. Five dimensions of SERVQUAL positive effect on perceived service quality with the order of dominance is assurance, tangible, reliability, empathy and responsiveness. And perceived service quality affects positively to the appeal of the IMC to the customer.

Conclusion, that the selection of the elements of marketing communications run by the clinic is good but not carried integrated and consistent so that it becomes ineffective. Five dimensions of SERVQUAL especially assurance dimension, namely the reputation of doctors and medical personnel in a positive effect on the perceived service quality. And perceived service quality can affect customer appeal against the clinic.

Based on the research results and conclusions of the above, then that IMC programs may increase the attractiveness of the customer and provide optimal results, it is suggested IMC clinics need to run a program that is event marketing, digital communication, public relations, advertising and program is run in an integrated and consistent. In addition, the digital elements of communication can be maximized by attention to 7C + C from Kotler. Because of perceived service quality affect the attractiveness of the customer, then the clinic needs to maintain service quality. For the dimensions of tangible / physical evidence with regard service scape and other tangibles form, and for the responsiveness dimension, employees can more quickly respond to the needs of patients and handle complaints submitted. Because the entire dimensions of SERVQUAL is directly influenced by employees who serve, then the clinic can perform internal marketing activities. In order to maintain and enhance the good relationship between the clinic and continuing with existing patients, especially those who have been loyal and be patient for a long time, the clinic can run the program Customer Relationship Management. And to identify why patients do not come back again, needs to be done exit interviews, in order to know what a shortage of clinics and clinics can immediately improve the quality of service or marketing communications.

For the development of further research, it is recommended to add this word of mouth communication indicator, can analyze the effectiveness of customer relationship management and to explore other factors that can affect a qualitative research, as well as the research object can be expanded in other industrial fields.

Key words:

Komunikasi pemasaran terpadu, kualitas pelayanan, klinik asma.

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Pascasarjana STIKOM InterStudi. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Prof. Dr. Ferdinand D. Saragih, M.A, selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (2) Dr. Agustinus Kardiman, M.Si, selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (3) Pihak Manajemen Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana yang telah memberi kesempatan dan banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (4) Keluarga yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 9 September 2015

Purnama Dharmawan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH.....	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	1
1. Permasalahan dan Tujuan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.1.1 Alasan Pemilihan Klinik	14
1.1.2 Alasan Pemilihan Klinik Asma	15
1.1.3 Alasan Pemilihan Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana	17
1.2 Perumusan Masalah	18
1.3 Maksud dan Tujuan Penelitian	19
1.4 Signifikansi Penelitian	20
1.4.1 Manfaat Akademis	20
1.4.2 Manfaat Praktis	20
1.5 Sistematika Penulisan	21
BAB II. STUDI LITERATUR DAN KERANGKA TEORI	23
A. Studi Literatur	23
2.1 <i>Previous Studies</i> (Penelitian-Penelitian Sebelumnya)	23
2.2 Pemasaran, Manajemen Pemasaran dan Merk	32
2.2.1 Pemasaran	32
2.2.2 Manajemen Pemasaran	36
2.2.3 Merek	36

2.3	Jasa dan Kualitas Jasa	38
2.3.1	Jasa	38
2.3.2	Karakteristik Jasa	40
2.3.3	Bauran Pemasaran Jasa	41
2.3.4	Kualitas Pelayanan (<i>Service Quality</i>)	44
2.4	Proses Komunikasi, Komunikasi Pemasaran dan Komunikasi Pemasaran Terpadu	50
2.4.1	Proses Komunikasi	50
2.4.2	Komunikasi Pemasaran	52
2.4.3	Komunikasi Pemasaran Terpadu	53
2.4.3.1	Media Advertising	58
2.4.3.2	Public Relations	60
2.4.3.3	Event Marketing	64
2.4.3.4	Digital Communication	64
2.4.3.5	Personal Selling	68
2.5	Komunikasi Persuasi	70
2.6	Perilaku Pembelian Konsumen	71
	B. Kerangka Teori	74
	BAB III. METODE PENELITIAN	77
3.1	Pendekatan Penelitian	77
3.2	Jenis Data, Sumber Data dan Metode Pengumpulan Data ..	80
3.2.1	Jenis Data	80
3.2.2	Sumber Data	81
3.2.3	Metode Pengumpulan Data	81
3.3	Populasi dan Sampel	82
3.3.1	Populasi	82
3.3.2	Sampel	82
3.4	Pengukuran Variabel	84
3.5	Definisi Operasional Variabel dan Indikator Variabel	84
3.6	Hipotesis Penelitian	92

BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	93
4.1 Deskripsi Subjek dan Data Hasil Penelitian	93
4.2 Analisis Data Penelitian	104
4.3 Diskusi Dan Interpretasi	135
BAB V. KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN	138
5.1 Kesimpulan	138
5.2 Implikasi kebijakan	140
DAFTAR REFERENSI	145

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model Gap Kualitas Pelayanan	45
Gambar 2.2	<i>Determinant of Service Quality</i>	47
Gambar 2.3	<i>Dimensions of Service Quality</i>	48
Gambar 2.4	Model Prilaku Pembeli	72
Gambar 2.5	Komunikasi Pemasaran Terpadu (IMC) Dalam Meningkatkan Daya Tarik <i>Customer</i> Dan Kualitas Pelayanan	75
Gambar 3.1	Model Konseptual	91
Gambar 4.1	<i>Full Model Structural Equation Modelling</i>	123

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Data Perkembangan Cabang Klinik Asma Dan Alergi DR. Indrajana Sejak Tahun 1995 Sampai 2013 ..	2
Tabel 1.2	Data Jumlah Pasien Di Klinik Asma Dan Alergi DR. Indrajana Tahun 2001 Sampai 2012.....	3
Table 1.3	Data Jumlah Pasien Di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana Bulan Januari Sampai Nopember Tahun 2013	4
Tabel 1.4	Kualitas peran <i>Front Liners</i> dalam melayani menurut pendapat Manajemen - Desember 2013	13
Tabel 2.1	Penelitian Lassar et.al., (2000)	24
Tabel 2.2	Penelitian Hasyim, Fatchun (2010)	25
Tabel 2.3	Penelitian Howard, Jhon A., Shay, Robert P. dan Green, Christopher A. (1998)	26
Tabel 2.4	Penelitian Lapierre, Jozee. (2000)	28
Tabel 2.5	Penelitian Danibrata, Aulia (2011)	29
Tabel 2.6	Penelitian Sutanto, Jeanne Ananti (2008)	31
Tabel 3.1	Tahap-Tahap Dalam <i>Structural Equation Model</i>	80
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel dan Indikator Variabel	85
Tabel 3.3	Kode Konstruk Penelitian	89
Tabel 4.1	Karakteristik Responden	94
Tabel 4.2	Tentang Komunikasi Pemasaran – Media Periklanan	95
Tabel 4.3	Tentang Komunikasi Pemasaran – Hubungan Masyarakat	96
Tabel 4.4	Tentang Komunikasi Pemasaran – <i>Event Marketing</i>	97
Tabel 4.5	Tentang Komunikasi Pemasaran – Komunikasi Digital	98
Tabel 4.6	Tentang Komunikasi Pemasaran – <i>Personal Selling</i>	99
Tabel 4.7	Tentang Kualitas Pelayanan – Ketepatan/ <i>Reliability</i>	100
Tabel 4.8	Tentang Kualitas Pelayanan – Kepercayaan/ <i>Assurance</i>	101
Tabel 4.9	Tentang Kualitas Pelayanan – <i>Tangible</i>	102

Tabel 4.10	Tentang Kualitas Pelayanan – Empati	103
Tabel 4.11	Tentang Kualitas Pelayanan - Responsif	104
Tabel 4.12	<i>Data Descriptive Statistic</i>	106
Tabel 4.13	<i>Assesment of Normality (group number 1)</i>	108
Tabel 4.14	<i>Observations Farthest from Centroid (mahalanobis distance)</i> ..	110
Tabel 4.15	<i>Regression Weights</i>	113
Tabel 4.16	<i>Standardized Regression Weight</i>	115
Tabel 4.17	<i>Variance (group number 1)</i>	117
Tabel 4.18	<i>Minimization History (Default Model)</i>	119
Tabel 4.19	<i>Goodness of Fit Full Model</i>	124
Tabel 4.20	<i>Regression weights (group number 1 – default)</i>	126
Tabel 4.21	Kesimpulan Hipotesa	131
Tabel 4.22	<i>Correlations</i>	133
Tabel 4.23	Ringkasan Hasil Penelitian	134

DAFTAR LAMPIRAN

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1787/MenKes/Per/XII/2010.
Tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan

Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 - Tahun 2009. Tentang Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 028/MenKes/Per/I/2011.
Tentang Klinik

Kuesioner penelitian

Uji *Reliability* Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1. PERMASALAHAN DAN TUJUAN

1.1 Latar Belakang

Perusahaan melakukan berbagai strategi pemasaran untuk memenangkan hati *customer*, demikian juga halnya dengan rumah sakit dan klinik. Rumah sakit dan klinik, saat ini tidak bisa lagi menjalani peran sosial secara murni, untuk dapat bertahan klinik juga harus mempertimbangkan aspek komersial. Untuk itu saat ini kebanyakan rumah sakit dan klinik memiliki divisi khusus yang menangani pemasaran. Berbeda dengan bidang industri lain pada umumnya dan sejalan dengan tujuan didirikannya, yaitu untuk pelayanan kesehatan dan mempunyai fungsi sosial, maka rumah sakit dan klinik memiliki keterbatasan dan aturan-aturan tertentu dalam melakukan komunikasi pemasarannya yang diatur dalam *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1787/MenKes/per/XII/2010, Tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan*. Oleh karena itu rumah sakit dan klinik harus dapat memanfaatkan setiap bentuk komunikasi pemasaran yang bisa dilakukannya dengan sebaik mungkin untuk mendapatkan *customer* dan selanjutnya berupaya sedemikian rupa mempertahankannya agar *customer* tidak berpindah ke rumah sakit atau klinik lain.

Klinik dapat menjalankan beberapa elemen dari elemen-elemen komunikasi pemasaran terpadu (*Integrated Marketing Communication*) yang dianggap paling efektif dalam strategi pemasarannya. Selain untuk mengkomunikasikan pelayanan yang tersedia di klinik, komunikasi pemasaran dapat digunakan untuk menunjukkan kepedulian dan perhatian klinik terhadap *customer* serta memberikan nilai tambah terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Elemen-elemen komunikasi pemasaran yang dijalankan harus dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan *customer*,

sehingga strategi komunikasi pemasaran yang dijalankan tersebut dapat menarik perhatian *consumer* dan selanjutnya mereka menjadi *customer*. Agar tujuan komunikasi pemasaran yang dijalankan tercapai, klinik perlu mempersiapkan faktor pendukung yang berasal dari internal, yaitu dengan memperhatikan kualitas pelayanan yang memenuhi harapan *customer*. Dengan demikian diharapkan tidak terjadi *gap* antara ekspektasi *customer* yang disebabkan karena komunikasi pemasaran yang dijalani dengan pelayanan yang didapat dan dirasakan *customer*, sehingga pada akhirnya tujuan komunikasi pemasaran tercapai.

Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana yang didirikan oleh DR. Tjahya Indrajana PhD, berdiri sejak tahun 1970 di Jalan Tanah Abang 3 no. 18A, Jakarta Pusat 10160. Klinik terus berkembang dengan pesat dan pada saat ini telah memiliki 7 (tujuh) cabang di Jakarta, Depok, Bekasi, Tangerang dan Bandung. Bersamaan dengan berdirinya cabang pertama di RS Dr Suyoto, Bintaro – Jakarta, pada tahun 1995 Klinik DR. Indrajana mulai memiliki Departemen Pemasaran. Setelah itu klinik terus berkembang sebagai berikut:

Tabel 1.1

Data Perkembangan Cabang Klinik Asma Dan Alergi DR. Indrajana Sejak Tahun 1995 Sampai 2013

Nomor	Berdiri Sejak Tahun	Cabang
1	1995	RS Dr Suyoto, Bintaro
2	2001	RS Mitra Kemayoran
3	2006	RS Omni, Serpong - Tangerang
4	2009	RS Awal Bros, Bekasi
5	2012	BRI Medika, Jatinegara.
6	2013	Apotik Mitra Sana, Depok
7	2013	BRI Medika, Cabang Bandung.

Sumber: Manajemen Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana, 2013

Permasalahan penelitian menjadi alasan penting dalam pemilihan objek penelitian pada Klinik Asma dan Alergi DR Indrajana. Melalui strategi pemasaran yang dijalankan, data jumlah pasien dari tahun 2001 sampai 2012 dapat dilihat pada tabel 1.2 di bawah ini.

Tabel 1.2
Data Jumlah Pasien Di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana
Tahun 2001 Sampai 2012

Tahun	Jumlah klinik	Jumlah pasien	Persentasi Kenaikan dan penurunan jumlah pasien(<i>customer</i>)
2001	2	24.975	0
2002		22.789	- 2186 = (8.75%)
2003		20.649	- 2140 = (9.39%)
2004		21.284	+ 635 = 3.08%
2005		21.842	+ 558 = 2.62%
2006	3	22.121	+ 279 = 1.28%
2007		20.130	- 1991 = (9.00%)
2008		22.314	+ 2184 = 10.85%
2009	4	22.012	- 302 = (1.35%)
2010		22.265	+ 253 = 1.15%
2011		23.473	+ 1208 = 5.43%
2012	5	23.872	+ 399 = 1.70%

Sumber: Manajemen Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana, 2013

Jumlah pasien dari bulan Januari sampai Nopember tahun 2013, dapat dilihat pada Tabel 1.3. Data pada Tabel 1.2. di atas menunjukkan adanya pasang surut jumlah pasien (*customer*) dari waktu ke waktu, dan

sejalan dengan bertambahnya klinik cabang di beberapa tempat tidak menunjukkan peningkatan jumlah pasien secara signifikan. Di tahun 2001 yang hanya memiliki 2 klinik cabang, klinik DR. Indrajana telah memiliki sejumlah 24.975 pasien sementara tahun 2012 dengan 5 cabang, klinik hanya memiliki 23.872 pasien, berarti dengan bertambahnya jumlah cabang, pasien tidak bertambah bahkan berkurang sebanyak 1502 pasien atau 6.01%. Walaupun di tahun 2008 dengan 3 klinik terdapat kenaikan jumlah pasien sampai 10.85% setelah di tahun sebelumnya, yaitu tahun 2007 juga dengan 3 klinik mengalami penurunan jumlah pasien sampai 9%.

Tabel 1.3

Data Jumlah Pasien Di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana
Bulan Januari Sampai Nopember Tahun 2013

Bulan (2013)	Total klinik	Jumlah pasien	Persentasi
Januari		2110	0
Februari		2152	+ 42 = 2%
Maret		2226	+ 74 = 3.43%
April		2060	-166 = (7.45%)
Mei		2242	+182 = 8.83%
Juni		2171	-71 = (3.17%)
Juli		2176	+5 = 0.23%
Agustus		2224	+48 = 2.21%
September		2082	-142 = (6.38%)
Oktober		2017	-65 = (3.12%)
Nopember		1988	-29 = (1.44%)
Total bulan Januari sampai dengan Nopember 2013	7	23448	

Sumber: Manajemen Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana, 2013

Di tahun-tahun antara 2001 sampai 2012 (Tabel 1.2) dapat kita lihat peningkatan jumlah pasien dari tahun ke tahun hanya berkisar 1% sampai 5,43%, sementara dengan bertambahnya cabang klinik penurunan jumlah pasien berkisar antara 1% sampai 9.3%. Bertambahnya jumlah cabang klinik tidak menambah jumlah pasien, tetapi jumlah pasien dapat dikatakan jalan di tempat, sementara biaya operasional pasti bertambah. Melalui data ini dapat disimpulkan bahwa program pemasaran harus dijalankan secara lebih baik lagi dan perlu diteliti apa yang menyebabkan jumlah pasien tidak bertambah. Apakah disebabkan karena strategi komunikasi pemasaran yang kurang menarik atau karena kualitas pelayanannya. Karena menurut McCarthy (2009, p.372) bila perusahaan melakukan komunikasi pemasaran secara terintegrasi dan pesan disampaikan secara konsisten dan lengkap, maka komunikasi pemasaran yang dijalankan menjadi efektif serta dapat mencapai target *customer* dan sekaligus mencapai tujuan. Sementara menurut Zeithaml (2009, p. 479) karena komunikasi perusahaan tentang janji *service* yaitu ‘apa yang dilakukan oleh manusia’ sementara perilaku manusia tidak dapat distandardisasi maka perlu penyamaan persepsi antara apa yang dikomunikasikan oleh perusahaan dengan penyampaian pelayanan yang sesungguhnya. Untuk itu perusahaan perlu mengkoordinir komunikasi pemasarannya secara baik, karena *Integrated Marketing Communication* dapat membentuk identitas merek yang kuat di pasar melalui penyatuan antara citra perusahaan dengan pesan-pesan yang dibuat. IMC berarti seluruh pesan perusahaan, *positioning* dan citra, serta identitas di semua aktivitas terkoordinasi dengan tepat. Berarti materi *public relations* berbicara hal yang sama dengan kampanye yang dibuat melalui *direct mail* dan iklan, dan terlihat serta terasa sama dengan apa yang terlihat di *website* (2009, p.481). Sementara *perceived service quality* adalah komponen dari kepuasan *customer* yang merupakan refleksi dari *reliability, assurance, tangible, empathy* dan *responsiveness*. Bila persepsi

customer tentang kualitas pelayanannya baik, maka *customer* akan merasa puas dan bila *customer* puas berarti *customer* akan menjadi loyal terhadap perusahaan (Zeithaml, 2009, p. 103).

Klinik pernah mendapat komplain dari *customer*, namun sayangnya Klinik tidak pernah mendata secara khusus, sehingga tidak diperoleh data berapa jumlah komplain dari waktu ke waktu. Menurut informasi yang diperoleh dari Manajemen Klinik DR. Indrajana (Desember 2013) keluhan yang disampaikan pasien pada umumnya berkisar tentang masalah dokter yang tidak tepat waktu, biaya obat yang dirasa mahal oleh *customer* dan kesulitan untuk tempat parkir di klinik Pusat, yaitu di Jalan Tanah Abang 3, adapun hal ini disebabkan karena lokasi klinik dan gedung tidak memiliki tempat parkir khusus.

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan, di tahun 2011 klinik memberikan pelatihan kepada sekitar 50 orang karyawannya tentang: Pelayanan Berkualitas, *Service Excellent* dan *Team Building* (sumber: Manajemen Klinik DR. Indrajana, Desember 2013).

Melalui topik **Strategi Komunikasi Pemasaran Terpadu, untuk Meningkatkan Daya Tarik *Customer* dan Kualitas Pelayanan di Klinik** diharapkan dapat dikembangkan sebuah solusi melalui pendekatan teoritis dan permodelan, sehingga pada akhirnya memunculkan sebuah konsep kerangka berpikir yang manajerial tentang (1) bagaimana cara mengoptimalkan komunikasi pemasaran yang dijalankan sehingga dapat meningkatkan daya tarik terhadap *customer* sehingga dapat meningkatkan jumlah pasien (*customer*) dan (2) dapat diketahui apakah kualitas pelayanan karyawan garis depan menunjang komunikasi pemasaran yang dilakukan klinik, sehingga pelayanan yang diterima sesuai dengan harapan dan akhirnya pasien (*customer*) menjadi loyal bahkan terus bertambah.

Saat ini klinik menjalankan beberapa elemen dari komunikasi pemasaran terpadu, yaitu: *media advertising*, *public relations*, *event*

marketing, digital communication dan peran karyawan garis depan atau *personal selling*. Elemen-elemen tersebut memenuhi syarat sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1787/MENKES/PER/XII/2010 Tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan (*lampiran 1*):

a. Media Advertising

Media advertising atau iklan adalah bentuk persuasi dari komunikasi pemasaran yang dibuat untuk menstimulasi respon positif dari target pasar yang telah ditetapkan (Tuckwell, 2008, p.4). Sesuai Peraturan nomor 1787/MENKES/PER/XII/2010 – Bab I: pasal 1: 1, 3 dan 7, pasal 7:1 *juncto* pasal 5: a, b, c, d, e, l, m dan n, pelayanan kesehatan dapat menyelenggarakan iklan di semua media, yaitu melalui media cetak, media luar ruang dan media elektronik tetapi isi iklan dibatasi dengan ketentuan tertentu. Klinik DR. Indrajana menjalankan *Media advertising* melalui media cetak koran dan majalah, yaitu: pernah memuat iklan di harian Kompas, majalah SWA, dan majalah Media Kawasan (pihak Manajemen tidak mencatat dan mengingat edisi, bulan dan tahun dimuatnya iklan) serta majalah *Mothers and Baby* di tahun 2010 – 2011. Media luar yang digunakan adalah Papan Nama dan Penunjuk Jalan disekitar klinik untuk mempermudah *customer* menuju ke lokasi klinik (sumber: Manajemen Klinik DR. Indrajana, Januari 2014)

b. Public Relations

Public relations adalah komunikasi yang utamanya langsung ditujukan untuk membuat publik mengerti dan menerima. Pesan *public relations* ditujukan untuk mempengaruhi sikap dan opini dari kelompok yang dirasa menarik bagi organisasi. Perusahaan dapat mengumumkan produk atau jasanya melalui *press release* dan mendapat pemberitaan

secara gratis di media (Tuckwell, 2008, p. 8). Berarti sejalan dengan fungsinya, dimana klinik yang mempunyai fungsi sosial dan perlu memberikan edukasi kepada *consumer* maupun *customer* maka *public relations* adalah elemen komunikasi pemasaran yang dapat dimanfaatkan dan tepat untuk digunakan.

Sejauh ini klinik sudah menjalankan elemen *public relation* sebagai salah satu alat komunikasi pemasarannya, yaitu dengan membuat artikel yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pengetahuan dan mengedukasi *consumer* maupun *customer* tentang: penyakit asma dan alergi, gejala penyakit, resiko yang terjadi bila penyakit ini tidak segera diobati, tindakan yang perlu dilakukan sendiri sebelum dibantu tenaga medis bila terjadi serangan, cara perawatan untuk orang-orang yang mengalami penyakit tersebut, serta sumber penyebab alergi dan asma. Artikel-artikel yang ditulis dipublikasikan di media *online* melalui *website* klinik <http://www.klinikasmaalergi.com/>. Selain itu klinik juga melakukan informasi yang bersifat edukasi melalui acara khusus di media elektronik televisi dalam acara liputan khusus kesehatan di beberapa stasiun televisi, yaitu: di bulan Juni 2013: di stasiun televisi Berita Satu dalam acara wawancara mengenai kesehatan. Bulan Agustus 2013: di Trans7 dalam program acara Warna – wawancara dengan Dokter, dan di JakTV – wawancara dengan Dokter dalam program acara Kesehatan Tengah Malam yang dipandu oleh dokter Lula Kamal (sumber: Manajemen Klinik DR. Indrajana, Januari 2014).

Sebenarnya melalui elemen *public relation* klinik dapat mengkomunikasikan banyak hal dan dengan berbagai cara untuk mempengaruhi sikap dan opini *consumer* maupun *customer* terhadap klinik. Untuk itu ingin diteliti bagaimana klinik dapat mengoptimalkan elemen ini.

c. *Event Marketing*

Event marketing adalah meliputi perencanaan, pengorganisasian, dan pemasaran *event* (acara), di mana acara tersebut untuk perusahaan, atau merk dari perusahaan yang terintegrasi dengan elemen komunikasi lainnya (Tuckwell, 2008, p. 8). Pada waktu klinik mengadakan *event*, klinik dapat memilih *target customer* yang tepat. Sebagaimana diketahui bahwa orang yang menderita penyakit asma atau rentan terhadap penyakit asma perlu mendapat banyak informasi, baik untuk pencegahan maupun untuk perawatan, untuk itu klinik dapat menyelenggarakan berbagai kegiatan untuk menyampaikan informasi yang bersifat edukasi. Hal ini juga sejalan dengan ***Peraturan Pemerintah no. 44 tentang Rumah Sakit, Bab IV. Tentang Tanggung Jawab, pasal 6. 1. g: menyediakan informasi yang dibutuhkan oleh masyarakat;*** maka *event marketing* adalah elemen yang seharusnya bisa dimanfaatkan oleh klinik.

Klinik Asma dan alergi DR. Indrajana pernah melakukan *event* yang memperkenalkan klinik dengan dibantu tenaga *Event Organizer* untuk pelaksanaannya. Dalam hal ini, klinik mengambil bagian dalam acara-acara Bazar yang diselenggarakan di gedung perkantoran, antara lain di Gedung Graha Mandiri, UOB Plaza, Gedung Jamsostek, dan lainnya, dengan memberikan informasi dan konsultasi berkaitan dengan penyakit asma dan alergi kepada pengunjung bazar. Adapun *target customer* adalah karyawan dan eksekutif perusahaan khususnya yang bekerja di gedung tempat diadakan bazar. Manajemen klinik tidak memiliki data sejak kapan kegiatan ini diadakan, hanya menginformasikan bahwa kegiatan ini sering diselenggarakan, dalam satu tahun bisa mencapai 6 sampai 7 kali (sumber: Manajemen Klinik DR. Indrajana, Januari 2014).

d. *Digital Communication Technologies*

Internet saat ini merupakan sarana yang penting bagi perusahaan untuk mengkomunikasikan produk maupun jasanya dan melakukan transaksi bisnis dengan *customer*. Perusahaan menambahkan komponen *online* untuk media periklanan tradisionalnya (Tuckwell, 2008, p. 11). Selain itu pengaruh kemajuan teknologi, dengan adanya telepon selular dan *smart phone* maka media ini merupakan media yang sangat serius untuk diperhatikan untuk dapat dimanfaatkan klinik. Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana sudah memanfaatkan media *online*, yaitu internet, sebagai alat untuk mengkomunikasikan jasanya. Melalui *website* klinik <http://www.klinikasmaalergi.com/> di informasikan mengenai ***About us***: yang berisi informasi umum tentang Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana; ***Services***: yaitu tentang fasilitas-fasilitas jasa yang tersedia, seperti: apotik, ruang laboratorium, tes alergi, radiologi dan tes fungsi paru, termasuk ditampilkan gambar-gambar mengenai fasilitas tersebut; ***Schedules***: berisi jadwal praktek dokter di klinik Tanah Abang 3 dan di klinik-klinik cabang beserta alamat-alamat dan nomor telepon klinik cabang; ***Consultancy***: berupa ruang tanya-jawab tentang masalah seputar asma dan alergi dimana pasien atau *consumer* dapat bertanya dan cukup memasukan nama surat elektronik (*email*) di kolom yang tersedia, kemudian pihak klinik akan memberikan jawaban yang sifatnya praktis dan edukatif; ***Articles*** menyediakan artikel tentang penyakit asma dan alergi, faktor penyebabnya, tindakan apa yang harus dilakukan bila terjadi serangan sebelum ditolong oleh dokter, tindakan pencegahan atau hal yang sebaiknya dihindari agar tidak timbul penyakit maupun terjadi efek samping dari penyakit asma atau alergi, dan artikel lain yang bersifat pengetahuan yang ada hubungannya dengan kedua penyakit tersebut yang sangat bermanfaat bagi penderita asma dan alergi maupun masyarakat umum; dan

Contact us: memfasilitasi pasien maupun *consumer* untuk juga dapat berkomunikasi dengan pihak klinik dan melakukan pendaftaran secara *online*. Sesuai dengan pernyataan Tuckwell bahwa media digital merupakan media yang sangat serius untuk diperhatikan untuk dimanfaatkan, maka akan diteliti apakah media digital yang dijalankan oleh klinik DR. Indrajana sudah baik dan bagaimana memaksimalkannya agar dapat digunakan untuk sarana komunikasi dan pelayanan bagi *consumer* maupun *customer* klinik.

e. Peran karyawan garis depan – *Personal Selling*

Integrasi komunikasi yang efektif juga tergantung pada peran dari pembungkus (*packaging*) dimana dapat memberikan dampak pada *consumers point of purchase*, sementara seluruh karyawan berperan dalam mengkomunikasikan sikap positif tentang organisasi terhadap sejumlah *customer*. Karyawan yang berada di titik sentuh dengan *customer* merupakan bagian dari integrasi komunikasi pemasaran. Sangat penting bagi organisasi untuk merencanakan dan mengelola komponen ini (Tuckwell, 2008, p. 8).

Karyawan garis depan di klinik dapat di katagorikan sebagai ***personal selling***, karena sesuai dengan definisinya, *personal selling* (Tuckwell, 2008, p. 8) meliputi menyampaikan pesan secara personal kepada pembeli tertentu. Pesan tersebut menjelaskan tentang fitur, atribut dan manfaat dari produk atau jasa. Demikian juga halnya di klinik, dokter, tenaga kesehatan lainnya dan karyawan harus dapat memberikan penjelasan kepada pasien tentang klinik, penyakit, memberikan pelayanan yang baik sesuai kebutuhan *consumer* maupun pasien, dan membantu hal-hal lain yang penting bagi pasien.

Untuk dapat memberikan pelayanan yang baik dan sebagai wujud dari integrasi komunikasi pemasaran di Klinik DR. Indrajana, sesuai fungsinya maka disiapkan sejumlah karyawan garis depan, terdiri dari:

Dokter yang melayani untuk mengobati dan memberikan konsultasi kepada pasien, dokter yang praktek di klinik DR. Indarajana terdiri dari dokter-dokter spesialis dalam bidang Asma dan Alergi – praktek dari hari Senin sampai Sabtu dengan jadwal yang telah ditetapkan pihak klinik, mulai dari pagi hari jam 08.00 sampai jam 20.00 WIB; **Perawat** melayani untuk membantu dokter dan pasien, agar dokter dapat melayani pasien dengan lebih baik dan membantu pasien agar dapat terlayani dengan baik; **Tenaga Laboratorium** dan **Tenaga Radiologi** yang bertugas membantu pemeriksaan pasien dengan menggunakan alat-alat laboratorium atau radiologi sesuai referensi dokter agar dokter dapat melakukan diagnosa dan mengobati pasien secara lebih tepat; **Customer Service** dan **Receptionist** bertugas untuk menerima tamu, melayani pendaftaran pasien, mengurus administrasi pasien dan memberikan informasi yang dibutuhkan seperti informasi berkaitan dengan fasilitas, jadwal dokter, alamat klinik cabang dan pelayan lainnya yang diberikan oleh klinik; **Security** bertugas untuk menjaga keamanan dan melayani pengaturan parkir kendaraan dokter dan pasien; klinik menyediakan mobil *ambulance* yang beroperasi 24 jam dan **sopir Ambulance** juga selalu disiagakan 24 jam. Sopir *ambulance* yang dipekerjakan adalah yang bersertifikat khusus membawa mobil *ambulance* untuk keamanan dan kenyamanan pasien; **Karyawan bagian Apotik** yang bertugas untuk menerima resep dan menyerahkan obat serta menjelaskan tentang penggunaan obat pada pasien, dan menjelaskan hal-hal yang berhubungan dengan obat pada pasien; dan karyawan garis depan lainnya yaitu: **Kasir** yang bertugas untuk melayani pasien untuk pembayaran jasa dokter, obat dan lainnya; dan **Tenaga kebersihan** atau *office boy /girl* yang bertanggungjawab untuk menjaga kebersihan klinik demi kenyamanan pasien dan karyawan, selain itu membantu untuk melayani urusan rumah tangga klinik . Karena klinik beroperasi 24 jam, khususnya

untuk melayani pasien gawat darurat, maka jam kerja dokter jaga (IGD) dan karyawan lainnya ditetapkan berdasarkan *shift*. Pihak Manajemen klinik memberikan nilai 6 dari nilai terbaik 7 untuk kualitas pelayan yang diberikan karyawan garis depan termasuk dokter, sebagai berikut:

Tabel 1.4

Kualitas Peran *Front Liners* dalam melayani menurut pendapat Manajemen - Desember 2013

Nilai: 1 = sangat tidak berkualitas ---- 7 = sangat berkualitas

No.	Front Liners	1	2	3	4	5	6	7
1	Dokter						X	
2	Perawat						X	
3	Tenaga Laboratorium						X	
4	Tenaga Radiologi						X	
5	<i>Customer Service</i>						X	
6	<i>Receptionist</i>						X	
7	<i>Security</i>						X	
8	<i>Ambulance Driver</i>						X	
9	Lainnya:						X	

Sumber: Diisi oleh pihak Manajemen Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana, Desember 2013

Berdasarkan alasan ini, ingin diteliti apakah karyawan garis depan betul cukup berkualitas untuk menyampaikan informasi yang diperlukan *consumer* dan *customer* dalam hal ini pasien maupun calon pasien dan dapat melayani secara profesional sehingga pasien merasa nyaman dan percaya pada klinik. Selain itu ingin diteliti seberapa besar pengaruh kualitas personal/karyawan klinik terhadap keberhasilan program strategi komunikasi pemasaran yang dilakukan.

1.1.1 Alasan Pemilihan Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (PPMK No. 028, 2011, p. 2).

Pemilihan klinik untuk penelitian ini disebabkan karena persaingan bisnis rumah sakit swasta termasuk klinik terus berkembang, sesuai data Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, di tahun 2014 teregristrasi ada sejumlah 2408 rumah sakit dan klinik se Indonesia. Dari jumlah tersebut 406 RS Umum dan 207 RS Khusus atau klinik adalah milik Privat Swasta dan BUMN dan 160 nya berada di DKI Jakarta.

Sehingga rumah sakit dan klinik harus memikirkan bagaimana cara memasarkannya dan tidak dapat dihindari lagi manajemen rumah sakit dan klinik sudah harus memiliki departemen khusus yang menangani pemasaran dengan tanpa mengabaikan tujuan utama didirikannya rumah sakit atau klinik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau kepada masyarakat dan mempunyai fungsi sosial sebagaimana diatur dalam **UU no. 44 tahun 2009 Tentang RUMAH SAKIT** (*lampiran 2*). Di sisi lain, *customer* sudah semakin cerdas dalam menentukan pilihannya, mereka memilih rumah sakit atau klinik yang menurut mereka memberikan pelayanan yang terbaik. Pada waktu *customer* mempunyai kebutuhan jasa rumah sakit atau klinik maka *customer* akan mencari informasi, informasi dapat diperoleh melalui banyak cara, baik melalui pengalaman masa lalu, orang lain, dan media.

Untuk itulah agar dapat bertahan, diperlukan cara komunikasi yang tepat dan efektif serta didukung dengan

pelayanan yang melebihi ekspektasi *customer*. Namun sayangnya masih ada rumah sakit atau klinik yang belum melakukan komunikasi secara maksimal dan belum memberikan pelayanan yang terbaik kepada *customernya*. Misal, sekalipun rumah sakit atau klinik telah menyediakan *website* tetapi pasien masih sulit untuk mendapat informasi tentang pelayanan dan fasilitas rumah sakit atau klinik tersebut. Selain itu masih ada keluhan yang disampaikan pasien, baik secara langsung kepada pihak rumah sakit atau klinik, melalui media *online*, sampai yang terpublikasi di masyarakat melalui *mass media*.

Klinik yang ingin memenangkan persaingan harus dapat menunjukkan keperdulianya terhadap *customer* dan memberikan pelayanan yang melebihi ekspektasi serta memberikan pengalaman yang tak terlupakan pada *customernya*. Untuk itu klinik perlu melakukan strategi komunikasi pemasaran secara tepat dengan mengintegrasikan beberapa elemen dari elemen-elemen komunikasi pemasaran terpadu yang dinilai efektif dan komunikatif.

1.1.2 Alasan Pemilihan Klinik Spesialis Asma

Alasan pemilihan Klinik Spesialis Asma dalam penelitian ini antara lain:

- a. Klinik adalah (Peraturan Menteri Kesehatan RI no. 28/Menkes/Per/I/2011) (*lampiran 3*) fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Klinik spesialis disebut sebagai Klinik Utama yang

merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik atau pelayanan medik dasar dan spesialistik.

- b. Asma adalah (Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Asma di Indonesia, p.1) penyakit saluran napas kronik yang penting dan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius di berbagai negara di seluruh dunia. Asma dapat bersifat ringan dan tidak mengganggu aktivitas, akan tetapi dapat bersifat menetap dan mengganggu aktivitas bahkan kegiatan harian. Faktor risiko (Pedoman Diagnosis, p. 96) dapat disebabkan karena bakat yang diturunkan dan pengaruh lingkungan, seperti asap rokok, polusi udara, diet, dan status sosioekonomi. Melihat faktor pengaruh yang disebabkan terutama karena lingkungan, sangat memungkinkan masyarakat Indonesia, khususnya yang tinggal di perkotaan dan berada di strata ekonomi apapun sangat rentan terhadap penyakit asma, sehingga pelayanan klinik untuk penyakit asma menarik untuk diteliti.
- c. Selain itu, karena berdasarkan informasi yang ditulis dalam Media Litbang Kesehatan Volume XX Nomor 1 tahun 2010, artikel 'Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Penyakit Asma di Indonesia': Penyakit asma merupakan penyakit lima besar penyebab kematian di dunia, yang bervariasi antara 5 – 30 % (berkisar 17,4%). Di Indonesia prevalensi asma belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan 2 – 5% penduduk Indonesia menderita asma. Selain itu diperkirakan penyakit asma termasuk 10 besar penyebab kesakitan dan kematian di rumah sakit dan diperkirakan 10% dari 25 juta penduduk Indonesia menderita asma. Angka kejadian asma pada anak dan bayi sekitar 10 – 85% dan lebih tinggi dibandingkan oleh orang dewasa (10 – 45%);

- d. Asma menduduki urutan pertama dari 10 besar penyakit rawat jalan di rumah sakit tahun 2010 (sumber: Ditjen Bina Upaya Kesehatan, Kemenkes RI, 2012) dan urutan ke 9 dari 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit tahun 2010.
- e. Penderita asma, selain membutuhkan pengobatan dan perawatan jangka panjang, juga perlu mendapat banyak informasi. Selain pasien, keluarga pasien, yang memiliki kecenderungan terhadap penyakit asma atau bahkan sudah menderita penyakit asma, perlu mendapatkan informasi dan pengetahuan yang sangat cukup; baik untuk pencegahan, cara perawatan, cara mengatasi bila terjadi sesak nafas, maupun cara perawatan pasca dirawat di rumah sakit.

1.1.3 Alasan Pemilihan Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana

Alasan pemilihan Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana, karena klinik sudah berdiri sejak tahun 1970, berarti sudah beroperasi selama kurang lebih 45 tahun, dan masih bertahan sampai saat ini ditengah bertumbuhnya klinik-klinik spesialis dan rumah sakit baru yang menyediakan jasa yang sama dengan fasilitas yang lebih *modern*. Selain itu, nama klinik Indrajana sudah cukup dikenal dan memiliki *brand awareness* yang baik, khususnya di kalangan penderita penyakit asma, hal ini disebabkan karena nama dokter Indrajana, selaku pemilik klinik adalah seorang dokter spesialis senior yang sudah cukup dikenal di bidang penyakit asma dan alergi. Klinik, dalam hal ini sebagai komunikator pemasaran menggunakan nama dokter sebagai merek untuk menyampaikan pesan (Shimp, 2000, p.7) dianggap sudah tepat, dan melalui komunikasi pemasaran yang tepat dapat tercipta asosiasi yang mendukung, kuat dan unik di benak konsumen antara merek dengan atribut/manfaatnya. Karena merek yang kuat adalah

janji yang dapat dipercaya, relevan dan istimewa (Shimp, 2000, p.14). Berdasarkan hal inilah maka ingin diketahui efektivitas komunikasi pemasaran yang dilakukan klinik untuk meningkatkan daya tarik terhadap *customer*.

1.2 Perumusan Masalah:

Berkaitan dengan latar belakang di atas, dimana bertambahnya jumlah klinik tidak diimbangi dengan bertambahnya jumlah pasien, bahkan pasien cenderung stabil, maka yang akan diteliti secara umum adalah sehubungan dengan efektivitas strategi komunikasi pemasaran yang dijalankan oleh klinik selama ini dan kualitas pelayanannya. Elemen komunikasi pemasaran apa yang dapat menarik perhatian *consumer* hingga menjadi *customer* dan elemen apa yang paling dominan di antara elemen-elemen komunikasi pemasaran tersebut. Dan selain itu juga bagaimana dengan kualitas pelayanan yang diberikan klinik kepada pasiennya hingga dapat membuat *customer* merasa nyaman, percaya pada klinik dan loyal sehingga tidak akan berpaling ke klinik lain. Karena setiap bentuk komunikasi pemasaran memiliki kekuatan dan kelemahannya (McCarthy, 2009: p. 371), maka perlu diketahui tujuan perusahaan dalam menjalani komunikasi pemasaran yang dijalaninya. Apakah menginformasikan, mempersuasi, atau mengingatkan target *customer*. Penggabungan yang efektif dari seluruh usaha komunikasi pemasaran menghasilkan komunikasi pemasaran terpadu (McCarthy, 2009: p. 372) – yaitu komunikasi dari perusahaan ke target *customer* untuk menyampaikan pesan secara konsisten dan lengkap. Selain itu, melalui usaha komunikasi pemasaran yang efektif dan konsisten, dapat meningkatkan ekuitas merek (Shimp, 2000, p. 14). Maka akan diteliti dan dianalisa:

- 1.2.1 Apakah komunikasi pemasaran yang sudah dilakukan oleh klinik dalam rangka mengkomunikasikan pelayanan yang tersedia sudah tepat dan efektif?

- 1.2.2 Elemen-elemen dari komunikasi pemasaran terpadu apa, dilihat dari urutan dominansinya yang sebaiknya dilakukan secara terintegrasi oleh klinik dalam rangka meningkatkan daya tarik *customer* dan kualitas pelayanannya?
- 1.2.3 Bagaimana persepsi *customer* tentang kualitas pelayanan karyawan garis depan di klinik, khususnya di bagian informasi dan tenaga kesehatan, apakah berpengaruh secara signifikan terhadap daya tarik *customer* terhadap klinik?

1.3 Maksud Dan Tujuan Penelitian

Maksud dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah strategi komunikasi pemasaran yang dijalankan oleh klinik sudah optimal dan efektif sehingga mampu meningkatkan daya tarik *customer* maupun kualitas pelayanan yang diberikan kepada *customer*.

Sedangkan tujuan penelitian ini adalah mencari jawaban atas rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini, yaitu bagaimana meningkatkan jumlah pasien melalui komunikasi pemasaran yang dapat meningkatkan daya tarik *customer* dan kualitas pelayanan:

- 1.3.1 Untuk menganalisis elemen-elemen komunikasi pemasaran yang efektif yang sebaiknya dijalankan klinik dalam rangka mengkomunikasikan pelayanan yang tersedia, agar dapat meningkatkan jumlah pasien, sehingga klinik dapat menata ulang komunikasi pemasaran jasa kliniknya secara lebih optimal dan efektif.
- 1.3.2 Untuk menganalisis tingkat dominansi dari elemen-elemen komunikasi pemasaran yang dapat dijalankan secara terpadu yang berpengaruh terhadap daya tarik *customer*.
- 1.3.3 Untuk menganalisis persepsi *customer* tentang kualitas pelayanan di klinik, khususnya karyawan garis depan di bagian

informasi dan tenaga kesehatan, dan apakah *perceived service quality* berpengaruh terhadap daya tarik *customer*?

Melalui hasil penelitian ini dapat diketahui bagaimana mengoptimalkan elemen-elemen komunikasi pemasaran yang digunakan klinik agar dapat meningkatkan daya tarik *customer* sekaligus meningkatkan kualitas pelayanannya. Sehingga dengan menjalankan strategi komunikasi pemasaran yang tepat dan efektif klinik dapat meningkatkan daya tarik *customer* dan juga meningkatkan kualitas pelayanannya; klinik dapat merebut hati *consumer* menjadi *customer* dan *customer* yang sudah ada tetap loyal sehingga jumlah pasien akan terus bertambah dari waktu ke waktu.

1.4 Signifikansi Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

Hasil dari penelitian dapat dijadikan sebagai masukan bagi para peneliti maupun pengamat di bidang manajemen pemasaran, jasa rumah sakit dan klinik khususnya tentang strategi komunikasi pemasaran terpadu dan model kepuasan pelanggan yang sistematis dan efektif.

1.4.2 Manfaat Praktis

Bagi Manajemen Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dan masukan bagi manajemen klinik tentang:

1.4.2.1 Pengembangan strategi komunikasi pemasaran dengan penetapan elemen-elemen komunikasi pemasaran yang tepat sehingga dapat meningkatkan daya tarik terhadap *customer* dan jumlah pasien di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana.

1.4.2.2 Pengembangan kualitas pelayanan dalam membangun kepuasan pasien yang melebihi ekspektasi di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana.

1.5 Sistematika Penulisan

Agar memudahkan untuk mengetahui seluruh isi yang ada dalam tesis ini, maka disusun sistematika penulisan dalam lima bab sebagai berikut:

BAB I. PENDAHULUAN

Bab ini menjelaskan secara singkat tentang latar belakang permasalahan yang mendasari penulisan tesis, kemudian diikuti dengan perumusan masalah yang dibahas. Selanjutnya dijelaskan mengenai maksud dan tujuan serta manfaat penelitian, dan diakhiri dengan sistematika penulisan yang merupakan penjelasan singkat dari tesis ini.

BAB II. STUDI LITERATUR DAN KERANGKA TEORI

Pada bab ini menjelaskan mengenai telaah pustaka yaitu merupakan teori-teori yang digunakan dan relevan dengan topik yang dibahas, antara lain: Teori mengenai Pemasaran; Manajemen Pemasaran; Merek; Komunikasi Pemasaran; Komunikasi Pemasaran Terpadu; Jasa dan Kualitas Pelayanan; Komunikasi Persuasif; dan Prilaku Pembelian Konsumen. Dan selanjutnya pengaruh antar variabel penelitian, yaitu Kerangka teori.

BAB III. METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang pendekatan penelitian yang dipakai. Selanjutnya dijelaskan mengenai jenis dan sumber data, populasi dan sampel yang digunakan, metode pengumpulan data, definisi operasional

variabel dan indikator, diakhiri dengan teknik analisis data deskriptif serta analisa *Structural Equation Modelling* (SEM) yang digunakan dalam penelitian.

BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini membahas mengenai variabel penelitian, analisa hasil penelitian apakah dapat menjelaskan permasalahan yang diungkapkan, dan pembahasan hasil penelitian termasuk keterbatasan penelitian.

BAB V. KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

Bab ini menjelaskan ringkasan penelitian, kesimpulan dari penelitian, implikasi pada kebijakan manajemen, serta saran yang disampaikan kepada Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana sekaligus penutup.

BAB II

STUDI LITERATUR DAN KERANGKA TEORI

A. Studi Literatur

2.1 *Previous Studies (Penelitian-Penelitian Sebelumnya)*

Beberapa penelitian terdahulu sebagai dasar untuk membangun model konseptual dari penelitian ini:

2.1.1 Penelitian Lassar, Walfried M (2000)

Penelitian ini menunjukkan bahwa SERVQUAL merupakan awal pengukuran atas kepuasan pelanggan secara menyeluruh. Dimana peneliti meneliti pengaruh dari kualitas layanan pada kepuasan pelanggan dari dua perspektif metodologis yang berbeda. Secara khusus studi memanfaatkan sampel nasabah perbankan swasta internasional di mana penelitian dilakukan, dimana kualitas pelayanan dioperasionalkan melalui dua langkah yang berbeda, yaitu SERVQUAL dan Teknis / Fungsional Kualitas. Kedua langkah-langkah kualitas layanan selanjutnya dibandingkan dan dikontraskan sebagai kemampuan mereka untuk memprediksi kepuasan pelanggan. Secara keseluruhan, hasil temuan penting untuk manajer layanan karena mereka berusaha untuk mengidentifikasi pendekatan yang efisien dan efektif untuk meningkatkan kualitas layanannya. Makalah ini mengeksplorasi wawasan teoritis dan praktis dari temuan, termasuk kekuatan potensi dan keterbatasan model kualitas layanan saat ini berkaitan dengan kemampuan mereka untuk menentukan dan menjelaskan hubungan kualitas dengan kepuasan. Rincian penelitian diseskripsikan pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1
 Penelitian Lassar et.al., (2000)

Nama peneliti	Lassar, Walfried M., Manolis, Chris., Winsor, Robert D.
Tahun dan Judul Jurnal	(2000), <i>Service Quality Perspective and Satisfaction in Private Banking</i> , International Journal of Bank Marketing, Vol.18, p.244-271.
Metode Penelitian	Analisis data menggunakan regresi berganda
Pemodelan	<pre> graph LR T[Tangibles] --> OS[Overall Satisfaction] R[Reliability] --> OS Res[Responsiveness] --> OS A[Assurance] --> OS E[Empathy] --> OS FQ[Functional Quality] --> OS TechQ[Technical Quality] --> OS </pre> <p>Sumber: Lassar et.al., (2000)</p>
Temuan dan Kesimpulan	Hasil penelitian menunjukkan persepsi pelanggan berpengaruh positif terhadap kualitas pelayanan, baik aspek fungsional maupun tehnikal, dan pada akhirnya akan mendorong tumbuhnya loyalitas pelanggan
Sumber Bagi Penelitian Ini	<i>SERVQUAL</i> dan Kepuasan Pelanggan

Sumber: Lassar, et.al, 2000

2.1.2 Penelitian Hasyim, Fatchun (2010)

Tujuan penelitian ini adalah untuk menjawab permasalahan: seiring dengan persaingan antar perguruan tinggi yang sangat berat, Politeknik Negeri Semarang mengalami penurunan jumlah pendaftar sebagai calon mahasiswa, dimana

STIKOM InterStudi

peminatan merosot terus dari tahun 2000 sampai 2009. Hal ini disebabkan karena frekuensi komunikasi yang rendah serta tidak terencana dengan baik dan terpadu. Secara rinci butir-butir utama dari penelitian dideskripsikan pada tabel 2.2.

Tabel 2.2
Penelitian Hasyim, Fatchun (2010)

Nama peneliti	Hasyim, Fatchun
Tahun dan Judul Jurnal	(2010), 'Model Perilaku Pembelian Konsumen Berdasarkan Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Komunikasi Pemasaran Terpadu', Jurnal Pengembangan Humaniora Vol.10 no. 3, Desember 2010.
Metode Penelitian	Analisis <i>Structural Equation Model</i> (SEM) secara <i>full model</i>
Pemodelan	<pre> graph LR A([Penjualan perorangan]) -- H1 --> C([Kesadaran merek]) B([Iklan]) -- H2 --> C D([Humas]) -- H3 --> C A -- H4 --> E([Prilaku pembelian konsumen]) D -- H5 --> E C -- H6 --> E </pre> <p>Sumber: Hasyim, Fatchun</p>
Temuan dan Kesimpulan	(1) Iklan elemen yang paling penting dalam meningkatkan kesadaran Merek, (2) Humas merupakan variabel kedua yang mempengaruhi kesadaran merek dan (3) Penjualan perorangan merupakan kunci ke tiga dalam meningkatkan kesadaran merek. Kompetensi petugas promosi merupakan kunci penting atas penciptaan dan penghantaran nilai dalam komunikasi pemasaran terpadu.

Sumber Bagi Penelitian Ini	Komunikasi Pemasaran Terpadu, Kesadaran Merek dan Perilaku Pembelian Konsumen
-----------------------------------	---

Sumber: Hasyim, Fatchun, 2010

2.1.3 Penelitian Howard, Jhon A., Shay, Robert P. dan Green, Christopher A. (1998)

Tujuan penelitian ini untuk mengukur efektifitas iklan. Penelitian ini menggunakan *Attitude, Behavior* dan *Confidence* (ABC) sebagai ukuran yang dikembangkan untuk menggantikan ukuran tradisional yang dianggap kurang fleksibel dan kurang komprehensif. Ukuran ABC didasarkan pada konsep dan teori yang digunakan dalam mengembangkan model perilaku pembeli yang telah berhasil diterapkan untuk berbagai produk . Tabel 2.3 menguraikan secara rinci butir-butir penting dari penelitian ini

Table 2.3

Penelitian Howard, Jhon A., Shay, Robert P. dan Green, Christopher A. (1998)

Nama peneliti	Jhon A. Howard, Robert P. Shay dan Christopher A. Green
Tahun dan Judul Jurnal	(1998), <i>Measuring The Effect of Marketing Information on Buying Intentions, Journal of Service Marketing</i> , Volume 2 No. 4 Fall, 1998, pp. 27 – 36
Metode Penelitian	Analisis <i>Structural Equation Model</i> (SEM)

<p>Pemodelan</p>	<p style="text-align: center;"><i>Consumer Decision Model (CDM)</i></p> <p>Model yang dapat digunakan untuk mengukur efektifitas iklan salah satunya adalah Model Keputusan Konsumen (<i>Consumer Decision Model-CDM</i>) dengan enam variabel yang saling berhubungan, yaitu : F (<i>Information</i>), B (<i>BrandRecognition</i>), A (<i>Attitude</i>), C (<i>Confidence</i>), I (<i>Intention</i>), dan P (<i>Purchase</i>).</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph LR F((F)) --> B((B)) F((F)) --> A((A)) F((F)) --> C((C)) B((B)) --> C((C)) B((B)) --> A((A)) A((A)) --> I((I)) C((C)) --> I((I)) I((I)) --> P((P)) </pre> </div> <p>Sumber : Howard,Shay, dan Green (1998:p.28)</p>
<p>Temuan dan Kesimpulan</p>	<p>Bahwa informasi pemasaran sebagai ukuran efektifitas adalah lebih baik, dan jika dibutuhkan pemasar dapat mengevaluasi anggaran informasi pasar mereka dan mendiagnosis penyebab kurangnya respon yang memadai terhadap informasi.</p>
<p>Sumber Bagi Penelitian Ini</p>	<p>Proses bagaimana konsumen mencapai keputusan untuk membeli sebuah produk dan melihat bagaimana antara variabel saling berinteraksi untuk menghasilkan pembelian.</p>

Sumber : Howard,Shay, dan Green (1998)

2.1.4 Penelitian Lapierre, Jozee (2000)

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tinggi rendahnya pendekatan produk, kualitas pelayanan dan hubungan pelanggan. Penelitian dilakukan di tiga sektor layanan yaitu ICE (*information,*

communication dan *entertainment*), distribusi dan keuangan. Fleksibilitas dan responsif adalah dua manfaat yang terkait dengan layanan yang dinilai penting bagi semua pelanggan bisnis yang disurvei. Nilai hubungan yang dinilai paling berbeda di dua dari tiga sektor yang dipelajari, yaitu sektor keuangan. Dan hal-hal penting dari penelitian ini lebih lanjut dideskripsikan pada Tabel 2.4.

Table 2.4
 Penelitian Lapierre, Jozee. (2000)

Nama peneliti	Lapierre, Jozee
Tahun dan Judul Jurnal	(2000), <i>Customer Perceived Value in Industrial Context. Journal of Business & Industrial Marketing</i> . Volume 15, p. 122 - 140
Metode Penelitian	Analisis data menggunakan SEM
Pemodelan	<pre> graph LR subgraph Product direction TB AS[Alternatif Solution] PQ[Product Quality] PC[Product Customization] end subgraph Service direction TB R[Responsiveness] F[Flexibility] Rel[Reliability] TC[Technical Competence] end subgraph Relationship direction TB I[Image] T[Trust] S[Solidarity] end P((Product)) --> AS P --> PQ P --> PC S((Service)) --> R S --> F S --> Rel S --> TC Rl((Relationship)) --> I Rl --> T Rl --> S P --> Pr[Price] S --> Pr Rl --> TE[Time/effort/energy] Rl --> C[Conflict] </pre> <p><small>Lapierre, Jozee. 2000. Customer Perceived Value in Industrial Context. Journal of Business & Industrial marketing, Vol. 15, p. 122-140.</small></p>

Temuan dan Kesimpulan	Terdapat hubungan yang positif antara produk, kualitas pelayanan dan nilai pelanggan
Sumber Bagi Penelitian Ini	Kualitas pelayanan dan nilai pelanggan.

Sumber: Lapierre, Jozee. (2000)

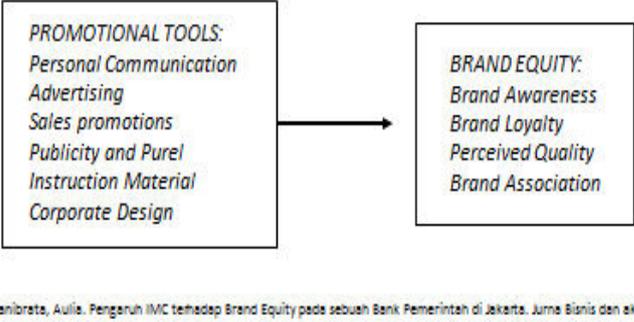
2.1.5 Penelitian Danibrata, Aulia (2011)

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tinggi rendahnya pendekatan produk, kualitas pelayanan dan hubungan pelanggan. Penelitian dilakukan di beberapa *bank* milik pemerintah dan difokuskan pada produk tabungan. Dan hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh *marketing communication* terhadap *brand equity* pada *bank* pemerintahan.

Secara ringkas butir-butir penting dari penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 2.5

Table 2.5
Penelitian Danibrata, Aulia (2011)

Nama peneliti	Danibrata, Aulia
Tahun dan Judul Jurnal	(2011), Pengaruh <i>Integrated Marketing Communication</i> terhadap <i>Brand Equity</i> pada sebuah Bank Pemerintah di Jakarta. Jurnal Bisnis dan Akuntansi, Volume 13, no. 1, April 2011. Halaman 21 – 38.
Metode Penelitian	Analisis data menggunakan SEM

<p>Pemodelan</p>	 <p style="text-align: center;"><small>Danibrata, Aulis. Pengaruh IMC terhadap Brand Equity pada sebuah Bank Pemerintah di Jakarta. Jurna Bisnis dan ekuntansi, 2011</small></p>
<p>Temuan dan Kesimpulan</p>	<p>Terdapat pengaruh <i>marketing communication</i> terhadap <i>brand equity</i>.</p>
<p>Sumber Bagi Penelitian Ini</p>	<p>Pengaruh <i>IMC</i> terhadap <i>Brand Equity</i></p>

Sumber: Danibrata, 2011

2.1.6 Penelitian Sutanto, Jeanne Ananti (2008)

Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan dan menganalisis pengaruh *service quality* dan *perceived value* yang dirasakan konsumen Apartemen di Kota Surabaya terhadap kepuasan dan loyalitasnya. Perusahaan dalam rangka mencapai kepuasan pelanggan pada umumnya selain memperhatikan produk yang dihasilkannya juga menyadari pentingnya kualitas pelayanan pada pelanggan, meskipun hal ini tidak mudah diimplementasikan oleh perusahaan. Bagi pengembang, persaingan sangat mempengaruhi tingkat penjualan maupun hunian apartemen. Hal ini juga akan mempengaruhi biaya pemeliharaan yang ditanggung oleh pengembang yang semakin besar. Sehingga peneliti berupaya untuk mengetahui pengaruh *service quality* dan *perceived value* terhadap kepuasan dan loyalitas konsumen apartemen di Kota Surabaya. Deskripsi ringkas penelitian ini disarikan pada Tabel 2.6

Table 2.6
 Penelitian Sutanto, Jeanne Ananti (2008)

Nama peneliti	Sutanto, Jeanne Ananti
Tahun dan Judul Jurnal	(2008), Pengaruh <i>service quality</i> dan <i>perceived value</i> terhadap kepuasan dan loyalitas konsumen apartemen di Kota Surabaya., Majalah Ekonomi. Tahun XVIII, No. 3 Desember 2008
Metode Penelitian	Analisis data menggunakan SEM
Pemodelan	<pre> graph TD Reliability[Reliability] --> ServiceQuality((Service Quality)) Responsiveness[Responsiveness] --> ServiceQuality Empathy[Empathy] --> ServiceQuality Performance[Performance] --> ServiceQuality Tangible[Tangible] --> ServiceQuality ServiceQuality --> PerceivedValue[Perceived Value] ServiceQuality --> Satisfaction[Satisfaction] ServiceQuality --> Loyalty[Loyalty] PerceivedValue --> Satisfaction PerceivedValue --> Loyalty Satisfaction --> Loyalty </pre> <p style="text-align: center; font-size: small;">Sutanto, Jeanne Ananti, 2008</p>
Temuan dan Kesimpulan	<i>Service quality</i> dan <i>perceived value</i> secara signifikan mempengaruhi kepuasan konsumen
Sumber Bagi Penelitian Ini	Pengaruh <i>service quality</i> terhadap <i>perceived value</i>

Sumber: Sutanto, 2008

2.2 Pemasaran, Manajemen Pemasaran dan Merek

2.2.1 Pemasaran

Inti dari konsep pemasaran adalah menciptakan kepuasan bagi *customer* (Zeithaml, 1996, p.31-46). Konsep pemasaran beranggapan bahwa *customer* yang menentukan arah bisnis perusahaan. Kepuasan *customer* sebagai fokus perusahaan adalah sesuatu yang penting. Namun yang lebih penting adalah membangun sesuatu yang membuat *customer* puas. Perusahaan harus dapat membangun inti dari apa yang membuat *customer* puas, dan keberhasilan perusahaan dalam mencapai tujuan pemasarannya bukan dilihat semata-mata dari laba yang diperoleh. Sesungguhnya keberhasilan suatu perusahaan adalah terwujudnya apa yang disebut dengan kepuasan *customer*. Berfokus pada kepuasan *customer* mungkin menjadi mahal, tetapi sesuai untuk mendapatkan keuntungan dalam jangka panjang.

Pemasaran berhubungan dengan mengidentifikasi dan mempertemukan kebutuhan manusia dan sosial (Kotler, 2006, p.5). Secara singkat definisi pemasaran adalah ‘memenuhi kebutuhan secara menguntungkan’. Definisi sosial dari pemasaran adalah proses sosial yang di dalamnya individu dan kelompok mendapatkan apa yang mereka inginkan dan butuhkan dengan menciptakan, menawarkan, dan secara bebas mempertukarkan produk dan jasa yang bernilai dengan pihak lain (Kotler, 2006, p.6). Untuk definisi manajerial, pemasaran sering digambarkan sebagai ‘seni menjual produk’, akan tetapi orang heran ketika mereka mendengar bahwa bagian terpenting dari pemasaran bukan menjual! Penjualan hanya merupakan puncak kecil gunung es pemasaran. Peter Drucker, seorang ahli teori manajemen terkemuka, mengatakan sebagai berikut (Kotler, 2006, p.6):

Orang dapat mengasumsikan bahwa akan selalu ada kebutuhan akan penjualan. Akan tetapi, tujuan pemasaran bukan untuk memperluas penjualan hingga kemana-mana. Tujuan pemasaran adalah untuk mengetahui dan memahami pelanggan sedemikian rupa sehingga produk atau jasa itu cocok dengan pelanggan dan selanjutnya menjual dirinya sendiri. Idealnya, pemasaran hendaknya menghasilkan seorang pelanggan yang siap untuk membeli. Semua yang dibutuhkan selanjutnya adalah menyediakan produk atau jasa itu.

The American Marketing Association (AMA) secara formal mendefinisikan pemasaran adalah fungsi organisasi dan sekumpulan proses untuk menciptakan, mengkomunikasikan, dan menyampaikan nilai pada *customer* dan untuk menjaga hubungan dengan *customer* dengan cara yang menguntungkan perusahaan maupun *customer* (Kotler, 2006, p.6).

The American Marketing Association (AMA), organisasi yang menghadirkan para ahli dalam bidang pemasaran di USA dan Canada, mendefinisikan pemasaran sebagai proses dari perencanaan dan melaksanakan konsep, harga, promosi dan distribusi dari ide, barang, dan jasa untuk menciptakan pertukaran dengan tujuan memuaskan individu dan organisasi (Belch, 2009, p.8). Definisi pemasaran difokuskan pada pertukaran sebagai pusat dari konsep pemasaran dan dasar dari aktivitas pemasaran adalah untuk menciptakan dan meningkatkan hubungan dengan *customers*. Agar pertukaran dapat terjadi, harus ada dua pihak atau lebih dengan sesuatu yang bernilai bagi satu dan yang lain, ada keinginan dan dapat dilakukan pertukaran, dan dapat berkomunikasi satu dengan yang lain. Iklan dan promosi memainkan peran penting dalam proses pertukaran dengan memberikan informasi kepada *customer* tentang produk atau jasa yang dihasilkan organisasi dan meyakinkan mereka atas

kemampuan untuk memuaskan apa yang mereka inginkan dan butuhkan.

Dalam bukunya *Advertising and Promotion, An Integrated Marketing Communication Perspective*, Belch/Belch (2009, p.8) menyatakan bahwa tidak semua transaksi pemasaran memerlukan uang untuk melakukan pertukaran barang atau jasa. Organisasi nirlaba menerima ribuan dolar dari donasi setiap tahunnya. Organisasi nirlaba menggunakan iklan untuk mengumpulkan kontribusi dari masyarakat. Donor pada umumnya tidak menerima materi sebagai imbal balik dari kontribusi yang diberikan, mereka mendonasi dengan pertukaran sosial yang tidak terlihat dan kepuasan psikologi seperti rasa telah memberikan jasa baik dan membantu kepentingan orang banyak. Walaupun masih banyak yang menganggap pertukaran merupakan fenomena atau bidang utama untuk mempelajari pemasaran, banyak akademisi dan praktisi menyetujui bahwa perubahan sangat cepat terjadi termasuk dalam disiplin ilmu. Untuk merefleksikan perubahan tersebut, AMA tahun 2007 mengadopsi perubahan definisi dari pemasaran, menjadi sebagai berikut (Belch, 2009, p.8): Pemasaran adalah aktivitas, kumpulan dari institusi, dan proses untuk menciptakan, mengkomunikasikan, menyampaikan dan menawarkan pertukaran yang bernilai bagi *customers*, rekanan, dan masyarakat luas.

Menurut Kotler (2012, p.62-64) untuk memahami fungsi pemasaran, kita perlu memahami beberapa konsep dasar dan tugas yang disesuaikan dengan kecenderungan sekarang. Konsep inti dalam menciptakan dasar dari manajemen pemasaran dan orientasi pemasaran holistik adalah bahwa pemasar perlu mencoba untuk memahami kebutuhan, keinginan dan permintaan target *customer*. Kebutuhan adalah permintaan dasar manusia. Dari kebutuhan

timbul keinginan bila mereka diarahkan pada objek tertentu secara spesifik yang dapat memenuhi kebutuhannya. Permintaan adalah keinginan terhadap produk tertentu yang bisa didapat melalui kesanggupan membayar. Perusahaan harus mengukur bukan hanya berapa banyak orang yang menginginkan produknya tetapi berapa banyak orang yang sesungguhnya menginginkan produk dan mampu untuk membayarnya. Pemasar tidak dapat memuaskan seluruh pasar.

Pemasar mengidentifikasi dan memperhatikan profil dari kelompok-kelompok pembeli yang berbeda yang lebih menyukai atau menginginkan variasi bauran produk dan jasa dengan melakukan pengujian tentang perbedaan di antara pembeli berdasarkan demografi, psikografi dan prilakunya. Kemudian pemasar menentukan segmen mana yang mempunyai peluang terbesar – inilah yang dijadikan sebagai target pasar. Untuk setiap target pasar yang dipilih, perusahaan mengembangkan penawaran untuk pasar. Apa yang ditawarkan diposisikan di benak target pembeli sebagai sesuatu yang memberikan satu atau banyak manfaat. Itulah sebabnya pemasar harus memulai dengan membagi pasar dalam segmen-segmen. Kemudian mengidentifikasi dan memprofil kelompok pembeli berdasarkan demografi, psikografi dan perilaku yang berbeda-beda di antara pembeli dalam memilih dan meminta berbagai bauran produk dan jasa. Selanjutnya, pemasar menetapkan segmen mana yang mempunyai peluang paling besar – yang dijadikan sebagai target pasar. Penawaran sedemikian rupa diposisikan di benak target pembeli sebagai sesuatu yang memberikan keuntungan atau bermanfaat bagi target pembeli (Kotler, 2012, p.64)

2.2.2 Manajemen Pemasaran

Manajemen pemasaran adalah proses perencanaan dan pelaksanaan pemikiran, penetapan harga, promosi, serta penyaluran gagasan, barang, dan jasa untuk menciptakan pertukaran yang memenuhi sasaran-sasaran individu dan organisasi (Kotler, 2002, p.9). Sedangkan menurut *American Marketing Association* (AMA) (Kotler, 2006, p.6) manajemen pemasaran adalah seni dan ilmu dalam memilih target *customer* dan mendapatkan, menjaga dan menambah jumlah *customer* melalui menciptakan, menyampaikan dan mengkomunikasikan nilai yang terbaik bagi *customer*.

2.2.3 Merek

Menurut Al Ries di dalam bukunya *22 Immutable Laws of Branding* (1999) bahwa inti dari proses pemasaran adalah membangun merek di benak konsumen dan kekuatan merek terletak pada kemampuannya untuk mempengaruhi perilaku pembelian.

Komunikator pemasaran, dalam berbagai kapasitas mereka (baik sebagai pengiklan, wiraniaga, pelaku *public relations*, dan lain-lain), mengembangkan dan menyampaikan pesan dari objek yang berbeda: produk, jasa, toko, kegiatan, bahkan orang (Shimp, 2000, p.7-9). Walaupun istilah-istilah tersebut menjelaskan bentuk objek pemasaran yang berbeda, namun ada satu istilah yang dapat dipakai sebagai ringkasan dari seluruh bentuk objek pemasaran itu, yaitu 'merek'. Terlepas dari ketenaran sebuah merek, yang menjadi fokus penekanan di sini adalah bahwa sebagian besar bentuk komunikasi pemasaran terjadi di tingkat merek. Merek didefinisikan sebagai nama, istilah, tanda, simbol atau desain, atau kombinasi dari keseluruhannya yang dimaksudkan untuk mengidentifikasi barang atau jasa dari penjual atau sekelompok

penjual, agar dapat dibedakan dari kompetitornya (Shimp, 2000, p.8,9). Oleh karena itu, sebuah merek muncul ketika produk, gerai eceran (*retail outlet*), atau jasa menerima nama, istilah, tanda, simbol, desain, atau kombinasi dari unsur-unsur tersebut. Seluruh organisasi dan produk mereka dapat dianggap sebagai merek. Kita hidup di dalam dunia merek. Namun, beberapa merek lebih terkenal dan lebih dipercaya dari merek-merek lainnya. Sebuah merek memiliki ekuitas sebesar pengenalan konsumen atas merek tersebut dan menyimpannya dalam memori mereka beserta asosiasi merek yang mendukung, kuat dan unik. Ekuitas merek dalam perspektif konsumen terdiri atas dua bentuk pengetahuan tentang merek: kesadaran merek (*brand awareness*) dan citra merek (*brand image*). Kesadaran merek (Shimp, 2000, p.11) merupakan kemampuan sebuah merek untuk muncul dalam benak konsumen ketika mereka sedang memikirkan kategori produk tertentu dan seberapa mudahnya nama tersebut dimunculkan. Kesadaran merek adalah dimensi dasar dalam ekuitas merek. Berdasarkan cara pandang konsumen, sebuah merek tidak memiliki ekuitas hingga konsumen menyadari keberadaan merek tersebut. Mencapai kesadaran akan merek adalah tantangan utama bagi merek baru. Mempertahankan tingkat kesadaran akan merek yang tinggi adalah tugas yang harus dihadapi oleh semua merek.

Ada dua tingkat kesadaran merek, yaitu kenal akan merek dan mampu mengingat merek (Shimp, 2000, p.11). Kenal akan merek (*brand recognition*) mencerminkan tingkat kesadaran yang cenderung dangkal, sedangkan kemampuan untuk mengingat merek (*brand recall*) mencerminkan kesadaran yang lebih dalam, mampu diingat. Melalui usaha komunikasi pemasaran yang efektif dan konsisten, beberapa merek menjadi sangat terkenal sehingga dapat diingat oleh setiap orang dengan tingkat kecerdasan standar.

Citra merek dapat dianggap sebagai jenis asosiasi yang muncul di benak konsumen ketika mengingat sebuah merek tertentu. Asosiasi tersebut secara sederhana dapat muncul dalam bentuk pemikiran atau citra tertentu yang dikaitkan kepada suatu merek, sama halnya ketika kita berpikir mengenai orang lain (Shimp, 2000, p.12).

Usaha untuk meningkatkan ekuitas merek dilakukan melalui pilihan yang positif atas identitas merek. Namun usaha yang paling sering dilakukan adalah melalui program pemasaran dan komunikasi pemasaran, agar tercipta asosiasi yang mendukung, kuat dan unik di benak konsumen antara merek dengan atribut/manfaatnya. Salah satu *by product* utama dalam usaha meningkatkan ekuitas merek adalah meningkatnya loyalitas konsumen terhadap merek. Tanpa loyalitas pelanggan, sebuah merek hanya akan menjadi sebuah merek dagang, suatu simbol yang dimiliki dan dapat diidentifikasi dengan sedikit nilai. Dengan loyalitas pelanggan, sebuah merek menjadi lebih dari sekedar merek dagang (Shimp, 2000, p.12). Merek yang kuat adalah janji yang dapat dipercaya, relevan dan istimewa. Penciptaan dan peningkatan loyalitas merek akan menghasilkan peningkatan nilai-nilai kepercayaan terhadap merek (Shimp, 2000, p.14)

2.3 Jasa dan Kualitas Pelayanan

2.3.1 Jasa

Jasa adalah (Kotler, 2002, p. 486,487) setiap kegiatan atau tindakan yang dapat ditawarkan oleh satu pihak ke pihak lain, yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan apapun. Produksinya dapat dikaitkan atau tidak dikaitkan dengan suatu produk fisik. Komponen jasa dapat berupa bagian kecil atau bagian utama tawaran total. Tawaran dapat dibedakan menjadi lima katagori:

- Barang berwujud murni: tawaran hanya terdiri dari barang berwujud, tidak ada jasa menyertai produk itu.
- Barang berwujud yang disertai layanan: tawaran terdiri dari barang berwujud yang disertai dengan satu atau beberapa layanan jasa.
- Campuran: tawaran terdiri dari barang dan jasa dengan proporsi yang sama.
- Jasa utama yang disertai barang dan jasa tambahan: tawaran terdiri dari satu jasa utama disertai jasa tambahan dan/atau barang pendukung.
- Jasa murni: tawaran hanya terdiri dari jasa.

Sebagai akibat dari bauran barang-jasa yang berbeda-beda seperti itu, sulit untuk menjeneralisasi jasa kecuali dengan pembedaan lebih lanjut. Namun, sejumlah generalisasi tampaknya bisa digunakan: *Pertama*, jasa dapat dibedakan atas apakah jasa itu berbasis peralatan atau berbasis orang. Jasa berbasis orang dapat dibedakan dari segi penyediannya, yaitu pekerja tidak terlatih, terlatih atau profesional. *Kedua*, beberapa jenis jasa mengharuskan kehadiran klien. Penyedia jasa harus memperhatikan kebutuhannya. *Ketiga*, jasa berbeda dalam hal memenuhi kebutuhan perorangan (jasa personal) atau kebutuhan bisnis (jasa bisnis). Dokter, misalnya akan menetapkan harga yang berbeda untuk pasien perorangan dan para karyawan dari perusahaan yang telah membayar dimuka program kesehatan mereka. Penyedia jasa biasanya mengembangkan program pemasaran yang berbeda untuk pasar perorangan dan bisnis. *Keempat*, penyedia jasa berbeda dalam tujuannya (laba dan nirlaba) dan kepemilikannya (swasta atau pemerintah). Misal, program pemasaran untuk rumah sakit investor swasta berbeda dengan rumah sakit yayasan amal swasta atau rumah sakit pemerintah untuk para veteran.

2.3.2 Karakteristik Jasa

Jasa memiliki empat karakteristik utama (Kotler, 2002, pp.488-450) yang sangat mempengaruhi rancangan program pemasaran: Tidak berwujud (*intangibility*), tidak terpisahkan (*inseparability*), bervariasi (*variability*), dan mudah lenyap (*perishability*). **Tidak berwujud:** Jasa bersifat tidak berwujud. Tidak seperti produk fisik, jasa tidak dapat dilihat, dirasa, diraba, didengar, atau diaromai sebelum jasa itu dibeli. Untuk mengurangi ketidakpastian, para pembeli akan mencari tanda atau bukti dari mutu jasa. Mereka akan menarik kesimpulan mengenai mutu jasa dari tempat, orang, peralatan, alat komunikasi, simbol dan harga yang mereka lihat. Oleh karena itu tugas penyedia jasa adalah mengelola bukti itu untuk mewujudkan yang tidak terwujud.

Tidak terpisahkan: Umumnya jasa dihasilkan dan dikonsumsi secara bersamaan. Tidak seperti barang fisik yang diproduksi, disimpan dalam persediaan, didistribusikan melewati berbagai penjual dan kemudian baru dikonsumsi. Jika seseorang memberikan pelayanan, maka pelayanannya merupakan bagian dari jasa itu. Karena *customer* juga hadir saat jasa itu dilakukan, interaksi penyedia jasa dan *customer* merupakan ciri khusus pemasaran jasa. Baik penyedia maupun *customer* mempengaruhi hasil jasa.

Bervariasi: Karena tergantung pada siapa yang menyediakan serta kapan dan di mana jasa itu diberikan, jasa sangat bervariasi. Pembeli jasa menyadari keragaman yang tinggi itu dan sering membicarakannya dengan orang lain sebelum memilih seorang penyedia jasa. Perusahaan jasa dapat melakukan tiga langkah dalam rangka pengendalian mutu, yaitu: pertama adalah melakukan investasi untuk menciptakan prosedur perekrutan dan pelatihan yang baik. Langkah kedua adalah menstandarisasi proses

pelaksanaan jasa di seluruh organisasi. Tugas itu dibantu oleh penyiapan cetak biru jasa (*service blue print*) yang menggambarkan proses dan peristiwa jasa ke dalam sebuah bagan arus, dengan tujuan untuk mengenali titik-titik kemungkinan kegagalan pemberian jasa. Langkah ketiga adalah memantau kepuasan *customer* melalui sistem saran dan keluhan, survei pelanggan, dan melakukan belanja perbandingan.

Mudah lenyap: Jasa tidak bisa disimpan. Sifat jasa mudah lenyap (*perishability*) tidak menjadi masalah bila permintaan tetap. Jika permintaan berfluktuasi, perusahaan jasa menghadapi masalah yang rumit.

2.3.3 Bauran Pemasaran Jasa

Pendekatan pemasaran 4P tradisional (Kotler, 2002, p.493-495) (*Product, Place, Promotion, Price*) sering berhasil untuk barang, tetapi berbagai elemen tambahan perlu diperhatikan dalam bisnis jasa. Booms dan Bitner menyarankan 3P tambahan dalam pemasaran jasa: orang (*people*), bukti fisik (*physical evidence*), dan proses (*process*). Karena sebagian besar jasa diberikan oleh orang, seleksi, pelatihan, dan motivasi pegawai dapat membuat perbedaan yang besar dalam kepuasan *customer*. Idealnya, pegawai harus memperhatikan kompetensi, sikap memperhatikan, responsif, inisiatif, kemampuan memecahkan masalah, dan niat baik. Perusahaan-perusahaan juga mencoba mempertunjukkan mutu jasa mereka melalui bukti fisik dan penyajian. Akhirnya, perusahaan jasa dapat memilih dari berbagai proses yang berbeda-beda dalam memberikan pelayanan.

Kesulitan-kesulitan yang dihadapi bidang jasa dipengaruhi oleh beberapa elemen jasa tersebut. Misal, seorang *customer* yang sedang menunggu untuk memperoleh pelayanan, *customer* tersebut

juga melihat lingkungan fisik yang terdiri dari bangunan, interior, peralatan dan perlengkapan kantor. Selain itu mereka juga melihat karyawan perusahaan. Semua itu terlihat dengan jelas oleh *customer*. Yang tidak kelihatan adalah keseluruhan proses produksi ‘ruang belakang’ dan sistem organisasi yang mendukung bisnis jasa yang terlihat itu. Jadi hasil jasa dan apakah orang masih akan setia atau tidak kepada penyedia jasa, dipengaruhi oleh berbagai elemen yang berubah-ubah.

Mengingat kerumitan itu, Gronroos dalam *Journal of Marketing Communication*, vol. 15, April – Juli 2009 menyatakan bahwa pemasaran jasa tidak hanya membutuhkan pemasaran eksternal, tetapi juga pemasaran internal dan interaktif/informasi dua-arah. Pemasaran eksternal menggambarkan pekerjaan normal yang dilakukan oleh perusahaan untuk menyiapkan, memberi harga, mendistribusikan, dan mempromosikan jasa itu kepada konsumen. Pemasaran internal menjelaskan pekerjaan yang dilakukan oleh perusahaan untuk melatih dan memotivasi pegawainya agar melayani *customer* dengan baik. Dan pemasaran interaktif menggambarkan keahlian pegawai dalam melayani *customer*. Karena *customer* menilai mutu jasa bukan hanya berdasarkan mutu teknis melainkan juga melalui mutu fungsional, penyedia jasa harus memberikan ‘sentuhan tinggi’ dan juga ‘teknologi tinggi’.

Karena *service* tidak berwujud (Zeithaml, 2006, p.132) maka *customer* mencari bukti melalui sesuatu yang terlihat dari pelayanan dalam setiap interaksi mereka dengan organisasi. Tiga katagori utama dari apa yang terlihat sebagai pengalaman *customer* adalah: orang, proses dan tampilan phisik. Tiga katagori ini mewakili pelayanan yang diberikan dan menyediakan yang terlihat ini membuat apa yang diberikan menjadi berwujud. Semua elemen yang terlihat ini hadir dalam setiap pertemuan *customer* dengan

pelayanan perusahaan dan sangat penting dalam mengelola pelayanan yang berkualitas dan menciptakan kepuasan *customer*. Orang adalah karyawan yang kontak langsung dengan *customer*; proses adalah alur operasional dari langkah aktivitas dalam proses, seberapa fleksibel dibandingkan standar yang telah dibuat, apakah proses menggunakan teknologi atau lebih menggunakan tenaga manusia; sementara bukti fisik termasuk komunikasi yang berwujud, area pelayanan, teknologi yang digunakan dan *website*.

Berry dan Seltman dalam bukunya *Management Lesson From Mayo Clinic* menyatakan pelayanan kesehatan tidak seperti pelayanan pada umumnya (2008, p.167) dimana perasaan *customers* yang datang sedang mengalami rasa tidak nyaman. Menjadi pasien sebagai *customer* sangat sedikit sekali unsur kesenangan yang dialaminya. Pasien mengalami rasa tertekan karena penyakit yang dialaminya, seperti rasa sakit itu sendiri, menurunnya kemampuan fisik, hasil tes kesehatan yang tidak baik, dan ketidak pastian kondisi kesehatan yang akan datang. Selain itu mereka juga mengalami rasa tertekan – khususnya bila dirawat di rumah sakit, disebabkan karena fasilitas pelayanan kesehatan yang kurang memadai, suara bising, kurangnya dukungan emosional dari paramedis, merasa tidak dapat beraktivitas dan berada dilingkungan seperti biasanya dan mereka merasa seperti dipenjara. Untuk itu pengalaman *customer* terhadap pelayanan dapat ditunjukkan melalui tiga katagori, (Berry/Seltman, 2008, p.161) yaitu **petunjuk fungsional, petunjuk mekanik dan petunjuk humanis**.

Petunjuk fungsional berhubungan dengan kualitas teknik pelayanan, yaitu dapat diandalkan dan menjalankan fungsinya dengan baik. Petunjuk mekanis datang dari benda mati dan termasuk apa yang dapat dilihat, diaromai, didengar, diraba dan

dirasa. Fasilitas, peralatan, perabot kantor, alat peraga, lampu dan lainnya yang berhubungan dengan pancaindera yang menggambarkan pelayanan, mengkomunikasikannya tanpa kata-kata.

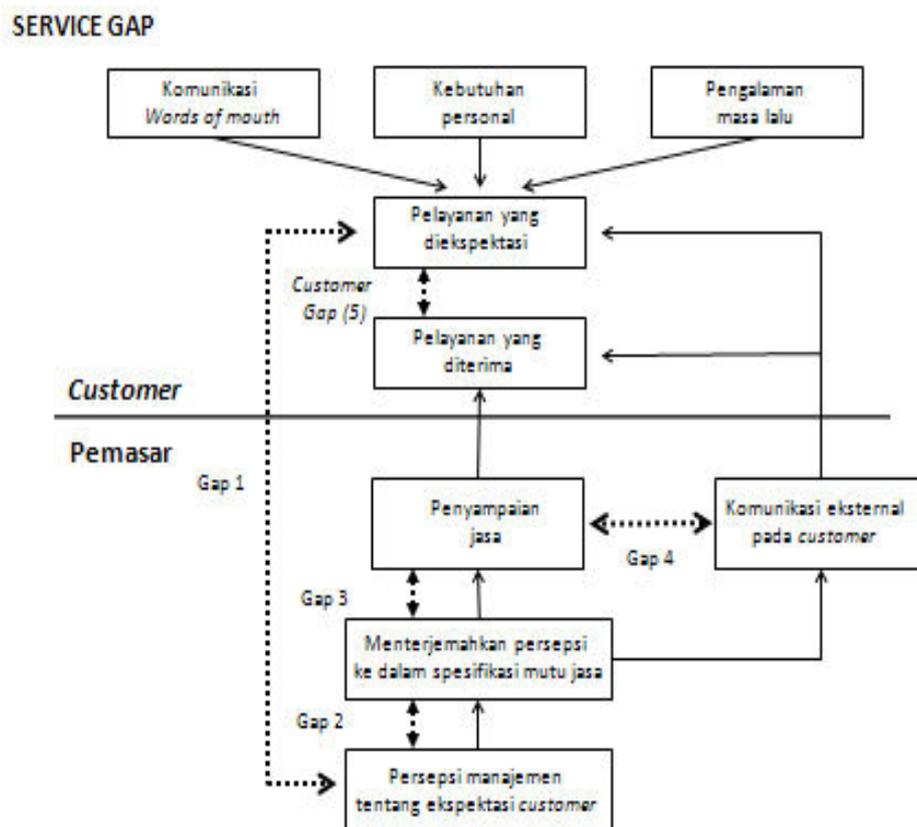
Petunjuk humanis datang dari perilaku dan kehadiran para penyedia pelayanan, contohnya cara bicara, tata bahasa yang digunakan, bahasa tubuh, tingkat antusiasme dan cara berpakaian.

Petunjuk mekanis merepresentasi pelayanan yang tidak berwujud. Hal ini sangat penting untuk diperhatikan karena dapat menciptakan kesan pertama yang baik sehingga dapat memberikan pengalaman positif bagi *customer* dan membuat mereka merasa sebagai orang yang cerdas dalam memilih pelayanan. Itulah sebabnya petunjuk mekanis ini dapat mengalahkan peran fungsional dan humanis. Petunjuk mekanis mempengaruhi ekspektasi pelayanan karena secara implisit memberikan janji kepada *customer* tentang pelayanan seperti apa yang akan diberikan. Persepsi *customer* terhadap kualitas pelayanan yang diberikan datang dari evaluasi mereka terhadap pelayanan yang diterima dibandingkan dengan ekspektasi terhadap pelayanan, itulah sebabnya mengapa petunjuk mekanis penting untuk diperhatikan.

2.3.4 Kualitas Pelayanan (*Service Quality*)

Sebuah perusahaan jasa dapat memenangkan persaingan dengan menyampaikan secara konsisten layanan yang bermutu lebih tinggi dibandingkan para pesaing dan yang lebih tinggi daripada harapan *customer* (Kotler, 2002, p.498). Harapan-harapan itu dibentuk oleh *customer* di masa lalu, pembicaraan dari satu orang ke orang yang lain, dan iklan perusahaan jasa. Setelah menerima jasa itu, *customer* membandingkan jasa yang dialami dengan jasa yang diharapkan.

Jika jasa yang dialami berada di bawah jasa yang diharapkan, maka *customer* tidak berminat lagi terhadap penyedia jasa itu. Jika jasa yang dialami memenuhi atau melebihi harapan, maka *customer* akan menggunakan penyedia jasa itu lagi. Parasuraman, Zeithaml, dan Berry membentuk model mutu jasa yang menyoroti syarat-syarat utama dalam memberikan mutu jasa yang tinggi. Model terlihat dalam Gambar 2.1: Model *gaps* kualitas pelayanan, mengidentifikasi lima kesenjangan yang mengakibatkan kegagalan penyampaian jasa.



Gambar 2.1 Model Gap Kualitas Pelayanan

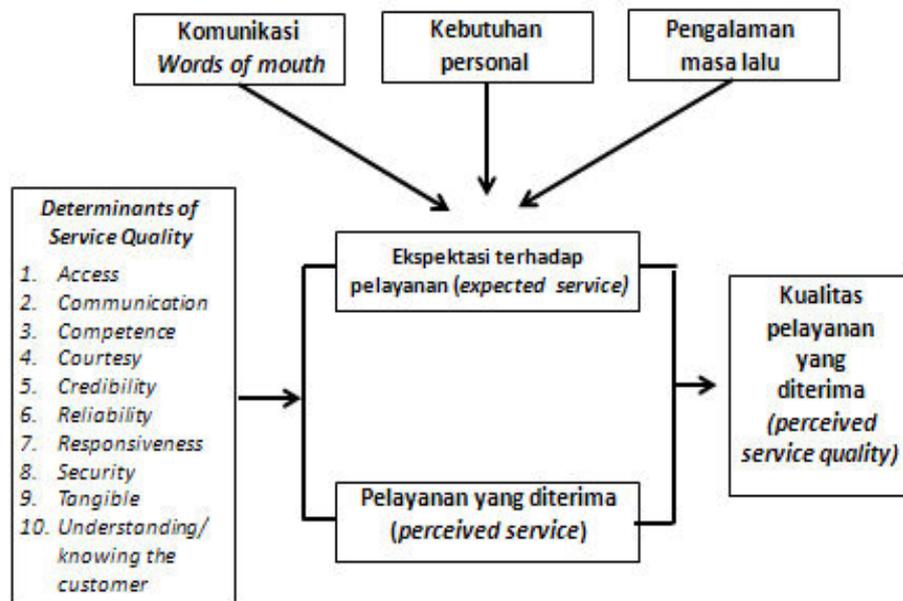
Sumber: Parasuraman, A Conceptual Model of Service Quality, 1985.

- Gap 1:* Kesenjangan antara ekspektasi *customer* dan persepsi manajemen: Manajemen tidak selalu memahami secara tepat apa yang diinginkan *customer*.
- Gap 2:* Kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi mutu jasa: Manajemen mungkin memahami secara tepat keinginan *customer* tetapi tidak menetapkan suatu kumpulan standar kinerja tertentu.
- Gap 3:* Kesenjangan antara spesifikasi mutu jasa dan penyampaian jasa: Para petugas mungkin kurang terlatih, tidak mampu atau tidak mau memenuhi standar. Atau mereka dihadapkan pada standar yang berlawanan, seperti menyediakan waktu untuk mendengarkan para *customer* dan melayani mereka dengan cepat.
- Gap 4:* Kesenjangan antara penyampaian jasa dan komunikasi eksternal: Harapan *customer* dipengaruhi oleh pernyataan yang dibuat para petugas perusahaan dan iklan perusahaan.
- Gap 5:* Kesenjangan antara pelayanan yang dialami dan yang diharapkan: Kesenjangan itu terjadi bila *customer* memiliki persepsi yang keliru tentang mutu jasa tersebut.

Sehubungan dengan gap 4 - Kesenjangan antara penyampaian jasa dan komunikasi eksternal: dalam buku *Service Marketing* (Zeithaml, 2009: p. 43) dijelaskan bahwa komunikasi eksternal kepada *customer* adalah *Integrated Service Marketing Communication* (ISMC), yaitu seberapa baik seluruh komunikasi perusahaan, termasuk interaksi antara karyawan perusahaan dengan

customer, mengekspresikan pesan dan tingkat kualitas pelayanan yang sama. Seberapa baik komunikasi perusahaan kepada *customer* tentang apa yang disediakan bagi mereka. Apakah perusahaan menghindari janji dan penjualan yang berlebihan? Seberapa baik dari setiap bentuk komunikasi yang dilakukan oleh organisasi dengan hal-hal lainnya seperti itulah kualitas pelayanan yang dijanjikan.

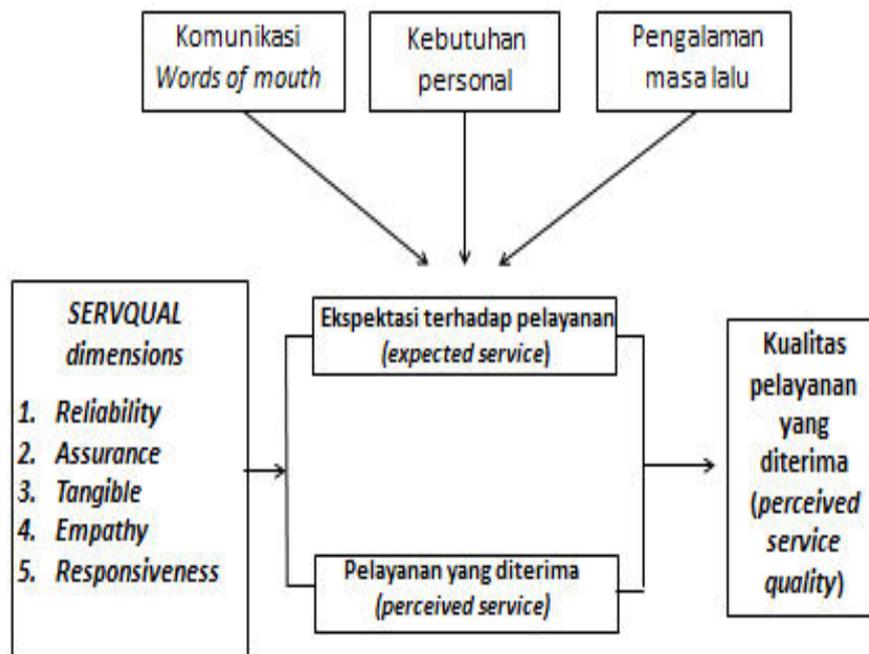
Kualitas pelayanan adalah perbandingan antara tingkat ekspektasi atas pelayanan (*expected service*) dengan kinerja atau pelayanan yang diterima (*service delivery*) (Parasuraman, 1985). Sepuluh dimensi yang digunakan untuk membantu perusahaan mengidentifikasi faktor penyebab ekspektasi *customer* tidak terpenuhi atau mengukur kualitas pelayanan, yaitu: kemudahan untuk mengakses, cara berkomunikasi, kompetensi, sopan-santun, kredibilitas, dapat dipercaya, responsif, keamanan, tampilan, memahami dan mengenal *customer* (Gambar 2.2).



Gambar 2.2 *Determinant of Service Quality*

Sumber: Parasuraman, *A Conceptual Model of Service Quality*, 1985.

Sepuluh dimensi tersebut selanjutnya disederhanakan menjadi lima dimensi kualitas pelayanan, yang dikenal dengan *Service Quality (SERVQUAL) Dimension* (Daniel. Berinyuy, 2010, pp.10,11), yaitu: *Tangible* (tampilan dan semua wujud yang terlihat), *Reliability* (dapat dipercaya, tepat janji), *Responsiveness* (respon, kemudahan mengakses), *Assurance* (pengetahuan/ kompetensi, rasa aman dan sopan santun), dan *Empathy* (empati, memahami dan mengenal *customer*) (Gambar 2.3).



Gambar 2.3 *Dimensions of Service Quality*

Sumber: Daniel. Berinyuy, *The Servqual Model*

Bila *expected service (ES)* lebih besar dari *perceived service (PS)* berarti *perceived service quality* tidak memuaskan atau sama dengan kualitas pelayanan tidak dapat diterima; namun bila *ES* sama dengan *PS* berarti *perceived service quality*

memuaskan yang dikenal dengan *customer satisfaction*; dan bila *ES* lebih kecil dari *PS* maka *perceived service quality* lebih dari memuaskan berarti kualitas pelayanan ideal.

Untuk Industri pelayanan kesehatan, *customer* mengevaluasi lima dimensi dari kualitas pelayanan (Zeithaml, 2006, p.121) sebagai berikut:

Reliability: jadwal perjanjian tepat waktu, diagnosa akurat.

Assurance: pengetahuan, ketrampilan, reputasi, dapat dipercaya.

Tangibles: ruang tunggu, ruang periksa, peralatan dan materi tertulis atau cetak.

Empathy: mengenali dan mengetahui pasien secara pribadi, mengingat riwayat penyakit sebelumnya, mendengarkan dengan baik, sabar.

Responsiveness: akses mudah, tidak perlu menunggu, mau mendengarkan.

Selain itu, berkembangnya *e-service* (Zeithaml, 2006, p.120) membuat banyak perusahaan menyadari bagaimana *consumers* mengevaluasi kualitas pelayanan mereka melalui *web* dan sekalipun kriterianya berbeda dari yang biasa digunakan untuk menilai pelayanan *non-internet*. Ada empat dimensi inti yang digunakan *customer* untuk menilai *websites* dimana pengalaman mereka tanpa pertanyaan dan masalah, sebagai berikut:

- *Efficiency*, yaitu kemudahan *customer* untuk mendapatkan *website*, menemukan produk yang dibutuhkan dan informasi lainnya yang berhubungan dengan produk dan keluar dengan usaha yang minimal.
- *Fulfillment* yaitu janji pelayanan yang tepat, ketersediaan produk dan pengiriman produk tepat waktu sesuai janji.

- *Reliability*, berarti secara teknis situs tersedia dan berfungsi dengan baik. Atau dalam Zeithaml, 2009 (p. 115) disebut *System availability*, secara teknikal berfungsi dengan baik.
- *Privacy* adalah jaminan data perilaku belanja *customer* tidak tersebar dan keamanan berkaitan dengan informasi kredit.

Dan ada tiga dimensi yang biasanya digunakan *customer* untuk menilai pelayanan *e-service* pada waktu mereka mengalami masalah atau ingin bertanya (Zeithaml, 2006, p.120):

- *Responsiveness*, yaitu berhubungan dengan kemampuan perusahaan untuk memberikan informasi yang tepat pada *customer* bila mengalami masalah, selain itu ada mekanisme yang jelas untuk menangani jawaban dan tersedia garansi *online*.
- *Compensation*, yaitu adanya ketentuan tentang pengembalian uang *customer* dan pengembalian biaya pengiriman.
- *Contact*, berarti keberadaan agen *customer service* secara *online* dan melalui telepon.

2.4 Proses Komunikasi, Komunikasi Pemasaran dan Komunikasi Pemasaran Terpadu

2.4.1 Proses Komunikasi

Dewasa ini suatu pandangan baru (Kotler, 2002, p.626) yang memandang komunikasi sebagai dialog interaktif antara perusahaan dan pelanggannya yang berlangsung selama tahap prapenjualan, penjualan, konsumsi dan pascakonsumsi. Perusahaan harus menanyakan tidak hanya 'bagaimana kita dapat mencapai pelanggan' melainkan juga 'bagaimana pelanggan bisa mencapai kita'. Berkat adanya terobosan teknologi, orang-orang sekarang dapat berkomunikasi melalui media tradisional (surat kabar, radio, telepon, televisi), dan juga melalui bentuk-bentuk media baru

(komputer, mesin faksimili, telepon selular, serta *pager*). Untuk berkomunikasi secara efektif, pemasar perlu memahami unsur-unsur fundamental yang mendasari komunikasi yang efektif. Dua unsur yang merupakan pihak utama dalam komunikasi - pengirim dan penerima. Empat unsur yang merupakan fungsi komunikasi utama - pengkodean (*encoding*), penguraian kode (*decoding*), tanggapan (*response*) dan umpan balik (*feedback*). Unsur terakhir dalam sistem tersebut adalah gangguan (*noise*). Pengirim harus mengetahui siapa yang ingin dicapai dan tanggapan apa yang diinginkan. Mereka harus mengkodekan pesan mereka dalam suatu cara dengan mempertimbangkan bagaimana pendengar sasaran biasanya menguraikan kode pesan. Mereka juga harus mengirimkan pesan melalui media yang efisien guna mencapai pendengar sasaran dan membangun saluran umpan balik untuk memantau tanggapan penerima atas pesan itu.

Tugas pengirim adalah mengupayakan agar pesannya sampai kepada penerima. Dan idealnya pesan harus menarik perhatian. Komunikator harus memikirkan sifat-sifat penerima yang mempunyai kolerasi dengan daya persuasi serta menggunakan sifat-sifat itu untuk mengarahkan pesan dan mengembangkan media. Fiske dan Hartley (Kotler, 2002, p.628) membicarakan faktor-faktor umum yang mempengaruhi efektivitas komunikasi:

- Semakin besar monopoli sumber komunikasi terhadap penerima, semakin besar kemungkinan penerima akan menerima pengaruh atau pesan tersebut.
- Pengaruh komunikasi yang paling besar adalah ketika pesan yang disampaikan sesuai dengan pendapat, kepercayaan dan watak penerima.

- Komunikasi dapat menyebabkan perubahan yang sangat efektif atas masalah yang tidak dikenal, dianggap ringan dan bukan masalah inti, yang tidak terletak pada pusat sistim nilai penerima.
- Komunikasi akan cenderung lebih efektif jika sumbernya diyakini memiliki keahlian, status yang tinggi, obyektif atau disukai, tetapi yang paling utama adalah sumber memiliki kekuasaan dan antara sumber serta kekuasaannya itu dapat dianggap identik.
- Konteks sosial, kelompok, atau kelompok referensi akan menjadi tempat berlangsungnya komunikasi dan mempengaruhi apakah komunikasi akan diterima atau ditolak.

2.4.2 Komunikasi Pemasaran

Komunikasi pemasaran adalah (Kotler, 2006, p.536) alat yang digunakan oleh perusahaan untuk menginformasikan, mempersuasi dan mengingatkan *consumers* - secara langsung maupun tidak langsung – tentang produk dan merek yang mereka jual. Dalam arti, komunikasi pemasaran sebagai ‘suara’ dari merek dan sebagai alat yang dapat membuka dialog dan membangun hubungan dengan *customer*.

Komunikasi pemasaran memainkan banyak fungsi untuk *consumers*. *Consumers* dapat menceritakan atau memperlihatkan bagaimana dan mengapa produk digunakan, oleh orang yang seperti apa, dan di mana dan kapan; *consumers* dapat mempelajari siapa yang membuat produk dan apa nama perusahaan yang menghasilkan merek tersebut; dan *consumers* dapat memperoleh insentif atau penghargaan untuk mencoba atau memakai produk. Komunikasi pemasaran memungkinkan perusahaan untuk menghubungkan merek dengan orang lain, tempat, *events*,

pengalaman, rasa dan lainnya. Komunikasi pemasaran dapat memberikan nilai tambah bagi ekuitas merek dengan membentuk merek di pikiran dan menciptakan citra merek.

Komunikasi pemasaran (Shimp, 20013, p.4) dapat dipahami dengan menguraikan dua unsur pokoknya, yaitu komunikasi dan pemasaran. Komunikasi adalah proses di mana pemikiran dan pemahaman disampaikan antarindividu, atau antara organisasi dengan individu. Pemasaran adalah sekumpulan kegiatan di mana perusahaan dan organisasi lainnya mentransfer nilai-nilai (pertukaran) antara mereka dengan *customernya*. Tentu saja, pemasaran lebih umum pengertiannya daripada komunikasi pemasaran, namun kegiatan pemasaran banyak melibatkan aktivitas komunikasi. Jika digabungkan, komunikasi pemasaran merepresentasikan gabungan semua unsur dalam bauran pemasaran merek, yang memfasilitasi terjadinya pertukaran dengan menciptakan suatu arti yang disebarluaskan kepada *customer* atau kliennya.

2.4.3 Komunikasi Pemasaran Terpadu

Komunikasi pemasaran terpadu (Tuckwel, 2008, p.3) melibatkan koordinasi dari segala bentuk komunikasi pemasaran dalam suatu program yang dapat memberikan dampak maksimal bagi para pelanggan dan calon pelanggan. Mencakup banyak bentuk komunikasi yang unik dan saling melengkapi: media iklan (fokus pada strategi pesan dan strategi media dalam lingkungan media tradisional); komunikasi respon langsung (komunikasi yang mendorong tindakan yang segera); komunikasi *digital* termasuk *online*, *mobile* (telepon selular), dan komunikasi CD-DVD; promosi penjualan (untuk konsumen akhir dan bisnis); *public relations*; *event marketing* dan *sponsorship*; dan *personal selling*.

Integrasi komunikasi yang efektif juga harus mempertimbangkan peran dari pembungkus (*packaging*) dan ini dapat memberikan dampak pada *point of purchase consumers* dan peran dari seluruh karyawan dari organisasi memainkan peran dalam mengkomunikasikan tentang sikap positif perusahaan kepada masyarakat. Tempat-tempat yang menjadi titik sentuh *customer* adalah bagian dari komunikasi pemasaran terpadu.

American Association of Advertising Agencies (the '4As') mendefinisikan (Belch, 2009, p.11; Kotler, 2002, p.648) komunikasi pemasaran terpadu adalah suatu konsep perencanaan komunikasi pemasaran yang memikirkan nilai tambah dari suatu rencana komprehensif yang mengevaluasi peran strategis berbagai disiplin komunikasi – misalnya, periklanan umum, tanggapan langsung, promosi penjualan, dan hubungan masyarakat – serta menggabungkan berbagai disiplin itu untuk memberikan kejelasan, konsistensi, dan pengaruh komunikasi yang maksimum melalui integrasi menyeluruh atas pesan-pesan yang berlainan. Penggabungan secara efektif dari semua usaha promosi perusahaan) menghasilkan komunikasi pemasaran terpadu - yang secara sengaja mengkoordinasikan setiap bentuk komunikasi dari perusahaan kepada target *customer* untuk menyampaikan pesan secara konsisten dan lengkap (McCarthy, 2009, p.372).

Integrated Marketing Communication (IMC) didefinisikan sebagai proses pengembangan dan implementasi berbagai bentuk program komunikasi persuasif kepada pelanggan dan calon pelanggan secara berkelanjutan (Shimp, 2003, p.24). Tujuan *IMC* adalah mempengaruhi atau memberikan efek langsung kepada perilaku khalayak sasaran yang dimilikinya. *IMC* menganggap seluruh sumber yang dapat menghubungkan pelanggan atau calon pelanggan dengan produk atau jasa dari suatu merek atau

perusahaan, adalah jalur yang potensial untuk menyampaikan pesan di masa datang. Lebih jauh lagi, *IMC* menggunakan semua bentuk komunikasi yang relevan serta yang dapat diterima oleh pelanggan dan calon pelanggan.

Dengan kata lain, proses *IMC* berawal dari pelanggan atau calon pelanggan, kemudian berbalik kepada perusahaan untuk menentukan dan mendefinisikan bentuk dan metode yang perlu dikembangkan bagi program komunikasi yang persuasif. Ada lima ciri utama dari *IMC* yaitu (Shimp, 2003, pp. 24-29): (1) untuk mempengaruhi perilaku khalayak sasaran. Berarti komunikasi pemasaran harus melakukan lebih dari sekedar mempengaruhi kesadaran merek atau ‘memperbaiki’ perilaku konsumen terhadap merek. Sebaliknya kesuksesan *IMC* membutuhkan usaha-usaha komunikasi yang diarahkan kepada peningkatan beberapa bentuk respon dari perilaku konsumen. Dengan kata lain, tujuannya adalah untuk menggerakkan orang untuk bertindak. (2) Ciri *IMC* kedua adalah bahwa prosesnya diawali dari pelanggan atau calon pelanggan, kemudian berbalik kepada komunikator merek untuk menentukan metode yang paling tepat dan efektif dalam mengembangkan program komunikasi persuasif. *IMC* menghindari pendekatan dari perusahaan ke pelanggan dalam mengidentifikasi bentuk penghubung mereka dengan pelanggan, melainkan memulainya dari pelanggan untuk menentukan metode komunikasi yang paling baik dalam melayani kebutuhan informasi pelanggan, serta memotivasi mereka untuk membeli suatu merek. (3) *IMC* menggunakan seluruh bentuk komunikasi dan seluruh ‘kontak’ yang menghubungkan merek atau perusahaan dengan pelanggan mereka, sebagai jalur penyampaian pesan yang potensial. Istilah ‘kontak’ dipakai untuk menerangkan segala jenis media penyampaian pesan yang dapat meraih pelanggan dan menyampaikan merek

yang dikomunikasikan melalui cara yang mendukung. Ciri utama dari elemen ketiga ini adalah bahwa ia merefleksikan kesediaan menggunakan bentuk kontak komunikasi apapun, asalkan merupakan yang terbaik dalam upaya menjangkau khalayak, dan tidak menetapkan suatu media tertentu sebelumnya. (4) Dalam definisi *IMC* terkandung kebutuhan akan sinergi (kesinambungan). Semua elemen komunikasi harus berbicara dengan satu suara; koordinasi merupakan hal yang amat penting untuk menghasilkan citra merek yang kuat dan utuh, serta dapat membuat konsumen melakukan aksi. (5) Karakteristik *IMC* yang kelima adalah kepercayaan bahwa komunikasi pemasaran yang sukses membutuhkan terjalinnya hubungan antara merek dengan pelanggannya. Dapat dikatakan bahwa pembinaan hubungan adalah kunci dari pemasaran modern dan bahwa *IMC* adalah kunci dari terjalinnya hubungan tersebut. Suatu hubungan merupakan 'pengait' yang tahan lama antara merek dengan konsumen; ia membangkitkan pembelian yang berulang dan bahkan loyalitas terhadap merek. Perusahaan telah menyadari bahwa lebih menguntungkan untuk menjalin dan mempertahankan hubungan dengan pelanggan yang sudah ada dibandingkan dengan mencari pelanggan baru.

Don Schultz of *Northwestern University* (Belch, 2009, p.12) mengembangkan banyak hal dari komunikasi pemasaran terpadu yang lebih tepat, sebagai berikut: komunikasi pemasaran terpadu adalah proses strategi bisnis yang digunakan untuk merencanakan, mengembangkan, mewujudkan dan mengevaluasi koordinasi, mengukur, mempersuasi program komunikasi merek sepanjang waktu dengan *consumers, customers*, prospek, karyawan, asosiasi, dan target lainnya sesuai dengan publik internal dan eksternal. Tujuannya adalah untuk menghasilkan secara keseluruhan

pengembalian finansil jangka pendek dan membangun merek jangka panjang dan nilai bagi pemegang saham.

Dua elemen kunci dari komunikasi pemasaran adalah peran dari kelipatan sarana komunikasi dan diperlukan konsistensi dalam penyampaian pesan terpadu (Percy, 2008, p. 27). Komunikasi pemasaran terpadu semakin penting sejalan dengan revolusi perubahan aturan dari pemasaran dan peran dari agensi periklanan tradisional (Belch, 2009, p.15) dan karakteristik dari revolusi pemasaran meliputi:

- Bergesernya dana pemasaran dari media periklanan ke bentuk promosi lainnya, terutama sekali ke arah promosi penjualan untuk *consumer* dan perdagangan. Banyak pemasar merasa bahwa media periklanan tradisional menjadi semakin mahal dan biaya tidak efektif. Selain itu meningkatnya kompetisi harga di banyak pasar membuat para pemasar mengalirkan dana promosi mereka ke promosi harga daripada ke iklan di media.
- Pergerakan dari mempercayakan pada iklan sebagai fokus pendekatan, di mana penekanannya pada mass media seperti saluran televisi dan majalah nasional, untuk menyelesaikan masalah komunikasi. Banyak perusahaan beralih ke biaya yang lebih murah, menggunakan alat komunikasi yang lebih tertuju kepada target seperti *event marketing* dan *sponsorship*, *direct mail*, promosi penjualan, dan mereka mengembangkan internet untuk strategi komunikasi pemasaran.
- Bergesernya kekuatan pasar dari pabrik ke pedagang eceran (*retailers*), sehingga pemasar fokus pada alat promosi yang dapat mewujudkan hasil jangka pendek, seperti promosi penjualan (*sale promotion*).

- Pertumbuhan yang cepat dan berkembangnya *database* pemasaran. Banyak perusahaan membangun data *customer* yang memuat tentang: nama, area geografi, demografi, profil psikografi, pola belanja, media yang menjadi pilihan utama, tingkat kredit, dan karakteristik lainnya. Pemasar menggunakan informasi ini untuk target *customers* melalui berbagai metode pemasaran langsung seperti *telemarketing*, *direct mail*, dan *direct-response advertising*, daripada menggunakan *mass media*. Pemasar dapat menggunakan *database* untuk komunikasi pemasaran yang efektif.
- Permintaan yang tinggi terhadap akuntabilitas dari agensi periklanan dan perubahan dalam hal kompensasi terhadap agensi. Hal ini memotivasi agensi untuk mempertimbangkan alat komunikasi yang lebih bervariasi dan lebih murah.
- Berkembangnya internet, merubah cara perusahaan menjalani bisnisnya dan berkomunikasi dan berinteraksi dengan *customer*.

2.4.3.1 *Media Advertising*

Media advertising atau iklan adalah bentuk persuasi dari komunikasi pemasaran yang dibuat untuk menstimulasi respon positif dari target pasar yang telah ditetapkan (Tuckwell, 2008, p.4). *Advertising* didefinisikan sebagai bentuk pembayaran dari komunikasi nonpersonal tentang organisasi, produk, jasa, atau ide yang mengidentifikasi sponsor (Belch, 2009, p.18). Yang dimaksud dengan pembayaran adalah tempat atau waktu untuk pesan iklan yang dibeli di media. Yang dimaksud dengan komponen nonpersonal adalah iklan melibatkan *mass media*, seperti televisi, radio, majalah, koran yang

menyampaikan pesan kepada kelompok individu dalam jumlah besar, seringkali dalam waktu yang bersamaan. Sifat nonpersonal dari iklan berarti secara umum tidak ada peluang untuk mendapat respon secara langsung dari penerima pesan (kecuali *direct response advertising*). Itulah sebabnya sebelum pesan dikirim, pemasang iklan harus mempertimbangkan bagaimana publik akan menginterpretasikan dan merespon iklan tersebut.

Advertising adalah segala bentuk presentasi nonpersonal dan promosi dari ide, barang, atau jasa dengan mengidentifikasi sponsor (Kotler, 2006, p.536). Fungsi utama dari *advertising* adalah menginformasikan, termasuk perusahaan harus memberikan penjelasan agar dapat dibedakan dengan pesaing (Yehsin, 1998, p.119). Perusahaan perlu merubah persepsi dan sikap *customer* tentang produk atau jasa yang ditawarkan dengan cara mempersuasi dan akhirnya fungsi *advertising* adalah menjual.

Karena banyaknya bentuk dan penggunaan periklanan (Kotler,2002, p.643) maka sangat sulit untuk membuat generalisasi yang merangkum semuanya. Namun sifat-sifat berikut dapat diperhatikan:

- Presentasi umum: Periklanan yang bersifat umum itu memberikan semacam keabsahan pada produk dan menyarankan tawaran yang terstandarisasi. Karena banyak orang menerima pesan yang sama, pembeli mengetahui bahwa motif mereka untuk membeli produk tersebut akan dimaklumi oleh umum.
- Tersebar luas: Periklanan adalah medium yang berdaya sebar luas yang memungkinkan penjual mengulang

pesan berkali-kali. Iklan juga memungkinkan pembeli menerima dan membandingkan pesan dari berbagai pesaing. Periklanan berskala besar oleh seorang penjual menyiratkan hal yang positif tentang ukuran, kekuatan dan keberhasilan penjual.

- Ekspresi yang lebih kuat: Periklanan memberikan peluang untuk mendramatisasi perusahaan dan produknya melalui penggunaan cetakan, suara, dan warna yang penuh seni.
- Tidak bersifat pribadi: Publik tidak merasa wajib untuk memperhatikan atau menanggapi. Iklan hanya mampu melakukan monolog, bukan dialog, dengan publik.

Periklanan dapat digunakan untuk membangun citra jangka panjang bagi suatu produk, dan di sisi lain mempercepat penjualan. Periklanan dapat secara efisien menjangkau berbagai pembeli yang tersebar secara geografis. Bentuk periklanan tertentu dapat dibuat dengan anggaran yang kecil. Periklanan mungkin memiliki pengaruh atas penjualan semata-mata melalui kemunculannya. Konsumen mungkin percaya bahwa merek yang sering diiklankan pasti menawarkan 'nilai yang baik' (Kotler, 2002, p.644)

Tiga media iklan yang relatif baru, yaitu: *advetorial* adalah iklan cetak yang menawarkan isi editorial dan dirancang sedemikian rupa sehingga sulit dibedakan dengan isi surat kabar atau majalah. *Infomercial* adalah iklan TV yang tampak seperti acara televisi selama 30 menit yang mendemonstrasikan atau membahas sebuah produk. Para pemirsa dapat menelepon dan memesan produk, oleh karena itu, memberikan hasil yang langsung terukur. *Banner*

adalah tanda kecil pada halaman *web* yang mengiklankan suatu tawaran atau perusahaan yang dapat dicapai dengan meng-klik *banner* tersebut (Kotler, 2002, p.644)

Advertising menurut Shimp (2000, p.5) terdiri dari komunikasi massa melalui surat kabar, majalah, radio, televisi dan media lain (*billboard*, internet dan sebagainya); atau komunikasi langsung yang didisain khusus untuk pelanggan antar bisnis (*business to business*) maupun pemakai akhir. Kedua bentuk iklan ini dibiayai oleh sponsor tertentu (si pengiklan), tetapi dikategorikan sebagai komunikasi massa (*nonpersonal*) karena perusahaan sponsor tersebut secara simultan berkomunikasi dengan penerima pesan yang beraneka ragam, bukan kepada individu tertentu/personal atau kelompok kecil.

2.4.3.2 Public Relations

Public relations adalah komunikasi yang utamanya langsung ditujukan untuk membuat publik mengerti dan menerima (Tuckwell, 2008, p.8). Pesan *public relations* ditujukan untuk mempengaruhi sikap dan opini dari kelompok yang dirasa menarik bagi organisasi. Perusahaan dapat mengumumkan produk atau jasanya melalui *press release* dan mendapat pemberitaan secara gratis di media

Public relations didefinisikan sebagai ‘fungsi manajemen yang mengevaluasi sikap publik, identifikasi kebijakan dan prosedur dari individu atau organisasi dengan publik yang berkepentingan, dan kemudian menjalankan program untuk mendapatkan pemahaman dan penerimaan publik’ (Belch, 2009, p.25). *Public relations*

umumnya mempunyai tujuan publisitas yang luas, yaitu untuk kepentingan menciptakan dan menjaga citra perusahaan di hadapan publik. *Public relation* menggunakan publisitas dan berbagai variasi alat lainnya – termasuk publikasi khusus, partisipasi dalam kegiatan komunitas, pengumpulan dana, sponsor dalam acara khusus, dan berbagai aktivitas publik lainnya – untuk meningkatkan citra organisasi. Dulu, publisitas dan *public relation* lebih bersifat mendukung daripada yang utama untuk proses marketing dan promosi. Tetapi, banyak perusahaan mulai mengintegrasikan *public relation* sebagai bagian yang terintegrasi dengan strategi pemasaran dan promosi perusahaan.

Publisitas/*public relations* menunjuk pada komunikasi nonpersonal sehubungan dengan organisasi, produk, jasa, atau ide yang tidak dibayar secara langsung atau dijalankan tanpa identifikasi sponsor (Belch, 2009, p.24). Biasanya dalam bentuk pemberitaan, editorial, atau pengumuman tentang organisasi dan/atau produk atau jasa. Seperti iklan, publisitas melibatkan komunikasi nonpersonal kepada publik, tetapi tidak seperti iklan, publisitas tidak dibayar langsung oleh perusahaan. Perusahaan atau organisasi berusaha untuk mendapat liputan dari media atau membuat cerita yang menarik berkaitan dengan produk, jasa, peristiwa atau *event* untuk mempengaruhi perhatian, pengetahuan, opini, dan/atau perilaku. Teknik yang biasanya digunakan untuk mendapat publisitas adalah *news release*, konferensi pers, penulisan artikel, photo, *film*, dan *videotapes*.

Public relations dan publisitas adalah beberapa program yang dibuat untuk mempromosikan atau menjaga citra perusahaan atau produk (Kotler, 2006, p.536). Daya tarik hubungan masyarakat dan publisitas didasarkan pada tiga sifat khusus (Kotler, 2002, p.644), yaitu:

- Kredibilitas yang tinggi: cerita dan gambar mengenai beritanya lebih otentik dan dipercaya oleh pembaca dibandingkan dengan iklan.
- Kemampuan menangkap pembeli yang tidak dibidik sebelumnya: hubungan masyarakat dapat menjangkau banyak calon pembeli yang cenderung menghindari wiraniaga dan iklan.
- Dramatisasi: hubungan masyarakat memiliki kemampuan untuk mendramatisasi suatu perusahaan atau produk.

Pemasar cenderung kurang menggunakan hubungan masyarakat; tetapi program hubungan masyarakat yang direncanakan dengan baik dan dikoordinasikan dengan elemen bauran promosi yang lain dapat menjadi sangat efektif. Menurut Shimp (2003, p.6) seperti halnya iklan, publisitas menggambarkan komunikasi massa; namun juga tidak seperti iklan, perusahaan sponsor tidak mengeluarkan biaya untuk waktu dan ruang beriklan. Publisitas biasanya dilakukan dalam bentuk berita atau komentar editorial mengenai produk atau jasa dari perusahaan. Bentuk-bentuk ini dimuat dalam media cetak atau televisi secara gratis karena perwakilan media menganggap informasi tersebut penting dan layak disampaikan kepada khalayak mereka. Dengan demikian publisitas tidak dibiayai oleh perusahaan yang mendapatkan manfaatnya.

2.4.3.3 *Event Marketing*

Event marketing menurut Tuckwell (2008, p.8) meliputi perencanaan, pengorganisasian, dan pemasaran *event* (acara), dimana acara tersebut untuk perusahaan, atau merek dari perusahaan yang terintegrasi dengan elemen komunikasi lainnya. Sedangkan *event marketing* menurut Percy (2008, p.131) hampir sama dengan *sponsorship*. Perbedaannya hanya dalam *event marketing* perusahaan mendukung acara secara spesifik daripada hubungan lebih lanjut. Berarti *event marketing* adalah hanya satu kali sponsor.

Event dan *experiences* adalah (Kotler, 2006, p.536) kegiatan yang disponsori oleh perusahaan dan program dibuat untuk menciptakan - merek sehari-hari atau khusus-sehubungan dengan interaksi.

2.4.3.4 *Digital Communication*

Menurut Tuckwell (2008, p. 11) internet saat ini merupakan sarana yang penting bagi perusahaan untuk mengkomunikasikan produk maupun jasanya dan melakukan transaksi bisnis dengan *customer*. Perusahaan menambahkan komponen *online* untuk media periklanan tradisionalnya.

Demikian juga pendapat dari Anja Janoschka dalam bukunya *Web Advertising* (2004, p.15) bahwa *online advertising* terus berkembang. Aspek penting yang menarik adalah biaya yang rendah untuk penempatan iklan di *web* dan semakin bertambahnya orang yang menggunakan internet.

Dalam buku Teori Komunikasi - Littlejohn (2009, p. 413), ditulis bahwa pada tahun 1990 Mark Porter dalam bukunya *The Second Media Age* menandai periode baru di mana teknologi interaktif dan komunikasi jaringan, khususnya dunia maya akan mengubah masyarakat. Media baru tidak seperti media interaksi tatap muka, tetapi memberikan bentuk interaksi baru yang membawa kita kembali pada hubungan pribadi dalam cara yang tidak bisa dilakukan oleh media sebelumnya (Littlejohn, 2009, p. 414). Media bukan hanya sebuah instrumen informasi atau cara untuk mencapai ketertarikan diri, tetapi menyatukan kita dalam beberapa bentuk masyarakat dan memberi kita rasa saling memiliki (p.414) Media juga dapat digunakan sebagai semacam ritual bersama yang membuat kita merasa sebagai bagian dari sesuatu yang lebih besar dari diri kita. Media diritualkan karena media menjadi kebiasaan, sesuatu yang formal, dan memiliki nilai yang lebih besar dari penggunaan media itu sendiri (pp. 414, 415). Pemanfaatan alat komunikasi yang semakin canggih seperti *smartphone* dapat membuat kita merasa bahwa kita merupakan bagian dari sebuah komunitas sosial, kita bisa bergabung dengan sesuatu yang berada di luar diri kita.

Konsep periklanan dibagi dalam dua bagian (Janoschka, 2004, pp.15,16). Yang pertama iklan sebagai bagian dari komunikasi itu sendiri dan yang kedua adalah bagaimana iklan itu bekerja dengan berfokus pada konsep AIDA (*Attention, Interest, Desire, Action*). Iklan adalah komunikasi eksternal perusahaan, berarti untuk menginformasikan sesuatu kepada banyak orang. Periklanan tradisional mempunyai tiga karakteristik, yaitu:

langsung dari satu sumber kepada publik dalam jumlah besar, yang kedua adalah komunikasi bersifat satu arah dan yang ketiga konsekuensinya iklan bersifat nonpersonal.

Demikian juga dengan iklan *online* dapat menjangkau target yang luas. Tetapi bentuk komunikasi *online* berbeda dengan iklan tradisional, dimana iklan *online* bisa bersifat personal dan nonpersonal seperti komunikasi antarpribadi dan memungkinkan masukan dari pemakai. *Website* mempunyai beberapa fungsi (Janoschka, 2004, p.44) yaitu sebagai media untuk menyampaikan informasi, sebagai alat berkomunikasi dan hiburan untuk kepentingan komersil. Selain itu *website* digunakan untuk instrument periklanan. Umumnya, periklanan dengan menggunakan *website* (Janoschka, 2004, p.46) memungkinkan akses yang lebih cepat dibandingkan iklan dalam bentuk tradisional. Pengguna dapat memperoleh informasi apa saja yang mereka sukai dengan lebih mudah, kapan saja dan bila diinginkan dapat disimpan di komputer dalam bentuk *digital*.

Menurut Belch, peran dari *website* (Belch, 2009, p.485) adalah tempat di mana *providers* membuat informasi menjadi tersedia bagi pengguna internet. Dan untuk mengundang *visitors* ke *site* serta mau kembali lagi diperlukan kombinasi dari kreativitas, pemasaran yang efektif dan pembaharuan tampilan dan informasi secara terus menerus.

Digital marketing (Rowan, 2002, p.2) memungkinkan pemasar untuk berkomunikasi secara langsung dengan target *customer* sehingga informasi mengenai *customer* dapat diperoleh pada saat itu juga.

Analisa segmentasi dapat menunjukkan apa yang dipikirkan oleh *customer* melalui reaksi terhadap apa yang dikomunikasikan daripada berdasarkan data transaksi yang sudah terjadi. Berarti pemasar *digital* harus merubah pola pikir mereka, bukan hanya sekedar meningkatkan ketrampilan.

Media internet lebih dari media komunikasi lainnya, karena memungkinkan informasi mengenai *customer* bergulir secara bebas pada perusahaan. Dan karena pemasar membutuhkan data pribadi *customer* tersebut untuk menawarkan manfaat produk atau jasa melalui *online*, maka masalah kerahasiaan dan keamanan data *customer* menjadi hal yang penting untuk diperhatikan.

The Mobile Marketing Association (2005) di *United Kingdom* mendefinisikan (Percy, 2008, p.130) *mobile marketing* sebagai menggunakan media *mobile* sebagai alat komunikasi dan hiburan antara merek dan pengguna. *Mobile marketing* sebagai saluran personal yang memungkinkan secara spontan, langsung, interaktif dan/atau berkomunikasi dengan target, setiap saat, di mana saja.

Kotler mengatakan (2006, p.613) *website* harus dirancang secara atraktif, dan untuk itu harus memperhatikan **7C's + another C**, yaitu: **Context** - yaitu *layout* dan *design* dibuat semenarik mungkin, **Content** – perhatikan huruf, gambar, nada suara dan video yang dimuat di laman menarik, nyaman untuk dibaca dan didengar, **Community** – dibuat agar laman dapat digunakan sebagai komunitas oleh pengguna, **Customization** – laman dapat dipersonalisasi sesuai selera penggunanya,

Communication – laman dapat digunakan untuk komunikasi dua arah, **Connection** – tingkat kemudahan menghubungkan dari satu halaman ke halaman lainnya, **Commerce** – laman dapat digunakan sebagai transaksi komersil. Dan satu C lainnya adalah **Constant Change** – harus selalu dibuat berubah atau diperbaharui agar tidak membosankan.

Seperti bentuk komunikasi personal lainnya (Carthy, 2009, p.387), termasuk *personal selling*, *blog (web log)/website* dapat membantu membuat hubungan dengan *customer* dan meningkatkan hubungan dengan *customer*, tetapi dengan biaya yang rendah.

2.4.3.5 **Personal Selling**

Personal Selling menurut Tuckwell (2008, p.8) merupakan menyampaikan pesan secara personal kepada pembeli tertentu. Pesan tersebut menjelaskan tentang fitur, atribut dan manfaat dari produk atau jasa. Sedangkan menurut Belch, (2009, p.25) *personal selling* adalah bentuk dari komunikasi dari orang ke orang dimana penjual berusaha mempersuasi pembeli potensial untuk membeli produk atau jasa perusahaan atau untuk bertindak sesuai dengan ide yang disampaikan. Tidak seperti iklan, *personal selling* melibatkan kontak langsung antara pembeli dan penjual, apakah tatap muka atau melalui bentuk telekomunikasi seperti penjualan melalui telepon. Interaksi ini membuat pemasar lebih fleksibel dalam berkomunikasi; penjual dapat mendengar atau melihat reaksi pembeli potensial dan segera memodifikasi pesan sesuai kebutuhan. Penjual, dalam *personal selling* dapat menyesuaikan pesan

sesuai dengan kebutuhan spesifik *customer's* dan situasi. *Personal selling* membutuhkan reaksi yang segera dan tepat karena pengaruh dari presentasi yang dilakukan biasanya dapat menilai bagaimana reaksi *customer*. Bila reaksi *customer* kurang baik, *sales person* dapat segera memodifikasi pesan. *Personal selling* dapat ditargetkan untuk pasar spesifik dan tipe *customer* yang terbaik untuk dijadikan prospek bagi produk atau jasa perusahaan.

Personal selling menurut Kotler (2006, p.536) adalah interaksi tatap muka antara penjual dengan satu atau beberapa prospek untuk kepentingan melakukan presentasi, menjawab pertanyaan dan mendapatkan pesanan. Tugas *personal selling* adalah mencari prospek, menetapkan target *customer*, melakukan komunikasi (untuk memberikan informasi tentang produk atau jasa perusahaan), menjual (melakukan pendekatan, melakukan presentasi, menjawab pertanyaan, mengatasi keberatan, dan menutup penjualan), melayani (melayani *customer* – memberikan konsultasi, menyelesaikan masalah *customer*, mendampingi atau membantu *customer* dalam hal teknis, membantu *customer* mengatur dalam hal pembayaran, mengatur pengiriman), mengumpulkan informasi (melakukan riset pasar), melakukan alokasi (menetapkan *customer* mana yang harus diutamakan pada waktu produk tidak cukup di pasar).

Penjualan personal menurut Kotler (2002, p.644) adalah alat yang paling efektif biaya pada tahap proses pembelian lebih lanjut, terutama dalam membangun preferensi, keyakinan, dan tindakan pembeli. Penjualan personal, memiliki tiga ciri khusus:

- Konfrontasi personal: penjualan personal mencakup hubungan yang hidup, langsung dan interaktif antara dua orang atau lebih. Masing-masing pihak dapat mengobservasi reaksi dari pihak lain dengan lebih dekat.
- Mempererat: penjualan personal memungkinkan timbulnya berbagai jenis hubungan mulai dari hubungan penjualan sampai hubungan persahabatan. Wiraniaga biasanya sudah benar-benar mengetahui minat *customer* yang terbaik.
- Tanggapan: penjualan personal membuat pembeli merasa berkewajiban untuk mendengarkan pembicaraan wiraniaga.

Penjualan perorangan (*personal selling*) menurut Shimp (2000, p.5) adalah bentuk komunikasi antar individu dimana tenaga penjual/wiraniaga menginformasikan, mendidik, dan melakukan persuasi kepada calon pembeli untuk membeli produk atau jasa perusahaan.

2.5 Komunikasi Persuasi

Persuasi adalah suatu proses dimana orang menggunakan pesan untuk mempengaruhi orang lain (Aras, 2012). Dalam teori persuasi, istilah pertama yang harus diketahui adalah keyakinan, mengacu pada apa yang orang pikirkan benar atau salah yang diyakini, dan percaya pada fakta-fakta. Istilah kedua adalah nilai, mengacu pada apa yang kita anggap baik atau buruk, benar atau salah. Istilah ketiga adalah motif, mengacu pada tujuan atau alasan tertentu audiens atau kepentingan pribadi tertentu dalam bertindak. Istilah persuasi yang keempat adalah sikap, mengacu pada apa yang orang suka atau tidak suka, mendukung atau menentang. Dan istilah persuasif yang terakhir yang perlu kita definisikan adalah perilaku, berarti

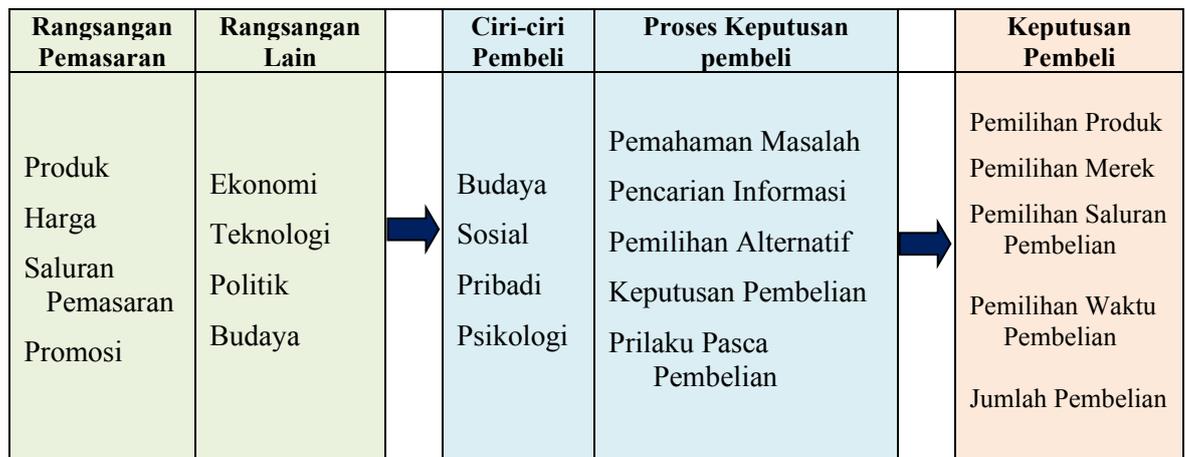
tindakan, dapat berupa lisan atau fisik tetapi melibatkan melakukan sesuatu (Aras, 2012). Sementara menurut pendapat Djoko Purwanto (2006, p.129), persuasi merupakan suatu usaha mengubah sikap, kepercayaan atau tindakan audiens untuk mencapai suatu tujuan. Secara sederhana, persuasi yang efektif adalah kemampuan untuk menyampaikan suatu pesan dengan cara yang membuat audiens (pembaca dan pendengar) merasa mempunyai pilihan dan membuatnya mereka setuju.

2.6 Perilaku Pembelian Konsumen

Tujuan pemasaran adalah memenuhi dan memuaskan kebutuhan serta keinginan pelanggan sasaran. Bidang ilmu perilaku konsumen mempelajari bagaimana individu, kelompok, dan organisasi memilih, membeli, memakai, serta memanfaatkan barang, jasa, gagasan, atau pengalaman dalam rangka memuaskan kebutuhan dan hasrat mereka (Kotler, 2002, p. 182).

Titik tolak untuk memahami perilaku pembeli adalah model rangsangan-tanggapan yang diperlihatkan dalam gambar 2.4. Rangsangan pemasaran dan lingkungan mulai memasuki kesadaran pembeli. Karakteristik pembeli dan proses pengambilan keputusan menimbulkan keputusan pembelian tertentu. Tugas pemasar adalah memahami apa yang terjadi dalam kesadaran pembeli mulai dari adanya rangsangan dari luar hingga munculnya keputusan pembelian pembeli (Kotler, 2002, p. 183).

Konsumen harus melalui lima urutan tahap dalam proses pembelian sebuah produk. Namun, urutan itu tidak berlaku, terutama atas pembelian dengan keterlibatan yang rendah. Konsumen dapat melewati atau membalik beberapa tahap. Namun, konsumen akan menggunakan seluruh tahapan saat menghadapi pembelian baru dengan keterlibatan yang tinggi (Kotler, 2002, p. 204).



Gambar 2.4 Model Prilaku Pembeli

Sumber: Kotler, 2002, p.183

Konsumen harus melalui lima urutan tahap dalam proses pembelian sebuah produk. Namun, urutan itu tidak berlaku, terutama atas pembelian dengan keterlibatan yang rendah. Konsumen dapat melewati atau membalik beberapa tahap. Namun, konsumen akan menggunakan seluruh tahapan saat menghadapi pembelian baru dengan keterlibatan yang tinggi (Kotler, 2002, p. 204).

Proses pembelian dimulai saat pembeli mengenali sebuah masalah atau kebutuhan. Kebutuhan tersebut dapat dicetuskan oleh rangsangan internal atau eksternal, misal melalui iklan yang ditonton di televisi (Kotler, 2002, p.204). Pemasar perlu mengidentifikasi keadaan yang memicu kebutuhan tertentu. Dengan mengumpulkan informasi dari sejumlah konsumen, pemasar dapat mengidentifikasi rangsangan yang paling sering membangkitkan minat akan suatu kategori produk. Pemasar kemudian dapat mengembangkan strategi pemasaran yang memicu minat konsumen (Kotler, 2002, p. 205).

Konsumen yang tergugah kebutuhannya akan terdorong untuk mencari informasi yang lebih banyak. Sumber informasi konsumen digolongkan ke dalam empat kelompok (Kotler, 2002, p. 205):

- Sumber pribadi: keluarga, teman, tetangga, kenalan
- Sumber komersial: iklan, wiraniaga, penyalur, kemasan, pajangan di toko
- Sumber publik: media massa, organisasi penentu peringkat konsumen
- Sumber pengalaman: penanganan, pengkajian, dan pemakaian produk.

Jumlah dan pengaruh relatif sumber-sumber informasi itu berbeda-beda bergantung pada kategori produk dan karakteristik pembeli. Secara umum, konsumen mendapatkan sebagian besar informasi tentang suatu produk dari sumber komersial – yaitu sumber yang didominasi oleh pemasar. Namun, informasi yang paling efektif berasal dari sumber pribadi. Tiap informasi menjalankan fungsi yang berbeda dalam mempengaruhi keputusan pembelian. Informasi komersial biasanya menjalankan fungsi pemberi informasi, dan sumber pribadi menjalankan fungsi legitimasi dan/atau evaluasi (Kotler, 2002, p. 205).

Bagaimana konsumen memproses informasi merek yang bersaing dan membuat penilaian akhir? Pertama konsumen berusaha untuk memenuhi suatu kebutuhan. Kedua, konsumen mencari manfaat tertentu dari solusi produk. Ketiga, konsumen memandang masing-masing produk sebagai sekumpulan atribut dengan kemampuan yang berbeda-beda dalam memberikan manfaat yang digunakan untuk memuaskan kebutuhan itu (Kotler, 2002, p. 206).

Dalam tahap evaluasi konsumen membentuk preferensi atas merek-merek dalam kumpulan pilihan. Sementara keputusan konsumen untuk memodifikasi, menunda, atau menghindari keputusan pembelian sangat dipengaruhi oleh resiko yang dirasakan (Kotler, 2002, p. 208). Setelah membeli produk, konsumen akan mengalami level kepuasan atau ketidakpuasan tertentu. Tugas pemasar tidak berakhir saat produk dibeli, melainkan berlanjut hingga periode pascapembelian. Pemasar harus memantau kepuasan pascapembelian, tindakan pascapembelian, dan pemakaian produk pascapembelian (Kotler, 2002, p. 208).

Menurut pendapat McCarthy (2009, pp. 166-167) bila konsumen menemukan sebuah konsep yang baru, pengalaman terdahulu menjadi tidak sesuai lagi. Situasi seperti ini melibatkan proses adopsi - yaitu langkah-langkah di mana individu menerima atau menolak ide baru tersebut. Sekalipun proses adopsi sama dengan proses pengambilan keputusan, proses mempelajari memainkan peran yang sangat jelas dan kontribusi promosi terhadap bauran pemasaran menjadi lebih nyata. Dalam proses adopsi, individu bergerak melalui beberapa tahap sebagai berikut: Pertama - tahap kesadaran, konsumen potensial mulai mengetahui adanya produk tetapi tidak mendetil, konsumen bahkan tidak mengetahui cara kerja produk tersebut. Tahap kedua adalah tahap ketertarikan - bila konsumen mulai tertarik maka mereka akan mengumpulkan berbagai informasi dan fakta tentang produk. Selanjutnya di tahap ketiga - konsumen mulai ingin mencoba produk dan menggunakannya. Berikutnya tahap keempat - yaitu tahap mencoba, konsumen membeli produk untuk betul-betul mengalaminya melalui pemakaian atau mencoba produk. Dan di tahap kelima, yaitu tahap keputusan - konsumen memutuskan apakah mereka mengadopsi atau menolak. Kepuasan konsumen pada waktu mencoba produk akan mengarahkan konsumen untuk mengadopsi dan menggunakan produk secara regular. Terakhir, tahap keenam yaitu tahap konfirmasi - konsumen selanjutnya secara terus menerus berpikir ulang tentang keputusannya dan mencari dukungan untuk keputusan berikutnya.

B. Kerangka Teori

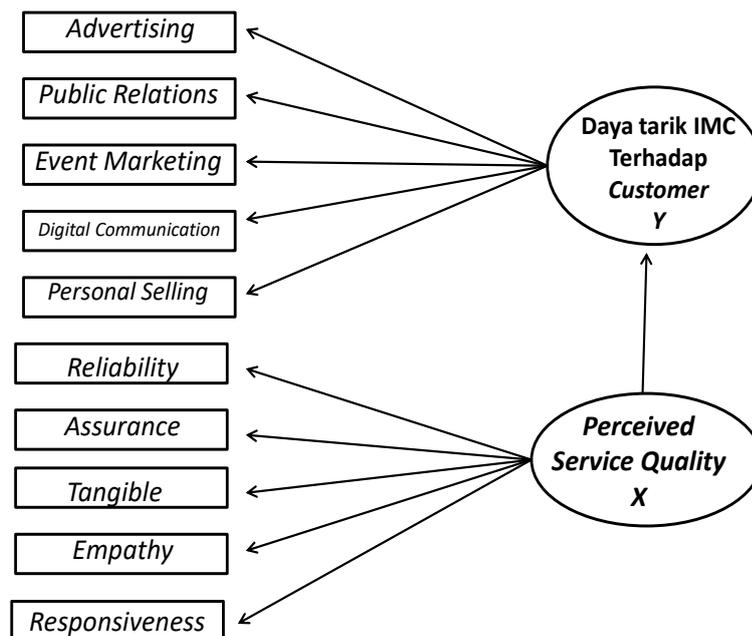
Kerangka teoritis penelitian ini dibangun berdasarkan:

Pertama, komunikasi pemasaran terpadu yang merupakan implementasi dari berbagai bentuk program komunikasi persuasif yang bertujuan mempengaruhi atau memberi efek langsung kepada *customer* agar *customer* tertarik terhadap perusahaan. Bentuk-bentuk komunikasi tersebut adalah

advertising, public relations, event marketing, digital communication dan *personal selling*.

Kedua, persepsi kualitas pelayanan (*perceived service quality*) yang merupakan perbandingan antara ekspektasi pelayanan yang diharapkan oleh *customer* dengan pelayanan yang diterima. Pengukuran kualitas pelayanan dipengaruhi oleh lima dimensi yaitu *reliability, assurance, tangible, empathy* dan *responsiveness*.

Ketiga, interelasi dan integrasi faktor komunikasi pemasaran terpadu dan kualitas pelayanan serta pengaruhnya terhadap peningkatan daya tarik *customer* membentuk model persamaan struktural seperti tercermin dalam Gambar 2.5.



Gambar 2.5 Gambar Model Persamaan Struktural Komunikasi Pemasaran Terpadu (*IMC*) Dalam Meningkatkan Daya Tarik *Customer* Dan Kualitas Pelayanan

Sumber: Lassar et.al., 2000; Hasyim, 2010; Howart et.al., 1998; Lapierre, 2000, Sutanto, 2008, Danibrata, 2011.

Pengembangan model ini berfokus pada model struktural yang merepresentasi kerangka teoritis untuk diuji. Gambar model persamaan struktural di atas menjelaskan bahwa terdapat satu variabel X yaitu variabel eksogen yang merupakan variabel independen (variabel yang mempengaruhi variabel dependen) adalah: *Perceived Service quality* dan satu variabel Y yaitu variabel endogen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain dalam satu model atau disebut juga disebut variabel laten, yaitu variabel yang tidak dapat diukur secara langsung, oleh karenanya disebut *un-observed variabel* (Gozali, 2005, p.10), adalah: Daya Tarik IMC terhadap *Customer*.

Untuk mengukur variable *Perceived Service Quality* indikator menggunakan teori lima dimensi kualitas pelayanan dari Parasuraman *et al.* (1985), yaitu *reliability, assurance, tangible, empathy* dan *responsiveness*.

Gambar anak panah dari variabel *perceived service quality* menuju ke indikator mencerminkan bahwa variabel diukur dengan indikator atau menunjukkan penyebab (Haryono, 2012, p.108) atau indikator reflektif berarti bahwa indikator dianggap mempengaruhi *variable observed* (Ghozali, 2008, p.13); jadi lima indikator, yaitu *reliability, assurance, tangible, empathy* dan *responsiveness* adalah penyebab atau mempengaruhi *perceive service quality*.

Demikian juga untuk mengukur variabel Daya Tarik IMC terhadap *Customer*, dalam hal ini digunakan 5 (lima) elemen komunikasi pemasaran, yaitu *advertising, public relations, event marketing, digital communication* dan *personal selling*.

Gambar anak panah dari variabel endogen daya tarik IMC terhadap *customer* menuju ke kotak indikator berarti bahwa *advertising, public relations, event marketing, digital communication* dan *personal selling* dianggap mempengaruhi Daya Tarik IMC Terhadap *Customer*.

Dan terakhir, gambar anak panah dari variabel eksogen ke variabel endogen untuk mengukur pengaruh '*Perceived Service Quality*' terhadap '*Daya Tarik IMC Terhadap Customer*' (Zeithaml, 2006, p. 548).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Pendekatan Penelitian

Model penelitian yang digunakan adalah *structural equation modeling* (SEM). Pengertian SEM menurut Ghazali (2005, p.3) adalah generasi kedua teknik analisis multivariat yang memungkinkan peneliti menguji hubungan antar variabel yang kompleks baik *recursive* maupun *non-recursive* untuk memperoleh gambaran yang komprehensif mengenai keseluruhan model. Metode SEM merupakan perkembangan dari analisis jalur (*path analysis*) dan regresi berganda (*multiple regression*) yang sama-sama merupakan bentuk model analisis multivariat (*multivariat analysis*). Dalam analisa yang bersifat asosiatif, multivariat-korelasional atau kausal efek, metode SEM seakan mematahkan dominasi penggunaan analisis jalur dan regresi berganda yang telah diggunakan selama beberapa dekade sampai dengan sebelum memasuki tahun 2000-an (Haryono, 2012, p.3). Dibandingkan dengan analisis jalur dan regresi berganda, metode SEM lebih unggul, karena (Haryono, 2012, p.4): Dapat menganalisis data secara lebih komprehensif. Analisis data pada analisis jalur dan regresi berganda hanya dilakukan terhadap data total *score* variabel yang merupakan jumlah dari butir-butir instrumen penelitian. Dengan demikian, analisis jalur dan regresi berganda sebenarnya hanya dilakukan pada variabel laten (*unobserved*). Sedangkan analisis data pada metode SEM bisa menelusuri lebih dalam atau sampai pada level terdalam terhadap variabel yang diteliti, karena dilakukan terhadap setiap *score* butir-butir pertanyaan sebuah instrumen variabel penelitian. Metode SEM lebih komprehensif dalam menjelaskan fenomena penelitian. Dilihat dari data yang digunakan SEM dapat diibaratkan mampu menjangkau sekaligus mengurai dan menganalisis isi perut terdalam sebuah model penelitian.

Metode SEM diharapkan mampu menjawab kelemahan dan kebuntuan yang dihadapi metode multivariat generasi sebelumnya, yaitu analisis jalur dan regresi berganda.

SEM dapat menguji secara bersama-sama Model Struktural, yaitu hubungan antara konstruk independen dengan dependen dan *model measurement*, yaitu hubungan antara indikator dengan konstruk (laten). Digabungkannya pengujian model struktural dengan pengukuran tersebut memungkinkan peneliti untuk menguji kesalahan pengukuran (*measurement error*) sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari SEM dan melakukan analisis faktor bersamaan dengan pengujian hipotesis (Haryono, 2012, p.11).

Analisis multivariat memiliki tiga jenis teknik yaitu teknik dependen, interdependen dan struktural model. Model struktural menganalisis variabel dependen dan independen secara simultan. Untuk menentukan secara lebih spesifik jenis analisis multivariat yang akan digunakan dalam sebuah penelitian, peneliti terlebih dahulu harus memperhatikan jenis pengukuran data terhadap variabel yang diteliti. Data variabel dalam analisis multivariat dapat bersifat kuantitatif atau kualitatif. Data kuantitatif dapat langsung dihitung atau dijumlah, sedangkan data kualitatif tidak. Untuk mendapatkan data kualitatif diperlukan teknik penskalaan (*scaling technique*). Salah satu teknik penskalaan yang terkenal luas dalam penelitian dikembangkan oleh Rensis Likert sehingga dikenal dengan Skala Likert (Haryono, 2012, p.25).

Sementara menurut Maholtra, SEM menggunakan pendekatan kuantitatif dengan sifat penelitian eksplanatif (*explanatory reseach*), karena tujuannya adalah untuk menjelaskan hubungan kausal (*cause and effect*) antara variabel eksogen (*Independent variables*) dan variabel endogen (*Dependent variable*) melalui pengujian hipotesis, sehingga menghasilkan konklusi (Maholtra, 1996, p.97).

Proses *Structural Equation Modelling* mencakup beberapa tahap (Ghozali, 2005, pp.8 -10). Tahap pertama adalah **konseptualisasi model**. Tahap ini berhubungan dengan pengembangan hipotesis (berdasarkan teori-teori) sebagai dasar dalam menghubungkan variabel laten dengan variabel laten lainnya, dan juga dengan indikatornya. Konseptualisasi model ini juga harus merefleksikan pengukuran variabel laten melalui berbagai indikator yang dapat diukur. Tahap kedua adalah **penyusunan diagram alur** (*path diagram construction*), akan memudahkan kita dalam memvisualisasi hipotesis yang telah diajukan dalam konseptual model di atas. Tahap ketiga adalah **spesifikasi model** dan menggambarkan sifat dan jumlah parameter yang diestimasi; analisis data tidak dapat dilakukan sampai analisa selesai. Tahap keempat adalah (2005, p. 9) **identifikasi model**. Informasi yang diperoleh dari data diuji untuk (tahap kelima) menentukan apakah cukup untuk mengestimasi parameter dalam model. Setelah model struktural dapat diidentifikasi, maka estimasi parameter dapat diketahui. Tahap keenam dalam SEM adalah **penilaian model fit**. Suatu model dikatakan fit apabila kovarians matriks suatu model (*model-based covariance matrix*) adalah sama dengan kovarians matriks data (*observed*). Setelah melakukan penilaian model fit (2005, p.10), maka model penelitian diuji untuk menentukan apakah **modifikasi model** diperlukan karena tidak fitnya hasil yang diperoleh pada tahap keenam. Namun harus diperhatikan, bahwa segala modifikasi (walaupun sangat sedikit), harus berdasarkan teori yang mendukung. Dengan kata lain, modifikasi model seharusnya tidak dilakukan hanya semata-mata untuk mencapai model yang *fit*. Tahap terakhir dari proses ini adalah **validasi silang model**, yaitu menguji fit tidaknya model terhadap suatu data baru (atau validasi sub sampel yang diperoleh melalui prosedur pemecahan sampel). Validasi silang ini penting apabila terdapat modifikasi yang substantial yang dilakukan terhadap model asli yang dilakukan pada langkah ketujuh di atas.

Tabel 3.1
Tahap-Tahap Dalam *Structural Equation Model*

1	Konseptualisasi model
2	Penyusunan diagram alur (path diagram)
3	Spesifikasi model
4	Identifikasi model
5	Estimasi parameter
6	Penilaian model fit
7	Modifikasi model
8	Validasi silang model

Sumber: Ghozali, 2005, p. 9

Untuk mengembangkan model dalam penelitian ini, maka dibedakan variabel *exogenous* (eksogen) dan *endogenous* (endogen). Variabel eksogen (Ghozali, 2005, p. 10) selalu merupakan variabel independen dan sehingga tidak dipengaruhi oleh variabel lain dalam satu model. Sedangkan variabel endogen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain dalam suatu model. Untuk penelitian ini, menggunakan SEM dengan variabel endogen (*endogenous*) yaitu Daya tarik IMC terhadap *Customer* dan variabel eksogen (*exogenous*), yaitu *Perceived Service Quality*. Data diolah dengan menggunakan program AMOS 17.00.

3.2. Jenis Data, Sumber Data dan Metode Pengumpulan Data

3.2.1 Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kualitatif, yaitu data yang tidak berbentuk angka (Supranto, 1991, p. 5), kemudian dibentuk ke dalam data berskala Likert (yang ditransformasikan ke dalam skala interval menggunakan program

AMOS 17.00). Skala likert ini berhubungan dengan pernyataan tentang sikap seseorang terhadap sesuatu, dan responden diminta mengisi pernyataan dalam skala ordinal berbentuk verbal dalam jumlah katagori tertentu, bisa 5,7 (Umar, 2000, p.137).

3.2.2 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini adalah sumber data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari sumber asli. Data primer yaitu (Wahdi, 2011, p. 51) informasi yang dikumpulkan terutama untuk tujuan investigasi yang sedang dilakukan.

3.2.3 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan metode wawancara terstruktur dengan instrumen daftar pertanyaan (*questionnaire*) dengan melibatkan responden untuk mendapatkan informasi yang diinginkan (Wahdi, 2011, p.61). Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan berbentuk tertulis. Dalam hal ini kuesioner akan diberikan kepada responden yaitu para pasien atau keluarga terdekat pasien pada Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana, yang berisi tentang pendapat atau penilaian mereka akan klinik dan praktek (1) Daya tarik IMC (*Integrated marketing Communications*), yaitu komunikasi pemasaran yang terdiri dari *Advertising, Public Relation, Event Marketing, Digital Communication, Personal Selling* dan (2) *Service Quality (SERVQUAL)* yang terdiri dari *Reliability, Assurance, Tangible, Empathy dan Responsiveness*. Kuesioner telah disusun terlebih dahulu, dengan memberikan pertanyaan terbuka dan tertutup, kemudian diserahkan kepada responden yang menjadi objek penelitian ini.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Kumpulan dari seluruh elemen yang dijadikan sebagai objek penelitian dinamakan populasi atau *universe* (Supranto, 1991, p.47). Adapun populasi untuk penelitian ini adalah: pasien Klinik Dr. Indrajana, keluarga terdekat pasien yang sudah lanjut usia dimana untuk menjalani perawatan yang bersangkutan perlu dibantu dan untuk memperoleh informasi dari yang bersangkutan dirasa perlu dibantu oleh keluarga terdekatnya, selain itu juga untuk pasien anak yang belum dewasa, dimana yang bersangkutan untuk berobat masih diantar oleh orang tuanya maka orang tuanya yang akan dijadikan sebagai objek penelitian. Untuk gender: pria dan wanita. Penelitian dilakukan terhadap pasien di Klinik Dr. Indrajana yang berlokasi di jalan Tanah Abang 3 – Jakarta Pusat.

3.3.2 Sampel

Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara menarik sampel dari populasi (Supranto, 1991, p.47). Teknik penarikan sampel dilakukan dengan cara nonprobabilitas dan teknik penarikan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *convenience sampling*, yaitu salah satu teknik penarikan sampling non probabilitas, di mana sampel ditariki ketika informasi untuk studi sedang dikumpulkan (Wahdi, 2011, p. 119). Adapun cara ini dilakukan karena pada waktu riset dilakukan, periset berbicara dengan beberapa responden dan bila periset melihat reaksi dari responden sentimen terhadap jasa yang diterima dan dinilai representatif untuk memberikan informasi yang dibutuhkan, maka periset akan melibatkannya dalam studi riset. Sampel atau perwakilan populasi adalah anggota populasi yang dipilih dengan berbagai pertimbangan sehingga dianggap mewakili karakteristik

populasi secara keseluruhan (Haryono, 2012, p.76). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien-pasien yang datang ke klinik dan sampel merupakan bagian dari populasi, yaitu pasien yang datang ke klinik selama periode penelitian dilakukan, yaitu bulan Juni sampai pertengahan Juli 2015, yaitu pasien atau keluarga terdekat pasien yang pernah menggunakan jasa pelayanan kesehatan pada Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana. Pemilihan sampel didasarkan pada karakteristik pasien yang dianggap dapat mewakili populasi. Hal ini dilakukan mengingat karakteristik pasien sangat bervariasi, baik dari segi usia, profesi, maupun pendidikan.

Menurut Ghazali (2008, p.64) besarnya ukuran sampel memiliki peran penting dalam interpretasi hasil SEM. Ukuran sampel memberikan dasar untuk mengestimasi *sampling error*. Besarnya ukuran sampel menurut Sekaran (2003) di Haryono, 2012 (p.76) untuk analisis SEM dibutuhkan sampel paling sedikit 5 kali jumlah variabel indikator yang digunakan. Teknik *Maximum Likelihood Estimation* membutuhkan sampel berkisar antara 100 – 200 sampel. Dengan demikian, untuk penelitian ini terdapat 10 indikator, yaitu: *advertising, public relation, event marketing, digital communication, personal selling, reliability, assurance, tangible, empathy dan responsiveness*, dengan total variabel indikator **25**, sehingga jumlah sampel minimal yang dibutuhkan adalah jumlah indikator variabel dikalikan lima, yaitu: **25 X 5 = 125 sampel**.

Jumlah kuesioner yang dapat dikumpulkan selama penelitian adalah 149, tetapi dipilih 125 yang mengisi kuesioner secara lengkap dan dianggap mewakili populasi dan jumlah tersebut memenuhi jumlah sampel minimal yang dibutuhkan.

3.4 Pengukuran Variabel

Menurut Ghozali (2008) umumnya pengukuran indikator suatu variabel laten menggunakan *skala likert* dengan lima katagori, yaitu: Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (TS), Netral (N), Setuju (S), dan Sangat Setuju (SS) yang sesungguhnya berbentuk skala ordinal (peringkat) (dalam Haryono, 2013, p.77). Sementara menurut Maholtra (1996, p.299), metode skala Likert merupakan metode yang paling sering digunakan dalam pengumpulan sejumlah pertanyaan yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti. Responden diharuskan memilih salah satu kategori dari jawaban yang tersedia, kemudian jawaban tersebut diberi skor tertentu.

Pengukuran untuk masing-masing variabel dalam penelitian ini dilakukan dalam bentuk skoring menurut skala Likert, menggunakan 5 angka penilaian dimana masing-masing pertanyaan diberi angka penilaian 1 sampai 5, angka 1 menunjukkan nilai terendah dan angka 5 menunjukkan nilai tertinggi, yaitu **Sangat Setuju** dengan bobot **5**, **Setuju** dengan bobot **4**, **Netral** dengan bobot **3**, **Tidak Setuju** dengan bobot **2**, dan **Sangat Tidak Setuju** dengan bobot **1**.

3.5 Definisi Operasional Variabel dan Indikator Variabel

Berdasarkan landasan teori yang diajukan dalam penelitian ini, maka dikembangkan definisi operasional yang merupakan penjabaran dan pengukuran variabel dan indikator yang dipilih dalam penelitian ini:

1. Komunikasi pemasaran (*Marketing communication*), yaitu elemen-elemen komunikasi pemasaran yang secara efektif mengkomunikasikan produk/jasa yang ditawarkan perusahaan/klinik sekaligus memberikan pelayanan yang baik kepada konsumen. Indikator untuk mengukur variabel komunikasi pemasaran terpadu meliputi: *advertising, public relations, event marketing, digital communication* dan *personal selling*.

2. *Service quality* (SERVQUAL) adalah kualitas pelayanan yang diberikan perusahaan/klinik kepada pasien, indikator untuk mengukur variabel *service quality* meliputi: *reliability* (kehandalan), *assurance* (kepercayaan), *tangible* (berwujud), *empathy* (empati) dan *responsiveness* (responsif).
3. Daya Tarik IMC terhadap *customer* adalah kemampuan perusahaan/klinik melalui komunikasi pemasaran untuk meningkatkan daya tarik *customer* terhadap klinik
4. *Perceived Service Quality* adalah kualitas pelayanan yang diterima pasien.

Masing-masing variabel memiliki dimensi dan indikator seperti yang dideskripsikan pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2
Definisi Operasional Variabel dan Indikator Variabel

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	INDIKATOR	UKURAN	Nomor Pertanyaan Kuesioner
DAYA TARIK IMC	Metode untuk mengkomunikasikan kepada konsumen tentang produk/jasa yang ditawarkan perusahaan (klinik)	Kemampuan berkomunikasi untuk menawarkan produk/jasa	Tingkat kemampuan komunikasi perusahaan (klinik) dalam menawarkan produk/jasa	1 - 11
	Bagian dari IMC yang dilaksanakan secara sengaja dengan cara membayar untuk mempromosikan produk/jasa melalui media cetak dan papan merek.	Advertising	Tingkat efektivitas iklan di media cetak dalam mempersuasi konsumen untuk tertarik datang ke klinik	1
			Tingkat efektivitas dan manfaat iklan melalui papan merek sebagai media informasi dan untuk memudahkan pasien sampai di klinik	2

	Program yang didesain untuk meningkatkan citra positif perusahaan/klinik, melalui acara <i>talkshow</i> di televisi, penulisan artikel di media cetak.	Public Relations	Tingkat efektivitas program acara <i>talkshow</i> di televisi dalam membentuk persepsi positif konsumen tentang klinik dan ketertarikan konsumen untuk mencari tahu lebih jauh tentang klinik	3
			Tingkat efektivitas program penulisan artikel oleh para dokter klinik di media cetak dalam membentuk persepsi positif terhadap klinik.	4
	Acara-acara (<i>event</i>) yang diselenggarakan perusahaan/klinik untuk meningkatkan daya tarik dan kepercayaan konsumen terhadap klinik, melalui keikutsertaan dalam acara bazar dan mengadakan seminar.	Event Marketing	Tingkat efektivitas kegiatan yang diselenggarakan di bazar dalam memperkenalkan jasa klinik	5
			Tingkat efektivitas program seminar yang diselenggarakan klinik dalam meningkatkan pelayanan dalam bentuk menambah pengetahuan dan informasi bagi konsumen.	6
	Berkomunikasi melalui media <i>digital communication</i> dalam meningkatkan daya tarik konsumen terhadap klinik, mengkomunikasikan jasa yang tersedia dan meningkatkan kualitas pelayanan klinik terhadap konsumen.	Digital Communication	Tingkat efektivitas website dalam meningkatkan daya tarik konsumen	7
			Tingkat efektivitas artikel-artikel tentang penyakit asma dan alergi yang dimuat di website	8
			Tingkat kemampuan website dalam memudahkan konsumen untuk mendapat pelayanan	9

	Interaksi tatap muka dengan satu orang atau lebih untuk memberikan pelayanan, khususnya karyawan garis depan	Personal Selling	Tingkat kemampuan dan pengetahuan (<i>front liners</i>) dalam melayani konsumen. Keramah tamahan, kesopanan, kemudahan informasi, dan dapat memberikan informasi secara tepat	10
			Tingkat kemampuan karyawan penunjang (keamanan, kasir, sopir <i>ambulance</i>) dalam melayani konsumen	11
PERCEIVED SERVICE QUALITY	Persepsi customer terhadap kualitas pelayanan yang diterima secara keseluruhan dari perusahaan (klinik)	Keseluruhan dari dimensi <i>service quality</i>		12 - 25
	<i>SERVQUAL</i> yang diukur dengan tingkat kualitas pelayanan yang tepat serta akurat	Reliability	Tingkat kehandalan yang diukur dari kemampuan dan keinginan para dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan secara baik, tepat dan akurat.	12
			Tingkat kemampuan dan keinginan perawat dalam membantu para dokter dan merawat pasien secara baik dan akurat	13
			Tingkat ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan	14
	<i>SERVQUAL</i> yang diukur dari derajat kualitas pelayanan yang tercermin dari adanya jaminan yang ditunjukkan berdasarkan	Assurance	Tingkat reputasi dan pengalaman para dokter	15
			Tingkat reputasi dan pengalaman para perawat	16

	kredibilitas dan sopan-santun tenaga medis dan staf klinik		Tingkat reputasi dan pengalaman frontliners	17
	<i>SERVQUAL</i> yang diukur melalui tampilan fisik yang terlihat dalam memberikan pelayanan, melalui penampilan karyawan, kebersihan dan kenyamanan, serta fasilitas peralatan.	Tangible	Tingkat kualitas pelayanan yang diukur dari penampilan dokter dan seluruh karyawan Klinik yang bersih dan rapi.	18
			Tingkat kualitas pelayanan yang diukur melalui fasilitas klinik dan ruang perawatan yang bersih dan nyaman.	19
			Tingkat kualitas pelayanan yang diukur melalui keberadaan dan ketersediaan fasilitas peralatan kesehatan yang <i>modern</i> dan lengkap.	20
	<i>SERVQUAL</i> yang diukur dari derajat kualitas pelayanan yang tercermin dari pengenalan dan pemahaman pihak perusahaan/klinik terhadap pasien secara profesional.	Empathy	Tingkat kemampuan klinik dalam melayani pasien melalui empati yang diukur dari pengenalan tenaga medis terhadap riwayat penyakit pasien.	21
			Tingkat pelayanan klinik yang diukur melalui waktu pelayanan yang bersifat fleksibel sehingga lebih memudahkan pasien untuk berobat.	22
			Tingkat pelayanan klinik yang diukur melalui kemudahan pasien dalam melakukan pendaftaran dan pengurusan administrasi lainnya.	23

	<i>SERVQUAL</i> yang diukur dari kecepatan klinik dalam melayani dan merespon kebutuhan pasien.	<i>Responsiveness</i>	Tingkat kecepatan para tenaga medis dan karyawan klinik dalam menangani pasien .	24
			Tingkat kecepatan para tenaga medis dan karyawan klinik dalam menyelesaikan setiap keluhan pasien .	25

Adapun kode untuk variabel dan indikator lebih lanjut dijabarkan pada Tabel 3.3.

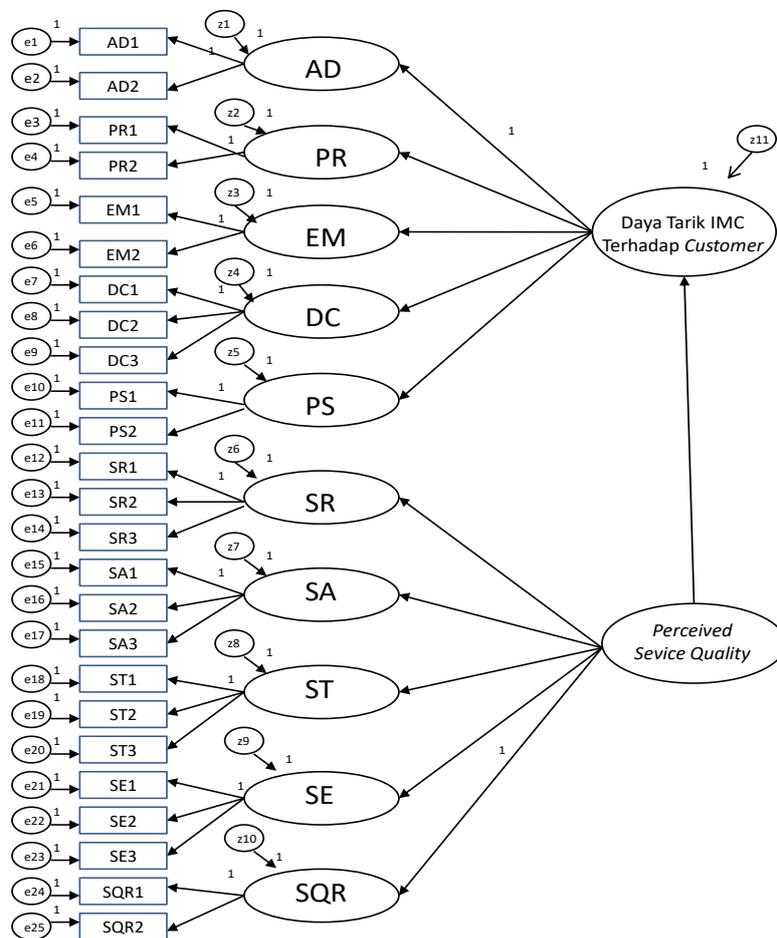
Tabel 3.3
Kode Konstruk Penelitian

VARIABEL	INDIKATOR	KODE INDIKATOR	REFERENSI TEORI / PENELITIAN
Daya Tarik IMC (Y)	<i>Advertising</i> (AD)	AD1	Belch, 2009 Danibrata, 2011 Hasyim, 2010 Kotler, 2002 Kotler, 2006
		AD2	Shimp, 2000 Shimp, 2003 Tuckwell, 2008 Ries, 1998 Yehsin, 1998
	<i>Public Relation</i> (PR)	PR1	Belch, 2009 Danibrata, 2011 Kotler, 2002 Kotler, 2006
		PR2	Shimp, 2003 Tuckwell, 2008

	<i>Event Marketing</i> (EM)	EM1	Howard, 1998 Kotler, 2006 Lapierre, Jozee, 2000
		EM2	Percy, 2008 Tuckwell, 2008
	<i>Digital Communication</i> (DC)	DC1	Belch,2009 Danibrata, 2011 Janoschka, 2004
		DC2	Kotler, 2006 Lapierre, 2000 Littlejohn, 2009 Percy, 2008
		DC3	Rowan, 2002 Tuckwell, 2008 Zeithaml, 2006
	<i>Personal Selling</i> (PS)	PS1	Belch, 2009 Danibrata, 2011 Hasyim, 2010 John, 1998
PS2		Kotler, 2002 Kotler, 2006 Shimp,2000 Tuckwell, 2008	
<i>Perceived Service Quality</i> (X)	<i>Reliability (SR)</i>	SR1	Berry, 2008 Daniel,2010 Gronroos,2009 Kotler, 2002 Lassar, et.al, 2000 Lapierre, 2000 Parasuraman,1985 Sutanto, 2008 Zeithaml. 2006
		SR2	
		SR3	
	<i>Assurance (SA)</i>	SA1	
		SA2	
		SA3	
	<i>Tangible (ST)</i>	ST1	
		ST2	
		ST3	
	<i>Empathy (SE)</i>	SE1	
		SE2	
		SE3	

	<i>Responsiveness</i> (SQR)	SQR1	
		SQR2	

Berdasarkan data di atas dan model penelitian, maka dibuat model konseptual pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1 Model Konseptual

Sumber: Data Primer yang diolah, Juli 2015, dengan program AMOS 17.00

3.6 Hipotesis penelitian:

- Daya tarik IMC dibentuk oleh kemampuan klinik dalam berkomunikasi menawarkan produk/jasa, yaitu faktor *advertising, public relations, event marketing, digital communication* dan *personal selling* yang dibuat oleh klinik. (Belch, 2009; Danibrata, 2011; Hasyim, 2010; Howard, 1998; Janoschka, 2004; John, 1998; Kotler, 2006; Lapierre, 2000; Percy, 2008; Rowan, 2002; Shimp, 2003; Tuckwell, 2008; Zeithaml, 2006)
- *Perceived Service Quality* dibentuk oleh seluruh dimensi dari *service quality*, yaitu: *reliability, assurance, tangible, empathy* dan *responsiveness* pada konsumen di klinik (Berry, 2008; Kotler, 2002; Lassar, et.al, 2000; Lapierre, 2000; Sutanto, 2008; Zeithaml, 2006)
- *Perceived Service Quality* berpengaruh terhadap Daya Tarik IMC (Zeithaml, 2006, p.548)

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4. Deskripsi Subjek, Data Hasil dan Analisis Data Penelitian

4.1. Deskripsi Subjek dan Data Hasil Penelitian

4.1.1 Deskripsi Subjek Penelitian

Karakteristik sampel penelitian ini dideskripsikan berdasarkan jenis kelamin, usia dan pengalaman atau lamanya menjadi pasien di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana. Dan sesuai perhitungan di Bab III - mengenai besaran ukuran sampel, maka jumlah responden selaku sampel dalam penelitian ini adalah: 125 orang.

Keseluruhan sampel ini terbagi ke dalam jenis kelamin laki-laki sebanyak 56 orang (44,8%) dan perempuan 69 orang (55,2%). Komposisi jumlah responden yang lebih banyak berdasarkan jenis kelaminnya adalah perempuan.

Dilihat dari segi usia, responden berusia antara 20 sampai 72 tahun, untuk pasien anak-anak yang berusia 2 sampai 19 tahun, wawancara dilakukan dengan orang tuanya.

Dilihat dari pengalaman menjadi pasien di klinik, responden dibagi dalam 4 kategori, yaitu: yang kurang dari 1 tahun ada 45 orang (36%), antara 1 tahun sampai 3 tahun: 18 orang (14,4%), lebih dari 3 tahun sampai 5 tahun: 20 orang (16%), dan lebih dari 5 tahun ada 42 orang (33,6%). Data tersebut digambarkan dalam tabel 4.1. sebagai berikut:

Tabel 4.1.
Karakteristik Responden

No.	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	56	44,8%
	Perempuan	69	55,2%
Total		125	100%
2	Umur		
	20 – 40 tahun	39	31,2%
	>40 – 60 tahun	53	42,4%
	>60 – 72 tahun	33	26,4%
Total		125	100%
No.	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
3	Pengalaman Menjadi Pasien di Klinik Asma dan Alergi DR.Indrajana:		
	Kurang dari 1 tahun	45	36%
	1 sampai 3 tahun	18	14,4%
	Lebih dari 3 tahun sampai 5 tahun	20	16%
	Lebih dari 5 tahun	42	33,6%
TOTAL		125	100%

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.1.2 Data Hasil Penelitian Tentang Komunikasi Pemasaran Klinik

4.1.2.1 Media periklanan/*Advertising*:

Beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan komunikasi pemasaran klinik ditanyakan kepada responden. Terhadap pertanyaan apakah responden mengetahui adanya klinik dari media cetak, sebanyak 0,8% menyatakan tidak setuju dan 21,6% memberikan pernyataan netral, 66,4% menyatakan setuju dan 11,2% menyatakan sangat setuju. Kebanyakan responden pernah melihat iklan di media majalah kesehatan. Berkaitan dengan papan iklan yang dipasang di pinggir jalan, yaitu di ujung jalan Tanah Abang 3 dan persimpangan antara Tanah Abang 2 dan Tanah Abang 3 dinilai memudahkan pasien

untuk sampai ke klinik, dimana 0,8% menyatakan tidak setuju, 14,4% memberi pernyataan netral, 63,2% responden menyatakan setuju dan 21,6% menyatakan sangat setuju. Data tersebut diringkas dalam tabel di bawah ini:

Tabel 4.2
Tentang Komunikasi Pemasaran – Media Periklanan/*Advertising*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Saya mengetahui adanya Klinik DR. Indrajana melalui iklan di media cetak			1	0,8	27	21,6	83	66,4	14	11,2
Papan iklan yang dipasang di pinggir jalan memudahkan saya untuk sampai di klinik			1	0,8	18	14,4	79	63,2	27	21,6

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.1.2.2 Hubungan Masyarakat/*Public Relations*

Persepsi responden tentang keterlibatan dokter di acara *talkshow* dalam program acara kesehatan di stasiun televisi dapat meningkatkan citra positif klinik, 0,8% yang menyatakan sangat tidak setuju, 0,8% menyatakan tidak setuju, 36,8% menyatakan netral, 59,2% menyatakan setuju dan 2,4% memberi pernyataan sangat setuju. Untuk pertanyaan berkaitan dengan artikel yang ditulis oleh para dokter klinik Indrajana di berbagai media cetak dapat meningkatkan citra positif klinik, ada 2,4% yang menyatakan tidak setuju, sementara 60% menyatakan netral dan 37,6% setuju, seperti terlihat dalam tabel 4.3 di bawah ini:

Tabel 4.3

Tentang Komunikasi Pemasaran – Hubungan Masyarakat/*Public Relations*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Keterlibatan para dokter klinik di acara <i>talkshow</i> dalam program acara kesehatan di stasiun televisi dapat meningkatkan citra positif klinik	1	0,8	1	0,8	46	36,8	74	59,2	3	2,4
Artikel yang ditulis oleh para dokter klinik di berbagai media cetak dapat meningkatkan citra positif klinik			3	2,4	75	60	47	37,6		

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

4.1.2.3 Pemasaran Even/*Event Marketing*

Berkaitan dengan keikutsertaan klinik dalam acara-acara bazar yang diselenggarakan di gedung-gedung perkantoran apakah menurut pendapat responden membuat lebih banyak orang yang mengetahui tentang klinik, ada 7,2% responden menyatakan tidak setuju, 38,4% memberi pernyataan netral, 52% menyatakan setuju dan 2,4% menyatakan sangat setuju.

Sementara untuk seminar-seminar yang diselenggarakan klinik 8,8% responden menyatakan tidak setuju dapat menambah pengetahuan tentang penyakit asma dan alergi, selebihnya 44,8% menyatakan netral dan 44,8% setuju dan 1,6% menyatakan sangat setuju, seperti terlihat di tabel 4.4 di bawah ini:

Tabel 4.4
Tentang Komunikasi Pemasaran –*Event Marketing*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Keikutsertaan klinik dalam acara bazar di gedung-gedung perkantoran membuat lebih banyak orang yang mengetahui tentang klinik Indrajana			9	7,2	48	38,4	65	52	3	2,4
Seminar-seminar yang diselenggarakan klinik sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan saya tentang penyakit asma dan alergi			11	8,8	56	44,8	56	44,8	2	1,6

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.1.2.4 Komunikasi Digital / *Digital Communication*

Pertanyaan yang diajukan tentang *website* klinik, apakah menurut responden *website* klinik sangat menarik? 18,4% responden menyatakan tidak setuju, sementara 57,6% menilai *website* biasa saja dan memberi pernyataan netral, sedangkan 24% menyatakan setuju. Mengenai artikel yang dimuat di *website*, 16,8% responden yang menyatakan tidak setuju artikel-artikel yang dimuat di *website* sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan mengenai penanganan penyakit asma dan alergi, selebihnya 68% bersikap netral dengan alasan artikel yang dimuat tidak diperbaharui dan 15,2% menyatakan setuju. Untuk pertanyaan apakah *website* yang tersedia membuat pasien lebih mudah untuk mendaftarkan diri dan mendapat pelayanan di klinik, 27,2% yang menyatakan tidak setuju, 60,8% menyatakan netral karena menurut mereka hanya dapat digunakan untuk mengetahui jadwal praktek dokter

dan tidak bisa mendaftar melalui *online*, dan 12% setuju. Data dapat dilihat di tabel 4.5 sebagai berikut:

Tabel 4.5
Tentang Komunikasi Pemasaran – Komunikasi Digital/*Digital Communication*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
<i>Website</i> klinik Indrajana sangat menarik			23	18,4	72	57,6	30	24		
Artikel-artikel yang dimuat di <i>website</i> klinik sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan saya mengenai penanganan penyakit asma dan alergi			21	16,8	85	68	19	15,2		
<i>Website</i> yang tersedia membuat saya lebih mudah untuk mendaftarkan diri dan mendapat pelayanan di klinik			34	27,2	76	60,8	15	12		

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.1.2.5 *Personal Selling*

Persepsi responden tentang para karyawan garis depan, baik dokter, perawat, *customer service/receptionist*, mampu memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dengan jelas, tepat dan selalu menunjukkan sikap kesediaan untuk membantu, 0,8% responden menyatakan tidak setuju, 34,4% memberi pernyataan netral, 60,8% setuju, dan 4% memberi pernyataan sangat setuju. Untuk karyawan penunjang - kasir satpam, sopir *ambulance* – melayani dengan ramah, sopan dan menunjukkan sikap kesediaan untuk membantu, 40,8% responden menyatakan netral, 56% setuju dan 3,2% sangat setuju, seperti terlihat dalam tabel 4.6 sebagai berikut:

Tabel 4.6
Tentang Komunikasi Pemasaran - *Personal Selling*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Para karyawan garis depan (dokter, perawat, <i>customer service/receptionist</i>) mampu memberikan informasi yang saya butuhkan dengan jelas, tepat dan selalu menunjukkan sikap kesediaan untuk membantu			1	0,8	43	34,4	76	60,8	5	4
Para karyawan penunjang (kasir, satpam, sopir <i>ambulance</i>) melayani dengan ramah, sopan dan menunjukkan sikap kesediaan untuk membantu					51	40,8	70	56	4	3,2

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.1.3 Data Hasil Penelitian Tentang Kualitas Pelayanan Klinik

Sehubungan dengan kualitas pelayanan, diajukan beberapa pertanyaan sebagai berikut:

4.1.3.1 Ketepatan/*Reliability*

Berkaitan dengan kemampuan dokter untuk mendiagnosa dan mengobati penyakit secara akurat, hanya 11,2% responden yang memberi pernyataan netral, 60% responden menyatakan setuju, 28,8% menyatakan sangat setuju. Selain dokter, ditanyakan juga tentang ketrampilan para perawat apakah menurut responden sangat terampil dan dapat merawat secara akurat, ada 31,2% responden memberi pernyataan netral, selebihnya 49,2% setuju dan 19,2% menyatakan sangat setuju. Sehubungan dengan waktu pelayanan klinik dinilai cukup tepat waktu, 33,6%

responden memberi pernyataan netral, 51,2% setuju klinik memberikan pelayanan tepat waktu sesuai jadwal dan 15,2% menyatakan sangat setuju. Data tersebut terlihat dalam tabel 4.7 sebagai berikut:

Tabel 4.7
Tentang Kualitas Pelayanan – Ketepatan/*Reliability*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Para dokter memiliki kemampuan untuk mendiagnosa dan mengobati penyakit secara akurat					14	11,2	75	60	36	28,8
Para perawat sangat terampil dan dapat merawat saya secara akurat					39	31,2	62	49,6	24	19,2
Klinik selalu memberikan pelayanan tepat waktu sesuai dengan jadwal					42	33,6	64	51,2	19	15,2

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.1.3.2 Kepercayaan/*Assurance*

Berkaitan dengan reputasi dan profesionalisme para dokter, 18,4% responden memberi pernyataan netral, 61,6% menyatakan setuju dan 20% menyatakan sangat setuju bahwa para dokter memiliki reputasi yang baik dan profesional. Sementara untuk para perawat memiliki reputasi dan pengalaman yang baik, 33,6% menyatakan netral, 59,2% menyatakan setuju dan 7,2% menyatakan sangat setuju. Seluruh staff bagian pelayanan bekerja secara profesional, 38,4% yang menyatakan netral, 54,4% setuju dan 7,2% memberi pernyataan sangat setuju, seperti di tabel 4.8 di bawah ini:

Tabel 4.8
Tentang Kualitas Pelayanan – Kepercayaan / *Assurance*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Para dokter memiliki reputasi yang baik dan profesional					23	18,4	77	61,6	25	20
Para perawat memiliki reputasi dan pengalaman yang baik					42	33,6	74	59,2	9	7,2
Seluruh staff bagian pelayanan bekerja secara profesional					48	38,4	68	54,4	9	7,2

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.1.3.3 Tampilan/*Tangible*

Tampilan para karyawan di klinik dinilai standar sebagaimana tampilan karyawan klinik pada umumnya, 4,8% responden menyatakan tidak setuju tampilan karyawan sangat rapi, bersih dan menarik, 52% menyatakan netral, 41,6% setuju dan 1,6% responden menyatakan sangat setuju. Sementara untuk kebersihan dan kenyamanan ruang perawatan dan fasilitas lainnya, 50,4% responden memberi pernyataan netral, 48% memberi pernyataan setuju dan sisanya 1,6% yang sangat setuju klinik bersih dan nyaman. Persepsi responden tentang peralatan dan kelengkapan kesehatan yang dimiliki klinik lengkap dan modern, ada 45,6% yang memberi pernyataan netral, 49,6% setuju dan 4,8% memberi pernyataan sangat setuju. Beberapa pasien memberikan masukan, akan lebih baik bila klinik melakukan renovasi agar tampilan terlihat lebih modern dan nyaman, selain itu peralatan yang ada memang cukup tapi terlihat sudah tua, dibandingkan

dengan klinik lain yang jauh lebih modern. Data penelitian mengenai tampilan dapat dilihat di tabel 4.9, sebagai berikut:

Tabel 4.9
Tentang Kualitas Pelayanan – Tampilan/*Tangible*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Tampilan para karyawan di klinik sangat rapi, bersih dan menarik			6	4,8	65	52	52	41,6	2	1,6
Klinik, ruang perawatan dan fasilitas lainnya bersih dan nyaman					63	50,4	60	48	2	1,6
Peralatan dan perlengkapan kesehatan yang dimiliki klinik sangat lengkap dan modern					57	45,6	62	49,6	6	4,8

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.1.3.4 Empati/*Empathy*

Responden menganggap bahwa klinik cukup mengenali riwayat penyakit pasien dan merawat dengan sabar, 17,6% memberi pernyataan netral, 68,8% setuju dan 13,6% menyatakan sangat setuju. Mengenai waktu pelayanan di klinik, sebanyak 0,8% menyatakan tidak setuju dengan waktu pelayanan yang sangat fleksibel sehingga memudahkan untuk berobat, sementara 38,4% menyatakan netral, 54,4% menyatakan setuju dan 6,4% sangat setuju. Untuk kemudahan dalam melakukan pendaftaran dan mengurus administrasi lain yang dibutuhkan, 34,4% menyatakan netral, kemudian 56,8% setuju dan 8,8% menyatakan sangat setuju, dijelaskan di tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel 4.10
Tentang Kualitas Pelayanan – Empati/*Empathy*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Para tenaga medis sangat mengenali riwayat penyakit saya dan merawat dengan sabar					22	17,6	17	13,6	86	68,8
Waktu pelayanan di klinik sangat fleksibel sehingga memudahkan saya untuk berobat			1	0,8	48	38,4	68	54,4	8	6,4
Sangat mudah untuk melakukan pendaftaran dan mengurus administrasi lainnya yang saya butuhkan					43	34,4	71	56,8	11	8,8

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

4.1.3.5 Responsif/*Responsiveness*

Berkaitan dengan responsif pihak klinik, 45,6% responden memberi pernyataan netral, 52,8% setuju dan 1,6% menyatakan sangat setuju bahwa pihak klinik selalu sangat cepat merespon dan membantu segala kebutuhan responden. Sementara bila responden menyampaikan keluhan, pihak klinik selalu sangat cepat merespon dan memberikan solusi, ada 62,4% responden yang memberi pernyataan netral dan 37,6% menyatakan setuju, dijelaskan dalam tabel 4.11 di bawah ini:

Tabel 4.11
Tentang Kualitas Pelayanan – Responsif/*Responsiveness*

Pertanyaan	Jawaban									
	STS		TS		N		S		SS	
	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%	frek	%
Pihak klinik selalu sangat cepat merespon dan membantu segala kebutuhan saya					57	45,6	66	52,8	2	1,6
Bila saya menyampaikan keluhan (komplain), pihak klinik selalu sangat cepat merespon dan memberikan solusi bagi saya					78	62,4	47	37,6		

Diolah berdasarkan data hasil penelitian, Juli 2015

4.2 Analisis Data Penelitian

Analisis data akan menampilkan hasil penelitian yang menyajikan hasil komputasi yang meliputi analisis faktor konfirmatori (*Confirmatory factor analysis*) dan analisis model penuh dari *Structural Equation Modelling* (*Full Model of Structural Equation Modelling*) yang menjadi kesatuan langkah dalam pengujian hipotesis.

Pengembangan model dalam penelitian ini telah digambarkan pada gambar 3.1 – Model Konseptual - di Bab III, model penelitian ini terdiri dari 25 variabel indikator untuk menguji adanya hubungan kausalitas antara elemen komunikasi pemasaran terpadu (IMC), yaitu periklanan, hubungan masyarakat, *event marketing*, komunikasi digital, *personal selling* terhadap daya tarik IMC terhadap *customer* dan hubungan kausalitas antara SERVQUAL, yaitu *reliability*, *assurance*, *tangible*, *empathy*, *responsiveness*, terhadap kualitas pelayanan yang diterima oleh pasien (*perceived service quality*), dan hubungan kausalitas antara *perceived service quality* terhadap daya tarik IMC terhadap *customer*.

Untuk mengukur kecocokan absolut untuk mengevaluasi SEM, ukuran yang digunakan adalah:

Chi-square (X^2) adalah alat uji statistik dalam *goodness of fit*, digunakan untuk menguji seberapa dekat kecocokan antara matrik kovarian sampel dengan matrik kovarian model. Peneliti berusaha memperoleh nilai *chi-square* yang rendah yang menghasilkan *significance level* $> 0,05$ atau ($p > 0.05$) yang menandakan hipotesis nol diterima (Haryono, 2012, p.133).

CMIN/DF adalah nilai *chi-square* dibagi dengan *degree of freedom*, ratio ukuran ini untuk mengukur fit. Nilai ratio < 2 merupakan ukuran fit (Haryono, 2012, p.72).

Goodness of Fit Index (GFI) dapat diklasifikasikan sebagai ukuran kecocokan absolut, karena pada dasarnya GFI membandingkan model yang dihipotesiskan dengan tidak ada model sama sekali. Nilai GFI berkisar 0 (*poor fit*) sampai 1 (*perfect fit*), dan nilai $GFI \geq 0,90$ merupakan *good fit* (kecocokan yang baik), sedangkan $0,80 \leq GFI < 0,90$ sering disebut sebagai *marginal fit* (Haryono, 2012, p. 135).

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) adalah perluasan dari GFI yang disesuaikan dengan rasio antara *degree of freedom* dari *baseline model* dengan *degree of freedom* dari model yang dihipotesiskan atau diestimasi. Nilai AGFI berkisar antara 0 sampai 1 dan nilai $AGFI \geq 0,90$ menunjukkan *good fit*. Sedangkan $0,80 \leq GFI < 0,90$ sering disebut sebagai *marginal fit* (Haryono, 2012, p.137).

Comparative Fit Index (CFI), nilai berkisar 0 sampai 1. Nilai $CFI \geq 0,90$ menunjukkan *good fit*, sedangkan $0,80 \leq CFI < 0,90$ sering disebut sebagai *marginal fit* (Haryono, 2012, p.139).

Tucker Lewis Index (TLI), sebagai sarana untuk mengevaluasi analisis SEM, dimana nilai TLI berkisar antara 0 sampai 1, dengan nilai $TLI \geq 0,90$ menunjukkan *good fit* dan $0,80 \leq TLI \leq 0,90$ adalah *marginal fit* (Haryono, 2012, p. 138).

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) merupakan salah satu indeks yang informatif dalam SEM, nilai $RMSEA \leq 0,05$ menandakan *close fit*, sedangkan $0,05 < RMSEA \leq 0,08$ menunjukkan *good fit*.

RMSEA antara 0,08 sampai 0,10 menunjukkan *mediocre (marginal) fit*, serta nilai RMSEA $> 0,10$ menunjukkan *poor fit* (Haryono, 2012, p.135).

Dari hasil uji *reliability* data yang telah dikumpulkan (terlampir), diperoleh *data descriptive statistic* seperti tertuang dalam tabel 4.12 di bawah ini

Tabel 4.12
Data Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std Deviation
AD1	125	2	5	3,90	0,615
AD2	125	2	5	4,06	0,626
PR1	125	1	5	3,62	0,593
PR2	125	2	4	3,35	0,528
EM1	125	2	5	3,50	0,667
EM2	125	2	5	3,40	0,684
DC1	125	2	4	3,06	0,651
DC2	125	2	4	2,99	0,575
DC3	125	2	4	2,85	0,610
PS1	125	2	5	3,68	0,562
PS2	125	3	5	3,62	0,549
SR1	125	3	5	4,07	0,709
SR2	125	3	5	3,88	0,703
SR3	125	3	5	3,82	0,677
SA1	125	3	5	4,01	0,629
SA2	125	3	5	3,74	0,584
SA3	125	3	5	3,69	0,601
ST1	125	2	5	3,40	0,609
ST2	125	3	5	3,52	0,533
ST3	125	3	5	3,60	0,582
SE1	125	3	5	3,97	0,567
SE2	125	2	5	3,66	0,608
SE3	125	3	5	3,76	0,627
SQR1	125	3	5	3,56	0,530

SQR2	125	3	4	3,38	0,488
Valid N (listwise)	125				

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Variabel Endogen yang diobservasi dengan jumlah sampel 125, yaitu:

PR2	SE 1	e4	e21
AD2	SE3	e2	e23
AD1	SQR2	e1	e25
PR1	SQR1	e3	e24
DC2	<i>Unobserved</i>	e8	<i>Perceived</i>
EM2	<i>endogenous</i>	e6	<i>Service</i>
EM1	<i>variables</i>	e5	<i>Quality</i>
DC1	AD	e7	z1
DC3	PR	e9	z2
SR2	EM	e13	z3
PS2	DC	e11	z4
PS1	SR	e10	z5
SR1	SA	e12	z6
SR3	ST	e14	z7
SA2	SE	e16	z8
SA1	SQR	e15	z9
SA3	DT IMC	e17	z10
ST2	<i>thd customer</i>	e19	z11
ST1	<i>unobserved</i>	e18	
ST3	<i>exogenous</i>	e20	
SE2	<i>variables</i>	e22	

Variable count (group number 1)

Number of variables: 73

Number of observed variables: 25

Number of unobserved variables: 48

Number of exogenous variables: 37

Number of endogenous variables: 36

Parameter summary (group number 1):

	<i>Weights</i>	<i>Covariances</i>	<i>Variances</i>	<i>Means</i>	<i>Intercepts</i>	<i>Total</i>
<i>Fixed</i>	48	0	0	0	0	48
<i>Labeled</i>	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	24	1	37	0	0	61
Total	72	1	37	0	0	109

Normalitas data:

Estimasi dengan maximum *likelihood* menghendaki variabel *observed* harus memenuhi asumsi normalitas *multivariate*. Oleh karena itu perlu dilakukan pengujian untuk melihat tingkat normalitas secara *multivariate* terhadap data yang digunakan dalam penelitian ini. Pengujian ini adalah dengan mengamati nilai kurtosis data yang digunakan. Evaluasi normalitas *multivariate* dengan AMOS dilakukan dengan menggunakan kriteria *critical ratio* (c.r.) dari *multivariate* pada kurtosis, apabila berada pada rentang antara +/- 2,58 berarti data berdistribusi normal secara *multivariate* (Haryono, 2012: p.308). Hasil pengujian normalitas data adalah sebagai berikut:

Tabel 4.13

Assessment of normality (Group Number 1)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
SQR1	3.000	5.000	.086	.394	-1.278	-2.918
SQR2	3.000	4.000	.477	2.177	-1.772	-4.045
SE3	3.000	5.000	.225	1.028	-.622	-1.419
SE1	3.000	5.000	-.007	-.034	.124	.283
SE2	2.000	5.000	.108	.492	-.427	-.974

ST3	3.000	5.000	.345	1.575	-.738	-1.684
ST1	2.000	5.000	-.043	-.196	-.368	-.839
ST2	3.000	5.000	.242	1.103	-1.248	-2.848
SA3	3.000	5.000	.252	1.149	-.633	-1.444
SA1	3.000	5.000	-.006	-.026	-.449	-1.024
SA2	3.000	5.000	.114	.518	-.508	-1.158
SR3	3.000	5.000	.238	1.087	-.827	-1.886
SR1	3.000	5.000	-.103	-.468	-.995	-2.271
PS1	2.000	5.000	-.195	-.888	-.304	-.695
PS2	3.000	5.000	.086	.392	-.894	-2.041
SR2	3.000	5.000	.169	.773	-.959	-2.188
DC3	2.000	4.000	.088	.402	-.411	-.938
DC1	2.000	4.000	-.055	-.249	-.632	-1.443
EM1	2.000	5.000	-.505	-2.304	-.211	-.482
EM2	2.000	5.000	-.395	-1.802	-.470	-1.073
DC2	2.000	4.000	-.001	-.003	.049	.111
PR1	1.000	5.000	-.806	-3.679	1.800	4.108
AD1	2.000	5.000	-.153	-.700	.173	.395
AD2	2.000	5.000	-.237	-1.082	.264	.602
PR2	2.000	4.000	.116	.529	-.958	-2.185
Multivariate					92,579	14,085

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Hasil pengujian normalitas menunjukkan bahwa c.r. untuk *multivariate* adalah 14,085 yang berada jauh di atas 2,58, sehingga dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi belum normal secara *multivariate*.

Data outliers

Outliers adalah kondisi observasi dari suatu data yang memiliki karakteristik unik yang terlihat sangat berbeda jauh dari observasi-observasi lainnya dan muncul dalam bentuk yang ekstrim, baik untuk variabel tunggal maupun kombinasi (Haryono, 2012, p.308). Deteksi terhadap multivariat *outliers* dilakukan dengan memperhatikan nilai *mahalanobis distance*. Adapun hasil *output* perhitungan *mahalanobis distance* oleh program AMOS adalah sebagai berikut:

Tabel 4.14

Observation farthest from the centroid (Mahalanobis Distance)(group number 1)

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
36	65.912	.000	.002
106	59.469	.000	.000
107	53.791	.001	.000
101	52.186	.001	.000
67	48.437	.003	.000
20	48.247	.003	.000
55	44.981	.008	.000
51	44.743	.009	.000
54	44.742	.009	.000
71	44.260	.010	.000
63	43.803	.011	.000
29	41.676	.019	.000
57	41.569	.020	.000
15	40.399	.027	.000
32	40.258	.027	.000
22	39.272	.035	.000
44	38.923	.038	.000
109	38.192	.044	.000
49	36.934	.059	.000
116	36.930	.059	.000
52	36.349	.066	.000
65	35.192	.085	.001
114	35.171	.085	.000
99	34.833	.091	.000
61	34.538	.097	.000
53	33.439	.120	.004
74	33.437	.120	.002
40	32.724	.138	.006
86	31.977	.159	.021

38	31.516	.172	.034
56	31.478	.174	.022
82	31.401	.176	.016
110	31.385	.177	.010
50	31.105	.186	.011
102	30.569	.204	.026
59	29.997	.224	.058
64	29.653	.238	.079
69	29.340	.250	.100
60	29.019	.263	.128
12	28.974	.265	.100
43	28.973	.265	.070
68	28.710	.276	.083
100	28.672	.278	.063
45	28.508	.285	.061
84	27.748	.320	.190
46	27.443	.334	.238
96	26.699	.371	.489
58	26.327	.390	.591
89	25.869	.415	.726
125	25.757	.421	.710
79	25.462	.437	.769
81	25.210	.451	.807
3	25.006	.462	.827
27	24.684	.480	.879
35	24.625	.484	.856
72	24.272	.504	.909
4	24.262	.504	.879
25	23.967	.521	.915
111	23.913	.524	.897
75	23.536	.546	.942
120	23.362	.556	.948
62	23.287	.561	.939

83	22.990	.578	.961
94	22.487	.607	.988
73	22.263	.621	.991
108	22.111	.629	.992
97	21.964	.638	.992
1	21.838	.645	.992
70	21.389	.671	.998
42	21.180	.683	.998
113	20.979	.694	.999
9	20.893	.699	.999
24	20.872	.700	.998
119	20.850	.701	.996
13	20.803	.704	.995
87	20.444	.723	.998
76	20.245	.734	.999
118	19.565	.769	1.000
47	19.306	.782	1.000
92	19.165	.789	1.000
121	19.058	.794	1.000
105	18.793	.807	1.000
21	18.467	.822	1.000
117	17.983	.843	1.000
48	17.824	.850	1.000
23	17.804	.851	1.000
124	17.204	.874	1.000
115	16.879	.886	1.000
31	16.636	.895	1.000
17	16.490	.899	1.000
66	16.108	.912	1.000
78	15.927	.917	1.000
30	15.843	.919	1.000
98	15.586	.927	1.000
85	15.519	.928	1.000

19	15.022	.941	1.000
93	14.909	.943	1.000
11	14.631	.950	1.000
123	14.471	.953	1.000
91	14.439	.954	1.000

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Models

Default model (Default model)

Notes for Model (Default model)

Computation of degrees of freedom (Default model)

Number of distinct sample moments: 325

Number of distinct parameters to be estimated: 61

Degrees of freedom (325 - 61): 264

Result (Default model)

Minimum was achieved

Chi-square = 470,490

Degrees of freedom = 264

Probability level = 0,000

Group number 1 (Group number 1 - Default model)

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Tabel 4.15

Regression Weights: (group number 1 – Default Model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
DayaTarikIMC terhadap customer	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	.286	.123	2.332	.020	

SA	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	1.172	.237	4.949	***	
EM	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	1.726	.541	3.193	.001	
DC	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	1.083	.380	2.852	.004	
PS	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	.472	.284	1.662	.096	
PR	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	1.082	.390	2.776	.006	
AD	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	1.000				
ST	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	1.055	.214	4.924	***	
SE	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	1.076	.231	4.652	***	
SQR	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	1.000				
SR	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	1.343	.279	4.805	***	
AD1	<---	AD	1.000				
PR1	<---	PR	1.711	.353	4.846	***	
PR2	<---	PR	1.000				
AD2	<---	AD	1.395	.276	5.053	***	
EM1	<---	EM	1.000				
DC1	<---	DC	1.078	.058	18.593	***	
DC2	<---	DC	1.000				
EM2	<---	EM	.920	.107	8.584	***	
DC3	<---	DC	.937	.062	15.206	***	
PS1	<---	PS	1.000				
SR1	<---	SR	.796	.059	13.550	***	
SR2	<---	SR	1.000				

PS2	<---	PS	.952	.250	3.811	***	
SR3	<---	SR	.880	.041	21.558	***	
SA1	<---	SA	.662	.079	8.408	***	
SA2	<---	SA	1.000				
SA3	<---	SA	.954	.046	20.922	***	
ST1	<---	ST	.794	.099	7.994	***	
ST2	<---	ST	1.000				
ST3	<---	ST	.967	.089	10.812	***	
SE1	<---	SE	.645	.086	7.487	***	
SE2	<---	SE	1.000				
SE3	<---	SE	1.079	.091	11.893	***	
SQR1	<---	SQR	1.000				
SQR2	<---	SQR	.845	.118	7.141	***	

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Berdasarkan data *regression weight* di atas terlihat bahwa ***personal selling*** tidak berkontribusi pada daya tarik IMC karena nilai p 0,096 berarti $>$ dari 0,05, sementara nilai yang berdistribusi sebaiknya p value $<$ 0,05.

Tabel 4.16

Standardized Regression Weights (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>
DayaTarik_IMC terhadap customer	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	.387
SA	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	.628
EM	<---	DayaTarik_IMC terhadap customer	.626

DC	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	.454
PS	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	.204
PR	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	.782
AD	<---	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	.519
ST	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	.664
SE	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	.628
SQR	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	.669
SR	<---	<i>Perceived Service_Quality</i>	.599
AD1	<---	AD	.728
PR1	<---	PR	.927
PR2	<---	PR	.609
AD2	<---	AD	.998
EM1	<---	EM	.960
DC1	<---	DC	.917
DC2	<---	DC	.964
EM2	<---	EM	.861
DC3	<---	DC	.852
PS1	<---	PS	.954
SR1	<---	SR	.792
SR2	<---	SR	1.003
PS2	<---	PS	.931
SR3	<---	SR	.917
SA1	<---	SA	.617

SA2	<---	SA	1.004
SA3	<---	SA	.931
ST1	<---	ST	.651
ST2	<---	ST	.938
ST3	<---	ST	.830
SE1	<---	SE	.613
SE2	<---	SE	.886
SE3	<---	SE	.926
SQR1	<---	SQR	.887
SQR2	<---	SQR	.813

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Tabel 4.17

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
<i>Perceived Service_Quality</i>	.098	.031	3.138	.002	
z11	.045	.025	1.786	.074	
z1	.145	.037	3.944	***	
z2	.040	.017	2.360	.018	
z3	.248	.059	4.204	***	
z4	.242	.038	6.407	***	
z5	.273	.081	3.366	***	
z6	.316	.050	6.289	***	
z7	.206	.035	5.915	***	
z8	.138	.029	4.700	***	

z9	.174	.035	4.933	***	
z10	.121	.032	3.793	***	
e4	.174	.028	6.146	***	
e2	.002	.069	.026	.979	
e1	.176	.042	4.189	***	
e3	.049	.052	.935	.350	
e8	.023	.009	2.448	.014	
e6	.120	.038	3.138	.002	
e5	.035	.042	.839	.402	
e7	.067	.013	4.961	***	
e9	.101	.015	6.682	***	
e13	-.003	.013	-.262	.793	
e11	.040	.067	.594	.552	
e10	.028	.074	.383	.702	
e12	.186	.025	7.462	***	
e14	.072	.013	5.354	***	
e16	-.003	.011	-.260	.795	
e15	.243	.031	7.790	***	
e17	.048	.012	4.002	***	
e19	.034	.017	2.043	.041	
e18	.212	.029	7.213	***	
e20	.105	.020	5.160	***	
e22	.079	.021	3.837	***	
e21	.199	.027	7.406	***	
e23	.055	.022	2.518	.012	

e25	.080	.021	3.761	***	
e24	.059	.027	2.175	.030	

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Notes for Model (Group number 1 - Default model)

The following variances are negative. (Group number 1 - Default model)

e13 e16

-.003 -.003

Notes for Group/Model (Group number 1 - Default model)

This solution is not admissible.

Tabel 4.18

Minimization History (Default Model)

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	21		-.472	9999.000	2756.838	0	9999.000
1	e*	21		-1.057	3.574	1580.477	20	.648
2	e*	16		-1.410	.547	1301.195	6	.971
3	e*	10		-.910	.611	1046.011	5	.808
4	e	3		-.100	.957	728.877	6	.917
5	e	3		-.378	.249	663.451	6	.854
6	e	3		-1.399	.587	596.058	7	.631
7	e	3		-.077	.368	553.666	6	.789
8	e	0	5340.226		1.196	494.594	5	.811
9	e	0	1838.295		.906	476.526	1	.924
10	e	1		-.013	.561	472.473	1	.701
11	e	0	3011.695		.219	470.876	6	.894

12	e	0	3227.669		.314	470.548	1	.914
13	e	0	4999.820		.065	470.491	1	1.028
14	e	0	4968.685		.021	470.490	1	1.013
15	e	0	4900.514		.000	470.490	1	1.000

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	61	470.490	264	.000	1.782
Saturated model	325	.000	0		
Independence model	25	2613.504	300	.000	8.712

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.041	.786	.736	.638
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.105	.324	.268	.299

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
<i>Default model</i>	.820	.795	.912	.899	.911
<i>Saturated model</i>	1.000		1.000		1.000
<i>Independence model</i>	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

<i>Model</i>	PRATIO	PNFI	PCFI
<i>Default model</i>	.880	.722	.801
<i>Saturated model</i>	.000	.000	.000
<i>Independence model</i>	1.000	.000	.000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
<i>Default model</i>	206.490	149.853	270.975
<i>Saturated model</i>	.000	.000	.000
<i>Independence model</i>	2313.504	2153.864	2480.535

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
<i>Default model</i>	3.794	1.665	1.208	2.185
<i>Saturated model</i>	.000	.000	.000	.000
<i>Independence model</i>	21.077	18.657	17.370	20.004

RMSEA

<i>Model</i>	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
<i>Default model</i>	.079	.068	.091	.000
<i>Independence model</i>	.249	.241	.258	.000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
<i>Default model</i>	592.490	624.858	765.017	826.017
<i>Saturated model</i>	650.000	822.449	1569.202	1894.202
<i>Independence model</i>	2663.504	2676.770	2734.212	2759.212

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
<i>Default model</i>	4.778	4.321	5.298	5.039
<i>Saturated model</i>	5.242	5.242	5.242	6.633
<i>Independence model</i>	21.480	20.192	22.827	21.587

HOELTER

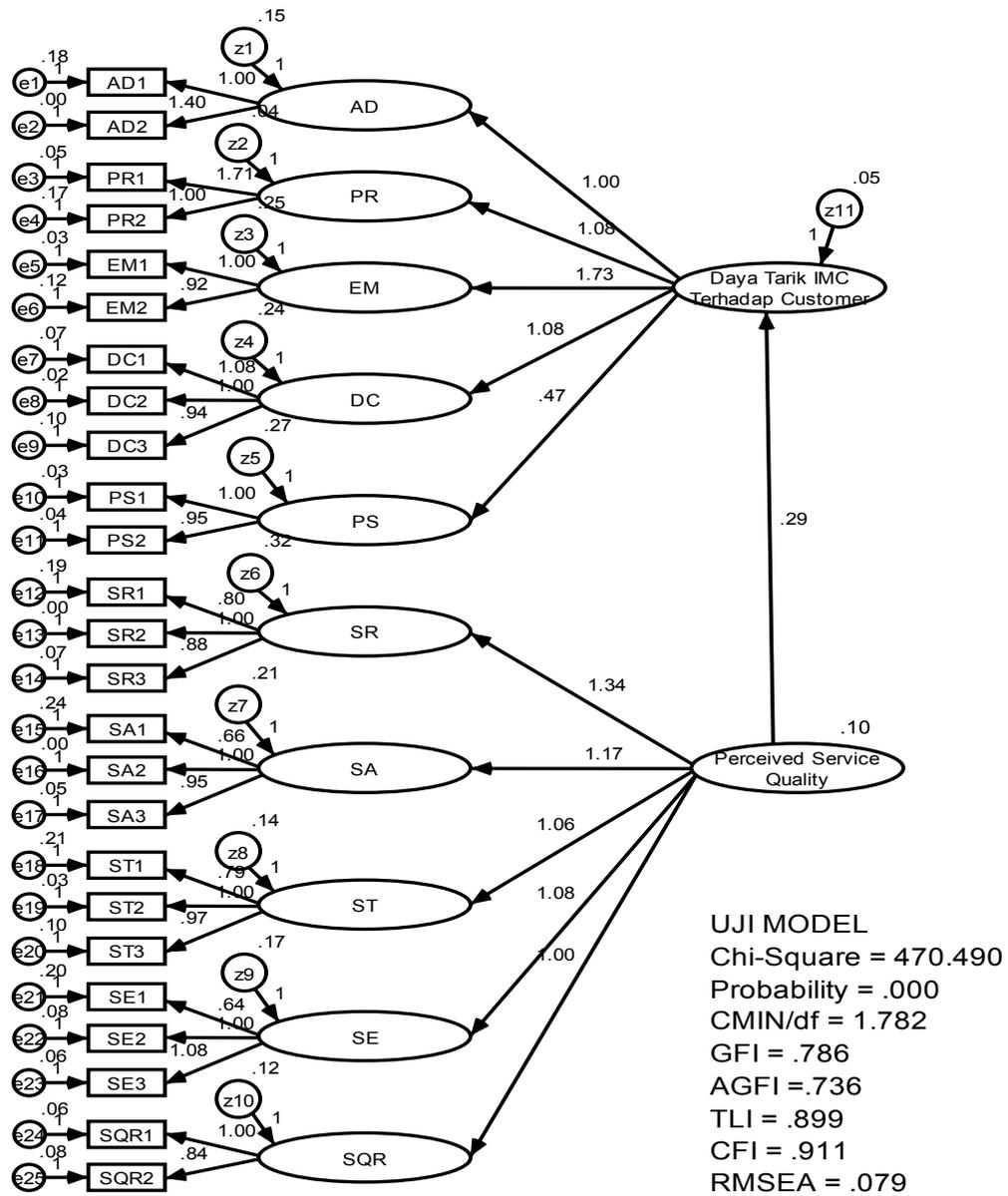
Model	HOELTER .05	HOELTER .01
<i>Default model</i>	80	85
<i>Independence model</i>	17	18

Execution time summary

<i>Minimization:</i>	.046
<i>Miscellaneous:</i>	.084
<i>Bootstrap:</i>	.000
Total:	.130

Analisis Model Struktural

Analisis hasil pengolahan data pada tahap *full model* SEM dilakukan dengan melakukan uji kesesuaian dan uji statistik yang merujuk pada kriteria *model fit* yang terdapat pada gambar *full model* SEM dan nilai *goodness of fit index* seperti di bawah ini:



Gambar 4.1 *Full-Model Structural Equation Model*

Sumber : data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Tabel 4. 19
Goodness of Fit – full model

Pengukuran <i>Goodness-of-fit</i>	Batas Penerimaan Yang Disarankan	Nilai	Keputusan
<i>Chi-Square hitung</i>	$\chi^2_{hit} < \chi^2_{tabel}(df: 264 = 302.90)$	470.490 > 302.90	Poor Fit
<i>P-value Chi-Square</i>	≥ 0.05	0.000	Poor Fit
CMIN/DF(Normed chisquare)	< 2	1.782	Fit
GFI	≥ 0.90	0.786	Poor Fit
RMSEA	≤ 0.08	0.079	Fit
AGFI	≥ 0.90	0.736	Poor Fit
RFI	≥ 0.90	0.785	Poor Fit
CFI	≥ 0.90	0.911	Fit
NFI	≥ 0.90	0.820	Marginal
TLI	≥ 0.90	0.820	Marginal

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Berdasarkan hasil perhitungan indeks *goodness of fit* di atas terlihat ada beberapa pengukuran yang hasilnya *poor fit*, dimana nilai *chi-square* adalah 470,490 sementara nilai yang disarankan adalah $< 302,90$ berarti melebihi nilai yang disarankan sehingga keputusannya adalah *poor fit*. Demikian juga dengan *p-value chi-square*, nilainya adalah 0,000 sementara nilai yang disarankan adalah $\geq 0,05$ berarti *poor fit*. Sementara nilai GFI adalah 0,786 lebih kecil dari nilai yang disarankan yaitu $\geq 0,90$ berarti *poor fit*; nilai AGFI 0,736 lebih kecil dari nilai yang disarankan yaitu $\geq 0,90$ berarti *poor fit*; nilai RFI 0,785 lebih kecil dari nilai yang disarankan yaitu $\geq 0,90$ berarti *poor fit* dan demikian juga dengan nilai NFI 0,820 berarti lebih kecil dari 0,90 kesimpulan *marginal*, dan TLI 0,820 berarti $\leq 0,90$ kesimpulan *marginal*. Namun dalam SEM, suatu indeks yang menunjukkan bahwa model adalah *fit* tidak memberi jaminan bahwa model benar-benar *fit*. Sebaliknya, suatu indeks *fit* yang menyimpulkan bahwa model adalah sangat buruk, tidak memberi jaminan bahwa model tersebut benar-benar tidak *fit* (Gozali,

2005: p.313). Oleh karena itu untuk menilai bahwa model yang dibuat fit akan dipertimbangkan seluruh indeks *fit* nya, sebagai berikut:

Chi-square dan P:

Model memiliki nilai *chi-square* 470.490 dengan 264 *degree of freedom*. Probabilitas *chi-square* adalah signifikan ($p=0,00$) yang berarti model tidak *fit*. χ^2/df : Indikator *goodness of fit* berikutnya adalah rasio perbandingan antara nilai *chi-square* dengan *degree of freedom* (χ^2/df), yaitu: $470,490/264 = 1,782$. Hasil tersebut lebih rendah dari *cut-off model fit* yang disarankan oleh Wheaton (1977), yaitu 5 (Ghozali, 2005, p.315). Sehingga kita dapat mengambil kesimpulan bahwa model sebenarnya memiliki *fit* yang cukup baik.

GFI:

Nilai berkisar antara 0 – 1, dengan nilai lebih tinggi adalah lebih baik. $GFI \geq 0,90$ adalah *good fit*, sedangkan $0,80 \leq GFI < 0,90$ adalah *marginal fit* (Haryono, 2012, p.142). Model menghasilkan nilai GFI 0,786 berarti model adalah cukup *fit*.

AGFI:

Nilai berkisar antara 0 – 1, dengan nilai lebih tinggi adalah lebih baik. $AGFI \geq 0,90$ adalah *good fit*, sedangkan $0,80 \leq AGFI < 0,90$ adalah *marginal fit* (Haryono, 2012, p. 142). Model menghasilkan nilai AGFI 0,736 berarti model masih cukup *fit*.

RFI:

Nilai RFI berkisar antara 0 sampai dengan 1 dimana nilai yang mendekati angka 1 tersebut menunjukkan model *fit* (Ghozali, 2005, p.316). Model menghasilkan nilai RFI 0,785, karena nilai RFI tersebut masih bisa dikatakan mendekati 1 maka model adalah cukup *fit*.

NFI

Suatu model dikatakan fit apabila memiliki nilai NFI (*normal Fit Index*) lebih besar dari 0,90. Model di atas menunjukkan bahwa nilai NFI 0,820, sedikit lebih kecil dari 0,90 sehingga masih kurang *fit*. Berdasarkan *incremental fit measure* nilai NFI berkisar antara 0-1, dengan nilai lebih tinggi adalah lebih baik. $NFI \geq 0,90$ adalah *good fit*, sedangkan $0,80 \leq NFI < 0,90$ adalah *marginal fit* (Haryono, 2012, p. 142). Berarti nilai NFI *marginal fit*.

Dengan demikian, maka model yang dipakai dalam penelitian ini dianggap *fit* dan dapat diterima

Pengujian Hipotesis:

Pengujian dilakukan terhadap 11 hipotesis yang diajukan. Pengujian dilakukan dengan menggunakan nilai *t-value* dengan signifikansi 0,05. Nilai *t-value* dalam program AMOS 17.00 merupakan nilai *Construct Reliability* (C.R.) pada *regression weights* (group number 1- *default model*). Apabila nilai CR $\geq 1,967$ atau nilai probabilitas (P) $\leq 0,05$ maka H_0 ditolak (hipotesis penelitian diterima). Nilai *regression weights* hasil pengolahan oleh AMOS terlihat dalam tabel 4.20 di bawah ini:

Tabel 4.20
Nilai *Regression Weights* (group number one – *default*)

No		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
1	<i>Perceived Service_Quality</i> → DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i>	.286	.123	2.332	.020	
2	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i> → EM	1.726	.541	3.193	.001	

3	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i> → DC	1.083	.380	2.852	.004	
4	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i> → PR	1.082	.390	2.776	.006	
5	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i> → AD	1.000				
6	DayaTarik_IMC terhadap <i>customer</i> → PS	.472	.284	1.662	.096	
7	<i>Perceived Service Quality</i> →SA	1.172	.237	4.949	***	
8	<i>Perceived Service Quality</i> →ST	1.055	.214	4.924	***	
9	<i>Perceived Service Quality</i> →SR	1.343	.279	4.805	***	
10	<i>Perceived Service Quality</i> →SE	1.076	.231	4.652	***	
11	<i>Perceived Service Quality</i> → SQR	1.000				

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Sesuai tabel 4.20 maka dapat disimpulkan hasil pengujian terhadap seluruh hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pengujian hipotesis 1:

Ho: *Perceived Service Quality* tidak berpengaruh terhadap Daya Tarik IMC terhadap *Customer*.

H1: *Perceived Service Quality* berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *Customer*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $2,332 > 1,967$ atau nilai P sebesar $0,020 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti ***Perceived Service Quality* berpengaruh terhadap daya Tarik IMC terhadap *Customer*.**

2. Pengujian hipotesis 2:

Ho: Elemen *Event Marketing* dari IMC tidak berpengaruh terhadap Daya Tarik IMC terhadap *customer*

H1: Elemen *Event Marketing* dari IMC berpengaruh terhadap Daya Tarik IMC terhadap *customer*

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $3,193 > 1,967$ atau nilai P sebesar $0,001 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti **elemen *Event Marketing* dari IMC berpengaruh terhadap Daya Tarik IMC terhadap *Customer*.**

3. Pengujian hipotesis 3:

Ho: Elemen *Digital Communication* dari IMC tidak berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *customer*.

H1: Elemen *Digital Commuication* dari IMC berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *Customer*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $2,852 > 1,967$ atau nilai P sebesar $0,004 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti **elemen *Digital Communication* dari IMC berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *Customer*.**

4. Pengujian hipotesis 4:

Ho: Elemen *Public Relations* dari IMC tidak berpengaruh terhadap Daya Tarik IMC terhadap *Customer*

H1: Elemen *Public Relations* dari IMC berpengaruh terhadap Daya Tarik IMC terhadap *customer*

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $2,776 > 1,967$ atau nilai P sebesar $0,006 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti **elemen *Public Relations* dari IMC berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *customer*.**

5. Pengujian hipotesis 5:

Ho: Elemen *Media Advertising* dari IMC tidak berpengaruh terhadap Daya Tarik IMC terhadap *Customer*

H1: Elemen *Media Advertising* dari IMC berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *Customer*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $0 < 1,967$ tapi nilai P sebesar $0 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti **elemen *Media Advertising* dari IMC berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *Customer*.**

6. Pengujian hipotesis 6:

Ho: Elemen *Personal Selling* dari IMC tidak berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *Customer*.

H1: Elemen *Personal Selling* dari IMC berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *Customer*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $1,662 < 1,967$ atau nilai P sebesar $0,096 > 0,05$ maka Ho diterima yang berarti **elemen *Personal Selling* dari IMC tidak berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *Customer*.**

7. Pengujian Hipotesis 7:

Ho: Dimensi *Assurance* dari *servqual* tidak berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.

H1: Dimensi *Assurance* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $4,949 > 1,967$ atau nilai P sebesar $0,00 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti **dimensi *Assurance* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.**

8. Pengujian Hipotesis 8:

Ho: Dimensi *Tangible* dari *servqual* tidak berpengaruh terhadap *Perceived Serviced Quality*.

H1: Dimensi *Tangible* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $4,924 > 1,967$ atau nilai P sebesar $0,00 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti **dimensi *Tangible* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.**

9. Pengujian Hipotesis 9:

Ho: Dimensi *Reliability* dari *servqual* tidak berpengaruh terhadap *Perceived Serviced Quality*.

H1: Dimensi *Reliability* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $4,805 > 1,967$ atau nilai P sebesar $0,00 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti **dimensi *Reliability* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.**

10. Pengujian Hipotesis 10

Ho: Dimensi *Empathy* dari *servqual* tidak berpengaruh terhadap *Perceived Serviced Quality*.

H1: Dimensi *Empathy* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $4,652 > 1,967$ atau nilai P sebesar $0,00 < 0,05$ maka Ho ditolak, yang berarti **dimensi *Empathy* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.**

11. Pengujian Hipotesis 11:

Ho: Dimensi *Responsiveness* dari *servqual* tidak berpengaruh terhadap *Perceived Serviced Quality*

H1: Dimensi *responsiveness* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.

Kesimpulan: Karena nilai C.R sebesar $0 < 1,967$ tapi nilai P sebesar $0,00 < 0,05$ maka H_0 ditolak, yang berarti **dimensi *Responsiveness* dari *servqual* berpengaruh terhadap *Perceived Service Quality*.**

Tabel 4.21
Kesimpulan Hipotesis

No	Hipotesis	Nilai C.R.	Nilai P	Hasil Uji
1	<i>Perceived Service Quality</i> berpengaruh positif terhadap DayaTarik IMC terhadap <i>customer</i>	2.332	.020	Diterima
2	<i>Event Marketing</i> berpengaruh positif terhadap DayaTarik IMC terhadap <i>customer</i>	3.193	.001	Diterima
3	<i>Digital Communication</i> berpengaruh positif terhadap DayaTarik IMC terhadap <i>customer</i>	2.852	.004	Diterima
4	<i>Public Relations</i> berpengaruh positif terhadap DayaTarik IMC terhadap <i>customer</i>	2.776	.006	Diterima
5	<i>Advertising</i> berpengaruh positif terhadap DayaTarik IMC terhadap <i>customer</i>			Diterima
6	<i>Personal selling</i> tidak berpengaruh terhadap DayaTarik IMC terhadap <i>customer</i>	1.662	.096	Ditolak
7	<i>Assurance</i> berpengaruh positif terhadap <i>Perceived Service Quality</i>	4.949	***	Diterima
8	<i>Tangible</i> berpengaruh positif terhadap <i>Perceived Service Quality</i>	4.924	***	Diterima
9	<i>Reliability</i> berpengaruh positif terhadap <i>Perceived Service Quality</i>	4.805	***	Diterima
10	<i>Empathy</i> berpengaruh positif terhadap <i>Perceived Service Quality</i>	4.652	***	Diterima
11	<i>Responsiveness</i> berpengaruh positif terhadap <i>Perceived Service Quality</i>			Diterima

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Berdasarkan hasil olah data di atas, dikeluarkan output koefisien korelasi antara indikator eksogen untuk memastikan ada tidaknya multikolinearitas antara indikator-indikator variabel eksogen. Hasil olah data *correlations* (korelasi) terlihat di tabel 4.22.

Bila nilai signifikan diatas 0,05 berarti tidak ada hubungan atau korelasi antar indikator. Hasil pengujian menunjukkan bahwa:

- Korelasi antara indikator terhadap indikator *Personal Selling* 1 (PS 1) dan *Personal Selling* 2 (PS 2): tidak signifikan atau dapat dikatakan dari indikator-indikator ke indikator *Personal Selling* 1 dan *Personal Selling* 2 tidak ada hubungan.
- Korelasi antara indikator *Advertising* 1 (AD1) dan indikator *Digital Communication* (DC) 1,2,3: tidak signifikan atau dapat dikatakan tidak ada hubungan.
- Korelasi antara indikator *Advertising* 2 (AD2) dan indikator *Digital Communication* 2, 3 (DC2, DC3): tidak signifikan atau dapat dikatakan tidak ada hubungan.
- Korelasi antara *Public Relations* 2 (PR2) dan indikator *Digital Communication* 1,2,3 (DC1, DC2, DC3): tidak signifikan atau dapat dikatakan tidak ada hubungan.

(catatan: Ukuran kode indikator sesuai dengan BAB 3 - tabel 3.2 – halaman 85).

Tabel 4.22
Correlations

	AD1	AD2	PR1	PR2	EM1	EM2	DC1	DC2	DC3	PS1	PS2
AD1 Pearson Correlation	1	.727**	.341**	.155	.237**	.150	.114	.089	.090	.004	-.012
Sig. (2-tailed)		.000	.000	.085	.008	.096	.205	.323	.319	.967	.892
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
AD2 Pearson Correlation		1	.428**	.184*	.337**	.230**	.210*	.158	.128	-.017	-.032
Sig. (2-tailed)			.000	.040	.000	.010	.019	.078	.155	.847	.722
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
PR1 Pearson Correlation			1	.565**	.412**	.382**	.349**	.299**	.261**	.136	.148
Sig. (2-tailed)				.000	.000	.000	.000	.001	.003	.129	.100
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
PR2 Pearson Correlation				1	.385**	.367**	.130	.116	.118	.111	.127
Sig. (2-tailed)					.000	.000	.149	.199	.192	.218	.159
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
EM1 Pearson Correlation					1	.827**	.343**	.263**	.289**	.046	-.007
Sig. (2-tailed)						.000	.000	.003	.001	.607	.939
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
EM2 Pearson Correlation						1	.329**	.275**	.282**	.084	.060
Sig. (2-tailed)							.000	.002	.001	.352	.505
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
DC1 Pearson Correlation							1	.884**	.773**	.071	.082
Sig. (2-tailed)								.000	.000	.429	.364
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
DC2 Pearson Correlation								1	.825**	.117	.144
Sig. (2-tailed)									.000	.195	.110
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
DC3 Pearson Correlation									1	.069	.069
Sig. (2-tailed)										.447	.446
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
PS1 Pearson Correlation										1	.888**
Sig. (2-tailed)											.000
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
PS2 Pearson Correlation											1
Sig. (2-tailed)											
N	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Sumber: data primer yang diolah, Juli 2015 dengan program AMOS 17.00

Tabel 4.23
Ringkasan Hasil Penelitian

Nomor	Tujuan Penelitian (BAB I – 1.3)	Hasil penelitian
1	Untuk menganalisis elemen-elemen komunikasi pemasaran yang efektif yang sebaiknya dijalankan klinik dalam rangka mengkomunikasikan pelayanan yang tersedia, agar dapat meningkatkan jumlah pasien, sehingga klinik dapat menata ulang komunikasi pemasaran jasa kliniknya secara lebih optimal dan efektif.	Elemen komunikasi pemasaran yang efektif yang sebaiknya dijalankan oleh klinik secara terpadu adalah: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Advertising</i> • <i>Event Marketing</i> • <i>Public Relations</i> • <i>Digital Communication</i>
2	Untuk menganalisis tingkat dominansi dari elemen-elemen komunikasi pemasaran yang dapat dijalankan secara terpadu yang berpengaruh terhadap daya tarik <i>customer</i> .	Berdasarkan urutan dominansinya, elemen komunikasi pemasaran yang berpengaruh terhadap daya tarik <i>customer</i> adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Event Marketing</i> 2. <i>Digital Communication</i> 3. <i>Public Relations</i> 3. <i>Advertising</i>
3	Untuk menganalisis persepsi <i>customer</i> tentang kualitas pelayanan di klinik, khususnya karyawan garis depan di bagian informasi dan tenaga kesehatan dan apakah <i>perceived service quality</i> berpengaruh terhadap daya tarik <i>customer</i> .	Kualitas pelayanan berpengaruh positif terhadap <i>perceived service quality</i> , dan urutan dominansi dari dimensi kualitas pelayanan mulai dari yang paling berpengaruh adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Assurance</i> 2. <i>Tangible</i> 3. <i>Reliability</i> 4. <i>Empathy</i> 5. <i>Responsiveness</i> Dan <i>perceived service quality</i> secara signifikan berpengaruh positif terhadap daya tarik <i>customer</i> .

4.3. Diskusi dan Interpretasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lima dimensi kualitas pelayanan, yaitu *assurance*, *tangible*, *reliability*, *empathy* dan *responsiveness* berpengaruh terhadap *perceived service quality*, sesuai dengan teori-teori yang ada, dan sangat sesuai dengan teori *conceptual model of service quality* dari Parasuraman.

Dan elemen komunikasi pemasaran *event marketing*, *digital communication*, *public relations*, *advertising* berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap *customer* berarti dapat membantu klinik untuk mengkomunikasikan produk/jasa yang ditawarkan.

Elemen *personal selling* tidak berpengaruh langsung terhadap daya tarik *customer*. Berdasarkan teori dan definisi dari *personal selling*, dokter dapat dikategorikan sebagai *sales person*, namun mengingat penelitian dilakukan di klinik, dimana dokter dalam hal ini tidak melakukan persuasi kepada calon pembeli untuk membeli jasa perusahaan (Shimp, 2000, p. 5) (Belch, 2009, p.25). Maka dokter di klinik walaupun termasuk sebagai *front liners* karena berhubungan langsung dengan *customer*, dalam hal ini adalah pasien. namun dalam penelitian ini peran dokter lebih difokuskan pada pemberi jasa, yaitu untuk mengukur kualitas pelayanan, dan masuk dalam dimensi *reliability*, *assurance* dan *tangible*, sehingga tidak diukur dalam elemen *personal selling*. Yang diukur dalam elemen *personal selling* adalah karyawan *front liners* yang bertugas sebagai penunjang aktivitas klinik dan melayani *customer*.

Dibandingkan dengan studi terdahulu:

- Hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian Lassar et.al., dimana SERVQUAL adalah awal dari pengukuran atas kepuasan *customer* dan berpengaruh terhadap persepsi *customer*.
- Hasil penelitian Hasyim, Fatchun., menyatakan bahwa iklan, humas dan penjualan perorangan merupakan kunci penting untuk kesadaran

merek dan penciptaan nilai dalam komunikasi pemasaran. Namun dalam penelitian ini menghasilkan penemuan bahwa iklan dan humas berpengaruh terhadap daya tarik *customer* namun *personal selling* tidak berpengaruh. Demikian juga halnya dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Danibrata, Aulia (2011), menyatakan bahwa elemen-elemen komunikasi pemasaran berpengaruh terhadap *perceived quality* dan nilai pelanggan. Namun dalam penelitian ini, khusus untuk elemen *personal selling* menunjukkan hasil hipotesis yang berbeda. Hal ini disebabkan karena studi terdahulu dilakukan di industri yang berbeda. Hasyim melakukan penelitian di industri lembaga pendidikan Perguruan Tinggi dan Danibrata melakukan penelitian di industri Perbankan. Menurut Belch (2009, p.25) *personal selling* adalah bentuk dari komunikasi dari orang ke orang dimana penjual berusaha mempersuasi pembeli potensial untuk membeli produk atau jasa perusahaan. Dan tugas *personal selling* menurut Kotler (2006, p.536) adalah mencari prospek, menetapkan target *customer*, melakukan komunikasi (untuk memberikan informasi tentang produk atau jasa perusahaan), menjual, melayani, mengumpulkan informasi dan melakukan alokasi. Sehingga dapat disimpulkan di industri jasa kesehatan (klinik) *personal selling* hanya melakukan sebagian dari tugas *personal selling* yaitu hanya berfungsi untuk melakukan komunikasi dan melayani customer. Berbeda dengan industri lainnya, keberadaan *personal selling* berfungsi untuk melakukan tugas-tugas sesuai dengan teori di atas. Untuk elemen lainnya dari komunikasi pemasaran, yaitu *public relations* dan *advertising*: hasil hipotesis sesuai dengan studi terdahulu.

- Dibandingkan dengan penelitian Howard, John., secara umum dapat dikatakan sesuai, karena penelitian sebelumnya menemukan bahwa informasi pemasaran dapat digunakan untuk mendiagnosis penyebab kurangnya respon yang memadai terhadap informasi.

- Hasil penelitian sesuai dibandingkan dengan penelitian Lapierre, Jozee., dimensi *responsiveness* dan *reliability* terkait dengan layanan dinilai penting bagi pelanggan bisnis. Berarti sesuai dengan hasil penelitian ini, dimensi tersebut dinilai penting juga bagi pelanggan nonbisnis.
- Hasil penelitian sesuai dibandingkan penelitian Sutanto, Jeanne Ananti., dimana ada pengaruh antara dimensi *service quality* dengan *perceived value*.

BAB V

KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

5.1. Kesimpulan:

Berdasarkan hasil penelitian dan analisa data maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pada Bab I tergambar jelas bahwa jumlah klinik terus bertambah, yang mana pada tahun 2013 klinik sudah memiliki 7 cabang, namun jumlah pasien secara keseluruhan tidak terlihat meningkat secara signifikan, bahkan dapat dikatakan stabil antara hanya memiliki 2 klinik di tahun 2001 dan 7 klinik di tahun 2013. Sejauh ini klinik telah melakukan kegiatan pemasaran dengan menjalankan beberapa program dari elemen dari komunikasi pemasaran. Selain itu pihak manajemen klinik juga berpendapat bahwa karyawan garis depan telah memberikan pelayanan yang berkualitas. Oleh karena itu permasalahan penelitian ini adalah: apakah tidak meningkatnya jumlah pasien disebabkan karena kurangnya daya tarik *customer* atau kualitas pelayanan yang kurang baik.

Untuk memecahkan permasalahan tersebut maka disusun metode penelitian yang mendukung proses pengambilan data dan tehnik analisisnya pada beberapa pasien atau keluarga terdekat pasien di klinik, adapun hasil penelitian menunjukkan bahwa:

- Elemen-elemen komunikasi pemasaran terpadu (IMC), khususnya *media advertising, public relations, event marketing* dan *digital communication* berpengaruh positif dan signifikan terhadap daya tarik IMC terhadap customer, kecuali elemen *personal selling* tidak berpengaruh signifikan terhadap daya tarik IMC.
- Seluruh dimensi kualitas pelayanan dari SERVQUAL yaitu *reliability, assurance, tangible, empathy* dan *responsiveness* berpengaruh positif dan signifikan terhadap *perceived service quality*.

2. Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- Pemilihan elemen komunikasi pemasaran yang dilakukan klinik sudah baik, namun belum efektif. Hal ini terlihat dari program komunikasi pemasaran dilakukan tidak konsisten dan tidak terintegrasi, dimana berdasarkan data yang diketahui *advertising* dilakukan tahun 2010 - 2011, pelatihan untuk peningkatan kualitas *personal selling* dan pelayanan *staff front liners* di tahun 2011 dan program *public relations* di tahun 2013. Pada waktu melakukan penelitian, Juli 2015, jumlah responden yang menjadi pasien lebih dari 3 tahun sampai 5 tahun atau menjadi pasien sejak tahun 2010 – 2012 hanya 16% dan responden yang sudah menjadi pasien selama 1 - 3 tahun atau menjadi pasien sejak tahun 2012 – 2014 hanya 14,4%. Sementara jumlah pasien di tahun 2010 ke 2011 pada waktu program *advertising* dijalankan jumlah pasien meningkat 5,43% (sesuai data di tabel 1.2).
- Persepsi *customer* tentang kualitas pelayanan di klinik, khususnya dokter adalah baik. Dan hasil uji data menunjukkan bahwa dimensi *assurance* menjadi alasan utama mengapa pasien datang atau datang kembali ke klinik. Berdasarkan urutannya, persepsi kualitas pelayanan di klinik adalah: *Assurance, Tangible, Reliability, Empathy* dan *Responsiveness*. Berarti reputasi dokter dan tenaga medis lainnya merupakan dimensi yang berpengaruh terhadap *perceived service quality*.
- Elemen komunikasi pemasaran terpadu yang dapat meningkatkan daya tarik *customer* di klinik, sesuai urutan dominasinya adalah: *Event Marketing, Digital Communication, Public Relations, dan Media Advertising*.
- Elemen *personal selling* tidak berpengaruh terhadap daya tarik IMC terhadap customer.

5.2. Implikasi Kebijakan

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian di atas, dapat dikemukakan saran-saran yang perlu ditindak lanjuti, baik untuk Manajemen Klinik maupun untuk pengembangan pengetahuan yaitu untuk peneliti selanjutnya yang berminat dengan bidang manajemen pemasaran dan kualitas layanan maupun kepentingan praktisi.

Bagi Manajemen Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana

- Program komunikasi pemasaran yang dilakukan sebaiknya dijalankan secara lebih konsisten dan terintegrasi antara elemen yang satu dengan lainnya agar hasilnya lebih optimal dan efektif. Karena komunikasi pemasaran terpadu akan menghasilkan pesan yang lebih konsisten dan pengaruh penjualan yang lebih besar. IMC akan memperbaiki kemampuan perusahaan dalam menjangkau *customer* yang tepat dengan pesan yang tepat pada saat yang tepat dan di tempat yang tepat (Kotler, 2002, p. 649). Klinik melalui program IMC dapat meningkatkan daya tarik terhadap *customer* sehingga mendapatkan lebih banyak pasien baru, antara lain: tetap aktif berpartisipasi dalam berbagai kegiatan yang dapat memperkenalkan klinik ke masyarakat, khususnya target pasar; melakukan kegiatan publisitas di berbagai media cetak, elektronik dan *digital*; aktif bekerjasama dengan pihak media televisi atau radio sebagai nara sumber; dan terintegrasi dengan kegiatan tersebut juga membuat iklan di berbagai media.
- Sejalan dengan perkembangan teknologi dan semakin berkembangnya media *digital*, manajemen klinik dapat memanfaatkan media *digital communication* secara lebih maksimal, bukan hanya sebagai sarana informasi tentang klinik semata tetapi juga untuk meningkatkan pelayanan bagi pasien, sebagai wadah komunitas pasien, tempat untuk berbagi informasi dan peningkatan citra klinik. Khususnya untuk

website, klinik dapat memperhatikan 7C's + C (Kotler, 2006, p.613), yaitu: *context, content, community, customization, communication, connection, commerce* dan *constant change*.

- Untuk peningkatan **dimensi *tangible*** atau *physical evidence*: karena *service* tidak terlihat, maka *customer* sering menghubungkannya dengan segala sesuatu yang dapat terlihat, untuk mengevaluasi pelayanan sebelum dibeli dan menilai kepuasan selama dan setelah pelayanan diterima. *Design* yang efektif dari bentuk fisik, *physical evidence* sangat penting untuk menutup gap 2 (Zeithaml, 2006, p. 317), yaitu kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi mutu jasa (Zeithaml, 2006, p. 38). Elemen dari *tangible* atau *physical evidence*, (Zeithaml, 2006, p. 317) antara lain: ***servicescape***, seperti: **fasilitas eksterior**: desain eksterior, tanda petunjuk, area parkir, ruang terbuka; **fasilitas interior**: desain interior, perlengkapan, petunjuk ruangan, *layout* ruangan, suhu udara; dan **bentuk *tangibles* lainnya**, antara lain: seragam, busana dan penampilan karyawan, dan *web pages*.
- Untuk **dimensi *responsiveness***, agar karyawan lebih cepat dalam merespon kebutuhan pasien dan menangani keluhan yang disampaikan. Untuk memenuhi dimensi *responsiveness*, perusahaan harus memperhatikan proses dalam penyampaian *service* dan dalam menangani permintaan dari sudut pandang customer daripada perusahaan (Zeithaml, 2006, p. 117).
- Karena kelima dimensi kualitas pelayanan (SERVQUAL), yaitu *reliability, tangible, assurance, empathy* dan *responsiveness* dapat secara langsung dipengaruhi oleh karyawan yang melayani (Zeithaml, 2006, p. 357), maka klinik dapat melakukan aktivitas *internal marketing* (Zeithaml, 2006, p. 356) antara lain melakukan pelatihan, motivasi, dan pemberian penghargaan bagi karyawan, agar karyawan

dapat menyampaikan pelayanan sesuai dengan janji yang telah dibuat oleh klinik, sehingga klinik menjadi lebih sukses.

- Menjalani program *Customer Relationship Management* untuk mempertahankan dan meningkatkan hubungan baik dan berkelanjutan antara klinik dengan pasien yang sudah ada, khususnya yang sudah loyal dan menjadi pasien sejak lama, sehingga mereka dapat menjadi *advocate* bagi klinik dan dapat mendatangkan pasien-pasien baru. Selain itu mereka dapat memberikan masukan positif bagi klinik dalam rangka meningkatkan kualitas layanan. Dalam hal ini klinik dapat membangun *high-loyalty customer* yang didasari pada program yang menguntungkan bagi *customer* (Zeithaml, 2009, p.189), antara lain dengan membuat *profitability tiers* bagi pasien yang dibagi dalam kelas *platinum, gold, iron* dan *lead*. Selain itu, klinik juga dapat meningkatkan hubungan dengan pasien melalui program ***Relationship Bonds*** (Zeithaml, 2009, pp. 193-197), yang terdiri dari empat tingkatan, yaitu: (1) ***Financial Bonds***, dimana klinik mengikat *customer* melalui insentif secara finansial, seperti memberikan harga yang lebih murah untuk *volume* pemakaian jasa yang lebih banyak atau untuk pasien yang sudah lama menjadi pasien di klinik. (2) ***Social Bonds***, yaitu strategi yang dilakukan dengan cara menjadikan *customer* sebagai '*clients*', dimana pasien diperlakukan secara lebih personal dan para pemberi jasa mengenal pasien secara lebih mendalam dan memperlakukannya sebagai individu. Di tingkat berikutnya adalah melakukan (3) ***Customization Bonds***, dengan menggunakan pendekatan *mass customization* dan *customer intimacy*, yaitu: *mass customization* adalah memberikan proses pelayanan secara lebih fleksibel, sedangkan *customer intimacy* berarti klinik melakukan pendekatan melalui pemahaman tentang pasien dan memberikan solusi secara khusus yang sesuai dengan pasien. Dan di tingkat yang terakhir, klinik melakukan program (4) ***Structural Bonds***, yaitu

mencakup *financial*, *social* dan *customization* antara *customer* – dalam hal ini pasien dengan klinik. Diharapkan melalui program ini *customer* menjadi lebih loyal terhadap klinik sehingga jumlah pasien akan terus meningkat.

- Melakukan penelitian pada kasus pasien yang tidak kembali lagi, untuk mengetahui apakah pasien betul-betul sudah sembuh atau berpindah ke klinik atau rumah sakit lain dan apa penyebabnya. Klinik dapat melakukan *lost customer research* (Zeithaml, 2009, p. 158), dengan cara melakukan *Exit Interview*, dimana karyawan atau perwakilan dari pihak klinik dapat menanyakan kepada pasien dengan menggunakan pertanyaan terbuka dan mendalam sehubungan dengan ketidakpuasan pasien atau alasan lain yang menyebabkan pasien tidak kembali lagi. Melalui *interview* seperti ini klinik dapat mengetahui apa kekurangan dari klinik dan dapat segera memperbaiki kualitas pelayanan atau komunikasi pemasarannya.

Bagi Penelitian Selanjutnya

- Untuk pengembangan penelitian selanjutnya, disarankan agar peneliti berikutnya dapat menambahkan indikator *word of mouth communication*. Karena *service consumers* sangat dipengaruhi oleh opini pribadi, memahami dan mengontrol komunikasi dari satu orang ke orang lain menjadi sangat penting bagi perusahaan jasa (Zeithaml, 2006, p. 67). Selain itu (p. 496) karena *service* pada umumnya mempunyai tingkat pengalaman dan kepercayaan yang tinggi, informasi sering lebih cepat disampaikan dari seorang kepada orang lain daripada melalui saluran pemasaran tradisional.
- Dapat menganalisa efektivitas dari *Customer Relationship Management* terhadap loyalitas pelanggan.
- Untuk menggali faktor-faktor lain yang berpengaruh dapat dilakukan penelitian secara kualitatif. Riset pemasaran tidak terbatas pada survei dan statistik (Zeithaml, 2006, p. 143), banyak bentuk riset yang dapat dilakukan

perusahaan, antara lain *focus group* atau *contact centers*, *toll-free number*, *customer care e-mail address*.

- Obyek penelitian dapat diperluas pada skala yang lebih besar dan berbeda-beda, seperti rumah sakit dan juga industri jasa lainnya seperti hotel, biro perjalanan, perusahaan penerbangan, lembaga pendidikan dan industri jasa lainnya, untuk membandingkan hasil hipotesis dari studi yang sudah ada.

DAFTAR REFERENSI

BUKU:

- Bailey, Kenneth D. (1978). *Methods of Social Research*. The Free Press, New York, USA.
- Belch, George E., Belch, Michael A. (2004). *Advertising and Promotion – an Integrated Marketing Communication Perspective*, 6th Edition. The McGraw Hills Companies, Inc, New York.
- Berry, Leonard.L, Seltman, Kent.D. (2008). *Management Lessons from Mayo Clinic*. McGraw Hill, New York.
- Ghozali, Imam. (2008). *Structural Equation Modeling – Metode Alternatif dengan Partial Least Square*. Edisi 2. Badan Penerbit UnDip, Semarang.
- Ghozali, Imam., Fuad. (2005). *Structural Equation Modeling – Teori, Konsep, dan Aplikasi dengan program Lisrel 8.5*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.
- GrHair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., Black, W.C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. 5th Edition. Prentice Hall International Inc, New Jersey.
- Griffin, Em. (2009). *A First Look at Communication Theory*. 7th Edition. McGraw Hill International, USA.
- Haryono, Siswoyo., Wardoyo, Parwoto. (2012). *Structural Equation Modeling - Untuk Penelitian manajemen Menggunakan AMOS 18.00*. PT Intermedia Personalia Utama.
- Janoschka, Anja. (2003/2004). *Web Advertising*. Faculty of Arts of the University of Zurich.
- Keegan, Warren J., Moriarty, Sandra E., Duncan, Thomas R. (1995). *Marketing*, 2nd Edition. Prentice-Hall , USA.
- Kotler, Philip. (2002). *Manajemen Pemasaran*. Edisi Milenium, Edisi 10. Prenhallindo, Jakarta.
- Kotler, Philip., Keller, Kevin Lane. (2006). *Marketing Management*, 12th edition. Pearson Prentice Hall, USA.

- Littlejohn, Stephen., Foss, Karen A. (2009). *Teori Komunikasi*. Edisi 9. Penerbit Salemba Humanika, Jakarta.
- Maholtra, Naresh K. (1996). *Marketing Research An Applied Orientation*. 2nd Edition. Prentice Hall, New Jersey, USA.
- Percy, Larry. (2008). *Strategic Integrated Marketing Communications*, 1st edition. Elsevier Inc, USA.
- Perreault, William D., McCarthy, E. Jerome., Cannon, Joseph P. (2009). *Basic Marketing - A Marketing Strategy Planning Approach*, 17thedition. Mc Graw Hill, USA.
- Purwanto, Djoko. (2006). *Komunikasi Bisnis*. Edisi ketiga. Penerbit Erlangga.
- Ries, Al.,Ries, Laura. (1998). *The 22 Immutable Laws of Branding – Strategi Membangun Produk Atau Jasa Menjadi Merek Berkelas Dunia*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Rowan, Will. (2002). *Digital Marketing*, 1st edition. Kogan Page, USA.
- Shimp, Terence A. (2007). *Advertising, Promotion and Others Aspects of Integrated Marketing Communication*, 7th edition. Thomson, USA.
- Shimp, Terence A. (2000). *Periklanan Promosi – Aspek Tambahan Komunikasi PemasaranTerpadu*. Edisi 5. Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Supranto, J. (1991). *Metode Riset Aplikasinya Dalam Pemasaran*. Edisi 5. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Jakarta.
- Tuckwell, Keith J. (2008). *Integrated Marketing Communication – Strategic Planning Perspective*. 2nd Edition. Pearson Prentice Hall, USA.
- Umar, Husein. (2000). *Riset Pemasaran dan Prilaku Konsumen*. Edisi 1. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Wahdi, Mohamad. (2011). *Riset Pemasaran Teori dan Aplikasi Untuk Pengambilan Keputusan*. Cetakan pertama. PT Buku Seru, Jakarta.
- Watcher, Robert.M. (2008). *Understanding Patient Safety*. McGraw Hill, New York, USA.
- Wood, Emma H., Jurnal: *Event Marketing: Measuring an Experience – 7th International Marketing trends Congress*, Venice.

Yeshin, Tony. (1998). *Integrated Marketing Communications, the Holistic Approach*, 1st Edition. Reed Educational and Professional Publishing, Ltd, Great Britain.

Zeithaml, Valarie A., Bitner, Mary Jo., Gremler, Dwayne D. (2006). *Service Marketing – Integrating Customer Focus across the Firm*, International Edition. McGraw-Hill International Edition, USA.

Zeithaml, Valarie A., Bitner, Mary Jo., Gremler, Dwayne D. (2009). *Service Marketing – Integrating Customer Focus across the Firm*, 5th Edition. McGraw-Hill International Edition, USA.

JURNAL

Caruana, Albert. (2002). *Service Loyalty, the Effect of Service Quality and the Mediating Role of Customer Satisfaction*. European Journal of Marketing, Vol. 36. No. 7/8, pp. 811-828.

Danibrata, Aulia. (2011, April). Pengaruh *Integrated Marketing Communication* Terhadap *Brand Equity* Pada Sebuah Bank Pemerintah di Jakarta. Jurnal Bisnis dan Akuntansi, Volume 13, p. 21 – 38.

Daniel, ChingangNde., Berinyuy, Lukong Paul. (2010, Spring Semester). *Using SERVQUAL Model to Assess Service Quality and Customer Satisfaction – An Empirical Study of Grocery Stores in Umea*. Master Thesis, one year, 15 hp.

Finne, Ake., Gronroos, Christian. (2009, April – Juli). *Journal of Marketing Communication – Volume 15. Nos. 2 – 3. Rethinking Marketing Communication: From Integrated Marketing Communication to Relationship Communication* (pp. 179 – 195).

Hasyim, Fatchun. (2010, Desember). Model Perilaku Pembelian Konsumen Berdasarkan Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Komunikasi Pemasaran Terpadu. Jurnal Pengembangan Humaniora. Vol.10 no. 3.

Howard, John A., Shay, Robert P., dan Green, Christopher A. (1988, Fall). *Measuring The Effect of Marketing Information on Buying Intentions*. (pp. 27 – 36). Journal of Service Marketing – Volume 2 No. 4.

- Lapierre, Jozee. (2000). *Customer Perceived Value in Industrial Contexts*. (pp.122 – 140). Journal of Business & Industrial Marketing. Vol. 15.
- Lassar, Walfried M., Chris Manolis., Robert D.Winsor. (2000). *Service Quality Perspective and Satisfaction in Private Banking*. (pp. 244 – 271). International Journal of Bank Marketing.
- Moriarity, Laura Deaton. (2009). *Whisper to a Scream – Healthcare Enters The Brave New World Of Social Media*.(pp. 2- 7). AMA’s Journal Marketing Health Services.
- Parasuraman, A., Zeithaml, Valerie.A., Berry, Leonard L. (1985, Fall). *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*.(pp. 41 – 50). Journal of Marketing. Volume 49.
- Parasuraman, A., Zeithaml, Valerie.A., Berry, Leonard L. (1988, Spring). *SERVQUAL, A Multiple Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality*. Journal of Retailing. Volume 64, number 1.
- Sutharjana, Ni Wayan Karthi.,Thoyib, Armanu.,Taroena, Eka Afnan., Rahayu, Mintarti. (2013, May). *Organizational Citizenship Behavior Effect on Patient Satisfaction and Loyalty Throught Service Quality (Study On Maternity Hospital In Indonesia)*. International Journal of Scientific and Technology Research, Volume 2, Issue 5. ISSN 2277-8616.
- Taylor, Steven A. (2001). *Assessing the Use Regression Analysis in Examining Service Recovery in the Insurance Industry; Relating Service Quality, Customer Satisfaction and Customer Trust*. (pp. 30 – 57). Journal of Insurance Issues, 24, 1&2.
- Terry, Goren. (2009). *The A Word – A Marketing Audit May Improve Your Company’s Overall Health*. (pp. 8 – 11). AMA’s journal: Marketing Health Services.

SUMBER REFERENSI DARI MAJALAH:

- Athijah, Umi. (2009, April). Analisis Terhadap Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penggunaan Obat Asma Inhalasi. Departemen Farmasi Komunitas, Fakultas Farmasi, Universitas Airlangga. *Majalah Farmasi Airlangga*, vol. 7 No. 1.
- Media Litbang Kesehatan Volume XX Nomor 1 Tahun 2010. Artikel: 'Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Penyakit Asma di Indonesia.'
- Oemiati, Ratih. (2010). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit asma di Indonesia*. Media Litbang Kesehatan Volume XX Nomor 1.
- Rahaman, Mohammad Mizenur. (2011, July). *Measuring Service Quality Using SERVQUAL Model: a Study of PCB's (Private Commercial Bank) in Bangladesh*. (pp.01–11). *Business Management Dynamics*. Vol. 1, No.1.
- Sutanto, Jeanne Ananti. (2008, Desember). Pengaruh *Service Quality* dan *Perceived Value* Terhadap Kepuasan dan Loyalitas Konsumen Apartemen di Kota Surabaya. *Majalah Ekonomi*, tahun XVIII, No.3. (pp. 286 – 301).

SUMBER REFERENSI DARI INTERNET:

- Belch, George E., Belch, Michael A. *Evaluating The Effectiveness of Elements of Integrated Marketing Communications: A Review of Research*. Department of Marketing College of Business Administration, San Diego State University. San Diego, CA 92182. gbelch@mail.sdsu.edu.
- Hauck, Katharina., Xueyan. (2010). *A Structural Equation Model of Adverse Event and Length of Stay in Hospital*. Departement of Econometric and Business Statistics – Monash University, Australia. <http://www.buseco.monash.edu.au/depts/ebs/pubs/wpapers/>
- Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Asma di Indonesia. <http://www.depkes.go.id>
- Sarwono, Jonathan. *Pengertian Dasar Structural Equation Modeling (SEM)*. <http://www.jonathansarwono.info>

SUMBER REFERENSI LAINNYA:

Aras, Muhammad. (2012). Teori-Teori Organisasi dan Komunikasi Organisasi. Materi Kuliah – Stikom InterStudi.

Ditjen Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. (2012). Profil Data Kesehatan Indonesia

Menteri Kesehatan RI (2011). Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2011.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1787/MenKes/Per/XII/2010, Tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 028/MenKes/Per/I/2011, Tentang Klinik.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 – tahun 2009. Tentang Rumah Sakit.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1787/MENKES/PER/XII/2010**

TENTANG

IKLAN DAN PUBLIKASI PELAYANAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan perlu diberikan perlindungan dari informasi berupa iklan dan publikasi pelayanan kesehatan yang menyesatkan;
- b. bahwa materi iklan dan publikasi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit sebagaimana ketentuan Pasal 29 huruf l, huruf m, huruf n, dan Pasal 30 ayat (1) huruf g Undang-Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit, dan tenaga kesehatan harus bersifat informatif, edukatif, dan bertanggung jawab;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu mengatur Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan dengan Peraturan Menteri Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2002 tentang Penyiaran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 139, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4252);
3. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Undang Nomor 32 Tahun 2004 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
5. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG IKLAN DAN PUBLIKASI PELAYANAN KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Iklan Pelayanan Kesehatan adalah kegiatan komunikasi persuasif atau pengenalan/promosi tentang kebijakan, program, dan/atau pelayanan kesehatan dalam bentuk gambar, suara, dan/atau tulisan dengan tujuan menarik minat dan memudahkan masyarakat.
2. Publikasi Pelayanan Kesehatan adalah kegiatan komunikasi melalui penyebaran informasi dan/atau pengumuman/pernyataan untuk memperkenalkan/mempromosikan kebijakan dan/atau program pembangunan kesehatan maupun jasa pelayanan kesehatan di berbagai media.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

3. Iklan adalah informasi yang bersifat komersial dan layanan masyarakat tentang tersedianya jasa, barang, dan gagasan yang dapat dimanfaatkan oleh khalayak dengan atau tanpa imbalan kepada lembaga penyiaran yang bersangkutan.
4. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat termasuk swasta.
5. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
6. Pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, kuratif dan rehabilitatif.
7. Media adalah alat dan/atau sarana komunikasi massa yang meliputi media cetak, media elektronik, maupun media luar ruang.
8. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

BAB II RUANG LINGKUP

Pasal 2

Ruang lingkup pengaturan ini meliputi iklan dan publikasi pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan tradisional dan pengobatan komplementer-alternatif.

BAB III PENYELENGGARAAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 3

- (1) Fasilitas pelayanan kesehatan dapat menyelenggarakan iklan dan/atau publikasi pelayanan kesehatan melalui media.
- (2) Penyelenggaraan iklan dan/atau publikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan etika iklan dan/atau publikasi yang diatur dalam kode etik rumah sakit Indonesia, kode etik masing-masing tenaga kesehatan, kode etik pariwisata, dan ketentuan peraturan perundang-undangan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bagian Kedua
Persyaratan
Pasal 4

- (1) Fasilitas pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan iklan dan/atau publikasi harus memenuhi syarat meliputi:
 - a. memuat informasi dengan data dan/atau fakta yang akurat;
 - b. berbasis bukti;
 - c. informatif;
 - d. edukatif; dan
 - e. bertanggung jawab.
- (2) Iklan dan/atau publikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dilakukan melalui media cetak, media elektronik, dan media luar ruang wajib mencantumkan nama dan alamat fasilitas pelayanan kesehatan serta tanggal publikasi.

Pasal 5

Iklan dan/atau publikasi pelayanan kesehatan tidak diperbolehkan apabila bersifat:

- a. menyerang dan/atau pamer yang bercita rasa buruk seperti merendahkan kehormatan dan derajat profesi tenaga kesehatan;
- b. memberikan informasi atau pernyataan yang tidak benar, palsu, bersifat menipu dan menyesatkan;
- c. memuat informasi yang menyiratkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dapat memperoleh keuntungan dari pelayanan kesehatan yang tidak dapat dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan lainnya atau menciptakan pengharapan yang tidak tepat dari pelayanan kesehatan yang diberikan;
- d. membandingkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, atau mencela mutu pelayanan kesehatan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya;
- e. memuji diri secara berlebihan, termasuk pernyataan yang bersifat superlatif dan menyiratkan kata "satu-satunya" atau yang bermakna sama mengenai keunggulan, keunikan atau kecanggihan sehingga cenderung bersifat menyesatkan;
- f. memublikasikan metode, obat, alat dan/atau teknologi pelayanan kesehatan baru atau non-konvensional yang belum diterima oleh masyarakat kedokteran dan/atau kesehatan karena manfaat dan keamanannya sesuai ketentuan masing-masing masih diragukan atau belum terbukti;
- g. mengiklankan pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang fasilitas pelayanan kesehatannya tidak berlokasi di negara Indonesia;
- h. mengiklankan pelayanan kesehatan yang dilakukan tenaga kesehatan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memiliki izin;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- i. mengiklankan obat, makanan suplemen, atau alat kesehatan yang tidak memiliki izin edar atau tidak memenuhi standar mutu dan keamanan;
- j. mengiklankan susu formula dan zat adiktif;
- k. mengiklankan obat keras, psikotropika dan narkotika kecuali dalam majalah atau forum ilmiah kedokteran;
- l. memberi informasi kepada masyarakat dengan cara yang bersifat mendorong penggunaan jasa tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut;
- m. mengiklankan promosi penjualan dalam bentuk apa pun termasuk pemberian potongan harga (diskon), imbalan atas pelayanan kesehatan dan/atau menggunakan metode penjualan multi-level marketing;
- n. memberi testimoni dalam bentuk iklan atau publikasi di media massa; dan
- o. menggunakan gelar akademis dan/atau sebutan profesi di bidang kesehatan.

Pasal 6

Iklan dan/atau publikasi mengenai obat dalam pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 7

- (1) Iklan pelayanan kesehatan dapat dilakukan di semua media.
- (2) Publikasi pelayanan kesehatan dapat dilakukan di semua media dalam bentuk antara lain berita, *banner*, tulisan berjalan, artikel, atau *features*.

Pasal 8

- (1) Tenaga kesehatan dilarang mengiklankan atau menjadi model iklan obat, alat kesehatan, perbekalan kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan kecuali dalam iklan layanan masyarakat.
- (2) Tenaga kesehatan dapat melakukan publikasi atas pelayanan kesehatan dan penelitian kesehatan dalam majalah kesehatan atau forum ilmiah untuk lingkungan profesi.

Pasal 9

- (1) Iklan layanan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) adalah iklan promosi kesehatan yang bertujuan untuk mengubah masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) atau mendukung program pemerintah dan tidak bersifat komersial.
- (2) Program pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain:
 - a. program pengentasan masalah kesehatan yang bersifat permanen di daerah tertinggal, daerah perbatasan, kepulauan terluar, dan daerah kurang diminati;
 - b. program pemberantasan penyakit;
 - c. program keluarga berencana;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- d. program promotif dan preventif saintifikasi jamu; dan/atau
 - e. program peduli kemanusiaan dan bencana.
- (3) Iklan layanan masyarakat tidak boleh memperlihatkan merek dagang, alat kesehatan, perbekalan kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 10

Iklan dan/atau publikasi pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan melalui internet, tidak boleh digunakan sebagai sarana konsultasi medis jarak jauh (*telemedicine*).

BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 11

- (1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan iklan dan/atau publikasi pelayanan kesehatan, Menteri dapat membentuk Tim Penilaian dan Pengawasan Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan di lingkungan Kementerian Kesehatan.
- (2) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas melakukan penilaian dan pengawasan atas materi iklan dan/atau publikasi pelayanan kesehatan sebelum dan setelah ditayangkan.
- (3) Dalam melakukan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), tim berwenang untuk:
 - a. memberi konsultasi atas materi iklan dan/atau publikasi pelayanan kesehatan yang akan ditayangkan.
 - b. menerima, menelaah, dan memeriksa laporan pengaduan dari masyarakat mengenai iklan dan publikasi pelayanan kesehatan;
 - c. memanggil dan meminta keterangan saksi dan/atau pelapor;
 - d. memeriksa dokumen, bukti informasi, dan teknologi atau bukti-bukti lainnya;
 - e. merujuk tenaga kesehatan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pelanggaran atas ketentuan peraturan ini ke Majelis Kehormatan Etik Profesi, Majelis Disiplin Profesi, dan/atau Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia; dan
 - f. memberi rekomendasi kepada Menteri atau pejabat yang ditunjuk untuk mengambil tindakan administratif.
- (4) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melaporkan hasil penilaian dan pengawasan kepada Menteri atau pejabat yang ditunjuk.
- (5) Menteri atau pejabat yang ditunjuk menindaklanjuti laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam jangka waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan dan susunan keanggotaan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Menteri.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Pasal 12

- (1) Pelaksanaan penilaian dan pengawasan iklan dan publikasi pelayanan kesehatan di daerah dilakukan oleh dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah dalam bidang kesehatan di tingkat provinsi.
- (2) Dalam rangka penilaian dan pengawasan iklan dan publikasi pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dinas dapat berkonsultasi dengan Tim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan penilaian dan pengawasan iklan dan publikasi pelayanan kesehatan di daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah dalam bidang kesehatan di tingkat provinsi.

Pasal 13

Penilaian dan pengawasan iklan dan/atau publikasi obat dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

- (1) Berdasarkan penilaian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dan Pasal 12, Menteri dan/atau kepala dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah dalam bidang kesehatan di tingkat provinsi, dapat memerintahkan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan untuk mengubah, menarik, menghilangkan atau menghentikan iklan dan/atau publikasi pelayanan kesehatan yang melanggar ketentuan Peraturan ini dalam jangka waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja.
- (2) Dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan tidak mengubah, menarik, menghilangkan, dan/atau menghentikan iklan dan/atau publikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri dan/atau kepala dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah dalam bidang kesehatan di tingkat provinsi, dapat mengambil tindakan administratif.
- (3) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilaksanakan dalam jangka waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja.
- (4) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) berupa:
 - a. pencabutan surat izin operasional/surat izin praktik/surat izin kerja/surat izin profesi untuk sementara waktu paling lama 1 (satu) tahun; dan
 - b. pencabutan surat izin operasional/surat izin praktik/surat izin kerja/surat izin profesi untuk selamanya.
- (5) Selain tindakan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tenaga kesehatan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan yang melanggar dapat dikenakan sanksi yang ditetapkan oleh Majelis Kehormatan Etik Profesi, Majelis Disiplin Profesi, dan/atau Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Pasal 15

Dalam mengambil tindakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14, Menteri dan kepala dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah dalam bidang kesehatan di tingkat provinsi dapat melibatkan organisasi profesi terkait sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.

BAB V

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 16

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 14 Desember 2010

MENTERI KESEHATAN,

ttd

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 28 Desember 2010

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA,

PATRIALIS AKBAR

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2010 NOMOR 673



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 44 TAHUN 2009

TENTANG

RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya;
 - b. bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya;
 - c. bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan Rumah Sakit serta pengaturan hak dan kewajiban masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, perlu mengatur Rumah Sakit dengan Undang-Undang;
 - d. bahwa pengaturan mengenai rumah sakit belum Cukup memadai untuk dijadikan landasan hukum dalam penyelenggaraan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat;

e. bahwa ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d serta untuk memberikan kepastian hukum bagi masyarakat dan Rumah Sakit, perlu membentuk Undang-Undang tentang Rumah Sakit;

Mengingat : Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

Dengan Persetujuan Bersama
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA
dan
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : UNDANG-UNDANG TENTANG RUMAH SAKIT.

BABI

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

1. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.

3. Pelayanan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

3. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif , preventif , kuratif, dan rehabilitatif.
4. Pasien adalah setiaporang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.
5. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah, adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam UndangUndang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
6. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati, atau Walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
7. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

BAB II ASAS DAN TUJUAN

Pasal 2

Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Pasal 3 ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

Pasal 3

Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
- b. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- c. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
- d. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

BAB III TUGAS DAN FUNGSI

Pasal 4

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Pasal 5

Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

b. pemeliharaan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 5 -

- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

BAB IV
TANGGUNG JAWAB
PEMERINTAH DAN PEMERINTAH DAERAH

Pasal 6

- (1) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk:
 - a. menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
 - b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundangundangan;
 - c. membina dan mengawasi penyelenggaraan Rumah Sakit;
 - d. memberikan perlindungan kepada Rumah Sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
 - e. memberikan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 6 -

- e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
 - f. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
 - g. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
 - h. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
 - i. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
 - j. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.
- (2) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan

BABV PERSYARATAN

Bagian Kesatu Umum

Pasal 7

- (1) Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan.
- (2) Rumah Sakit dapat didirikan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau swasta.

(3) Rumah ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 7 -

- (3) Rumah Sakit yang didirikan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis dari Instansi yang bertugas di bidang kesehatan, Instansi tertentu, atau Lembaga Teknis Daerah dengan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Rumah Sakit yang didirikan oleh swasta sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitian.

Bagian Kedua

Lokasi

Pasal 8

- (1) Persyaratan lokasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) harus memenuhi ketentuan mengenai kesehatan, keselamatan lingkungan, dan tata ruang, serta sesuai dengan hasil kajian kebutuhan dan kelayakan penyelenggaraan Rumah Sakit.
- (2) Ketentuan mengenai kesehatan dan keselamatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyangkut Upaya Pemantauan Lingkungan, Upaya Pengelolaan Lingkungan dan/atau dengan Analisis Mengenai Dampak Lingkungan dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(3) Ketentuan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 8 -

- (3) Ketentuan mengenai tata ruang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peruntukan lokasi yang diatur dalam Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten/Kota, Rencana Tata Ruang Kawasan Perkotaan dan/atau Rencana Tata Bangunan dan Lingkungan.
- (4) Hasil kajian kebutuhan penyelenggaraan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didasarkan pada studi kelayakan dengan menggunakan prinsip pemerataan pelayanan, efisiensi dan efektivitas, serta demografi.

Bagian Ketiga Bangunan

Pasal 9

Persyaratan bangunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) harus memenuhi:

- a. persyaratan administratif dan persyaratan teknis bangunan gedung pada umumnya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. persyaratan teknis bangunan Rumah Sakit, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut.

Pasal 10 ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 9 -

Pasal 10

- (1) Bangunan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 harus dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang paripurna, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
- (2) Bangunan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas ruang:
 - a. rawat jalan;
 - b. ruang rawat inap;
 - c. ruang gawat darurat;
 - d. ruang operasi;
 - e. ruang tenaga kesehatan;
 - f. ruang radiologi;
 - g. ruang laboratorium;
 - h. ruang sterilisasi;
 - i. ruang farmasi;
 - j. ruang pendidikan dan latihan;
 - k. ruang kantor dan administrasi;
 - l. ruang ibadah, ruang tunggu;
 - m. ruang penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit;
 - n. ruang menyusui;
 - o. ruang mekanik;
 - p. ruang dapur;
 - q. laundry;
 - r. kamar jenazah;
 - s. taman;
 - t. pengolahan sampah; dan
 - u. pelataran parkir yang mencukupi.

(3) Ketentuan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 10 -

- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan teknis bangunan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Keempat
Prasarana

Pasal 11

- (1) Prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) dapat meliputi:
- a. instalasi air;
 - b. instalasi mekanikal dan elektrik; dan
 - c. instalasi gas medik;
 - d. instalasi uap;
 - e. instalasi pengelolaan limbah;
 - f. pencegahan dan penanggulangan kebakaran;
 - g. petunjuk, standar dan sarana evakuasi saat terjadi keadaan darurat;
 - h. instalasi tata udara;
 - i. sistem informasi dan komunikasi; dan
 - j. ambulan.
- (2) Prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi standar pelayanan, keamanan, serta keselamatan dan kesehatan kerja penyelenggaraan Rumah Sakit
- (3) Prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik.

(4) Pengoperasian ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 11 -

- (4) Pengoperasian dan pemeliharaan prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya.
- (5) Pengoperasian dan pemeliharaan prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didokumentasi dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (5) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kelima
Sumber Daya Manusia

Pasal 12

- (1) Persyaratan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) yaitu Rumah Sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen Rumah Sakit, dan tenaga nonkesehatan.
- (2) Jumlah dan jenis sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan jenis dan klasifikasi Rumah Sakit.
- (3) Rumah Sakit harus memiliki data ketenagaan yang melakukan praktik atau pekerjaan dalam penyelenggaraan Rumah Sakit.
- (4) Rumah Sakit dapat mempekerjakan tenaga tidak tetap dan konsultan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.

Pasal 13 ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 12 -

Pasal 13

- (1) Tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit wajib memiliki Surat Izin Praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Tenaga kesehatan tertentu yang bekerja di Rumah Sakit wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.
- (4) Ketentuan mengenai tenaga medis dan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

- (1) Rumah Sakit dapat mempekerjakan tenaga kesehatan asing sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
- (2) Pendayagunaan tenaga kesehatan asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dilakukan dengan mempertimbangkan kepentingan alih teknologi dan ilmu pengetahuan serta ketersediaan tenaga kesehatan setempat.
- (3) Pendayagunaan tenaga kesehatan asing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dilakukan bagi tenaga kesehatan asing yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi dan Surat Ijin Praktik.

(4) Ketentuan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 13 -

- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan tenaga kesehatan asing pada ayat (1) ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Keenam
Kefarmasian

Pasal 15

- (1) Persyaratan kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman dan terjangkau.
- (2) Pelayanan sediaan farmasi di Rumah Sakit harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian.
- (3) Pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi farmasi sistem satu pintu.
- (4) Besaran harga perbekalan farmasi pada instalasi farmasi Rumah Sakit harus wajar dan berpatokan kepada harga patokan yang ditetapkan Pemerintah.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai standar pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Ketujuh
Peralatan

Pasal 16

- (1) Persyaratan peralatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) meliputi peralatan medis dan nonmedis harus memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan dan laik pakai.

(2) Peralatan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 14 -

- (2) Peralatan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh Balai Pengujian Fasilitas Kesehatan dan/atau institusi pengujian fasilitas kesehatan yang berwenang.
- (3) Peralatan yang menggunakan sinar pengion harus memenuhi ketentuan dan harus diawasi oleh lembaga yang berwenang.
- (4) Penggunaan peralatan medis dan nonmedis di Rumah Sakit harus dilakukan sesuai dengan indikasi medis pasien.
- (5) Pengoperasian dan pemeliharaan peralatan Rumah Sakit harus dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya.
- (6) Pemeliharaan peralatan harus didokumentasi dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan
- (7) Ketentuan mengenai pengujian dan/atau kalibrasi peralatan medis, standar yang berkaitan dengan keamanan, mutu, dan manfaat dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 17

Rumah Sakit yang tidak memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10, Pasal 11, Pasal 12, Pasal 13, Pasal 14, Pasal 15, dan Pasal 16 tidak diberikan izin mendirikan, dicabut atau tidak diperpanjang izin operasional Rumah Sakit.



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 15 -

BAB VI JENIS DAN KLASIFIKASI

Bagian Kesatu Jenis

Pasal 18

Rumah Sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.

Pasal 19

- (1) Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.
- (2) Rumah Sakit Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- (3) Rumah Sakit Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Pasal 20

- (1) Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat.
- (2) Rumah Sakit publik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.

(3) Rumah ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 16 -

- (3) Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat.

Pasal 21

Rumah Sakit privat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Pasal 22

- (1) Rumah Sakit dapat ditetapkan menjadi Rumah Sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar rumah sakit pendidikan.
- (2) Rumah Sakit pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan Menteri yang membidangi urusan pendidikan.

Pasal 23

- (1) Rumah Sakit pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 merupakan Rumah Sakit yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya.



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 17 -

- (2) Dalam penyelenggaraan Rumah Sakit Pendidikan dapat dibentuk Jejaring Rumah Sakit Pendidikan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Rumah Sakit pendidikan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Kedua Klasifikasi

Pasal 24

- (1) Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.
- (2) Klasifikasi Rumah Sakit umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Rumah Sakit umum kelas A;
 - b. Rumah Sakit umum kelas B
 - c. Rumah Sakit umum kelas C;
 - d. Rumah Sakit umum kelas D.
- (3) Klasifikasi Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Rumah Sakit khusus kelas A;
 - b. Rumah Sakit khusus kelas B;
 - c. Rumah Sakit khusus kelas C.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai klasifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 18 -

BAB VII PERIZINAN

Pasal 25

- (1) Setiap penyelenggara Rumah Sakit wajib memiliki izin.
- (2) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari izin mendirikan dan izin operasional.
- (3) Izin mendirikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan untuk jangka waktu 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang untuk 1 (satu) tahun.
- (4) Izin operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (5) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan setelah memenuhi persyaratan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini.

Pasal 26

- (1) Izin Rumah Sakit kelas A dan Rumah Sakit penanaman modal asing atau penanaman modal dalam negeri diberikan oleh Menteri setelah mendapatkan rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada Pemerintah Daerah Provinsi.
- (2) Izin Rumah Sakit penanaman modal asing atau penanaman modal dalam negeri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah mendapat rekomendasi dari instansi yang melaksanakan urusan penanaman modal asing atau penanaman modal dalam negeri.

(3) Izin ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 19 -

- (3) Izin Rumah Sakit kelas B diberikan oleh Pemerintah Daerah Provinsi setelah mendapatkan rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
- (4) Izin Rumah Sakit kelas C dan kelas D diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota setelah mendapat rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.

Pasal 27

Izin Rumah Sakit dapat dicabut jika:

- a. habis masa berlakunya;
- b. tidak lagi memenuhi persyaratan dan standar;
- c. terbukti melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan; dan/atau
- d. atas perintah pengadilan dalam rangka penegakan hukum.

Pasal 28

Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB VIII

KEWAJIBAN DAN HAK

Bagian Kesatu

Kewajiban

Pasal 29

- (1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 20 -

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 21 -

- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
 - q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
 - r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
 - s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
 - t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
- (2) Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
- a. teguran;
 - b. teguran tertulis; atau
 - c. denda dan pencabutan izin Rumah Sakit.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai kewajiban Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kedua Hak Rumah Sakit

Pasal 30

- (1) Setiap Rumah Sakit mempunyai hak:
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
 - b. menerima ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 22 -

- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
 - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
 - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai promosi layanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g diatur dengan Peraturan Menteri.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai insentif pajak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Ketiga
Kewajiban Pasien

Pasal 31

- (1) Setiap pasien mempunyai kewajiban terhadap Rumah Sakit atas pelayanan yang diterimanya.

(2) Ketentuan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 23 -

(2) Ketentuan lebih lanjut mengenai kewajiban pasien diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Keempat
Hak Pasien

Pasal 32

Setiap pasien mempunyai hak:

- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;

i. mendapatkan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 24 -

- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 25 -

BAB IX PENYELENGGARAAN

Bagian Kesatu Pengorganisasian

Pasal 33

- (1) Setiap Rumah Sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel.
- (2) Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.

Pasal 34

- (1) Kepala Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian.
- (2) Tenaga struktural yang menduduki jabatan sebagai pimpinan harus berkewarganegaraan Indonesia.
- (3) Pemilik Rumah Sakit tidak boleh merangkap menjadi kepala Rumah Sakit.

Pasal 35

Pedoman organisasi Rumah Sakit ditetapkan dengan Peraturan Presiden.

Bagian Kedua ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 26 -

Bagian Kedua
Pengelolaan Klinik

Pasal 36

Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik.

Pasal 37

- (1) Setiap tindakan kedokteran yang dilakukan di Rumah Sakit harus mendapat persetujuan pasien atau keluarganya.
- (2) Ketentuan mengenai persetujuan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 38

- (1) Setiap Rumah Sakit harus menyimpan rahasia kedokteran.
- (2) Rahasia kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dibuka untuk kepentingan kesehatan pasien, untuk pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, atas persetujuan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia kedokteran diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 39 ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 27 -

Pasal 39

- (1) Dalam penyelenggaraan Rumah Sakitharus dilakukan audit.
- (2) Audit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa audit kinerja dan audit medis.
- (3) Audit kinerja dan audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan secara internal dan eksternal.
- (4) Audit kinerja eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dilakukan oleh tenaga pengawas.
- (5) Pelaksanaan audit medis berpedoman pada ketentuan yang ditetapkan oleh Menteri.

Bagian Ketiga Akreditasi

Pasal 40

- (1) Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.
- (2) Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.
- (3) Lembaga independen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.

(4) Ketentuan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 28 -

- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Keempat
Jejaring dan Sistem Rujukan

Pasal 41

- (1) Pemerintah dan asosiasi Rumah Sakit membentuk jejaring dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan.
- (2) Jejaring sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi informasi, sarana prasarana, pelayanan, rujukan, penyediaan alat, dan pendidikan tenaga.

Pasal 42

- (1) Sistem rujukan merupakan penyelenggaraan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan.
- (2) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban merujuk pasien yang memerlukan pelayanan di luar kemampuan pelayanan rumah sakit.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kelima ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 29 -

Bagian Kelima
Keselamatan Pasien

Pasal 43

- (1) Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien.
- (2) Standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
- (3) Rumah Sakit melaporkan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Menteri.
- (4) Pelaporan insiden keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengkoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Keenam
Perlindungan Hukum Rumah Sakit

Pasal 44

- (1) Rumah Sakit dapat menolak mengungkapkan segala informasi kepada publik yang berkaitan dengan rahasia kedokteran.

(2) Pasien ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 30 -

- (2) Pasien dan/atau keluarga yang menuntut Rumah Sakit dan menginformasikannya melalui media massa, dianggap telah melepaskan hak rahasia kedokterannya kepada umum.
- (3) Penginformasian kepada media massa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memberikan kewenangan kepada Rumah Sakit untuk mengungkapkan rahasia kedokteran pasien sebagai hak jawab Rumah Sakit.

Pasal 45

- (1) Rumah Sakit tidak bertanggungjawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.
- (2) Rumah Sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.

Bagian Ketujuh Tanggung jawab Hukum

Pasal 46

Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit.

Bagian Kedelapan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 31 -

Bagian Kedelapan

Bentuk

Pasal 47

- (1) Rumah Sakit dapat berbentuk Rumah Sakit statis, Rumah Sakit bergerak, dan Rumah Sakit lapangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai syarat dan tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit bergerak dan Rumah Sakit lapangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

BABX

PEMBIAYAAN

Pasal 48

- (1) Pembiayaan Rumah Sakit dapat bersumber dari penerimaan Rumah Sakit, anggaran Pemerintah, subsidi Pemerintah, anggaran Pemerintah Daerah, subsidi Pemerintah Daerah atau sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai subsidi atau bantuan Pemerintah dan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 49

- (1) Menteri menetapkan pola tarif nasional.

(2) Pola ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 32 -

- (2) Pola tarif nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan komponen biaya satuan pembiayaan dan dengan memperhatikan kondisi regional.
- (3) Gubernur menetapkan pagu tarif maksimal berdasarkan pola tarif nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang berlaku untuk rumah sakit di Provinsi yang bersangkutan.
- (4) Penetapan besaran tarif rumah sakit harus berdasarkan pola tarif nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pagu tarif maksimal sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

Pasal 50

- (1) Besaran tarif kelas III Rumah Sakit yang dikelola Pemerintah ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Besaran tarif kelas III Rumah Sakit yang dikelola Pemerintah Daerah ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
- (3) Besaran tarif kelas III Rumah Sakit selain rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit dengan memperhatikan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2).

Pasal 51

Pendapatan Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah digunakan seluruhnya secara langsung untuk biaya operasional Rumah Sakit dan tidak dapat dijadikan pendapatan negara atau Pemerintah Daerah.



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 33 -

BAB XI

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 52

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.
- (2) Pencatatan dan pelaporan terhadap penyakit wabah atau penyakit tertentu lainnya yang dapat menimbulkan wabah, dan pasien penderita ketergantungan narkotika dan/atau psikotropika dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 53

- (1) Rumah Sakit wajib menyelenggarakan penyimpanan terhadap pencatatan dan pelaporan yang dilakukan untuk jangka waktu tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemusnahan atau penghapusan terhadap berkas pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XII ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 34 -

BAB XII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Umum

Pasal 54

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya, dan organisasi kemasyarakatan lainnya sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk:
 - a. pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
 - b. peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
 - c. keselamatan pasien;
 - d. pengembangan jangkauan pelayanan; dan
 - e. peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pengawasan, Pemerintah dan Pemerintah Daerah mengangkat tenaga pengawas sesuai kompetensi dan keahliannya.
- (4) Tenaga pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) melaksanakan pengawasan yang bersifat teknis medis dan teknis perumahsakitannya.
- (5) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat mengambil tindakan administratif berupa:
 - a. teguran;
 - b. teguran ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 35 -

- b. teguran tertulis; dan/atau
 - c. denda dan pencabutan izin.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 55

- (1) Pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat dapat dilakukan secara internal dan eksternal.
- (2) Pembinaan dan pengawasan secara internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan secara eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia.

Bagian Kedua

Dewan Pengawas Rumah Sakit

Pasal 56

- (1) Pemilik Rumah Sakit dapat membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan suatu unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.

(3) Keanggotaan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 36 -

- (3) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit terdiri dari unsur pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan tokoh masyarakat.
- (4) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit berjumlah maksimal 5 (lima) terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (5) Dewan Pengawas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundangundangan;
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai Dewan Pengawas Rumah Sakit diatur dengan Peraturan Menteri

Bagian Ketiga
Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia

Pasal 57

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 ayat (1) dan ayat (2) dilakukan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia yang ditetapkan oleh Menteri.

(2) Badan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 37 -

- (2) Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia bertanggung jawab kepada Menteri.
- (3) Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia merupakan unit nonstruktural di Kementerian yang bertanggung jawab dibidang kesehatan dan dalam menjalankan tugasnya bersifat independen.
- (4) Keanggotaan Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia berjumlah maksimal 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (5) Keanggotaan Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia terdiri dari unsur pemerintah, organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan tokoh masyarakat.
- (6) Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dalam melaksanakan tugasnya dibantu sekretariat yang dipimpin oleh seorang sekretaris.
- (7) Biaya untuk pelaksanaan tugas-tugas Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dibebankan kepada anggaran pendapatan dan belanja negara.

Pasal 58

Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia bertugas:

- a. membuat pedoman tentang pengawasan Rumah Sakit untuk digunakan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi;
- b. membentuk sistem pelaporan dan sistem informasi yang merupakan jejaring dari Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dan Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi; dan

c. Melakukan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 38 -

- c. Melakukan analisis hasil pengawasan dan memberikan rekomendasi kepada Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk digunakan sebagai bahan pembinaan.

Pasal 59

- (1) Badan Pengawas Rumah Sakit dapat dibentuk di tingkat provinsi oleh Gubernur dan bertanggung jawab kepada Gubernur.
- (2) Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi merupakan unit nonstruktural pada Dinas Kesehatan Provinsi dan dalam menjalankan tugasnya bersifat independen.
- (3) Keanggotaan Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi terdiri dari unsur pemerintah, organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan tokoh masyarakat.
- (4) Keanggotaan Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi berjumlah maksimal 5 (lima) terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (5) Biaya untuk pelaksanaan tugas-tugas Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi dibebankan kepada anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Pasal 60

Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (1) bertugas:

- a. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien di wilayahnya;
- b. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit di wilayahnya;
- c. mengawasi penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

d) melakukan ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 39 -

- d. melakukan pelaporan hasil pengawasan kepada Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia;
- e. melakukan analisis hasil pengawasan dan memberikan rekomendasi kepada Pemerintah Daerah untuk digunakan sebagai bahan pembinaan; dan
- f. menerima pengaduan dan melakukan upaya penyelesaian sengketa dengan cara mediasi.

Pasal 61

Ketentuan lebih lanjut mengenai Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dan Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB XIII

KETENTUAN PIDANA

Pasal 62

Setiap orang yang dengan sengaja menyelenggarakan Rumah Sakit tidak memiliki izin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00- (lima milyar rupiah).

Pasal 63

- (1) Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 dilakukan oleh korporasi, selain pidana penjara dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhkan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan 3 (tiga) kali dari pidana denda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62.

(2) Selain ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 40 -

- (2) Selain pidana denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1), korporasi dapat dijatuhi pidana tambahan berupa:
- a. pencabutan izin usaha; dan/atau
 - b. pencabutan status badan hukum.

BAB XIV KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 64

- (1) Pada saat Undang-Undang ini berlaku, semua Rumah Sakit yang sudah ada harus menyesuaikan dengan ketentuan yang berlaku dalam Undang-Undang ini, paling lambat dalam jangka waktu 2 (dua) tahun setelah Undang-Undang ini diundangkan.
- (2) Pada saat undang-undang ini berlaku, Izin penyelenggaraan Rumah Sakit yang telah ada tetap berlaku sampai habis masa berlakunya.

BAB XV KETENTUAN PENUTUP

Pasal 65

Pada saat diundangkannya Undang-Undang ini berlaku semua peraturan perundang-undangan yang mengatur Rumah Sakit tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan atau belum diganti berdasarkan Undang-Undang ini.

Pasal 66

Undang-Undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 41 -

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Undang-Undang ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Disahkan di Jakarta
pada tanggal 28 Oktober 2009

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

DR. H. SUSILO BAMBANG YUDHOYONO

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 28 Oktober 2009

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

PATRIALIS AKBAR

LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2009 NOMOR 153

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT NEGARA RI
Kepala Biro Peraturan Perundang-undangan
Bidang Politik dan Kesejahteraan Rakyat,

Wisnu Setiawan



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

PENJELASAN
ATAS
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 44 TAHUN 2009
TENTANG
RUMAH SAKIT

I. UMUM

Cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan melalui berbagai upaya kesehatan dalam rangkaian pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu yang didukung oleh suatu sistem kesehatan nasional.

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam Rumah Sakit.

Pada ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

Pada hakekatnya Rumah Sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dan fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Dari aspek pembiayaan bahwa Rumah Sakit memerlukan biaya operasional dan investasi yang besar dalam pelaksanaan kegiatannya, sehingga perlu didukung dengan ketersediaan pendanaan yang cukup dan berkesinambungan. Antisipasi dampak globalisasi perlu didukung dengan peraturan perundang-undangan yang memadai.

Peraturan perundang-undangan yang dijadikan dasar penyelenggaraan Rumah Sakit saat ini masih pada tingkat Peraturan Menteri yang sudah tidak sesuai lagi dengan kebutuhan. Dalam rangka memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberikan dasar bagi pengelolaan Rumah Sakit diperlukan suatu perangkat hukum yang mengatur Rumah Sakit secara menyeluruh dalam bentuk Undang-Undang.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas.

Pasal 2

Yang dimaksud dengan "nilai kemanusiaan" adalah bahwa penyelenggaraan Rumah Sakit dilakukan dengan memberikan perlakuan yang baik dan manusiawi dengan tidak membedakan suku, bangsa, agama, status sosial, dan ras.

Yang dimaksud dengan "nilai etika dan profesionalitas" adalah bahwa penyelenggaraan rumah sakit dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki etika profesi dan sikap profesional, serta mematuhi etika rumah sakit.

Yang ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

Yang dimaksud dengan "nilai manfaat" adalah bahwa penyelenggaraan Rumah Sakit harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Yang dimaksud dengan "nilai keadilan" adalah bahwa penyelenggaraan Rumah Sakit mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada setiap orang dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat serta pelayanan yang bermutu.

Yang dimaksud dengan "nilai persamaan hak dan anti diskriminasi" adalah bahwa penyelenggaraan Rumah Sakit tidak boleh membedakan masyarakat baik secara individu maupun kelompok dari semua lapisan.

Yang dimaksud dengan "nilai pemerataan" adalah bahwa penyelenggaraan Rumah Sakit menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Yang dimaksud dengan "nilai perlindungan dan keselamatan pasien" adalah bahwa penyelenggaraan Rumah Sakit tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan semata, tetapi harus mampu memberikan peningkatan derajat kesehatan dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien.

Yang dimaksud dengan "nilai keselamatan pasien" adalah bahwa penyelenggaraan rumah sakit selalu mengupayakan peningkatan keselamatan pasien melalui upaya manajemen risiko klinik.

Yang dimaksud dengan "fungsi sosial rumah sakit" adalah bagian dari tanggung jawab yang melekat pada setiap rumah sakit, yang merupakan ikatan moral dan etik dari rumah sakit dalam membantu pasien khususnya yang kurang/tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan

Pasal 3

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Yang dimaksud dengan keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya

asesmen ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

Yang dimaksud dengan sumber daya manusia di Rumah Sakit adalah semua tenaga yang bekerja di Rumah Sakit baik tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Pasal 4

Yang dimaksud dengan Pelayanan kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan.

Pasal 5

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 5 -

Huruf d

Penapisan teknologi dimaksudkan dalam rangka perlindungan terhadap keamanan dan keselamatan pasien.

Pasal 6

Ayat (1)

Huruf a

Penyediaan Rumah Sakit didasarkan pada perhitungan rasio tempat tidur dan jumlah penduduk.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Cukup jelas.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Informasi meliputi jumlah dan jenis pelayanan, hasil pelayanan, ketersediaan tempat tidur, ketenagaan, serta tarif.

Huruf h

Yang dimaksud dengan bencana adalah suatu peristiwa yang terjadi secara mendadak/tidak terencana atau secara perlahan tetapi berlanjut yang menimbulkan dampak terhadap pola kehidupan normal atau kerusakan ekosistem, sehingga diperlukan tindakan darurat dan luar biasa untuk menolong dan menyelamatkan korban yaitu manusia beserta lingkungannya.

Yang dimaksud dengan Kejadian Luar Biasa adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan/

kematian ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 6 -

kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.

Huruf i

Cukup jelas.

Huruf j

Yang dimaksud berteknologi tinggi dan bernilai tinggi adalah teknologi masa depan dan teknologi baru yang mempunyai aspek kemanfaatan yang tinggi dalam pelayanan kesehatan.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 7

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Kegiatan usaha hanya bergerak di bidang perumahsakitian dimaksudkan untuk melindungi usaha rumah sakit agar terhindar dari risiko akibat kegiatan usaha lain yang dimiliki oleh badan hukum pemilik rumah sakit.

Pasal 8

Ayat (1)

Kajian kebutuhan penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi kajian terhadap kebutuhan akan pelayanan Rumah Sakit, kajian terhadap kebutuhan sarana, prasarana, peralatan, dana dan tenaga yang dibutuhkan untuk pelayanan yang diberikan, dan kajian terhadap kemampuan pembiayaan.

Studi ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 7 -

Studi kelayakan Rumah Sakit merupakan suatu kegiatan perencanaan Rumah Sakit secara fisik dan nonfisik agar Rumah Sakit berfungsi secara optimal pada kurun waktu tertentu.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan lokasi dan tata ruang adalah jika dalam satu wilayah sudah ada Rumah Sakit, maka pendirian Rumah Sakit baru tidak menjadi prioritas, termasuk dalam hal pemekaran wilayah.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 9

Huruf a

Bangunan Rumah Sakit merupakan wujud fisik hasil pekerjaan konstruksi yang menyatu dengan tempat kedudukannya, sebagian atau seluruhnya berada di atas dan/atau di dalam tanah yang berfungsi sebagai tempat melakukan kegiatan pelayanan.

Huruf b

Persyaratan teknis bangunan untuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut memiliki karakteristik sendiri.

Pasal 10

Cukup jelas.

Pasal 11

Ayat (1)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Termasuk catu daya pengganti atau generator.

Huruf c ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 8 -

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Pengelolaan limbah di rumah sakit dilaksanakan meliputi pengelolaan limbah padat, cair, bahan gas yang bersifat infeksius, bahan kimia beracun dan sebagian bersifat radioaktif, yang diolah secara terpisah.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Cukup jelas.

Huruf h

Cukup jelas.

Huruf i

Cukup jelas.

Huruf j

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Ayat (6)

Cukup jelas.



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 9 -

Pasal 12

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan tenaga tetap adalah tenaga yang bekerja secara purna waktu.

Yang dimaksud dengan tenaga nonkesehatan antara lain tenaga administratif , tenaga kebersihan, dan tenaga keamanan.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Yang dimaksud dengan kemampuan meliputi kemampuan dana dan pelayanan Rumah Sakit.

Pasal 13

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan tenaga kesehatan tertentu adalah tenaga perawat, bidan, perawat gigi, apoteker, asisten apoteker, fisioterapis, refraksionis optisien, terapis wicara, radiografer, dan okupasi terapis.

Yang dimaksud dengan izin adalah izin kerja atau izin praktik bagi tenaga kesehatan tersebut.

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan standar profesi adalah batasan kemampuan (*capacity*) meliputi pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), dan sikap profesional (*professional attitude*) yang minimal harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi.

Yang ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 10 -

Yang dimaksud dengan standar pelayanan Rumah Sakit adalah pedoman yang harus diikuti dalam menyelenggarakan Rumah Sakit antara lain Standar Prosedur Operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan.

Yang dimaksud dengan standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu. Standar prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Yang dimaksud dengan etika profesi adalah kode etik yang disusun oleh asosiasi atau ikatan profesi.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 14

Cukup jelas.

Pasal 15

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.

Yang dimaksud dengan alat kesehatan adalah bahan, instrumen, aparatus, mesin, serta implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3) ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 11 -

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan "instalasi farmasi" adalah bagian dari Rumah Sakit yang bertugas menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan farmasi serta melaksanakan pembinaan teknis kefarmasian di Rumah Sakit.

Yang dimaksud dengan sistem satu pintu adalah bahwa rumah sakit hanya memiliki satu kebijakan kefarmasian termasuk pembuatan formularium pengadaan, dan pendistribusian alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai yang bertujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien.

Ayat (4)

Informasi harga obat (perbekalan farmasi) harus transparan atau dicantumkan di dalam buku daftar harga yang dapat diakses oleh pasien.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 16

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan peralatan medis adalah peralatan yang digunakan untuk keperluan diagnosa, terapi, rehabilitasi dan penelitian medik baik secara langsung maupun tidak langsung.

Yang dimaksud dengan peralatan nonmedis adalah peralatan yang digunakan untuk mendukung keperluan tindakan medis.

Yang dimaksud dengan standar peralatan medis disesuaikan dengan standar yang mengikuti standar industri peralatan medik.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan pengujian adalah keseluruhan tindakan yang meliputi pemeriksaan fisik dan pengukuran

untuk ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 12 -

untuk membandingkan alat yang diukur dengan standar, atau untuk menentukan besaran atau kesalahan pengukuran.

Yang dimaksud dengan kalibrasi adalah kegiatan peneraan untuk menentukan kebenaran nilai penunjukkan alat ukur dan/atau bahan ukur.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Ayat (6)

Cukup jelas.

Ayat (7)

Cukup jelas.

Pasal 17

Cukup jelas.

Pasal 18

Cukup jelas.

Pasal 19

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan kekhususan lainnya adalah jenis pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan bidang kedokteran.

Pasal 20 ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 13 -

Pasal 20

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Dalam ayat ini yang dimaksud dengan badan hukum nirlaba adalah badan hukum yang sisa hasil usahanya tidak dibagikan kepada pemilik, melainkan digunakan untuk peningkatan pelayanan, yaitu antara lain Yayasan, Perkumpulan dan Perusahaan Umum.

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan Pemerintah adalah Pemerintah Pusat termasuk TNI dan POLRI.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 21

Cukup jelas.

Pasal 22

Cukup jelas.

Pasal 23

Cukup jelas.

Pasal 24

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Rumah Sakit Umum Kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis.

Rumah ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 14 -

Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar.

Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.

Rumah Sakit Umum Kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Ayat (3)

Rumah Sakit Khusus kelas A adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.

Rumah Sakit Khusus kelas B adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.

Rumah Sakit Khusus kelas C adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 25

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2) ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 15 -

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan izin mendirikan adalah ijin yang diberikan untuk mendirikan rumah sakit setelah memenuhi persyaratan untuk mendirikan.

Yang dimaksud dengan izin operasional adalah izin yang diberikan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan setelah memenuhi persyaratan dan standar.

Ayat (3)

Cukup jelas. Ayat

(4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 26

Cukup jelas.

Pasal 27

Cukup jelas.

Pasal 28

Cukup jelas.

Pasal 29

Ayat (1)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Yang dimaksud dengan standar pelayanan rumah sakit adalah semua standar pelayanan yang berlaku di rumah sakit, antara lain Standar Prosedur Operasional, standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 16 -

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Yang dimaksud dengan "pasien tidak mampu atau miskin" adalah pasien yang memenuhi persyaratan yang diatur dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Cukup jelas.

Huruf h

Yang dimaksud dengan penyelenggaraan rekam medis dalam ayat ini adalah dilakukan sesuai dengan standar yang secara bertahap diupayakan mencapai standar Internasional

Huruf i

Cukup jelas.

Huruf j

Cukup jelas.

Huruf k

Cukup jelas.

Huruf l

Cukup jelas.

Huruf m

Cukup jelas.

Huruf n

Cukup jelas.

Huruf o

Rumah Sakit dibangun serta dilengkapi dengan sarana, prasarana dan peralatan yang dapat difungsikan serta dipelihara sedemikian rupa untuk mendapatkan keamanan, mencegah kebakaran/ bencana dengan

terjaminnya ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 17 -

terjaminnya keamanan, kesehatan dan keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan Rumah Sakit.

Huruf p

Cukup jelas

Huruf r

Yang dimaksud dengan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaw*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*). Dalam peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaw*) antara lain diatur kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).

Huruf s

Cukup jelas.

Huruf t

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 30

Cukup jelas.

Pasal 31

Ayat (1)

Kewajiban pasien yang dimaksud dalam ayat ini antara lain mematuhi ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit, memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku, memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya kepada tenaga kesehatan di Rumah Sakit, dan mematuhi kesepakatan dengan Rumah Sakit.

Ayat (2) ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 18 -

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 32

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Cukup jelas.

Huruf f

Cukup jelas.

Huruf g

Cukup jelas.

Huruf h

Cukup jelas.

Huruf I

Cukup jelas.

Huruf j

Cukup jelas.

Huruf k

Yang dimaksud dengan pemberian persetujuan atau penolakan atas tindakan kedokteran atau kedokteran gigi dapat berupa seluruh tindakan yang akan dilakukan atau dapat berupa tindakan tertentu yang disetujui.

Huruf l

Cukup jelas.

Huruf m

Cukup jelas.

Huruf n ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 19 -

Huruf n

Cukup jelas.

Huruf o

Cukup jelas.

Huruf p

Cukup jelas.

Huruf q

Cukup jelas.

Huruf r

Cukup jelas.

Pasal 33

Ayat (1)

Organisasi Rumah Sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi Rumah Sakit dengan menjalankan tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 34

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Pimpinan yang harus berkewarganegaraan Indonesia adalah direktur utama, direktur medis dan keperawatan, serta direktur sumber daya manusia.

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan pemilik Rumah Sakit antara lain komisaris perusahaan, pendiri yayasan, atau pemerintah daerah.

Yang dimaksud dengan kepala Rumah Sakit adalah pimpinan tertinggi dengan jabatan Direktur Utama (*Chief Executive Officer*) termasuk Direktur Medis.

Pasal 35 ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 20 -

Pasal 35

Cukup jelas.

Pasal 36

Tata kelola rumah sakit yang baik adalah penerapan fungsi-fungsi manajemen rumah sakit yang berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, independensi dan responsibilitas, kesetaraan dan kewajaran.

Tata kelola klinis yang baik adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.

Pasal 37

Ayat (1)

Setiap tindakan kedokteran harus memperoleh persetujuan dari pasien kecuali pasien tidak cakap atau pada keadaan darurat. Persetujuan tersebut diberikan secara lisan atau tertulis. Persetujuan tertulis hanya diberikan pada tindakan kedokteran berisiko tinggi.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 38

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan "rahasia kedokteran" adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan hal yang ditemukan oleh dokter dan dokter gigi dalam rangka pengobatan dan dicatat dalam rekam medis yang dimiliki pasien dan bersifat rahasia.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 21 -

Pasal 39

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Audit kinerja adalah pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan dan kinerja keuangan.

Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis

Ayat (3)

Audit medis internal dilakukan oleh Komite Medik rumah sakit
Audit kinerja internal dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 40

Cukup jelas.

Pasal 41

Cukup jelas.

Pasal 42

Cukup jelas.

Pasal 43

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

Ayat (2) ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 22 -

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan insiden keselamatan pasien adalah kesalahan medis (*medical error*), kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*), dan nyaris terjadi (*near miss*).

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 44

Cukup jelas.

Pasal 45

Ayat (1)

Pasien berhak menolak atau menghentikan pengobatan. Pasien yang menolak pengobatan karena alasan finansial harus diberikan penjelasan bahwa pasien berhak memperoleh jaminan dari Pemerintah.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 46

Cukup jelas.

Pasal 47

Cukup jelas.

Pasal 48

Cukup jelas.

Pasal 49

Ayat (1)

Pola Tarif Nasional adalah pedoman dasar yang berlaku secara nasional dalam pengaturan dan perhitungan untuk menetapkan besaran tarif rumah sakit yang berdasarkan komponen biaya satuan (*unit cost*).

Ayat (2) ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 23 -

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan "biaya satuan (unit cost)" adalah hasil perhitungan total biaya operasional pelayanan yang diberikan Rumah Sakit.

Yang dimaksud kondisi regional termasuk didalamnya indeks kemahalan setempat

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 50

Cukup jelas.

Pasal 51

Cukup jelas.

Pasal 52

Cukup jelas.

Pasal 53

Cukup jelas.

Pasal 54

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Yang dimaksud dengan pengawasan teknis medis adalah audit medis

Yang dimaksud dengan pengawasan teknis perumahsakititan adalah audit kinerja rumah sakit.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Ayat (6) ...



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

- 24 -

Ayat (6)

Cukup jelas.

Pasal 55

Cukup jelas.

Pasal 56

Cukup jelas.

Pasal 57

Cukup jelas.

Pasal 58

Cukup jelas.

Pasal 59

Cukup jelas.

Pasal 60

Cukup jelas.

Pasal 61

Cukup jelas.

Pasal 62

Cukup jelas.

Pasal 63

Cukup jelas.

Pasal 64

Cukup jelas.

Pasal 65

Cukup jelas.

Pasal 66

Cukup jelas.

TAMBAHAN LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA NOMOR 5072



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 028/MENKES/PER/1/2011

TENTANG

KLINIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa perkembangan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan semakin kompleks baik dari segi jumlah, jenis maupun bentuk pelayanannya;
 - b. bahwa klinik sebagai salah satu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan dibutuhkan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang mudah diakses, terjangkau dan bermutu dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
 - c. bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/Per/XII/ 1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik tidak sesuai lagi dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran serta otonomi daerah;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Klinik;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 8737);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 364/Menkes/SK/III/2003 tentang Laboratorium Kesehatan;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/X/2007 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 657/Menkes/Per/VIII/2009 tentang Pengiriman dan Penggunaan Spesimen Klinik, Materi Biologik dan Muatan Informasinya;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/Menkes/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KLINIK.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis.
2. Tenaga medis adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis.
3. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
4. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

BAB II
JENIS

Pasal 2

- (1) Berdasarkan jenis pelayanannya, klinik dibagi menjadi Klinik Pratama dan Klinik Utama.
- (2) Klinik Pratama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar.
- (3) Klinik Utama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik.
- (4) Klinik Pratama atau Klinik Utama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dapat mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit tertentu.
- (5) Jenis Klinik Pratama atau Klinik Utama sebagaimana dimaksud pada ayat (4) serta pedoman penyelenggaraannya ditetapkan oleh Menteri.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 3

Klinik dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah atau masyarakat.

Pasal 4

- (1) Klinik menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, *one day care*, rawat inap dan/atau *home care*.
- (3) Klinik yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan 24 (dua puluh empat) jam harus menyediakan dokter serta tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan yang setiap saat berada di tempat.

Pasal 5

- (1) Kepemilikan Klinik Pratama yang menyelenggarakan rawat jalan dapat secara perorangan atau berbentuk badan usaha.
- (2) Kepemilikan Klinik Pratama yang menyelenggarakan rawat inap dan Klinik Utama harus berbentuk badan usaha.

BAB III PERSYARATAN

Bagian Kesatu Umum

Pasal 6

Klinik harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruangan, prasarana, peralatan, dan ketenagaan.

Bagian Kedua Lokasi

Pasal 7

- (1) Lokasi pendirian klinik harus sesuai dengan tata ruang daerah masing-masing.
- (2) Pemerintah daerah kabupaten/kota mengatur persebaran klinik yang diselenggarakan masyarakat di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan berdasarkan rasio jumlah penduduk.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- (3) Ketentuan mengenai lokasi dan persebaran klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak berlaku untuk klinik perusahaan atau klinik instansi pemerintah tertentu yang hanya melayani karyawan perusahaan atau pegawai instansi pemerintah tersebut.

Bagian Ketiga Bangunan dan Ruang

Pasal 8

- (1) Klinik diselenggarakan pada bangunan yang permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja lainnya.
- (2) Bangunan klinik harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Bangunan klinik harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut.

Pasal 9

Bangunan klinik paling sedikit terdiri atas:

- a. ruang pendaftaran/ruang tunggu;
- b. ruang konsultasi dokter;
- c. ruang administrasi;
- d. ruang tindakan;
- e. ruang farmasi;
- f. kamar mandi/wc;
- g. ruangan lainnya sesuai kebutuhan pelayanan.

Bagian Keempat Prasarana

Pasal 10

- (1) Prasarana klinik meliputi:
 - a. instalasi air;
 - b. instalasi listrik;
 - c. instalasi sirkulasi udara;
 - d. sarana pengelolaan limbah;
 - e. pencegahan dan penanggulangan kebakaran;
 - f. ambulans, untuk klinik yang menyelenggarakan rawat inap; dan
 - g. sarana lainnya sesuai kebutuhan.
- (2) Prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bagian Kelima
Peralatan

Pasal 11

- (1) Klinik harus dilengkapi dengan peralatan medis dan nonmedis yang memadai sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan.
- (2) Peralatan medis dan nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi standar mutu, keamanan, dan keselamatan.
- (3) Selain memenuhi standar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) peralatan medis harus memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

Peralatan medis yang digunakan di klinik harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan dan/atau institusi pengujian dan pengkalibrasi yang berwenang.

Pasal 13

Peralatan medis yang menggunakan radiasi pengion harus mendapatkan izin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

Penggunaan peralatan medis untuk kepentingan penegakan diagnosis, terapi dan rehabilitasi harus berdasarkan indikasi medis.

Bagian Keenam
Ketenagaan

Pasal 15

- (1) Pimpinan Klinik Pratama adalah seorang dokter atau dokter gigi.
- (2) Pimpinan Klinik Utama adalah dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang memiliki kompetensi sesuai dengan jenis kliniknya.
- (3) Pimpinan klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) merupakan penanggung jawab klinik dan merangkap sebagai pelaksana pelayanan.

Pasal 16

Ketenagaan klinik terdiri atas tenaga medis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 17

- (1) Tenaga medis pada Klinik Pratama minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dan/atau dokter gigi.
- (2) Tenaga medis pada Klinik Utama minimal terdiri dari 1 (satu) orang dokter spesialis dari masing-masing spesialisasi sesuai jenis pelayanan yang diberikan.
- (3) Klinik Utama dapat mempekerjakan dokter dan/atau dokter gigi sebagai tenaga pelaksana pelayanan medis.
- (4) Dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus memiliki kompetensi setelah mengikuti pendidikan atau pelatihan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan oleh klinik.
- (5) Jenis, kualifikasi, dan jumlah tenaga kesehatan lain serta tenaga non kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang diberikan oleh klinik.

Pasal 18

- (1) Setiap tenaga medis yang berpraktik di klinik harus mempunyai Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik (SIP) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Setiap tenaga kesehatan lain yang bekerja di klinik harus mempunyai Surat Izin sebagai tanda registrasi/Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Kerja (SIK) atau Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 19

Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di klinik harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan, etika profesi, menghormati hak pasien, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien.

Pasal 20

Klinik dilarang mempekerjakan tenaga kesehatan warga negara asing.

BAB IV PERIZINAN

Pasal 21

- (1) Untuk mendirikan dan menyelenggarakan klinik harus mendapat izin dari pemerintah daerah kabupaten/kota setelah mendapatkan rekomendasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- (2) Dinas kesehatan kabupaten/kota mengeluarkan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah klinik memenuhi ketentuan persyaratan klinik dalam Peraturan ini.
- (3) Permohonan izin klinik diajukan dengan melampirkan:
 - a. surat rekomendasi dari dinas kesehatan setempat;
 - b. salinan/fotokopi pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
 - c. identitas lengkap pemohon;
 - d. surat keterangan persetujuan lokasi dari pemerintah daerah setempat;
 - e. bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau izin penggunaan bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan bagi milik pribadi atau surat kontrak minimal selama 5 (lima) tahun bagi yang menyewa bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan;
 - f. dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL);
 - g. profil klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, dan peralatan serta pelayanan yang diberikan; dan
 - h. persyaratan administrasi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Izin klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang dengan mengajukan permohonan perpanjangan 6 (enam) bulan sebelum habis masa berlaku izinnnya.
- (4) Pemerintah daerah kabupaten/kota dalam waktu 3 (tiga) bulan sejak permohonan diterima harus menetapkan menerima atau menolak permohonan izin atau permohonan perpanjangan izin.
- (5) Permohonan yang tidak memenuhi syarat ditolak oleh pemerintah daerah kabupaten/kota dengan memberikan alasan penolakannya secara tertulis.

BAB V
PENYELENGGARAAN

Pasal 22

- (1) Klinik yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap harus menyediakan:
 - a. ruang rawat inap yang memenuhi persyaratan;
 - b. tempat tidur pasien minimal 5 (lima) dan maksimal 10 (sepuluh);
 - c. tenaga medis dan keperawatan yang sesuai jumlah dan kualifikasinya;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- d. tenaga gizi, tenaga analis kesehatan, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan dan/atau tenaga non kesehatan lain sesuai kebutuhan;
 - e. dapur gizi;
 - f. pelayanan laboratorium Klinik Pratama.
- (2) Pelayanan rawat inap hanya dapat dilakukan maksimal selama 5 (lima) hari.

Pasal 23

- (1) Klinik dapat menyelenggarakan pelayanan laboratorium klinik.
- (2) Perizinan laboratorium klinik terintegrasi dengan perizinan kliniknya.
- (3) Apabila laboratorium klinik memiliki sarana, prasarana, ketenagaan dan kemampuan pelayanan melebihi kriteria dan persyaratan klinik pratama maka laboratorium klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Persyaratan laboratorium klinik meliputi ketenagaan, bangunan, peralatan, dan kemampuan pemeriksaan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 24

- (1) Klinik menyelenggarakan pengelolaan dan pelayanan kefarmasian melalui ruang farmasi yang dilaksanakan oleh apoteker yang memiliki kompetensi dan kewenangan untuk itu.
- (2) Apabila klinik berada di daerah yang tidak terdapat apoteker sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pelayanan kefarmasian dapat dilaksanakan oleh tenaga teknis kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ruang farmasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat melayani resep dari tenaga medis yang bekerja di klinik yang bersangkutan.

Pasal 25

Dalam memberikan pelayanan, klinik berkewajiban:

- a. memberikan pelayanan yang aman, bermutu dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional;
- b. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya tanpa meminta uang muka terlebih dahulu atau mendahulukan kepentingan finansial;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c. memperoleh persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan (*informed consent*);
- d. menyelenggarakan rekam medis;
- e. melaksanakan sistem rujukan;
- f. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- g. menghormati hak-hak pasien;
- h. melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- i. memiliki peraturan internal dan standar prosedur operasional;
- j. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional.

Pasal 26

Penyelenggara klinik wajib:

- a. memasang papan nama klinik;
- b. membuat daftar tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang bekerja di klinik beserta nomor Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik (SIP) bagi tenaga medis dan surat izin sebagai tanda registrasi atau Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) atau Surat Izin Kerja (SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
- c. melaksanakan pencatatan untuk penyakit-penyakit tertentu dan melaporkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota dalam rangka pelaksanaan program pemerintah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 27

- (1) Besarnya tarif pelayanan klinik berpedoman pada komponen jasa pelayanan dan jasa sarana.
- (2) Komponen jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. jasa konsultasi;
 - b. jasa tindakan;
 - c. jasa penunjang medik;
 - d. biaya pelayanan kefarmasian;
 - e. ruang perawatan (untuk rawat inap);
 - f. administrasi; atau
 - g. komponen lainnya yang menunjang pelayanan.
- (4) Tarif atas jasa sarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan biaya penggunaan sarana dan fasilitas klinik, akomodasi, sediaan farmasi, bahan dan/atau alat kesehatan habis pakai yang digunakan dalam rangka pelayanan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- (5) Besarnya biaya masing-masing komponen ditentukan dalam bentuk nominal, bukan dalam bentuk persen dari biaya lainnya.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 28

- (1) Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan.
- (2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pemerintah dan pemerintah daerah dapat mengikutsertakan organisasi profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan melindungi masyarakat terhadap segala risiko yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan atau merugikan masyarakat.
- (4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berupa pemberian bimbingan, supervisi, konsultasi, pendidikan dan pelatihan dan kegiatan pemberdayaan lain.

Pasal 29

- (1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, pemerintah dan pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan masing-masing dapat mengambil tindakan administratif.
- (2) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis; atau
 - c. pencabutan Izin.

Pasal 30

- (1) Menteri atau kepala dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dalam melaksanakan tugasnya dapat mengangkat tenaga pengawas dengan tugas pokok untuk melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan klinik.
- (2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**BAB VII
KETENTUAN PERALIHAN**

Pasal 31

Pada saat Peraturan ini mulai berlaku, maka semua fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan medis dasar atau spesialisik berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik, harus disesuaikan dengan Peraturan ini dalam jangka waktu selambat-lambatnya 2 (dua) tahun.

**BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 32

Pada saat Peraturan ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 33

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal di tetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 4 Januari 2011

MENTERI KESEHATAN,

ttd

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 10 Januari 2010

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA,

PATRIALIS AKBAR

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2011 NOMOR 16

Lampiran 4: Kuesioner Penelitian

Diisi oleh petugas:
Tanggal:
Nomor:

Survey:

Komunikasi Pemasaran dan Kualitas Pelayanan Di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana - Jakarta

KUESIONER:

A. IDENTITAS

Nama : _____ (boleh tidak diisi)

Jenis kelamin : pria wanita

Umur : _____ tahun

Pengalaman menjadi pasien di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana:

- Kurang dari 1 tahun
- 1 sampai 3 tahun
- Lebih dari 3 tahun sampai 5 tahun
- Lebih dari 5 tahun

B. PETUNJUK

Di bawah ini disajikan 25 pertanyaan yang berhubungan dengan komunikasi pemasaran dan kualitas pelayanan di Klinik Asma dan Alergi DR. Indrajana. Untuk setiap pertanyaan disediakan alternatif tanggapan/pendapat Anda.

Pilihlah SATU alternatif tanggapan yang paling sesuai menurut Anda.

Beri **tanda silang (X)** atau **contreng (v)** pada jawaban yang Anda pilih.

Alternatif tanggapan bergerak dari:

STS (Sangat Tidak Setuju)

TS (Tidak Setuju)

N (Netral)

S (Setuju)

SS (Sangat Setuju)

(Lanjutan)

C. PERTANYAAN

No.	Pertanyaan	STS	TS	N	S	SS
Media Periklanan/ Advertising						
1	Saya mengetahui adanya Klinik DR. Indrajana melalui iklan di media cetak (Majalah, Koran)					
Tuliskan media media cetak tersebut: _____						
Bila Anda mengetahui klinik Indrajana bukan melalui media cetak, tuliskan darimana Anda mengetahui adanya Klinik DR. Indrajana: _____						
2	Papan iklan yang dipasang di pinggir jalan memudahkan saya untuk sampai di klinik					
Hubungan Masyarakat/ Public Relations						
3	Keterlibatan para dokter klinik di Acara <i>talkshow</i> dalam program acara kesehatan di stasiun televisi dapat meningkatkan citra positif klinik					
Nama-nama stasiun televisi yang menyiarkan acara talkshow tersebut yang pernah Anda tonton: _____						
4	Artikel-artikel yang ditulis oleh para dokter klinik Indrajana di berbagai media cetak dapat meningkatkan citra positif klinik					
Nama media cetak yang memuat artikel tersebut yang pernah Anda baca : _____						

(Lanjutan)

No.	Pertanyaan	STS	TS	N	S	SS
Event Marketing						
5	Keikutsertaan klinik Indrajana dalam acara Bazar di gedung-gedung perkantoran membuat lebih banyak orang yang mengetahui tentang klinik Indrajana					
Tempat bazar di mana Anda pernah mendapat pelayanan dari klinik DR. Indrajana: _____						
6	Seminar-seminar yang diselenggarakan klinik sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan saya tentang penyakit Asma dan Alergi					
Seminar yang pernah Anda ikuti?						
Komunikasi Digital / <i>Digital Communication</i>						
7	Website klinik Indrajana sangat menarik					
8	Artikel-artikel yang dimuat di website klinik Indrajana sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan saya mengenai penanganan penyakit asma dan alergi					
9	Website yang tersedia membuat saya lebih mudah untuk mendaftarkan diri dan mendapat pelayanan di klinik Indrajana					

(Lanjutan)

No.	Pertanyaan	STS	TS	N	S	SS
Personal Selling						
10	Para karyawan garis depan (Dokter, perawat, <i>customer service/receptionist</i>) mampu memberikan informasi yang saya butuhkan dengan jelas, tepat dan selalu menunjukkan sikap kesediaan untuk membantu					
11	Para karyawan penunjang (kasir, satpam, sopir ambulance) melayani dengan ramah, sopan dan menunjukkan sikap kesediaan untuk membantu					
Ketepatan / Reliability						
12	Para dokter memiliki kemampuan untuk mendiagnosa dan mengobati penyakit secara akurat					
13	Para perawat sangat terampil dan dapat merawat saya secara akurat					
14	Klinik selalu memberikan pelayanan tepat waktu sesuai dengan jadwal					
Kepercayaan / Assurance						
15	Para Dokter memiliki reputasi yang baik dan profesional					
16	Para perawat memiliki reputasi dan pengalaman yang baik					
17	Seluruh staff bagian pelayanan bekerja secara profesional					

(Lanjutan)

No.	Pertanyaan	STS	TS	N	S	SS
Tampilan / Tangibel						
18	Tampilan para karyawan di klinik (termasuk dokter) sangat rapi, bersih dan menarik					
19	Klinik, ruang perawatan dan fasilitas lainnya bersih dan nyaman					
20	Peralatan dan kelengkapan kesehatan yang dimiliki klinik lengkap dan modern					
Empati / Empathy						
21	Para tenaga medis (dokter, perawat) sangat mengenali riwayat penyakit saya dan merawat dengan sabar					
22	Waktu pelayanan di klinik sangat fleksibel sehingga memudahkan saya untuk berobat					
23	Sangat mudah untuk melakukan pendaftaran dan mengurus administrasi lainnya yang saya butuhkan.					
Responsif / Responsiveness						
24	Pihak klinik selalu sangat cepat merespon dan membantu segala kebutuhan saya					
25	Bila saya menyampaikan keluhan (komplain), pihak klinik selalu sangat cepat merespon dan memberikan solusi bagi saya					

Lampiran 5: Hasil Uji Reliability

Reliability Advertising

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.842	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
AD1	3.90	.615	125
AD2	4.06	.626	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
AD1	4.06	.392	.727	. ^a
AD2	3.90	.378	.727	. ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7.96	1.329	1.153	2

(lanjutan)

Reliability Public Relations

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.719	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PR1	3.62	.593	125
PR2	3.35	.528	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PR1	3.35	.278	.565	. ^a
PR2	3.62	.351	.565	. ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6.97	.983	.991	2

(lanjutan)

Reliability Event marketing

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.905	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
EM1	3.50	.667	125
EM2	3.40	.684	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EM1	3.40	.468	.827	. ^a
EM2	3.50	.446	.827	. ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6.90	1.668	1.292	2

(lanjutan)

Reliability Digital Communication

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.933	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
DC1	3.06	.651	125
DC2	2.99	.575	125
DC3	2.85	.610	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DC1	5.84	1.281	.866	.903
DC2	5.90	1.410	.908	.871
DC3	6.05	1.417	.821	.935

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8.90	2.981	1.727	3

(lanjutan)

Reliability Personal Selling

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.940	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PS1	3.68	.562	125
PS2	3.62	.549	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PS1	3.62	.301	.888	. ^a
PS2	3.68	.316	.888	. ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7.30	1.165	1.079	2

(lanjutan)

Reliability: Service - Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.930	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SR1	4.07	.709	125
SR2	3.88	.703	125
SR3	3.82	.677	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SR1	7.70	1.826	.780	.958
SR2	7.89	1.665	.919	.846
SR3	7.95	1.788	.873	.885

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11.77	3.825	1.956	3

(lanjutan)

Reliability – Service Assurance

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.879	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SA1	4.01	.629	125
SA2	3.74	.584	125
SA3	3.69	.601	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SA1	7.42	1.359	.612	.966
SA2	7.70	1.197	.870	.736
SA3	7.74	1.192	.836	.765

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11.43	2.651	1.628	3

(lanjutan)

Reliability – Service Tangible

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.843	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ST1	3.40	.609	125
ST2	3.52	.533	125
ST3	3.60	.582	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ST1	7.12	1.106	.617	.875
ST2	7.00	1.113	.775	.725
ST3	6.92	1.042	.747	.743

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10.52	2.268	1.506	3

(lanjutan)

Reliability – Service Empathy

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.844	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SE1	3.97	.567	125
SE2	3.66	.608	125
SE3	3.76	.627	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SE1	7.42	1.391	.575	.902
SE2	7.73	1.119	.772	.722
SE3	7.63	1.057	.800	.691

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11.39	2.482	1.575	3

(lanjutan)

Reliability – Service Responsiveness

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	125	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	125	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.836	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SQR1	3.56	.530	125
SQR2	3.38	.488	125

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SQR1	3.38	.238	.721	. ^a
SQR2	3.56	.281	.721	. ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Purnama Dharmawan, lahir di Medan, tanggal 15 September 1959. Lulus Sarjana Ekonomi jurusan Manajemen dari Fakultas Ekonomi Universitas Tarumanagara pada tahun 1983. Tahun 1980 sampai 1996 menduduki posisi *managerial* di beberapa perusahaan yang bergerak di bidang: Perdagangan, Pabrik Semen, Sekolah Kepribadian, *Fashion Retail*, dan Konsultan Manajemen. Sejak tahun 1997 sampai sekarang, mengajar di Universitas Tarumanagara dan InterStudi. Dan sejak tahun 2007 bergabung dengan Departemen Ilmu Komunikasi Universitas Indonesia sebagai pengajar di program Vokasi.

Selain itu, juga aktif sebagai fasilitator pelatihan dalam bidang *soft skill*, menyampaikan tentang pengembangan kepribadian, etiket bisnis, komunikasi dan *service management*.