TE 24/05
Roh
e

TESIS

EVALUASI KINERJA RUMAH SAKIT SWASTA DI SURAKARTA DITINJAU DARI ASPEK EFISIENSI DAN KUALITAS PELAYANAN

SHOLIKHAH NUR ROHMAH

UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

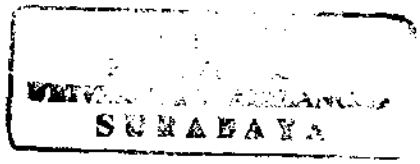
PROGRAM STUDI ILMU MANAJEMEN
PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2004

EVALUASI KINERJA RUMAH SAKIT SWASTA DI SURAKARTA DITINJAU DARI ASPEK EFISIENSI DAN KUALITAS PELAYANAN

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister
dalam Program Studi Ilmu Manajemen
pada Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga

Oleh :
SHOLIKHAH NUR ROHMAH
NIM : 090114368 - M



PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2004

Lembar pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 29 DESEMBER 2003

Oleh :

Pembimbing

Dra. Ec. Indrianawati, M.Sc.

Telah diuji pada
Tanggal 29 Januari 2004

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Drs Sri Gunawan, M Com, DBA
Anggota : 1. Dr Muslich Ansori, MSC, Ak
2. Drs Ahmadi, MS
3. Dr. Sri Wahyuni Astuti, MS
4. Sri Hartini, SE, Msi
5. Dra. Ec. Indrianawati, M.Sc

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillaahirobbil 'alamiin, segala puji syukur bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya sehingga tesis yang berjudul " EVALUASI KINERJA RUMAH SAKIT SWASTA DI SURAKARTA DITINJAU DARI ASPEK EFISIENSI DAN KUALITAS PELAYANAN" dapat diselesaikan dengan lancar.

Dengan selesainya tesis ini, perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar –besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta yang telah memberikan ijin serta bantuan finansial sehingga penulis dapat menempuh jenjang pendidikan pasca sarjana.
2. Rektor Universitas Airlangga beserta staff pengajar Pasca sarjana yang telah memberikan bimbingan selama proses belajar
3. Dra. Ec. Indrianawati, M.Sc, sebagai pembimbing tesis yang penuh perhatian telah memberikan bimbingan, dorongan serta saran.
4. Bapak Supangat SPd dan Ibu Sulastri (Almarhumah), kedua orang tua penulis yang senantiasa berdoa demi kelancaran studi.
5. Agus Ahmadi dan Salsabiella Firdaus, suami dan anakku tersayang yang telah penuh pengorbanan telah memberikan kesempatan kepad penulis untuk menyelesaikan studi.

6. Keluarga Bapak Sidik, Keluarga Bapak Ahmad, serta Uswatun Khasanah (Anna), yang telah banyak memberikan bantuan selama penulis menyelesaikan studi.
7. Ibu Zulfa Irawati, Ibu Mujiati, Ibu Irmawati, serta rekan-rekan staf pengajar Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Surakarta yang telah banyak membantu untuk memperoleh bahan guna penyelesaian tesis ini.
8. Sahabatku, Mbak Handri dan Mbak Vero serta Adikku Anna, yang telah membantu dan memberikan masukan dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini banyak kekurangan dan jauh dari sempurna karena keterbatasan kemampuan, sehingga kritik dan saran diharapkan demi sempurnanya tesis ini.

Surabaya, Februari 2004

Sholikhah Nur Rohmah

RINGKASAN

Rumah sakit sebagai salah satu lembaga yang menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat mengalami perkembangan yang cukup pesat setelah badan hukum Perseroan Terbatas (PT) diijinkan untuk mendirikan rumah sakit sebagai bagian dari deregulasi dibidang kesehatan. Dengan adanya degerulasi tersebut memungkinkan tumbuh suburnya rumah sakit swasta yang pada umumnya berorientasi pada profit. Banyaknya jumlah rumah sakit swasta akan mendorong persaingan antar rumah sakit swasta semakin tinggi dan tajam. Fenomena yang ada menunjukkan banyak rumah sakit swasta di Surakarta. Konsumen yang dilayani disamping berasal dari dalam kota surakarta, juga berasal dari luar kota Surakarta. Untuk dapat menjaring konsumen tersebut, maka rumah sakit swasta di Surakarta harus memberikan palayanan baik dengan biaya yang murah. Agar biaya dapat ditekan maka rumah sakit swasta harus melakukan efisiensi dalam proses pelayanannya. Oleh karena itu perlu dilakukan pengukuran kualitas pelayanan dan tingkat efisiensi proses pelayanan agar dapat dilakukan evaluasi atas kinerja berdasarkan kedua aspek tersebut.

Penelitian ini bertujuan untuk (1). mengevaluasi kinerja rumah sakit swasta di Surakarta ditinjau dari aspek efisiensi teknis dan kualitas pelayanan berdasarkan pada dimensi *tangibles, reliability, responsiveness, emphaty dan assurance*, (2). mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan rumah sakit swasta di Surakarta tidak efisien, (3). mengidentifikasi dimensi kualitas pelayanan mana yang memberikan kesenjangan *(gap)* terbesar. Untuk mengadakan evaluasi terhadap aspek efisiensi teknis dan kualitas pelayanan, maka perlu dilakukan pengukuran terhadap kedua aspek tersebut. Pengukuran efisiensi teknis dilakukan dengan menggunakan *Data Envelopment Analysis (DEA)*, sedangkan untuk pengukuran terhadap kualitas pelayanan digunakan *SERVQUAL*.

Hasil dari analisis dengan Data Envelopment Analysis menunjukkan bahwa tingkat efisiensi teknis rumah sakit swasta di Surakarta bervariasi antara 82,19% hingga 100%. Penyebab ketidakefisienan pada rumah sakit pada umum disebabkan oleh surplus penggunan input yang digunakan, sedangkan dari sisi output disebabkan karena kurangnya jumlah hari pasien rawat inap pada rumah sakit tersebut. Hasil analisis kualitas pelayanan menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan *(gap)* antara harapan pasien dengan persepsi konsumen tentang kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit untuk semua dimensi kualitas pelayanan. Peningkatan efisiensi teknis untuk rumah sakit yang tidak/kurang efisien dapat dilakukan dengan mengurangi surplus inputnya atau dari sisi output dengan meningkatkan jumlah hari pasien rawat inap.

ABSTRACT

Hospital as an institution, which provides health service to the society, is now facing great advancement after limited company (persercan terbatas) is allowed to build a hospital as part of deregulation in health sector. Consequently, it is more likely that private hospital, which are profit oriented, are mushrooming. A great number of private hospitals would create a tight and sharp competition among them. This phenomenon is now in existence in Surakarta. To attract custumers, the hospital should provide good service with low price. Efficiency in its service process should be taken to press the cost. Therefore, it is necessary to measure the service quality and the efficiency level of service process in order to evaluate the performance of those two aspects.

This research was aimed at (1). Evaluating performance of private hospitals in Surakarta from the technical efficiency and service quality point of view which based on tangibles, reliability, responsiveness, empathy, and assurance dimensions, (2), identifying factors that affect the inefficiency of hospital, (3). Identifying which service dimensions provide the greatest gap. Measurement of the technical efficiency was done bay using Dta Envelopment Analysis (DEA), while the measurement of service quality was utilising SERVQUAL.

The result from DEA showed that technical efficiency at the private hospitals in Surakarta was varied from 82.19% ubtil 100%. The cause of the inneficiency, in general, was the surplus of input, while on the output side was the lag of days of hospitalised patients. The result of service quality analysis indicate that there was e gap between patients hope and what they perceived regarding service quality provided by the hospitals in all service quality dimensions. For the inefficient hospitals, the first and second greatest gaps are reliability and responsiveness dimensions, respectively.

To increase the technical efficiency of the inefficient hospitals can be done by reducing its input surplus. However, the problem is the private hospitals tend to emphasis on the quality to attract patients. By chance, input utilised is surpassing the real need. Another way to rise service quality is the hosptals should pay attention on reliability and responsiveness dimensions, because those two dimensions has the first and second greatest gaps. By repairing the two dimensions, the number of hospitalised patients would increase.

Key words: evaluation of hospital performance, technical efficiency, service quality.

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia	v
Ucapan terima kasih	vi
Ringkasan	vii
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	7
1.3. Tujuan Penelitian	8
1.4. Manfaat Penelitian	8
1.5. Sistematika Penulisan	9
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Penelitian Terdahulu	11
2.2 Landasan Teori	16
2.2.1. Pengukuran Kinerja Rumah Sakit	16
2.2.2. Konsep dan Pengertian Efisiensi	17
2.2.3. Konsep dan Model Efisiensi Teknis	19
2.2.4. Efisiensi Proses Layanan Rumah Sakit	21
2.2.5. Data Envelopment Analysis	22
2.2.6. Konsep Kualitas Pelayanan	25
2.2.7. Dimensi Kualitas Pelayanan	30
2.2.8. Pengukuran Kualitas Pelayanan	31
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL	35
BAB 4. METODE PENELITIAN	
4.1. Model Penelitian	37
4.2. Identifikasi Variabel	38
4.3. Definisi Operasional Variabel	38
4.3.1. Efisiensi teknis	38
4.3.2. Kualitas Pelayanan	40
4.4. Jenis dan Sumber Data	42
4.5. Prosedur Pengumpulan Data	43
4.6. Prosedur Penentuan Sampel	46

4.7. Teknis Analisis 47
BAB 5. ANALISIS HASIL PENELITIAN
5.1. Data Penelitian 48
5.1.1. Data untuk Mengukur Tingkat Efisiensi Teknis 48
5.1.2. Data untuk Mengukur Kualitas Pelayanan 53
5.2. Analisis dan Hasil Penelitian 72
5.2.1. Analisis Efisiensi Teknis Rumah Sakit 72
5.2.2. Analisis Kualitas Pelayanan Reumah Sakit 76
BAB 6 PEMBAHASAN 78
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN
7.1.Kesimpulan 85
7.2. Keterbatasan Penelitian 86
7.3. Saran 87
DAFTAR PUSTAKA 90

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1. Performance Measure taxconomy in health care organisation 16
Tabel 5.1. Jumlah Tenaga Kerja RS "A' 48
Tabel 5.2. Jumlah Pasien RS "A" 49
Tabel 5.3. Pembelian Obat dan Bahan Makanan RS "A" 49
Tabel 5.4. Jumlah Tenaga Kerja RS "B" 49
Tabel 5.5. Jumlah Pasien RS "B" 50
Tabel 5.6. Pembelian Obat dan Bahan Makanan RS "B" 50
Tabel 5.7. Jumlah Tenaga Kerja RS "C" 50
Tabel 5.8. Jumlah Pasien RS "C" 51
Tabel 5.9. Pembelian Obat dan Bahan Makanan RS "C" 51
Tabel 5.10. Jumlah Tenaga Kerja RS "D" 51
Tabel 5.11. Jumlah Pasien RS "D" 52
Tabel 5.12Pembelian Obat dan Bahan Makanan RS "D" 52
Tabel 5.13. Rangkuman Output-input Rumah Sakit 53
Tabel 5.14. Rangkuman Hasil uji Validitas Harapan Konsumen 55
Tabel 5.15. Rangkuman Hasil Uji Validitas Persepsi Konsumen 56
Tabel 5.16. Rangkuman Hasil uji Reliabilitas Harapan konsumen 57
Tabel 5.17. Rangkuman Hasil Uji Reliabilitas Persepsi Konsumen 57
Tabel 5.18. Karakteristik Usia Responden RS "A" 58
Tabel 5.19. Karakteristik Jenis Kelamin Responden RS "A" 59
Tabel 5.20. Karakteristik Pendidikan Responden RS "A" 59
Tabel 5.21. Karakteristik Pekerjaan Responden RS "A" 60
Tabel 5.22. Asal Tempat Tinggal Responden RS "A" 60
Tabel 5.23. Besarnya *Gap* Kualitas Pelayanan RS "A" 61
Tabel 5.24. Karakteristik Usia Responden RS "B" 62
Tabel 5.25. Karakteristik Jenis Kelamin Responden RS "B" 62
Tabel 5.26. Karakteristik Pendidikan Responden RS "B" 63
Tabel 5.27. Karakteristik Pekerjaan Responden RS "B" 64
Tabel 5.28. Asal Tempat Tinggal Responden RS "B" 64
Tabel 5.29. Besarnya *Gap* Kualitas Pelayanan RS "B" 65
Tabel 5.30. Karakteristik Usia Responden RS "C" 65
Tabel 5.31. Karakteristik Jenis Kelamin Responden RS "C" 66
Tabel 5.32. Karakteristik Pendidikan Responden RS "C" 66
Tabel 5.33. Karakteristik Pekerjaan Responden RS "C" 66
Tabel 5.34. Asal Tempat Tinggal Responden RS "C" 67
Tabel 5.35. Besarnya *Gap* Kualitas Pelayanan RS "C" 68
Tabel 5.36. Karakteristik Usia Responden RS "D" 69
Tabel 5.37. Karakteristik Jenis Kelamin Responden RS "D" 69
Tabel 5.38. Karakteristik Pendidikan Responden RS "D" 70
Tabel 5.39. Karakteristik Pekerjaan Responden RS "D" 71

Tabel 5.40. Asal Tempat Tinggal Responden RS "D" 71
Tabel 5.41. Besarnya Gap Kualitas Pelayanan RS "D" 72
Tabel 5.42. Rangkuman Gap Kualitas Pelayanan Rumah Sakit 72
Tabel 5.43. Tingkat Efisiensi Teknis Rumah Sakit 73
Tabel 5.44. Kinerja aktual input-output Rumah Sakit 75
Tabel 5.46. Rangkuman Gap kualitas Pelayanan Rumah Sakit 76

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1. Perceived Service Quality dan Service Quality Faktor 26
Gambar 2.2. Model Kualitas Pelayanan..... 31
Gambar 3.1. Kerangka Konseptual 35

BAB I
PENDAHULUAN

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Era globalisasi abad 21 ini, persaingan bisnis antar perusahaan semakin ketat baik di pasar domestik maupun pasar internasional. Perusahaan yang ingin berkembang dan mendapatkan keunggulan kompetitif harus mampu memberikan produk berupa barang dan jasa yang berkualitas dengan harga murah, penyerahan cepat, dan memberikan pelayanan yang baik kepada para konsumennya dibanding dengan kompetitornya. Untuk mencapai tujuan tersebut perusahaan harus meningkatkan kinerjanya agar dapat bersaing dan memenuhi kebutuhan konsumennya. Pengukuran kinerja menjadi satu hal yang penting dan perlu dilakukan oleh organisasi agar organisasi tersebut dapat mengetahui kinerja yang telah dicapainya. Kinerja organisasi dapat diukur dengan berbagai ukuran (multidimensional). Namun ukuran kinerja yang umum digunakan adalah nilai ekonomi, keefektifan, dan efisiensi (Purwanto, 1998).

Ukuran yang digunakan untuk mengukur kinerja perusahaan jasa berbeda dengan ukuran yang digunakan pada perusahaan non jasa. Perbedaan ini disebabkan karena perbedaan karakteristik produk yang dihasilkan. Menurut Hope dan Muhlemann (1997), ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi jasa

UNIV. AIRLANGGA SURABAYA

antara lain dengan mengukur kualitas pelayanan yang diberikan, efisiensi, keefektifan dan produktivitas, dimana ukuran-ukuran tersebut dapat saling bertolak belakang. Misalnya jika perusahaan hanya memfokuskan pada efisiensi penggunaan sumber daya, maka dapat mengakibatkan menurunnya kualitas pelayanan yang diberikan. Berdasarkan hal tersebut maka penelitian ini akan mengukur kinerja organisasi jasa yang difokuskan pada pengukuran efisiensi dan kualitas pelayanan.

Penilaian kinerja organisasi yang bergerak dibidang pelayanan telah banyak dilakukan oleh peneliti. Namun pada umumnya mengukur kinerja hanya dari satu sisi ukuran kinerja sesuai dengan tujuan penelitian yang dilakukan. Donabedian (1992) mengukur kinerja organisasi pelayanan kesehatan dari segi jaminan kualitas. Flood dan Scoot (1987) mengukur kinerja rumah sakit dari segi efisiensi dan keefektifan penanganan pasien rawat inap. Sedangkan Babakus dan Mangold (1992) mengukur kinerja rumah sakit dari segi kepuasan pasien.

Kriteria ukuran kinerja organisasi pelayanan kesehatan biasanya melibatkan ukuran internal dan eksternal, yang dapat dipandang dari dua dimensi yaitu : kinerja status/finansial dan kinerja kualitas (Li dan Benton, 1995). Kriteria biaya internal (Biaya dan kualitas) dikembangkan dan diukur secara internal. Ukuran biaya internal meliputi efisiensi produksi dan utilitas. Sedangkan kriteria

kualitas internal dipertimbangkan dengan kualitas proses dan pelayanan. Kriteria kinerja eksternal (status finansial dan kualitas) dapat ditentukan dan diukur melalui apa yang ada diluar organisasi. Kriteria finansial eksternal dievaluasi dengan menggunakan data kondisi keuangan dan market share, yang dikumpulkan melalui fihak ketiga. Dengan kata lain kriteria kualitas eksternal difokuskan pada persepsi dan kepuasan konsumen dari produk atau jasa yang dihasilkan oleh organisasi pelayanan kesehatan.

Terjadinya krisis ekonomi yang berkepanjangan sangat berpengaruh terhadap institusi pelayanan kesehatan di Indonesia dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Krisis ekonomi mengakibatkan menurunnya tingkat pendapatan rumah sakit dan naiknya harga alat kesehatan, bahan habis pakai dan obat-obatan (Rasim,1999). Dengan semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan maka dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit (Rasim, 1999). Hal ini dapat disebabkan karena biaya sumberdaya yang digunakan untuk memberikan pelayanan semakin mahal, sementara pasien sebagai output semakin menurun kemampuannya untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diperlukan. Dengan kondisi yang demikian maka dapat mengakibatkan tingkat efisiensi yang diicapai oleh rumah sakit dan kualitas pelayanan yang diberikan menurun. Oleh karena itu pengukuran kinerja merupakan satu hal yang penting

dilakukan, untuk mengetahui kinerja rumah sakit selama krisis ekonomi berlangsung.

Rumah sakit sebagai salah satu lembaga yang menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam dua puluh tahun belakangan mengalami perkembangan yang cukup pesat. Terlebih setelah bentuk hukum Perseroan Terbatas (PT) diijinkan untuk mendirikan rumah sakit sebagai bagian dari deregerulasi di bidang kesehatan (Adi Koesoemo 1997 : 11). Dengan adanya deregerulasi dibidang kesehatan tersebut memungkinkan tumbuh suburnya rumah sakit swasta yang pada umumnya beroreantasi pada profit. Banyaknya jumlah rumah sakit akan mendorong persaingan antar rumah sakit semakin tinggi dan tajam. Agar dapat memenangkan persaingan dan dapat tetap survive, maka rumah sakit harus mempunyai keunggulan bersaing jika dibandingkan dengan yang lainnya. Keunggulan bersaing akan tercipta apabila rumah sakit dapat memberikan jasa pelayanan lebih baik dari jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit lain disertai dengan biaya yang wajar. Fenomena yang ada menunjukkan terdapat banyak rumah sakit swasta di Surakarta. Konsumen yang dilayani oleh Rumah sakit di Surakarta, selain berasal dari masyarakat Surakarta, juga berasal dari daerah lain meliputi Sragen, Wonogiri, Klaten, dan Boyolali. Untuk dapat menjaring konsumen tersebut, maka rumah sakit swasta di Surakarta harus dapat memberikan pelayanan yang baik dengan biaya yang murah. Agar biaya yang ditetapkan dapat ditekan

maka Rumah sakit harus melakukan efisiensi dalam proses pelayanannya. Oleh karena itu perlu dilakukan pengukuran kualitas pelayanan dan tingkat efisiensi proses pelayanan agar dapat dilakukan evaluasi atas kinerja berdasarkan kedua aspek tersebut.

Analisis efisiensi merupakan salah satu alat yang dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi jasa (Hope dan Muhlemann, 1997). Stoner (1995) mengartikan efisiensi sebagai kemampuan meminimalkan penggunaan sumberdaya dan upaya-upaya dalam mencapai tujuan perusahaan. Dengan kata lain, efisiensi adalah konsep antara masukan (input) dan keluaran (output) (Mulyadi, 1990). Dalam arti bahwa semakin kecil sumberdaya yang digunakan untuk menghasilkan output tertentu maka semakin tinggi tingkat efisiensi suatu kegiatan (Chilingerian, 1995).

Ketidakefisienan dalam suatu organisasi dapat disebabkan karena penggunaan input yang terlalu banyak untuk menghasilkan sejumlah output yang ditargetkan. Analisis efisiensi dapat membantu perusahaan dalam menentukan jumlah input optimal yang seharusnya digunakan dan jumlah output yang sebaiknya dihasilkan agar dapat beroperasi secara efisien.

Menurut Insukindro, dkk. (1998) beberapa manfaat yang dapat diperoleh dengan mengetahui besarnya tingkat efisiensi dari suatu kegiatan ekonomi antara lain : (1). Dapat digunakan untuk membandingkan tingkat efisiensi antar unit kegiatan ekonomi yang

sama, (2). Untuk mengukur berbagai variasi tingkat efisiensi antar unit kegiatan ekonomi dan mengidentifikasi faktor-faktor penyebabnya. (3). Menentukan implikasi kebijakan sehingga dapat meningkatkan tingkat efisiensi.

Stalk dan Hout (1990) mengemukakan bahwa analisis efisiensi penting karena dapat menentukan kinerja perusahaan. Selain itu juga dapat digunakan sebagai indikator pengukuran kinerja perusahaan dari arus aktivitas sampai pada tingkat keputusan yang akan diambil. Analisis efisiensi juga dapat dijadikan indikator dalam melakukan perencanaan perusahaan (Michaels, 1989).

Cara lain untuk mengukur kinerja organisasi jasa adalah melalui pengukuran kualitas pelayanan yang diberikan (Cronin and Taylor, 1992 : Parasuraman et al, 1988). Kualitas pelayanan dapat diukur dengan membandingkan antara pelayanan yang sesungguhnya diharapkan oleh pelanggan dengan persepsi kualitas pelayanan yang diterima oleh pelanggan. Berdasarkan perbandingan ini dapat diketahui terpenuhi tidaknya harapan pelanggan, sehingga akan mempengaruhi tercapainya kepuasan pelanggan. Kepuasan pelanggan terjadi ketika harapannya terpenuhi, dan sebaliknya ketidakpuasan akan terjadi ketika harapannya tidak terpenuhi (Brown dan Swartz, 1989). Pengukuran kualitas pelayanan didasarkan pada lima dimensi kualitas yaitu *tangibility, reliability, responsiveness, assurance,* dan *emphaty*. Semakin tinggi tingkat layanan dapat mengcover kelima dimensi tersebut maka

semakin tinggi pula kualitas layanan. Kualitas layanan selanjutnya akan mempengaruhi kinerja perusahaan atau organisasi.

Dengan mengetahui tingkat efisiensi relatif dan kualitas pelayanan maka dapat diketahui tingkat kinerja suatu organisasi jasa. Pengukuran tingkat efisiensi dan kualitas pelayanan dapat membantu organisasi jasa untuk mengadakan evaluasi terhadap kinerja berdasarkan kedua aspek tersebut.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah maka kinerja rumah sakit sebagai salah satu organisasi jasa dapat diukur melalui dua aspek yaitu dengan mengukur tingkat efisiensi dan tingkat kualitas pelayanan. Bertolak dari pemikiran tersebut maka masalah dalam penelitian ini dapat dirumuskan :

1. Bagaimana kinerja masing-masing rumah sakit swasta di Surakarta jika ditinjau dari aspek efisiensi dan kualitas pelayanan ?
2. Faktor-faktor apa saja yang menyebabkan rumah sakit swasta di Surakarta tidak efisien?
3. Dimensi kualitas pelayanan mana yang memiliki kesenjangan *(gap)* paling besar pada masing-masing rumah sakit swasta di Surakarta?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Mengevaluasi kinerja masing-masing rumah sakit swasta di Surakarta jika ditinjau dari aspek efisiensi dan kualitas pelayanan.
2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan rumah sakit swasta di Surakarta tidak efisien.
3. Mengidentifikasi dimensi kualitas pelayanan masing-masing rumah sakit swasta di Surakarta yang memiliki kesenjangan *(gap)* paling besar.

1.4. Manfaat Penelitian.

Pelaksanaan penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

1. Rumah Sakit.

   Manajemen rumah sakit dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai sumber informasi mengenai tingkat efisiensi dan kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit yang dikelola, dan menjadi acuan dalam mengambil kebijaksanaan tentang faktor-faktor apa yang perlu dipertahankan atau diperbaiki dalam upaya mempertahankan atau meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan rumah sakit.

2. Penulis

Penelitian ini dapat menambah wawasan tentang pengukuran kinerja terutama untuk organisasi jasa, serta sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister dalam program Ilmu Manajemen pada Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.

3. Pembaca

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk penelitian lebih lanjut tentang efisiensi dan kualitas pelayanan sebagai ukuran kinerja, baik untuk rumah sakit maupun penelitian dalam bidang jasa yang lain.

1.5. Sistematika Penulisan.

Laporan penelitian ini dibagi menjadi tujuh bagian, yang seluruhnya merupakan satu-kesatuan dan memberikan gambaran kegiatan penelitian yang menyeluruh.

Bab pertama merupakan bab pendahuluan yang memuat latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab kedua berisi tinjauan pustaka yang meliputi penelitian pendahuluan, kajian teori mengenai pengukuran kinerja rumah sakit, konsep dan pengertian efisiensi, konsep mengenai efisiensi teknis, Data Envelopment Analysis (DEA). Bab ini juga berisi tentang konsep kualitas

pelayanan, Dimensi kualitas pelayanan, dan Pengukuran kualitas pelayanan

Bab ketiga adalah kerangka konseptual yang merupakan tuntunan untuk memecahkan masalah penelitian.

Bab keempat adalah metode penelitian yang berisi identifikasi variabel, definisi operasional variabel, jenis dan sumber data, prosedur pengumpulan data, prosedur penentuan sampel, serta tehnik analisis.

Bab kelima adalah analisis hasil penelitian yang berisi data penelitian yang meliputi data tentang input dan output yang dibutuhkan untuk mengukur tingkat efisiensi rumah sakit serta data yang diperoleh dari penyebaran quesioner untuk mengukur kualitas pelayanan, kemudian dilakukan analisis terhadap hasil penelitian.

Bab keenam adalah pembahasan yang berisi pendiskripsian hasil penelitian yang diakitkan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya, yaitu penelitian tentang efisiensi teknis dan kualitas pelayanan rumah sakit.

Bab ketujuh merupakan kesimpulan dan saran yang dinyatakan secara terpisah, serta keterbatasan penelitian yang dilakukan. Kesimpulan merupakan pernyataan singkat yang dijabarkan dari hasil penelitian, sedangkan saran berkaitan dengan fihak rumah sakit sebagai obyek penelitian sebagai bahan pertimbangan untuk pengambilan kebijaksanaan dalam masalah efisiensi teknis dan kualitas pelayanan.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

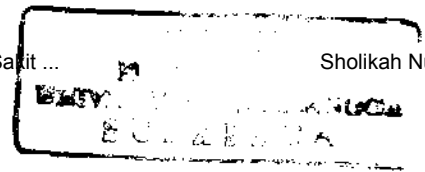
2.1. Penelitian Terdahulu.

Chilingerian (1995) melakukan penelitian tentang efisiensi dokter di rumah sakit. Penelitian ini mengukur efisiensi dari 36 dokter dalam suatu rumah sakit. Efisiensi skala dan teknis dianalisis dengan menggunakan Data *Envelopment Analysis (DEA)* dan analisis *multi-factor Tobit* untuk melihat variabel-variabel mana yang berhubungan dengan tingkat kinerja efisiensi yang lebih tinggi. Hasil penelitian dengan analisis DEA menunjukkan adanya 24 dokter yang tidak efisien dari 36 dokter yang diteliti. Sementara dari hasil analisis *multi- factor Tobit* ditemukan bahwa estimasi skala output yang lebih produktif menunjukkan bahwa penurunan return secara lokal pada sejumlah skala pada tingkat output yang lebih tinggi bagi dokter yang lebih banyak merawat pasien yang sakit keras. Persamaan penelitian Chilingerian dengan penelitian yang akan dilakukan oleh penulis adalah sama-sama meneliti efisiensi dengan menggunakan DEA, sedangkan perbedaan antara penelitian Chilingerian dangan penelitian yang akan dilakukan penulis adalah obyek penelitian. Pada penelitian Chilingerian mengukur tingkat efisiensi dokter di rumah sakit, sedangkan penelitian yang akan penulis lakukan adalah mengukur tingkat efisiensi rumah sakit. Selain itu

penelitian yang akan penulis lakukan juga mengukur kualitas pelayanan rumah sakit.

Grosskopf et. al. (1995) mengadakan penelitian dengan menggunakan *Data Envelopment Analysis (DEA)* untuk mengukur efisiensi rumah sakit. Dalam penelitian ini input yang digunakan untuk mengukur efisiensi adalah jumlah jam kerja dokter, jumlah jam kerja para medis, jumlah jam kerja non medis, dan total aset rumah sakit, sedangkan output yang digunakan untuk mengukur efisiensi adalah jumlah hari perawatan pasien rawat inap, jumlah pasien rawat jalan, dan jumlah pasien instalasi gawat darurat. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan tingkat efisiensi teknis antara rumah sakit yang berorientasi pada profit dan non profit., tetapi sulit untuk menyatakan secara umum bahwa rumah sakit yang berorientasi pada profit lebih atau kurang efisien dibandingkan rumah sakit yang tidak berorientasi pada profit. Persamaan penelitian Grosskopf dengan penelitian yang akan penulis lakukan adalah sama-sama mengukur tingkat efisiensi rumah sakit, sedangkan perbedaannya terletak pada input yang digunakan. Penelitian ini menambah input yang digunakan yaitu supplies (obat-obatan dan bahan makanan) dengan alasan bahwa pengeluaran untuk input tersebut relatif besar untuk sebuah rumah sakit.

Penelitian tentang kualitas pelayanan (jasa) telah banyak dilakukan pada berbagai sektor jasa. Parasuraman, Zeithalm dan Berry (1985) melakukan riset eksplorasi untuk memaparkan kualitas



pelayanan dan faktor-faktor yang menentukannya. Dalam penelitian tersebut kualitas pelayanan didefinisikan sebagai derajat ketidakcocokan antara harapan normative pada jasa pelayanan dan persepsi pelanggan terhadap kinerja pelayanan yang diterima. Berdasarkan hasil studi eksplorasi tersebut, riset empiris berikutnya menghasilkan SERVQUAL, yaitu suatu skala yang terdiri dari 22 item untuk mengukur kualitas pelayanan yang tercakup dalam lima dimensi yaitu *tangibility, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy.* Hasil penelitian yang dilakukan oleh Parasuraman, Zeitaml, dan Berry, mengenai kualitas jasa dan faktor-faktor yang menentukan kualitas jasa pada industri perbankan, maintainance dan telepon dengan menggunakan lima dimensi kualitas pelayanan, menunjukkan bahwa dimensi *reliability* paling penting dalam menentukan kepuasan pelanggan kemudian diikuti dimensi *responsiveness, assurance, empathy,* dan *tangible.* Persamaan penelitian Parasuraman dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah terletak pada pengukuran kualitas pelayanan berdasarkan dimensi *tangibility, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy.* Sedangkan perbedaannya adalah peneliti juga mengukur tingkat efisiensi.

Ester Saranga (2000) melakukan penelitian tentang efisiensi proses layanan dan kualitas pelayanan rumah sakit di Jawa Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian tentang efisiensi proses layanan menggunakan analisis DEA. Hasilnya menunjukkan bahwa

tingkat efisiensi relatif rumah sakit di Daerah Istimewa Yokyakarta dan Jawa Tengah sebelum krisis ekonomi (1997) bervariasi antara 72,15% hingga 100%. Tingkat efisiensi rumah sakit saat krisis ekonomi (1998) dan tahun 1999 semua rumah sakit mencapai efisiensi 100%. Rumah sakit yang kurang atau tidak efisien pada umumnya adalah rumah sakit Swasta. Penyebab ketidakefisienan pada rumah sakit yang kurang atau tidak efisien meskipun berbeda antar rumah sakit dalam jumlah dan jenisnya, namun secara umum disebabkan oleh surplus penggunaan input. Terjadinya surplus input pada rumah sakit dapat disebabkan karena tingginya ketidakpastian jumlah pasien yang akan dirawat di rumah sakit dalam periode tertentu. Faktor-faktor yang menentukan tingkat efisiensi rumah sakit pada rumah sakit yang efisien berdasarkan hasil DEA juga berbeda satu dengan yang lainnya. Bahkan faktor penentu bagi rumah sakit relatif berbeda dari tahun ke tahun. Sementara tingkat efisiensi rumah sakit pemerintah cukup stabil sebelum dan sesudah krisis ekonomi. Sedangkan untuk kualitas pelayanan menggunakan analisis kesenjangan (gap). Hasil analisis menunjukkan bahwa terjadi kesenjangan (gap) pada semua rumah sakit dan untuk kelima dimensi kualitas pelayanan, yang besarnya bervariasi antar rumah sakit dan antar dimensi kualitas pelayanan rumah sakit. Persamaan penelitian yang dilakukan Ester Saranga dengan penelitian yang akan penulis lakukan adalah sama-sama melakukan pengukuran tingkat efisiensi dan kualitas pelayanan rumah

sakit. Perbedaannya penelitian Ester Saranga dilakukan di daerah yogyakarta, sedangkan penelitian yang penulis lakukan di wilayah surakarta.

Irmawati (1999) melakukan penelitian tentang kualitas pelayanan tiga rumah sakit di Solo. Analisis yang digunakan adalah analisis *gap* (kesenjangan) dengan menggunakan instrumen *SERVQUAL*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan *(gap)* yang signifikan antara kualitas pelayanan yang diharapkan pasien dengan pelayanan yang diterima pasien dari rumah sakit (*Gap 5)*. *Gap* yang paling dominan diantara ke empat *gap* yang menjadi penyabab *gap 5* adalah *gap 2* yaitu perbedaan antara persepsi manajemen dengan spesifikasi kualitas pelayanan yang ada dalam rumah sakit. Masing-masing *gap* ada faktor faktor yang menimbulkan adanya *gap* yaitu *gap 1* adalah faktor tingkatan manajemen, *gap 2* adalah faktor komitmen manajemen, *gap 3* adalah faktor *perceived control* dan *gap 4* adalah faktor kecenderungan untuk memberi janji yang berlebihan. Persamaan penelitian Irmawati dengan penelitian yang akan penulis lakukan adalah sama-sama mengukur tingkat kualitas pelayanan rumah sakit dengan SERVQUAL. Perbedaannya, penelitian yang akan penulis lakukan menambah dengan pengukuran tingkat efisiensi rumah sakit.

Qomari (1998) melakukan penelitian terhadap kualitas pelayanan empat rumah sakit besar di Daerah Istimewa Yogyakarta, dengan menggunakan dimensi kualitas yang dikemukakan oleh

Parasuraman dkk dan dihubungkan dengan kepuasan para pasien dengan menerapkan konsep QFD untuk disain operasional rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *responsiveness* merupakan faktor yang penting dari kualitas pelayanan dan paling berpengaruh pada kepuasan pasien. Persamaan dengan penelitian yang penulis lakukan adalah sama-sama mengukur kualitas pelayanan rumah sakit. Perbedaanya, pada penelitian Qomari menggunakan pendekatan QFD, sedangkan penelitian yang akan penulis lakukan dengan menggunakan SERVQUAL.

2.2. Landasan Teori.

2.2.1. Pengukuran Kinerja Rumah Sakit

Menurut Li dan Benton (!995) Kriteria pengukuran kinerja rumah sakit meliputi evaluasi internal dan evaluasi eksternal yang dapat diklasifikasikan menjadi dua dimensi yaitu biaya/kinerja keuangan dan kinerja kualitas. Pengukuran kinerja internal jika dilihat dari kinerja finansial meliputi efisiensi produksi (*production efficiency)* dan utilitas (*utilization*), sedangkan jika dilihat dari kinerja kualitas meliputi kualitas proses *(process quality*) dan kualitas pelayanan (*service quality).*

Pengukuran kinerja eksternal jika dilihat dari kinerja keuangan meliputi status finansial *(Financial status*) dan *market share*, sedangkan jika dilihat dari kinerja kualitas meliputi kualitas jasa yang diterima konsumen (*Customer perceived quality*) dan kepuasan konsumen

(*customer satisfaction*). Klasifikasi pengukuran kinerja rumah sakit ditunjukkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 2.1.
Performance measure taxconomy in Health Care Organization

	Cost/financial performance	Quality Performance
Internal measures	- Production efficiency - Utilization	- Process quality - Service quality
External measures	- Financial status - Market share	-Customer perceived quality - Costumer satisfaction

Sumber : Li, L. X dan Benton (1995)

Dalam penelitian ini, ukuran kinerja yang digunakan adalah ukuran kinerja internal jika dilihat dari efisiensi produksi, dan ukuran kinerja eksternal jika dilihat dari kualitas jasa yang diterima oleh konsumen *(costumer perceived quality)*.

2.2.2. Konsep dan Pengertian Efisiensi.

Efisiensi merupakan salah satu alat untuk mengukur kinerja suatu organisasi atau perusahaan jasa. Menurut Stoner (1995) efisiensi adalah kemampuan meminimalkan penggunaan sumberdaya dan upaya-upaya dalam mencapai tujuan perusahaan. Efisiensi merupakan perbandingan antara output dengan input (Hope dan Muhlemann, 1997). Hal ini berbeda dengan produktivitas. Rasio Produktivitas adalah

perbandingan antara input dan output. Perbedaan antara produktivitas dengan efisiensi adalah produktivitas berhubungan dengan rasio atau hubungan antara input dan output, sedangkan efisiensi sangat berkaitan dengan pola atau cara pemanfaatan input untuk menghasilkan output. Dengan demikian untuk memperbaiki efisiensi dapat dilakukan dengan pengurangan input untuk menghasilkan output tertentu, atau dengan menghasilkan lebih banyak output dari sejumlah input tertentu (Hope dan Muhlemann, 1997).

Efisiensi dapat dibedakan menjadi efisiensi teknis, efisiensi skala, efisiensi alokasi, dan efisiensi keseluruhan (Chilingerian, 1995). Konsep efisiensi yang sering digunakan untuk menentukan kinerja suatu unit kegiatan ekonomi adalah efisiensi ekonomi (Tim MEP UGM, 1998). Efisiensi ekonomi terdiri dari efisiensi teknis (technical efficiency) dan efisiensi alokasi (allocative efficiency). Efisiensi teknis merupakan efisiensi proses mengkorversi input menjadi output. Dengan demikian konsep ini hanya bertaku terbatas pada hubungan internal yang teknis dan operasional antara input dan output. Inefisiensi tehnis menunjukkan keadaan dimana unit pengambil keputusan gagal menghasilkan output maksimum dari kombinasi input yang dipilih (Chilingerian, 1995). Dengan kata lain, efisiensi teknis merupakan kapasitas produksi unit kegiatan ekonomi untuk memproduksi tingkat output maksimum dari input-input dan teknologi yang sama. Sedangkan efisiensi alokasi merupakan kemampuan unit ekonomi dalam memperhitungkan tingkat

nilai marginal produk (marginal value product) dan biaya marginal (marginal cost). Efisiensi alokasi tidak hanya berlaku terbatas pada hubungan internal yang teknis dan operasional antara input dan output, tetapi mencakup juga semua faktor yang mempengaruhi perbandingan nilai input dan output, baik faktor internal ataupun eksternal bagi organisasi yang bersangkutan (Tim MEP UGM, 1998).

2.2.3. Konsep dan Model Efisiensi Teknis.

Pengukuran efisiensi teknis menggunakan dasar tehnologi produksi. Tehnologi produksi dapat ditunjukkan oleh isoquant, fungsi biaya atau fungsi keuntungan. Dalam pengukuran efisiensi teknis diasumsikan bahwa terdapat perbedaan antara tingkat kinerja teknis riil dengan potensial dalam sebuah unit kegiatan ekonomi. Berdasarkan pada teori Neoklasik, seluruh perusahaan beroperasi pada tingkat efisiensi teknis. Namun dalam kenyataan, sebuah unit kegiatan ekonomi cenderung akan beroperasi pada tingkat yang lebih rendah dari tingkat efisiensi teknisnya. Dalam arti bahwa fungsi produksi yang digunakan berada dibawah fungsi produksi potensialnya.

Untuk menganalisis efisiensi teknis digunakan alat analisis *primal production function*. Dalam teori produksi neoklasik *primal production function* didefinisikan sebagai tingkat output maksimal yang dapat dihasilkan suatu unit kegiatan ekonomi dengan mengkombinasikan beberapa input dan teknologi, yaitu *frontier production function*.

Dalam mengukur efisiensi teknis ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu 1). Adanya gap antara asumsi toeri efisiensi teknis dan realitas empirik. 2). Ketidaksesuaian antara teori fungsi produksi (khususnya efisiensi teknis maksimal) dengan model maupun estimasinya yang menggunakan prosedur konvensional. Teknis yang konvensional menghasilkan fungsi rata-rata dengan observasi input yang berada diatas atau dibawah fungsi estimasi, 3). Karakteristik suatu unit kegiatan ekonomi dengan pengaruh efisiensi dari teknis pengambilan keputusan tidak dimasukkan dalam spesifikasi konvensional fungsi produksi seperti penggunaan input (Tim MEP UGM, 1998).

Pendekatan pemprogramam (deterministic) yang dipelopori oleh Farrel sejak tahun 1957, dan digeneralisir oleh charnes (1988), dikenal sebagai Data Envelopment Analysis (DEA). Efisiensi produksi dari unit kegiatan ekonomi dalam DEA diukur melalui peningkatan jumlah output dengan penggunaan input yang ada. Sementara output potensial (frontier) dalam DEA diukur melalui observasi dengan menggunakan programasi linear.

Dengan menggunakan teknik programasi linear, pemecahan masalah untuk masing-masing pengamatan dilakukan dengan memaksimalkan tingkat efisiensi untuk unit kegiatan ekonomi ke j dengan kendala- kendala sebagai berikut :

1. Jumlah input tertimbang lebih kecil atau sama dengan tingkat input yang digunakan oleh unit kegiatan ekonomi ke i.
2. Jumlah output tertimbang dikurangi produksi output unit kegiatan ekonomi ke i dan tingkat efisiensi teknisnya lebih besar atau sama dengan nol.
3. Masing-masing penimbang lebih besar atau sama dengan nol dan jumlahnya sama dengan satu, dimana penimbang atau pembobot yang diperoleh menjamin bahwa output potensial sama atau lebih besar dari pada output aktual yang diproduksi dalam masing-masing observasi.

2.2.4 Efisiensi Proses Layanan Rumah Sakit.

Efisiensi produksi (teknis) berbeda dengan keefektifan dalam organisasi pelayanan kesehatan. Efisiensi produksi (teknis) adalah jumlah minimum sumberdaya yang digunakan untuk menghasilkan suatu output pelayanan kesehatan tertentu (Hope dan Muhlemann, 1997). Sedangkan keefektifan didefinisikan sebagai pencapaian output pelayanan kesehatan yang diharapkan setelah perawatan. Kedua hal tersebut dapat digunakan untuk menilai atau mengukur kinerja dari suatu unit kegiatan ekonomi.

Dari definisi bahwa efisiensi sebagai rasio antara output dengan inputnya, maka rumah sakit yang dapat menghasilkan output lebih banyak dengan menggunakan input tertentu akan lebih efisien dibanding

dengan rumah sakit yang menghasilkan output yang lebih sedikit dengan menggunakan input yang sama. Sebaliknya, rumah sakit yang menggunakan input lebih banyak untuk menghasilkan output tertentu, akan kurang efisien dibandingkan dengan rumah sakit yang menggunakan input yang lebih sedikit untuk menghasilkan output yang sama (Grosskopf et, al, 1995).

2.2.5 *Data Envelopment Analysis (DEA).*

DEA merupakan prosedur yang dirancang secara khusus untuk mengukur efisiensi relatif suatu unit kegiatan ekonomi yang menggunakan banyak input dan menghasilkan banyak output, dimana penggabungan input dan output tersebut tidak mungkin dilakukan (Purwanto, 1998).

Dalam kasus input dan output yang bervariasi, efisiensi suatu input kegiatan ekonomi (UKE) dapat dihitung dengan mentranformasikannya menjadi output dan input tunggal. Tranformasi ini dapat dilakukan dengan menentukan pembobot yang tepat. Penentuan pembobot yang tepat inilah yang selalu menjadi masalah dalam pengukuran efisiensi. DEA dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah tersebut dengan jalan memberi kesempatan pada setiap UKE untuk menentukan pembobotan masing-masing. Selain itu, DEA juga menjamin bahwa pembobot yang dipilih setiap UKE akan menghasilkan

ukuran efisiensi yang terbaik bagi UKE yang bersangkutan. (Insukindro, dkk, 1999).

Dalam DEA, efisiensi relatif didefinisikan sebagai rasio dari total output tertimbang dengan total input tertimbang (Chilingerian, 1996). DEA berasumsi bahwa setiap unit kegiatan ekonomi (UKE) akan memiliki bobot yang memaksimumkan rasio efisiensinya. Mengingat bahwa setiap organisasi akan menggunakan kombinasi input yang berbeda untuk menghasilkan kombinasi output yang berbeda, maka setiap organisasi akan memilih seperangkat bobot yang dapat mencerminkan keragaman tersebut. Namun secara umum unit kegiatan ekonomi akan menetapkan bobot yang tinggi untuk input yang penggunaanya sedikit dan untuk output yang dapat diproduksi dalam jumlah banyak. Dengan kata lain, organisasi akan berusaha untuk menggunakan sedikit mungkin input yang biaya per unitnya mahal dan berusaha untuk memproduksi sebanyak mungkin output yang harga jualnya tinggi (Purwanto, 1998).

DEA dapat mengatasi masalah-masalah pengukuran efisiensi yang muncul dalam metode lain seperti analisa rasio dan regresi berganda. Pengukuran efisiensi dengan menggunakan analisis rasio mampu memberikan informasi tentang peringkat efisiensi, namun sulit untuk menentukan mana yang paling efisien. Analisis rasio hanya mampu menginformasikan bahwa unit kegiatan ekonomi tertentu yang memiliki kemampuan khusus dalam mengkonversi satu jenis input ke

satu jenis output tertentu. Sedangkan analisis regresi berganda mampu memberikan prediksi terhadap yang paling efisien dan yang paling tidak efisien, tetapi angka efisiensi yang dihasilkan analisis regresi berganda relatif terhadap kinerja rata-rata, bukan terhadap kemungkinan kinerja terbaik. Disamping itu, analisis regresi berganda menggabungkan lebih dari satu output menjadi satu. Padahal pada kasus tertentu tidak mungkin untuk menggabungkan output dalam suatu organisasi.

Keunggulan dari DEA jika dibandingkan dengan metode pengukuran efisiensi yang lain adalah 1). DEA mampu menghasilkan efisiensi relatif untuk setiap unit kegiatan ekonomi, relatif terhadap unit kegiatan ekonomi yang lain didalam sampel. Dengan mengetahui tingkat efisiensi memungkinkan perusahaan atau organisasi untuk mengenali unit kegiatan ekonomi yang perlu mendapat perhatian dan merencanakan tindakan perbaikan bagi yang tidak atau kurang efisien. 2). DEA menunjukkan sejumlah unit kegiatan ekonomi yang memiliki efisiensi sempurna, dan jika ada yang tidak atau kurang efisien, DEA memberikan seperangkat angka pengganda (multiflier) yang dapat digunakan oleh fihak manajemen untuk menyusun strategi perbaikan. 3). DEA menyediakan matrik efisiensi silang yang dapat membantu fihak manajemen untuk mengenali unit kegiatan ekonomi yang efisien dengan menggunakan kombinasi input dan menghasilkan kombinasi output yang sangat berbeda (Purwanto, 1998)

Keunggulan DEA untuk mengukur efisiensi relatif menurut Insukindro, dkk, (1999) adalah : 1). DEA mampu mendeteksi inefisiensi spesifik dan sumbernya, yang mana hal ini tidak dapat dilakukan oleh tehnik lain seperti rasio dan regresi biasa. 2). DEA tidak diperlukan asumsi penting terhadap definisi input dan output, sementara jumlah input dan output bisa banyak. 3). DEA tidak tergantung pada variabel harga yang sulit ditemukan pada sektor publik karena unit usaha tersebut tidak semata-mata bertujuan untuk mendapatkan laba. 4). DEA menggunakan referensi antar unit yang sama, sehingga hasil pengukurannya akan lebih bersifat obyektif.

Nilai efisiensi DEA berkisar 0 (nol) sampai dengan 1 (satu). UKE yang efisien akan memiliki nilai 1 (satu) atau 100%. Sedangkan nilai yang mendekati nol menunjukkan efisiensi UKE yang semakin rendah.

2.2.6. Konsep Kualitas Pelayanan.

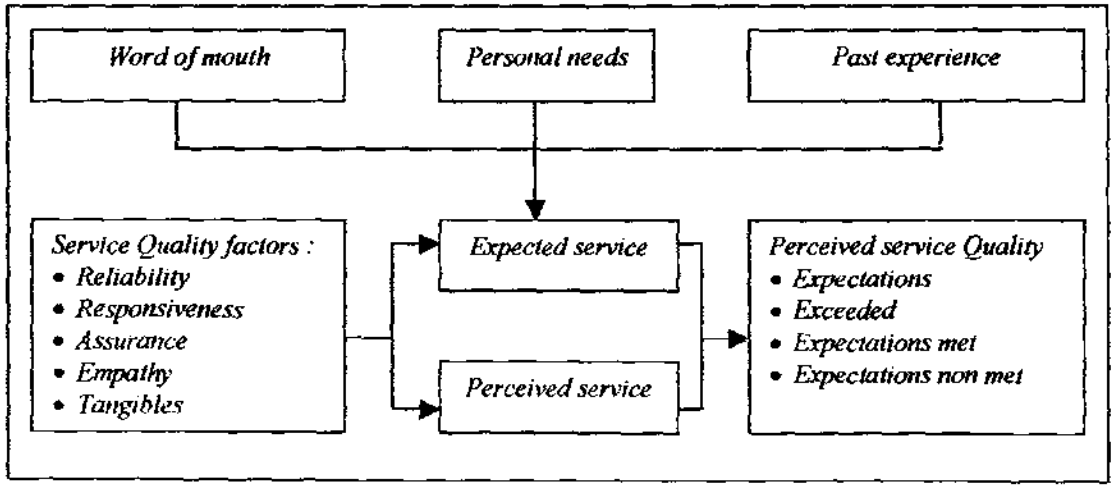
Kualitas pelayanan adalah salah satu unsur penting dalam organisasi jasa. Hal ini disebabkan kualitas pelayanan merupakan salah satu alat yang dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi jasa (Hope dan Muhleman, 1997). Oleh karena itu maka kualitas pelayanan harus mendapat perhatian yang serius dari manajemen organisasi jasa.

Parasuraman et, al, (1988) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai bentuk penilaian konsumen terhadap tingkat layanan yang

diterima *(perceived service)* dengan tingkat layanan yang diharapkan *(expected service)*. Dari definisi tersebut maka ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas layanan yaitu layanan yang diharapkan *(expected* service) dan layanan yang diterima *(perceived Service)*

Harapan pelanggan diyakini berperan dalam menentukan kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan. Karena adanya harapan pelanggan suatu perusahaan akan berusaha untuk memberikan layanan yang berbeda dibandingkan perusahaan lain dalam rangka memuaskan pelanggannya. Parasuraman et, al, (1988) mendefinisikan harapan sebagai keinginan atau tuntutan konsumen yang seharusnya dipenuhi penyedia jasa. Ada beberapa hal yang diyakini merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi harapan konsumen seperti yang ditunjukkan dalam gambar sebagai berikut :

Gambar 2.1
Perceived service quality dan Service quality Factors



Sumber : Zeithaml V.A, Berry L.L. and Parasuraman A. (1990)

1. *Word of mounth.*

   Pengaruh ini timbul dari apa yang didengar oleh konsumen dari konsumen lain. Word of mouth ini merupakan faktor yang cukup potensial, karena konsumen biasanya cenderung mempercayai konsumen lain yang pernah mencoba suatu produk atau jasa yang diberikan perusahaan atau organisasi. Adanya pengaruh ini dapat digunakan sebagai antisipasi perusahaan dalam membangun image yang baik sehingga berakibat positif bagi konsumen lain.

2. *Personal Needs.*

   Faktor ini sangat dipengaruhi oleh kebutuhan pribadi konsumen, yang biasanya tergantung pada karakteristik dan keadaan pribadi. Masing-masing konsumen dapat memberikan penekanan yang berbeda pada kebutuhan yang dirasakannya sehingga harapan mereka tidak sama.

3. *Past experiences.*

   Pengalaman dimasa lalu berpengaruh pada pengharapan konsumen dimasa datang. Semakin tinggi pengalaman konsumen, semakin tinggi harapannya dalam memenuhi kebutuhannya.

4. *External Communicatioan.*

   Harapan konsumen dapat dipengaruhi dan dibentuk dari komunikasi eskternal yang dilakukan perusahaan atau organisasi. Tindakan yang dapat dilakukan perusahaan atau organisasi adalah melalui iklan, selebaran, dan janji-janji.

Edvardsson et, al, (1994) mendefinisikan kualitas jasa kesehatan dengan membedakan antara kualitas konsumen (apakah pelayanan jasa yang diberikan sesuai dengan yang dikehendaki pasien), Kualitas profesional (apakah pelayanan jasa memenuhi kebutuhan pasien seperti didiagnosa oleh para profesional), dan kualitas manejemen (apakah jasa yang diberikan tanpa pemborosan dan kesalahan, pada harga rendah, dan memenuhi peraturan-peraturan resmi dan peraturan lainnya).

Fitzsimmons dan Fitzsimmons (1994) membagi seperangkat pelayanan ke dalam 4 komponen :

1. Fasilitas pendukung (supporting facility) : Sumber daya fisik yang harus disedikan sebelum pelayanan diberikan.
2. Alat-alat Pelayanan (facilitating goods) : bahan-bahan yang dibeli atau dikonsumsi pelanggan atau bahan-bahan yang disediakan oleh pelanggan.
3. Explicit services : manfaat yang dapat diperoleh melalui perasaan yang terdiri dari ciri-ciri esensial atau intrinsik dari pelayanan tersebut.
4. Implicit services : manfaat psikologis yang pelanggan bisa rasakan secara tidak langsung, atau ciri-ciri ekstrinsik dari pelayanan tersebut.

Dengan adanya seperangkat pelayanan diatas maka dalam mendesain pelayanan yang diberikan perlu mempertimbangkan semua

komponen diatas. Dalam kenyataan, pada organisasi jasa mendesain pelayanan yang diberikan sering dihadapkan pada keterbatasan sumberdaya yang dimiliki sehingga besarnya fasilitas pendukung harus dibatasi. (Hope dan Muhlemann, 1997). Kondisi ini dapat mengakibatkan jenis dan kualitas pelayanan yang diberikan menjadi terbatas.

Tinggi rendahnya kualitas pelayanan tergantung pada bagaimana penerimaan konsumen akan pelayanan nyata yang diperolehnya sehubungan dengan apa yang mereka harapkan. Dengan kata lain kualitas pelayanan merupakan selisih antara pengharapan konsumen atau keinginan mereka dengan persepsi mereka.

Berdasarkan pengertian kualitas pelayanan diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan secara umum adalah bahwa kualitas harus memenuhi harapan-harapan pelanggan dan memuaskan kebutuhan mereka. Namun meskipun berorentasi pada konsumen, organisasi jasa tidak harus menentukan kualitas pelayanan sesuai dengan keinginan konsumen. Hal ini disebabkan bahwa kualitas pelayanan jasa juga ditentukan oleh tersedianya sumber daya (fasilitas pendukung) dalam perusahaan (organisasi). Dengan kata lain perusahaan (organisasi) harus mempertimbangkan selain untuk memenuhi harapan pelanggan, juga tersedianya sumberdaya dalam perusahaan (organisasi).

2.2.7. Dimensi Kualitas Pelayanan.

Parasuraman et, al, (1990) mengidentifikasi lima dimensi kualitas dalam jasa pelayanan, yaitu :

1. *Tangibles,* meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi. Hal ini berkaitan dengan fasilitas fisik, penampilan karyawan, peralatan dan tehnologi yang dipergunakan dalam memberi layanan.
2. *Reliability* (keandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan layanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan. Dimensi ini berkaitan dengan ketepatan waktu layanan, kemampuan menyediakan layanan yang dijanjikan dengan akurat dan dapat diandalkan, sikap simpatik dan dapat dipercaya dari para karyawan dalam menangani masalah atau keluhan-keluhan para langganan dan kemampuan dalam menyimpan data secara benar dan akurat (bebas dari kesalahan).
3. *Responsivenes* (Daya tangkap), yaitu kemampuan para karyawan untuk membantu para langganan dan memberikan layanan kepada para langganan. Keinginan, pengetahuan dan kesopanan dalam memberikan pelayanan para langganan akan menimbulkan kepercayaan dan keyakinan terhadap perusahaan.
4. *Empathy* yaitu kemudahan dalam melakukan komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan pelanggan. Hal ini berhubungan dengan perhatian atau kepedulian karyawan terhadap

pelanggan, kemudahan mendapatkan pelayanan, kepedulian karyawan terhadap permasalahan yang dihadapi.

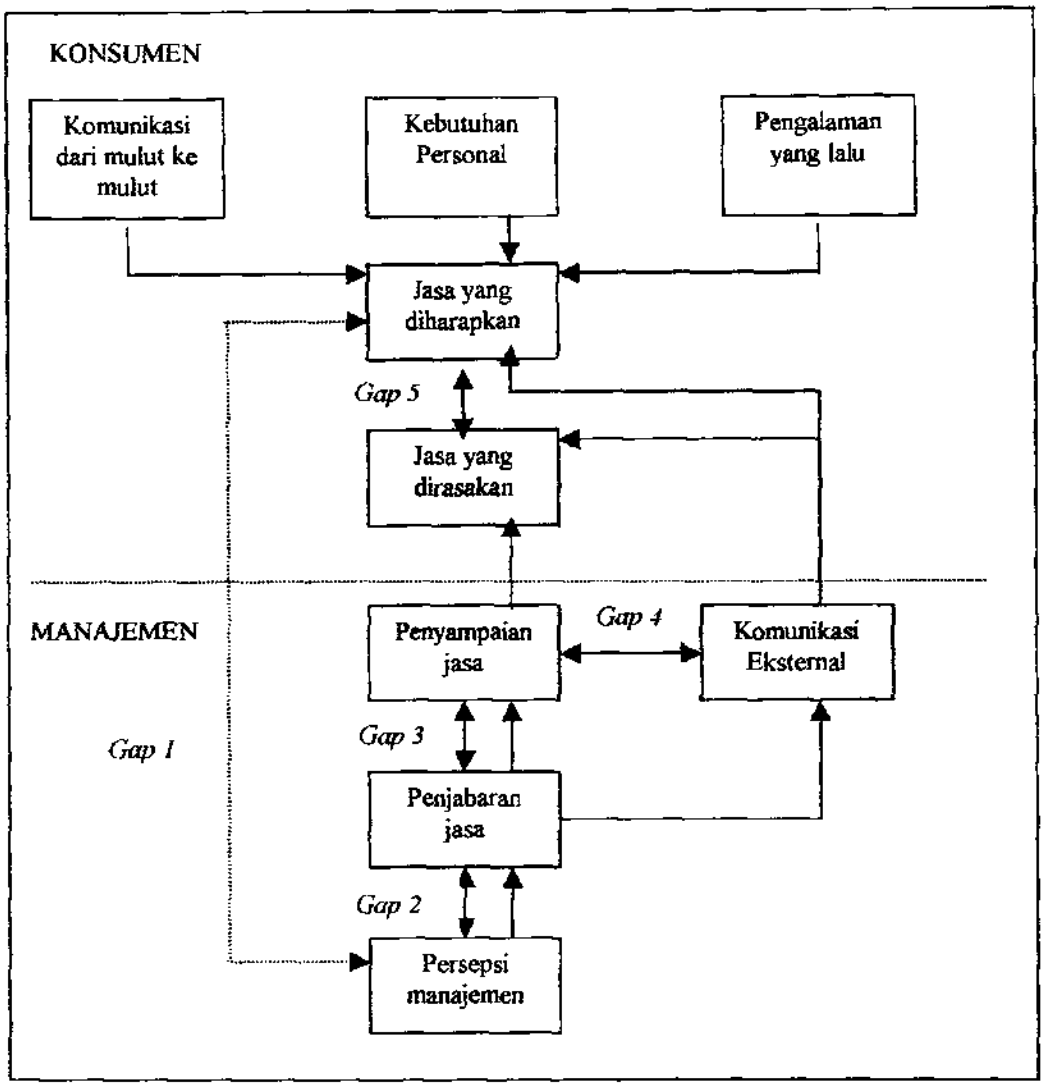
5. *Assurance*, meliputi pengetahuan dan rasa hormat para karyawan dan kemampuan mereka berarti adanya jaminan tentang kepastian pelayanan yang diberikan.

2.2.8. Pengukuran Kualitas Pelayanan.

Parasuraman et, al, (1988), mendefinisikan penilaian kualitas pelayanan sebagai pertimbangan global atau sikap yang berhubungan dengan keunggulan suatu jasa pelayanan, atau pertimbangan konsumen tentang keunggulan secara keseluruhan suatu perusahaan. Definisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kualitas pelayanan sama dengan sikap individu secara umum terhadap perusahaan. Pengukuran kualitas pelayanan dipandang sebagai fungsi dari besar dan arah perbedaan antara pelayanan yang benar-benar diterima oleh pelanggan *(perceived)* dan harapannya *(expectation)*. Konsep selisih antara persepsi-harapan ini dijadikan sebagai dasar skala *SERVQUAL*. Pengukuran konsumen terhadap pelayanan didasarkan atas lima dimensi yaitu *tangibles, reliability, assurance, responsiveness, dan emphaty*.

Model kualitas pelayanan yang dirumuskan oleh Parasuraman et, al, (1990) adalah sebagai berikut :

Gambar 2.2
Model Kualitas Pelayanan



Sumber :Zeithaml V.A, Berry L.L. and Parasuraman A. (1990).

Model ini mengidentifikasi 5 gap yang memungkinkan terjadinya kegagalan penyampaian jasa, yaitu :

1. ***Gap 1*** : perbedaan yang terjadi antara harapan konsumen dan persepsi manajemen terhadap harapan konsumen tersebut.

Kesenjangan ini tercipta akibat manajemen salah persepsi dengan apa yang diinginkan atau diharapkan konsumen. Misalnya pengelola rumah sakit mengira pasiennya menginginkan kondisi kamar yang lebih mewah, tetapi pasien tersebut lebih memperhatikan daya tangkap perawat terhadap pasien tersebut.

2. ***Gap 2*** : perbedaan antara spesifikasi kualitas pelayanan dalam organisasi dan persepsi manajemen terhadap harapan konsumen akan pelayanan dan kualitasnya. Kesenjangan ini tercipta akibat manajemen mampu merasakan secara tepat apa yang diinginkan konsumen, tetapi pihak manajemen tidak menyusun suatu bentuk standar kinerja tertentu. Misalnya pengelola rumah sakit meminta karyawan bagian pendaftaran untuk memberikan pelayanan secara cepat, tetapi tanpa memberikan secara kuantitatif seberapa lama suatu pelayanan dapat dikatagorikan cepat.
3. ***Gap 3*** : perbedaan antara kualitas pelayanan yang diberikan dengan spesifikasi kualitas yang diharapkan. Kesenjangan ini diakibatkan oleh ketidakmampuan sumberdaya manusia perusahaan untuk memenuhi standar mutu pelayanan yang telah ditetapkan atau dihadapkan pada standar-stansar yang saling bertentangan. Misalnya di satu sisi mereka harus meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan pasien , disisi lain harus melayani mereka dengan cepat.

4. ***Gap 4*** : perbedaan antara kualitas layanan yang diberikan dengan kualitas yang dijanjikan dalam pemasaran. Kesenjangan ini terjadi akibat perusahaan tidak mampu memenuhi janji-janji yang dikomunikasikan secara eksternal melalui berbagai promosi. Misalnya brosur suatu rumah sakit menggambarkan suatu kondisi kamar yang mewah dan bersih, tetapi pasien yang datang merasakan dan mengganggap kamar terkesan kotor dan murahan, sehingga komunikasi eksternal telah mendistorsi harapan pasien.
5. ***Gap 5*** : perbedaan antara kualitas pelayan yang diharapkan dengan kualitas pelayanan yang dirasakan oleh konsumen. Kesenjangan ini timbul akibat tidak terpenuhinya harapan konsumen. Misalnya pasien memilih di kelas VIP dengan harapan agar memperoleh pelayanan yang khusus dibandingkan dengan kelas kamar dibawah VIP, tetapi kenyataannya pasien tersebut memdapat perlakuan yang sama dengan kelas di bawah VIP.

Model dengan gap ini bertolak pada konsumen atau customer oriented. Model ini berorientasi pada proses mencari perbedaan-perbedaan yang mungkin timbul ketika proses penyelenggaraan pelayanan jasa dilakukan.

2.2.9. Keterkaitan antara efisiensi teknis dan kualitas pelayanan.

Efisiensi teknis merupakan efisiensi proses mengkorversi input menjadi output. Dengan demikian konsep ini hanya berlaku terbatas

pada hubungan internal yang teknis dan operasional antara input dan output. Inefisiensi tehnis menunjukkan keadaan dimana unit pengambil keputusan gagal menghasilkan output maksimum dari kombinasi input yang dipilih (Chilingerian, 1995). Dengan kata lain, efisiensi teknis merupakan kapasitas produksi unit kegiatan ekonomi untuk memproduksi tingkat output maksimum dari input-input dan teknologi yang sama. Sedangkan kualitas pelayanan merupakan selisih antara antara harapan dengan persepsi konsumen terhadap pelayanan yang diberikan. Tinggi rendahnya kualitas pelayanan tergantung pada bagaimana penerimaan konsumen akan pelayanan nyata yang diperoleh dengan apa yang diharapkan. Kualitas pelayanan yang tinggi dapat ditunjukkan oleh semakin lengkap sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit, serta tersedianya jumlah dokter , tenaga medis dan non medis yang memadai. Hal ini berdasarkan pada penelitian yang dilakukan oleh Grosskopf (1995 ; 576) yang menunjukkan bahwa rumah sakit swasta lebih mengutamakan kualitas pelayanan dengan penggunaan kombinasi input yang tinggi. Untuk memberikan kualitas pelayanan yang tinggi, rumah sakit swasta mengadakan pembelian peralatan yang lengkap serta penggunaan input lain yang mendukung.

Penelitian yang dilakukan oleh Burgess dan Wilson (1996 : 118) menunjukkan bahwa terjadinya surplus input yang digunakan oleh masing-masing rumah sakit yang berbeda kepemilikan berhubungan dengan adanya perbedaan kualitas yang diberikan oleh masing-masing

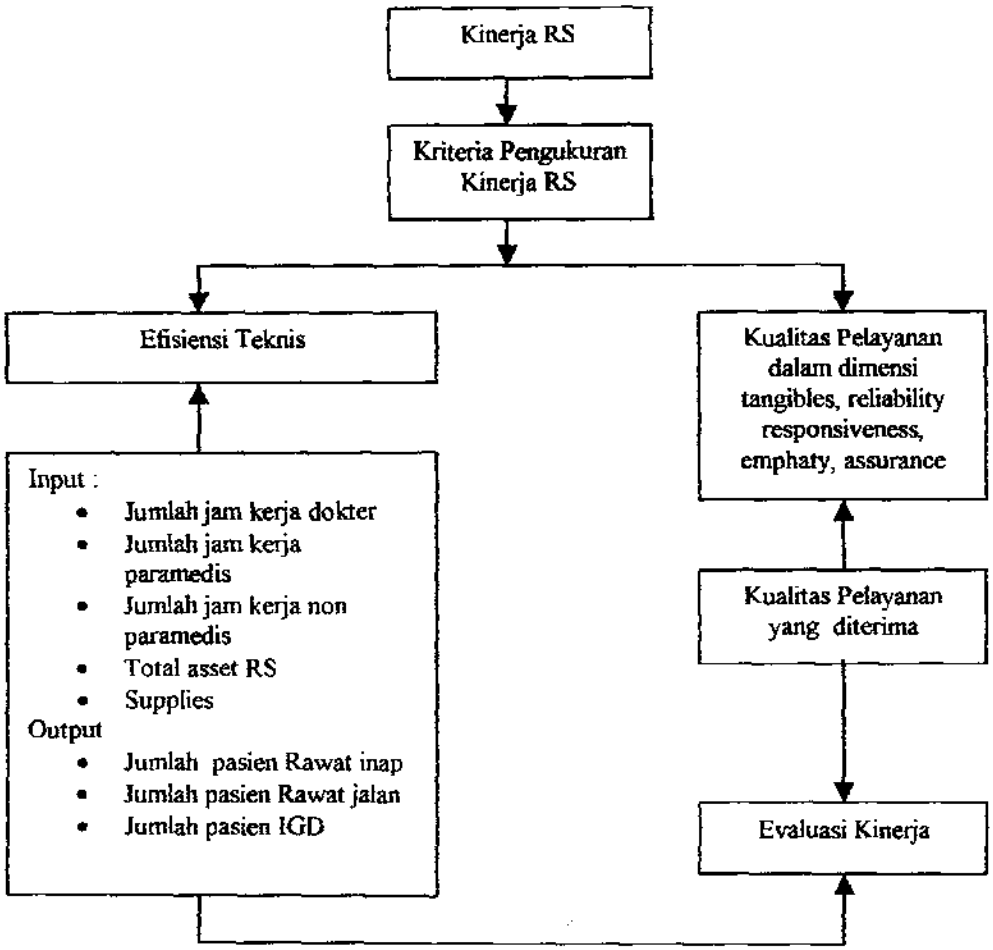
rumah sakit. Rumah sakit yang menyediakan perawatan intensive (input yang dibutuhkan lebih banyak) dipersepsikan mempunyai kualitas yang tinggi. Di fihak lain penggunaaan kombinasi input yang tinggi akan menyebabkan terjadinya inefisiensi secara teknis.

BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL

Kerangka konseptual dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 3.1
Kerangka Konseptual



Kinerja organisasi jasa dalam hal ini rumah sakit dapat diukur dengan beberapa kriteria diantaranya berdasarkan kriteria efisiensi teknis

dan kualitas pelayanan. Pengukuran tingkat efisiensi teknis dilakukan dengan membandingkan antara output dengan inputnya. Input untuk mengukur tingkat efisiensi rumah sakit meliputi jumlah jam kerja dokter, jumlah jam kerja paramedis, jumlah jam kerja non-paramedis, total aset rumah sakit, dan supplies. Sedangkan outputnya meliputi jumlah hari perawatan pasien rawat inap, jumlah pasien rawat jalan, dan jumlah pasien instalasi gawat darurat. Alat analisis yang digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi relatif adalah *Data Envelopment Analysis (DEA).* Selain itu untuk mengukur kinerja rumah sakit dapat juga dilakukan dengan mengukur kualitas pelayanan. Kualitas pelayanan dapat diketahui dengan membandingkan antara pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima oleh pasien, dengan melihat dimensi kualitas pelayanan yang meliputi *tangibles, reliability, responsiveness, assurance*, dan *emphaty*. Alat yang digunakan untuk mengatahui kualitas pelayanan adalah analisis *gap* (kesenjangan). Dengan mengetahui kinerja rumah sakit maka dapat dilakukan evaluasi terhadap kinerja yang telah dicapai untuk mengadakan perbaikan kinerja untuk masa yang akan datang.

BAB IV
METODE PENELITIAN

BAB IV
METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi kinerja rumah sakit ditinjau dari aspek efisiensi teknis dan kualitas pelayanan. Agar dapat dilakukan evaluasi maka perlu diadakan pengukuran terhadap kinerja tersebut. Untuk mengukur efisiensi digunakan metode *Data Envelopment Analysis* (DEA). DEA akan menghasilkan efisiensi untuk setiap rumah sakit relatif terhadap rumah sakit yang lain di dalam sampel. Angka efisiensi ini memungkinkan seorang pengambil keputusan untuk merencanakan tindakan perbaikan bagi rumah sakit yang tidak atau kurang efisien. Sedangkan kualitas pelayanan dapat diukur dengan metode SERVQUAL . Metode SERVQUAL merupakan perhitungan untuk mengukur *gap* (ketidaksesuaian antara harapan dan persepsi konsumen). Dengan mengetahui tingkat efisiensi relatif dan kualitas pelayanan maka dapat diketahui kinerja masing-masing rumah sakit yang dijadikan sampel penelitian dan dapat dilakukan evaluasi terhadap kinerjanya.

4.2. Identifikasi Variabel Penelitian.

Variabel adalah sesuatu yang mempunyai variasi nilai. Variabel dalam penelitian ini adalah efisiensi teknis dan kualitas pelayanan dalam dimensi *tangibles, reliability, responsiveness, emphaty, dan assurance.*

4.3. Definisi Operasional Variabel.

4.3.1. Efisiensi Teknis

Efisiensi didefinisikan sebagai kemampuan meminimalkan penggunaan sumberdaya (input) dan upaya dalam mencapai tujuan perusahaan (output) (Stoner, 1995). Pengukuran variabel efisiensi dilakukan dengan membandingkan antara total output tertimbang dengan total input tertimbangnya. Indikator dari variabel ini adalah :

Input meliputi :

1). Jumlah jam kerja dokter, yang dinilai dari jam kerja dokter tetap dan tidak tetap termasuk jam kerja dokter spesialis dan dokter mitra.

2). Jumlah jam kerja paramedis, dinilai dari jam kerja tenaga kesehatan, keperawatan, tenaga kesehatan non perawat, termasuk tenaga laborat, ahli anestesi, dan apoteker.

3). Jumlah jam kerja tenaga non medis, dinilai dari jam kerja tenaga non medis yaitu tenaga kesekretariatan, keuangan, rumah tangga, personalia, humas, dan tenaga logistik.

4). Total aset rumah sakit, menggambarkan seluruh aset yang dimiliki oleh rumah sakit, yang dinilai dalam bentuk rupiah.

5). Supplies, dinilai dari biaya pembelian obat-obatan dan biaya pembelian bahan makanan .

Sedangkan Output meliputi :

1). Jumlah pasien rawat inap, yang akan dinilai dalam unit hari perawatan seluruh pasien yang rawat inap di rumah sakit.

2). Jumlah pasien rawat jalan, dinilai dari jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan tetapi tidak rawat inap, yang merupakan pelayanan pada masing-masing poliklinik disetiap rumah sakit.

3). Jumlah pasien instalasi gawat darurat, dinilai dari jumlah pasien yang mendapatkan perawatan melalui instalasi gawat darurat.

Penentuan input dan output untuk mengukur efisiensi ini berdasarkan pada penelitian Grossrof et, al (1995), dengan menambahkan *supplies* sebagai input. Input ini ditambahkan berdasarkan pada penelitian sebelumnya dan dianggap penting karena obat-obatan dan bahan gizi adalah dua hal yang sangat diperlukan dalam memberikan pelayanan kesehatan rumah sakit. Hasil dari pengukuran efisiensi ditunjukkan oleh nilai DEA. Jika DEA sama dengan satu maka rumah sakit efisien dan jika DEA kurang dari satu maka RS kurang efisien dan kinerja kurang bagus.

4.3.2. Kualitas Pelayanan.

Kualitas pelayanan merupakan penilaian pasien terhadap tingkat kualitas atribut jasa yang dijabarkan dalam item indikator pada masing-masing dimensi kualitas pelayanan yaitu tangibles, reliability, responsivess, assurance dan emphaty. Kualitas pelayanan diukur berdasarkan pendekatan SERVQUAL yaitu dengan skala likert 1 sampai 5. Kualitas pelayanan pada masing-masing dimensi didefinisikan sebagai :

1). Kualitas pelayanan pada dimensi tangibles, yaitu kualitas pelayanan berdasarkan persepsi pasien tentang penampilan fisik atau wujud nyata dari semua unsur kualitas rumah sakit.

Pengukuran dilakukan dengan skala likert 1-5. Indikator dari variabel ini terdiri dari kelengkapan sarana, kebersihan fasilitas, kerapian penampilan karyawan, dan sarana komunikasi layanan rumah sakit.

2). Kualitas layanan pada dimensi reliability, yaitu kualitas layanan berdasarkan persepsi pasien tentang kemampuan atau keandalan untuk melaksanakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.

Pengukuran dilakukan dengan skala likert 1 – 5. Indikator dalam penelitian ini terdiri dari ketepatan memenuhi janji, menangani masalah yang dihadapi pasien, dapat dipercaya, memberikan pelayanan tepat waktu,dan mempunyai prestasi bagus.

3). Kualitas Pelayanan pada dimensi responsiveness, yaitu kualitas pelayanan berdasarkan persepsi pasien tentang ketanggapan, kemauan, kesedian secara cepat dalam membantu dan memberikan pelayanan jasa pada pasien.

Pengukuran dilakukan dengan menggunakan skala likert 1 – 5. Indikator dari variabel ini adalah memberikan informasi lengkap pada pasien, memberikan palayanan yang cepat, bersedia membantu pasien, dan memenuhi permintaan pasien.

4). Kualitas pelayanan dalam dimensi assurance, yaitu kualitas pelayanan yang dinyatakan sebagai persepsi pasien tentang jaminan atau kepastian jasa dari rumah sakit.

Pengukuran dilakukan dengan menggunakan skala likert 1-5.

Indikator dari variabel ini meliputi mampu menanamkan kepercayaan pada pasien, memberikan rasa aman dalam pelayanan, menjaga kesopanan dan ramah, serta menjawab pertanyaan pasien.

5). Kualitas pelayanan dalam dimensi emphaty, yaitu kualitas pelayanan tentang sikap emphaty karyawan yang meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan pemahaman kebutuhan pasien.

Pengukuran dilakukan dengan skala likert 1 – 5. Indikator dari variabel ini adalah memberikan perhatian khusus pada pasien, karyawan memberikan perhatian khusus pada pasien, mengerti

kebutuhan khusus pasien, memahami keinginan khusus pasien, dan mempunyai disiplin waktu yang tinggi.

Hasil dari pengukuran kualitas pelayanan adalah kualitas pelayanan yang diterima (perceived service quality) yang menunjukkan persepsi pasien terhadap layanan rumah sakit yaitu selisih antara persepsi terhadap layanan rumah sakit yang diberikan dengan pelayanan yang diharapkan pasien.

4.4. Jenis dan Sumber data.

Data yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Untuk mengukur tingkat efisiensi teknis, dibutuhkan data sekunder yang meliputi data mengenai jumlah jam kerja dokter, jumlah jam kerja paramedis, jumlah jam kerja non paramedis, total aset rumah sakit, supplies, jumlah hari perawatan pasien rawat inap, jumlah pasien rawat jalan, dan jumlah pasien gawat darurat. Sumber data diambil dari fihak manajemen rumah sakit yang menjadi sampel dalam penelitian. Sedangkan untuk mengukur kualitas pelayanan digunakan data primer, dengan menyebarkan kuesioner kepada pasien rawat inap di rumah sakit yang dijadikan sampel penelitian.

4.5. Prosedur pengumpulan data.

Pengumpulan dan pengambilan data primer dalam penelitian dilakukan dengan metode survey dengan menggunakan daftar pertanyaan atau kuesioner yang disampaikan langsung maupun tidak langsung kepada pasien rawat inap di rumah sakit. Penyebaran kuesioner secara langsung maksudnya penulis langsung memberikan kuesioner kepada responden untuk diisi. Sedangkan secara tidak langsung maksudnya panulis memberikan kuesioner kepada petugas pada masing-masing rumah sakit yang menjadi obyek penelitian untuk disebarkan kepada responden. Pengembalian kuesioner dilakukan secara langsung kepada peneliti atau petugas. Guna keakuratan pengisian kuesioner, sebelumnya petugas tersebut diberi penjelasan tentang isi dan cara pengisian kuesioner serta maksud pertanyaan-pertanyaan yang ada didalamnya agar dapat memberikan penjelasan jika ditanyakan oleh responden.

Untuk mengumpulkan data primer guna kepentingan penilaian kualitas pelayanan rumah sakit, dilakukan melalui penyebaran kuesioner kepada pasien rawat inap sebagai pamakai jasa rumah sakit. Kuesioner yang digunakan mengadopsi kuesioner yang dirancang oleh Parasuraman, Zeithalm, dan Berry (1988), dengan menggunakan metode *SERVQUAL*, dengan menggunakan skala Likert 5 point yaitu sangat setuju (5), Setuju (4), Netral (3), tidak setuju (2) dan sangat tidak setuju (1). Alasan digunakan skala likert ini karena relatif mudah, yaitu

dengan mengumpulkan sejumlah pernyataan yang memenuhi kriteria 1). Setiap penyataan dianggap relevan dengan sikap yang sedang diteliti, 2). Masing-masing dianggap memcerminkan posisi senang atau tidak senang (Cooper dan Emory, 1995).

Sebelum dilakukan penyebaran kuesioner ke responden yang terpilih sebagai sampel, maka dilakukan pilot test. Tujuan test ini adalah untuk mengetahui tingkat pemahaman responden atas pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner, sehingga apabila terdapat kekurangan atau kesalahan, maka kuesioner dapat diperbaiki. Agar data dalam kuesioner dikatakan sakih dan andal maka perlu dilakukan *uji validitas* dan *uji reliabilitas* terhadap butir-butir pertayaan dalam kuesioner. Cooper dan Emory (1995) menyatakan bahwa data penelitian tidak ada gunanya bila instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data tidak mempunyai *reliabilitas* dan *validitas* yang tinggi.

Validitas menunjukkan sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi alat ukurnya. Suatu test atau instrumen pengukur dikatakan mempunyai validitas tinggi bila instrumen tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud dilakukan pengukuran tersebut. Tes yang menghasilkan data yang tidak relevan dengan tujuan pengukuran dikatakan sebagai tes yang memiliki validitas rendah, pengertiannya bahwa *valid* atau tidaknya suatu alat ukur tergantung pada mampu

tidaknya alat ukur tersebut memcapai tujuan pengukuran yang dikehendaki dengan tepat (Azwar, 1992).

Uji validitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah *uji validitas* item, yaitu pengujian validitas terhadap kualitas item-itemnya. Dasar kerjanya dengan komputasi korelasi setiap item dengan skor total tes sebagai kriteria validasinya. Karena setiap item pada penelitian ini menggunakan skor kontinyu, maka formulasi koefisien korelasi yang digunakan adalah *product-moment pearson* (Nazir, M, 1988).

Kaidah yang digunakan adalah untuk mempertahankan suatu butir menurut Sutrisno Hadi, 1994 :

1. korelasi antara butir dengan faktor harus positif.
2. Peluang ralat p dari korelasi tersebut maksimum 5 %

Untuk keperluan uji *validitas* kuesioner yang terdiri dari 22 item pertanyaan didistribusikan pada 30 orang yang mempunyai karakteristik serupa dengan responden.

Sedangkan Uji *reliabilitas* digunakan untuk mengetahui sejauh mana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Artinya bahwa hasil suatu pengukuran dapat dipercaya apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang diukur memang belum berubah. Tehnik uji *reliabilitas* yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa dengan menggunakan *alpha cronbach* (Cooper dan Emory, 1995) yang menunjukkan *reliabilitas, konsistensi internal, dan homogenitas* antar butir dalam variabel yang diteliti.

Nunnaly dalam Riyanto (1997) menyatakan bahwa suatu kuesioner dapat dikatakan reliabel (andal) apabila mempunyai alpha sama dengan atau lebih besar dari 0,5.

Untuk memperoleh data sekunder penulis mengadakan wawancara langsung dengan pegawai rumah sakit yang berhubungan dengan data yang dibutuhkan.

4.6. Prosedur Penentuan Sampel

Rumah sakit yang akan dijadikan sampel untuk mengukur efisiensi dalam penelitian ini adalah Rumah Sakit swasta dengan kapasitas minimal 150 tempat tidur yang ada di wilayah Surakarta. Adai enam rumah sakit swasta yang ada di Surakarta, dan hanya empat rumah sakit yang memenuhi syarat yaitu memiliki kapasitas minimal 150 tempat tidur.

Sedangkan sampel yang digunakan untuk menilai kualitas pelayanan adalah pasien yang pernah rawat inap di masing-masing Rumah sakit. Alasan pemilihan sampel karena pasien yang pernah rawat inap setiap harinya dapat merasakan proses pelayanan yang diberikan. Jumlah pasien rawat inap yang akan diambil adalah 30 sampel untuk masing-masing rumah sakit. Penentuan sampel ini didasarkan pada pendapat Roscoe dalam Sekaran (1992) yang menyatakan antara lain bahwa jumlah sampel lebih besar dari 30 dan kurang dari 500 pada kebanyakan penelitian sudah mewakili, dan jika

sampel dibagi dalam subsampel maka setiap kategori diperlukan minimum 30 sampel. Tehnik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan *purposive sampling* dan *convenience sampling*. *Purposive sampling* adalah pemilihan sampel berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu yang diambil berdasarkan tujuan penelitian (Masri Singarimbun dan Sofian Effendi, 1989). Sedangkan *convenience sampling* adalah memilih anggota populasi yang paing mudah untuk dimintai informasi dan ditemui.

4.7. Tehnik Analisis

Analisis data dilakukan dua tahap. Tahap pertama, analisis dilakukan dengan pendekatan Data envelopment Analysis (DEA).

Langkah-langkah untuk mengukur tingkat efisiensi teknis dengan menggunakan Warwick –DEA adalah sebagai berikut :

1. Menyusun data input dan output untuk setiap rumah sakit.
2. Menyusun model dengan memasukkan seluruh rumah sakit yang dijadikan sampel dalam program Warwick- DEA
3. Melakukan optimaser untuk memperoleh hasil optimasi, dengan menunjukkan tingkat efisiensi, target, dan bobot untuk masing-masing input dan output.
4. Mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor internal yang mempengaruhi tingkat efisiensi tehnik relatif yang dicapai oleh rumah sakit yang tidak efisien, sekaligus untuk menganalisis faktor-faktor

apa yang harus diperbaiki agar dapat meningkatkan atau memperbaiki efisiensi.

Tahap kedua, menganalisis kualitas pelayanan rumah sakit untuk melihat apakah ada kesenjangan antara kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit dengan yang diharapkan pasien.

Langkah-langkah untuk mengukur tingkat kualitas pelayanan adalah sebagai berikut :

1. Menghitung skor rata-rata harapan konsumen perdimensi setiap responden.
2. Menghitung skor rata rata harapan konsumen perdimensi untuk seluruh responden.
3. Menghitung skor rata-rata persepsi konsumen perdimensi untuk setiap responden
4. Menghitung skor rata-rata persepsi konsumen perdimensi untuk seluruh responden.
5. Menghitung gap (kesenjangan) antara harapan dan persepsi konsumen dengan mengurangkan skor rata-rata harapan konsumen perdimensi untuk seluruh responden dengan skor rata-rata persepsi konsumen perdimensi untuk seluruh responden.
6. Mencari dimensi mana yang memberikan kesenjangan paling besar pada masing-masing rumah sakit.

BAB V
ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB V
ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1. Data Penelitian.

Data penelitian yang diperoleh dari lapangan untuk masing-masing rumah sakit adalah sebagai berikut :

5.1.1. Data untuk mengukur tingkat efisiensi

Untuk pengukuran tingkat efisiensi rumah sakit diperlukan data sekunder. Data diperoleh dengan mengadakan wawancara langsung dengan karyawan rumah sakit. Dari hasil wawancara diperoleh data sebagai berikut :

1. Rumah Sakit "A"

a. Kapasitas / Jumlah Tempat Tidur : 155 tempat tidur

b. Jumlah Tenaga Kerja Tahun 2002

Tabel 5.1
Jumlah Tenaga Kerja RS "A"

Keterangan	Jumlah	Jam Kerja Rata-rata / hari
1. Dokter Umum	15	8
2. Dokter Ahli	49	3
3. Dokter Gigi	3	2
4. Paramedis Perawat	164	8
5. Paramedis non Perawat	57	8
6. Non Medis	60	8
Jumlah	348	

Sumber : Data Sekunder

c. Jumlah Pasien Tahun 2002

Tabel 5.2
Jumlah Pasien RS "A"

Keterangan	Jumlah
1. Pasien Rawat Inap	56.072
2. Pasien Rawat Jalan	75.292
3. Pasien Gawat Darurat	37.721

Sumber : Data Sekunder

d. Total Aset Tahun 2002 yang meliputi aset lancar dan aset tetap minus persediaan sebesar Rp 9.212. 000.000

e. Supplies Total Tahun 2002

Tabel 5.3
Pembelian Obat dan Bahan Makanan

Keterangan	Jumlah Total
1. Pembelian Obat-obatan	Rp.3.819.030.000
2. Pembelian bahan makanan / dapur	Rp 472.970.000

Sumber : Data Sekunder

2. Rumah Sakit "B"

a. Kapasitas / Jumlah Tempat Tidur : 150

b. Jumlah Tenaga Kerja Tahun 2002

Tabel 5.4
Jumlah Tenaga Kerja RS "B"

Keterangan	Jumlah	Jam Kerja Rata-rata / hari
1. Dokter Umum	10	8
2. Dokter Ahli	21	3
3. Dokter Gigi	2	2
4. Paramedis Perawat	176	8
5. Paramedis non Perawat	61	8
6. Non Medis	56	8
Jumlah	326	

Sumber : Data Sekunder

c. Jumlah Pasien Tahun 2002

Tabel 5.5
Jumlah Pasien RS "B"

Keterangan	Jumlah
1. Pasien Rawat Inap	18.450
2. Pasien Rawat Jalan	37.512
3. Pasien Gawat Darurat	13.161

Sumber : Data Sekunder

d. Total Aset Tahun 2002 meliputi aset lancar dan aset tetap, minus persediaan sebesar Rp. 5.500.000.000

e. SuppliesTotal Tahun 2002

Tabel 5.6
Pembelian Obat dan Bahan Makanan

Keterangan	Jumlah Total
1. Pembelian Obat-obatan	Rp.2.766.120.000
2. Pembelian bahan makanan / dapur	Rp. 341.880.000

Sumber : Data Sekunder

3. Rumah Sakit "C"

a. Kapasitas / Jumlah Tempat Tidur :200

b. Jumlah Tenaga Kerja Tahun 2002.

Tabel 5.7
Jumlah Tenaga Kerja RS "C"

Keterangan	Jumlah	Jam Kerja Rata-rata / hari
1. Dokter Umum	23	8
2. Dokter Ahli	47	3
3. Dokter Gigi	3	2
4. Paramedis Perawat	358	8
5. Paramedis non Perawat	146	8
6. Non Medis	92	8
Jumlah	669	

Sumber : Data Sekunder

c. Jumlah Pasien Tahun 2002

Tabel 5.8
Jumlah Pasien RS "C"

Keterangan	Jumlah
1. Pasien Rawat Inap	35.361
2. Pasien Rawat Jalan	188.558
3. Pasien Gawat Darurat	15.667

Sumber : Data Sekunder

d. Total Aset Tahun 2002 meliputi aset lancar dan aset tetap minus persediaan sebesar Rp 13.990.000.000

e. Biaya Total Tahun 2002

Tabel 5.9
Pembelian Obat dan Bahan Makanan

Keterangan	Jumlah Total
1. Pembelian Obat-obatan	Rp.9.027.000.000
2. Pembelian bahan makanan / dapur	Rp. 893.000.000

Sumber : Data Sekunder

4. Rumah Sakit "D"

a. Kapasitas / Jumlah Tempat Tidur : 185

b. Jumlah Tenaga Kerja Tahun 2002

Tabel 5.10
Jumlah Tenaga Kerja RS "D"

Keterangan	Jumlah	Jam Kerja Rata-rata / hari
1. Dokter Umum	29	8
2. Dokter Ahli	62	3
3. Dokter Gigi	4	2
4. Paramedis Perawat	340	8
5. Paramedis non Perawat	186	8
6. Non Medis	97	8
Jumlah	718	

Sumber : Data Sekunder

Tabel 5. 13
Rangkuman Input dan Output Rumah Sakit Tahun 2002

Input /Output	A	B	C	D
JKD	67.000	37.250	83.500	107.500
JKP	442.000	474.000	1.280.000	1.452.000
JKN	114.000	122.000	292.000	372.000
SP	4.292	3.108	9.920	9.574
TA	9.212	5.500	13.990	18.874
HP	168.216	36.900	107.883	132.355
PRJ	75.292	37.512	188.558	164.257
PGD	37.721	13.161	15.667	33.993

Sumber : Data sekunder yang diolah

Keterangan :
JKD : Jam kerja dokter
JKP : Jam kerja paramedis
JKN : Jam kerja non medis
SP : Supplies (dalam Jutaan)
TA : Total aset (dalam Jutaan)
HP : Hari perawatan pasien rawat inap
PRJ : Pasien rawat jalan
PGD : Pasien gawat darurat

5.1.2. Data Untuk Mengukur Kualitas Pelayanan

Sedangkan untuk pengukuran kualitas pelayanan diperoleh data dari kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Untuk keperluan uji validitas dan reliabilitas kuesioner yang terdiri dari 22 item pertanyaan didistribusikan pada 30 orang yang mempunyai karakteristik serupa dengan responden.

Uji Validitas

Uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan dalam penelitian ini dimaksudkan agar data yang diperoleh dengan cara penyebaran kuesioner valid dan reliabel. Dari hasil analisis SPSS dengan menggunakan validitas Scale maka dari masing- masing item Harapan konsumen dan item Persepsi konsumen diperoleh nilai r masing-masing item. Kemudian nilai r masing-masing item tersebut dibandingkan dengan r tabel pada N=30 yaitu 0,361. Apabila r hitung > r tabel, maka item tersebut valid. Jika r hitung < r tabel maka r item tidak valid. Hasil pengujian validitas selengkapnya dapat dilihat pada lampiran hasil pengolahan data. Tabel berikut berisi rangkuman hasil perhitungan dengan menggunakan korelasi skor item terhadap totalnya. Dari tabel tampak bahwa semua item adalah valid.

Tabel 5. 14
Rangkuman Hasil Uji Validitas Tiap Item
Bagian Harapan Konsumen

Faktor	Item	Rxy	Rbt	Status
Tangible	1	0,835	0,361	Valid
	2	0,777	0,361	Valid
	3	0,858	0,361	Valid
	4	0,655	0,361	Valid
Reliability	5	0,614	0,361	Valid
	6	0,512	0,361	Valid
	7	0,756	0,361	Valid
	8	0,745	0,361	Valid
	9	0,716	0,361	Valid
Responsiveness	10	0,480	0,361	Valid
	11	0,834	0,361	Valid
	12	0,737	0,361	Valid
	13	0,744	0,361	Valid
Assurance	14	0,676	0,361	Valid
	15	0,706	0,361	Valid
	16	0,662	0,361	Valid
	17	0,811	0,361	Valid
Emphaty	18	0,811	0,361	Valid
	19	0,896	0,361	Valid
	20	0,927	0,361	Valid
	21	0,927	0,361	Valid
	22	0,501	0,361	Valid

Sumber : Kuesioner yang diolah

b. Data Pengukuran Kualitas Pelayanan.

Pengukuran kualitas pelayanan dengan menggunakan kuesioner berdasarkan pada skala likert. Besarnya kualitas pelayanan dapat dicari dari selisih antara skor rata-rata persepsi pasien dan harapan pasien Dari penyebaran kuesioner diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 5.24
Besarnya gap Kualitas Layanan RS "A" Perdemensi

Dimensi	Harapan	Persepsi	Gap
Tangibles	4,517	4,342	0,175
Reliability	4,507	4,353	0,154
Responsiveness	4,5	4,292	0,208
Assurance	4,5	4,25	0,25
Emphaty	4,467	4,253	0,214

Sumber : Data Primer yang Diolah

2. Rumah Sakit "B"

Jumlah total dari pasien yang diberikan kuesioner adalah sebanyak 30 pasien rawat inap. Dalam melakukan identifikasi responden, digunakan 5 karakteristik yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan alamat rumah. Secara rinci karakteristik responden penelitian dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Karakteristik Responden

a.,1 Usia

Tabel 5.25
Karakteristik Usia Responden RS "B"

Usia (tahun)	Jumlah	Prosentase (%)
<20	4	13,3
20 – 29	8	26,7
30 – 39	12	40
40 – 49	5	16,7
>50	1	3,3
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Dari segi usia pasien rumah sakit "B" dapat diketahui bahwa pengguna jasa paling banyak adalah pasien yang berusia 30-39 tahun sebesar 40%, kemudian 20-29 tahun sebesar 26,7% kemudian 40-49 tahun sebesar 16,7% serta pasien <20 sebanyak 13,3 sedangkan pasien >50 sebanyak 3,3%.

a.2 Jenis Kelamin.

Tabel 5.26
Karakteristik Jenis Kelamin Responden RS "B"

Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
Laki-laki	13	43,3
Perempuan	17	56,7
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Dari tabel diketahui bahwa responden perempuan lebih besar dari responden laki-laki yaitu sebesar 56,7% dibandingkan 43,3%

a.3 Pendidikan Terakhir.

Tabel 5.27
Karakteristik Pendidikan Terakhir Responden RS "B"

Pendidikan Terakhir	Jumlah	Prosentase (%)
SMP	2	6,6
SMU	17	56,7
D3	8	26,6
S1	3	10
S2	-	-
S3	-	-
JUMLAH	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Pendidikan terakhir responden terbanyak adalah SMU sebesar 56,7% kemudian D3 sebesar 26,6%, S1 sebanyak 10%, sedangkan S1 sebesar 6,6%.

a.4. Pekerjaan.

Berdasarkan pekerjaan responden dapat diketahui bahwa paling besar prosentasinya adalah pelajar/mahasiswa dan ibu rumah tangga sebesar 26,7%, kemudian swasta sebesar 20% , PNS dan Pengusaha sebesar 10% serta lain-lain sebesar 3,3%.

Tabel 5.28
Karakteristik Pekerjaan Responden RS "B"

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
Pelajar / mahasiswa	8	26,7
PNS	3	10
Swasta	6	20
Pedagang	1	3,3
Pengusaha	3	10
Ibu rumah tangga	8	26,7
Lain-lain	1	3,3
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

a.5 Alamat

Tabel 5.29
Tabel Asal Tempat Tinggal Responden RS "B"

Alamat	Jumlah	Prosentase (%)
Dalam Surakarta	21	70
Luar Surakarta	9	30
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Dari tabel dapat dilihat bahwa pasien Rumah Sakit "B" lebih banyak berasal dari dalam kota Surakarta yaitu sebesar 70%, sedangkan 30% berasal dari luar kota Surakarta.

b. Data Pengukuran Kualitas Pelayanan.

Pengukuran kualitas pelayanan dengan menggunakan kuesioner berdasarkan pada skala likert. Besarnya kualitas pelayanan dapat dicari dari selisih antara skor rata-rata persepsi pasien dan harapan pasien Dari penyebaran kuesioner diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 5.30
Besarnya Kualitas Layanan RS "B" Perdemensi

Dimensi	Harapan	Persepsi	Gap
Tangibles	4,692	4,592	0,1
Reliability	4,7	4,273	0,427
Responsiveness	4,6	4,258	0,342
Assurance	4,492	4,233	0,259
Emphaty	4,2	3,887	0,313

Sumber : Data Primer yang diolah

3. Rumah Sakit "C"

Jumlah total dari pasien yang diberikan kuesioner adalah sebanyak 30 pasien rawat inap. Dalam melakukan identifikasi responden, digunakan 5 karakteristik yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan alamat rumah. Secara rinci karakteristik responden penelitian dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Karakteristik Responden

a.1. Usia

Tabel 5. 31
Karakteristik Usia Responden RS "C"

Usia (tahun)	Jumlah	Prosentase (%)
<20	4	13,4
20 – 29	14	46,6
30 – 39	4	13,4
40 – 49	6	20
>50	2	6,6
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Dari segi usia pasien rumah sakit "C" dapat diketahui bahwa pengguna jasa paling banyak adalah pasien yang berusia 20-29

tahun sebesar 46.6%, kemudian 40-49 tahun sebesar 20%, usia <20 dan tahun 30-39 masing-masing sebesar 13,4% serta pasien >50 sebanyak 6,6%

a.2 Jenis Kelamin

Tabel 5. 32
Karakteristik Jenis Kelamin Responden RS "C"

Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
Laki-laki	18	60
Perempuan	12	40
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Dari tabel diketahui bahwa responden Laki-laki lebih besar dari responden perempuan yaitu sebesar 60% dibandingkan 40%.

a.3. Pendidikan Terakhir

Tabel 5.33
Karakteristik Pendidikan Terakhir Responden RS "C"

Pendidikan Terakhir	Jumlah	Prosentase (%)
SMP	4	13,4
SMU	17	56,7
D3	5	16,6
S1	4	13,3
S2	-	-
S3	-	-
jUMLAH	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Pendidikan terakhir responden RS "C" terbanyak adalah SMU sebesar 56,7% kemudian D3 sebesar 16,6%, SMP sebanyak 13,3%, sedangkan S1 sebesar 13.3%.

a.4. Pekerjaan.

Tabel 5.34
Karakteristik Pekerjaan Responden RS "C"

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
Pelajar / mahasiswa	7	23,4
PNS	3	10
Swasta	1	3,3
Pedagang	11	36,6
Pengusaha	3	10
Ibu rumah tangga	4	13,4
Lain-lain	1	3,3
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Berdasarkan pekerjaan responden dapat diketahui bahwa paling besar prosentasinya adalah pedagang sebesar 36,6%, kemudian pelajar/mahasiswa sebesar 23,4% , Ibu RT sebesar 13,4%, PNS dan pengusaha masing-masing 10% serta lain-lain sebesar 3,3%.

a.5. Alamat

Tabel 5.35
Asal Tempat Tinggal Responden RS "C"

Alamat	Jumlah	Prosentase (%)
Dalam Surakarta	14	46,6
Luar Surakarta	16	53,4
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Dari tabel dapat dilihat bahwa pasien Rumah Sakit "C" lebih banyak berasal dari luar kota Surakarta yaitu sebesar 53,4%, sedangkan 46.6% berasal dari dalam kota Surakarta.

b. Data Pengukuran Kualitas Pelayanan.

Pengukuran kualitas pelayanan dengan menggunakan kuesioner berdasarkan pada skala likert. Besarnya kualitas pelayanan dapat dicari dari selisih antara skor rata-rata persepsi pasien dan harapan pasien Dari penyebaran kuesioner diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 5.36
Besarnya Kualitas Layanan RS " C" Perdemensi

Dimensi	Harapan	Persepsi	Gap
Tangibles	4,75	4,083	0,669
Reliability	4,7	4,033	0,667
Responsiveness	4,375	3,914	0,461
Assurance	4,425	4,027	0,398
Emphaty	4,133	3,773	0,36

Sumber : data primer yang diolah

4. Rumah Sakit "D"

Jumlah total dari pasien yang diberikan kuesioner adalah sebanyak 30 pasien rawat inap. Dalam melakukan identifikasi responden, digunakan 5 karakteristik yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan alamat rumah. Secara rinci karakteristik responden penelitian dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Karakteristik Responden.

a.1 Usia.

Tabel 5.37
Karakteristik Usia Responden RS "D"

Usia (tahun)	Jumlah	Prosentase (%)
<20	1	3,4
20 – 29	16	53,3
30 – 39	6	20
40 – 49	7	23,3
>50	-	
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Dari segi usia pasien rumah sakit "D" dapat diketahui bahwa pengguna jasa paling banyak adalah pasien yang berusia 20-29 tahun sebesar 53,3%, kemudian 40-49 tahun sebesar 23,3%, 30-39 tahun sebesar 20% serta pasien <20 sebanyak 3,4%

a.2. Jenis Kelamin

Dari tabel diketahui bahwa responden Laki-laki dan responden perempuan sama yaitu sebesar 50%

Tabel 5.38
Karakteristik Jenis Kelamin Responden RS "D"

Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
Laki-laki	15	50
Perempuan	15	50
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

a.3. Pendidikan Terakhir.

Tabel 5.39
Karakteristik Pendidikan Terakhir Responden RS "D"

Pendidikan Terakhir	Jumlah	Prosentase (%)
SMP	6	20
SMU	16	53,3
D3	5	16,7
S1	3	10
S2	-	-
S3	-	-
JUMLAH	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Pendidikan terakhir responden RS "D" terbanyak adalah SMU sebesar 53,3% kemudian SMP sebesar 20%, D3 sebanyak 16,6%, sedangkan S1 sebesar 10%.

a.4. Pekerjaan

Berdasarkan pekerjaan responden dapat diketahui bahwa paling besar prosentasinya adalah pelajar/mahasiswa sebesar 26,7%, kemudian swasta sebesar 23,7% , Ibu RT sebesar 20%, Pedagang 13,3% serta lain-lain 10%, sedangkan PNS dan Pengusaha masing-masing 3,3%

Tabel 5.40
Karakteristik Pekerjaan Responden RS "D"

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
Pelajar / mahasiswa	8	26,7
PNS	1	3,3
Swasta	7	23,7
Pedagang	4	13,3
Pengusaha	1	3,3
Ibu rumah tangga	6	20
Lain-lain	3	10
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

a.5. Alamat

Tabel 5.41
Asal Tempat Tinggal Responden RS "D"

Alamat	Jumlah	Prosentase (%)
Dalam Surakarta	21	70
Luar Surakarta	9	30
Jumlah	30	100

Sumber : Kuesioner (2003)

Dari tabel dapat dilihat bahwa pasien Rumah Sakit "D" lebih banyak berasal dari dalam kota Surakarta yaitu sebesar 70%, sedangkan 30% berasal dari luar kota Surakarta.

b. Data Pengukuran Kualitas Pelayanan.

Pengukuran kualitas pelayanan dengan menggunakan kuesioner berdasarkan pada skala likert. Besarnya kualitas pelayanan dapat dicari dari selisih antara skor rata-rata persepsi

pasien dan harapan pasien Dari penyebaran kuesioner diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 5.42
Besarnya Kualitas Layanan RS "D" Perdemensi

Dimensi	Harapan	Persepsi	Gap
Tangibles	4,775	4,55	0,225
Reliability	4,687	4,353	0,334
Responsiveness	4,583	4,342	0,241
Assurance	4,508	4,333	0,173
Emphaty	4,34	4,107	0,233

Sumber : Data Primer yang diolah

Berdasarkan dari hasil penyebaran kuesioner diperoleh besarnya kualitas pelayanan masing-masing rumah sakit yang dapat dirangkum dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.43
Rangkuman Gap Kualitas Pelayanan pada Rumah Sakit

DIMENSI	A	B	C	D
Tangibility	0,175	0,1	0,669	0,225
Reliability	0,154	0,427	0,667	0,334
Responsiveness	0,208	0,342	0,461	0,241
Assurance	0,25	0,259	0,398	0,175
Emphaty	0,214	0,313	0,36	0,233
Rata-rata				

Sumber : Kuesioner yang diolah

5.2. Analisis dan Hasil Penelitian.

5.2.1. Analisis Efisiensi Relatif Rumah Sakit .

Untuk melakukan analisis efisiensi teknis dengan DEA digunakan program Warwick-DEA. Program ini digunakan untuk menghitung tingkat efisiensi teknis relatif yang dicapai masing-masing

rumah sakit, dan juga untuk menganalisis efisiensi relatif untuk masing-masing rumah sakit guna dapat melihat faktor-faktor internal yang menyebabkan sebuah rumah sakit tidak efisien atau kurang efisien. Analisis ini lebih difokuskan pada rumah sakit yang tidak atau kurang efisien.

Hasil analisis tingkat efisiensi rumah sakit dengan Data Envelopment Analysis (DEA) ditunjukkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.44
Tingkat Efisiensi Rumah Sakit

Rumah Sakit	Efisiensi
RS "A"	100%
RS "B"	83,19%
RS "C"	100%
RS "D"	92,51%

Sumber : Hasil olah data (Lampiran 1a)

Dari tabel tampak bahwa tingkat efisiensi teknis relatif yang dicapai rumah sakit menunjukkan dari empat sampel ada dua rumah sakit yang mencapai efisiensi sebesar 100% yaitu rumah sakit "A" dan rumah sakit "C". Sedangkan dua rumah sakit yang lain belum efisien, yaitu rumah sakit "B" yang mencapai efisiensi 83,19% dan rumah sakit "D" yang mencapai efisiensi 92,51%.

Sumber ketidakefisienan pada rumah sakit "B" lebih banyak bersumber dari penggunaan input yang berlebihan. Secara berurutan sumber ketidakefisienan adalah surplus jam kerja non paramedis

sebesar 64.874,3 jam (53,2%), Jam kerja paramedis sebesar 245.620.7 jam (51,8%), supplies sebesar Rp. 1.054 juta (33,9%), jam kerja dokter sebesar 11.681.5 jam (31,4%), dan total aset sebesar Rp. 1.752.5 juta (16,8%). Sedangkan dari sisi output hanya hari pasien rawat inap yang kurang sebesar 18.227 hari perawatan (49,1%). (Lampiran 1b)

Sumber ketidak efisienan yang terjadi pada rumah sakit "D" secara berurutan disebabkan karena terjadi surplus pada jam kerja nonparamedis sebesar 119.2023,5 jam (32,2%), Jam kerja paramedis sebesar 428.921 jam (29,5%), total aset sebesar 4.227 juta (22,4%) dan jam kerja dokter sebesar 11.857 jam (11%). Sedangkan dari sisi output kurang 47.141 hari perawatan pasien (35,6%). (Lampiran 1c)

Pada dua rumah sakit yang efisien, meskipun secara total mencapai tingkat efisiensi 100%, namun kontribusi masing-masing unit input dan output rumah sakit pada tingkat efisiensi yang dicapai berbeda.. Untuk Lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 5. 45 sebagai berikut :

Tabel 5.45
Kinerja Aktual Input dan Output Rumah Sakit yang Efisien

Variabel	RS "A"	RS "C"
Input :		
- JKD	20	65,41
- JKP	20	8,65
- JKN	20	8.65
- SP	20	8,65
- TA	20	8,65
Output :		
+ HP	20	8.65
+ PRJ	60	82,7
+ PIGD	20	8,56

Sumber : Hasil olah Data (Lampiran 1d)

Dari tabel 5. 45 menunjukkan bahwa sumber efisiensi teknis untuk rumah sakit "A" adalah merata untuk semua input masing-masing sebesar 20%, sedangkan dari sisi output sumber efisiensi berasal dari jumlah pasien rawat jalan sebesar 60%. Sedangkan untuk Rumah sakit "C" sumber efisiensi dari sisi input berasal dari jam kerja dokter yaitu sebesar 65,41%, sedangkan dari sisi output berasal dari jumlah pasien rawat jalan yaitu sebesar 82,7%.

5.2.2. Analisis kualitas pelayanan Rumah Sakit.

Dari hasil pengolahan data yang dikumpulkan dari kuesioner yang disebarkan, diperoleh hasil bahwa masih terdapat kesenjangan antara kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit dengan kualitas pelayanan yang diharapkan pasien pada hampir seluruh rumah sakit.

Tabel 5.46 menunjukkan kesenjangan (*gap*) untuk setiap dimensi kualitas pelayanan pada masing-masing rumah sakit

Tabel 5. 46
Rangkuman *Gap* Kualitas Pelayanan pada Masing-masing Rumah Sakit

Dimensi	A	B	C	D
Tangibility	0,175	0,1	0,669	0,225
Reliability	0,154	0,427	0,667	0,334
Responsiveness	0,208	0,342	0,461	0,241
Assurance	0,25	0,259	0,398	0,175
Emphaty	0,214	0,313	0,36	0,233
Rata-rata				

Sumber : Kuesioner yang diolah

Dari tabel 5. 46 tampak bahwa terdapat kesenjangan (gap) kualitas pelayanan pada seluruh rumah sakit untuk ke lima dimensi kualitas pelayanan. Pada RS "A" kesenjangan terbesar terjadi pada dimensi *assurance* (0,25), diikuti oleh *emphaty* (0,214), *responsiveness* (0,208), *tangibles* (0,175) dan *reliability* (0,154).

Pada Rumah Sakit "B" kesenjangan terbesar pada dimensi *Reliability* (0,427), diikuti oleh *responsiveness* (0,342), *emphaty* (0.313), *assurance* (0,259) dan *tangibility* (0,1).

Pada Rumah Sakit "C" kesenjangan terbesar pada dimensi *tangibility* (0,669), *reliability* (0,667), *responsiveness* (0,461), *assurance* (0,398) dan *emphaty* (0,36).

Sedangkan pada rumah Sakit "D", kesenjangan terbesar terjadi pada dimensi *reliability* (0,334), diikuti oleh *responsiveness* (0,241), *emphaty* (0,233), *tangibility* (0,225) dan *asurance* (0,175)

BAB VI
PEMBAHASAN

BAB VI
PEMBAHASAN

Dari hasil pengukuran efisiensi teknis relatif rumah sakit dengan DEA ditemukan bahwa tingkat efisiensi teknis relatif yang dicapai rumah sakit bervariasi antara 83,19 % sampai 100%. Dua dari empat rumah sakit yang diteliti kurang atau tidak efisien, sementara dua rumah sakit yang lain efisien.

Ketidakefisienan yang terjadi pada rumah sakit yang kurang atau tidak efisien, pada umumnya disebabkan oleh terjadinya surplus input yang digunakan. Terjadinya surplus input yang digunakan dapat disebabkan oleh adanya berbagai kendala yang dihadapi rumah sakit dalam memberikan pelayanan, terutama rumah sakit swasta. Kendala-kendala tersebut antara lain rumah sakit swasta pada umumnya tidak mempunyai tenaga medis tetap yang cukup, sehingga lebih banyak menggunakan dokter mitra dan dokter tidak tetap (dokter spesialis dari luar) guna melayani pasiennya. Sementara pada saat yang sama rumah sakit dihadapkan pada persoalan sulitnya memperkirakan secara pasti jumlah pasien yang harus dilayani dalam satu periode tertentu sehingga sulit untuk menentukan jumlah dokter yang dibutuhkan untuk melayani pasien dalam satu periode tertentu.

Kendala yang lain adalah biasanya rumah sakit swasta selalu menekankan pada kualitas pelayanan yang baik guna dapat mempertahankan pelangannya (pasien). Untuk mencapai tujuan tersebut, rumah sakit harus selalu menyediakan sumberdaya yang diperlukan dalam

proses pelayanan setiap saat. Selain itu, untuk bisa mewujudkan visi, misi yang pada umumnya bertujuan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan maksimal kepada setiap orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk selalu menyediakan sumber daya yang cukup agar bisa mendukung terwujudnya visi dan misi yang telah ditetapkan. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan secara tidak sengaja input yang disediakan melebihi kebutuhan sebenarnya.

Pada pihak lain, dalam rumah sakit yang efisien tidak berarti bahwa tidak ada permasalahan sama sekali. Persoalan bisa muncul karena DEA mengukur efisiensi teknis relatif terhadap rumah sakit lain yang ada dalam kelompok sampel yang dianalisis. Hal ini dapat mengakibatkan suatu rumah sakit yang tidak efisien berdasarkan hasil pengukuran DEA karena dalam kenyataannya rumah sakit tersebut memang menggunakan input yang lebih besar dibandingkan dengan rumah sakit yang lain yang menjadi pembandingnya. Bisa juga terjadi dimana suatu rumah sakit berdasarkan hasil pengukuran DEA efisien tetapi dalam kenyataannya secara internal input dan outputnya tidak merata (sebagian kinerjanya terlalu tinggi atau terlalu rendah).

Persoalan diatas dapat dilihat bila dibandingkan kinerja yang capai oleh rumah sakit "A" dengan rumah sakit "C", khususnya dari segi jumlah pasien IGD yang dilayani. Jika dilihat dari jumlah jam dokter dan paramedis yang digunakan, rumah sakit "A" menggunakan jumlah jam kerja dokter dan Paramedis yang lebih sedikit, tetapi mampu melayani jumlah pasien IGD

yang lebih banyak bila dibandingkan rumah sakit "C" (lihat tabel 5.13). Keadaan tersebut juga didukung oleh kinerja pasien IGD pada Rumah sakit "A" (20%) lebih besar dari dibanding kinerja pasien IGD rumah sakit "C" (8,65%) (lihat tabel 5. 45). Hal yang sama juga nampak jika kita membandingkan antara kedua rumah sakit untuk pasien rawat inap. Meskipun kedua rumah sakit sama-sama mencapai tingkat efisiensi 100 % berdasarkan hasil DEA tetapi rumah sakit "A" bisa dikatakan lebih efisien karena dengan menggunakan jam kerja dokter dan paramedis yang lebih sedikit tetapi dapat melayani hari pasien rawat inap lebih banyak. Disini terlihat bahwa meskipun hasil DEA menunjukkan bahwa kedua rumah sakit sama-sama efisien, namun pada keyataannya sebenarnya ada perbedaan pada jumlah input yang digunakan dan jumlah output yang dihasilkan untuk menjadi efisien. Hal ini menunjukkan bahwa hasil pengukuran efisiensi teknis dengan DEA cenderung lebih bermanfaat untuk menjadi dasar pengambilan kebijaksanaan bagi rumah sakit atau organisasi yang ingin memperbaiki atau meningkatkan kinerjanya.

Dari hasil analisis terhadap kualitas pelayanan rumah sakit, ditemukan bahwa terdapat kesenjangan (*gap*) pada kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit dengan yang diharapkan pasien pada semua rumah sakit dan pada kelima dimensi kualitas pelayanan . Besarnya kesenjangan (*gap*) bervariasi untuk masing-masing rumah sakit. Besarnya gap ditunjukkan dalam tabel 5. 46. Hal ini menunjukkan bahwa semua rumah sakit perlu

meningkatkan kualitas pelayanannya melalui peningkatan pada lima dimensi kualitas pelayanan.

Pada rumah sakit "A", meskipun telah mencapai efisiensi 100% tetapi kualitas pelayanannya menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan *(gap)* antara pelayanan yang diberikan rumah sakit dengan yang diharapkan pasien. Dengan persaingan yang semakin ketat rumah sakit ini perlu untuk melakukan peningkatan pada kualitas pelayanan yang diberikan. Dimensi *assurance* merupakan dimensi yang mempunyai kesenjangan *(gap)* terbesar. Implikasi dari hasil ini adalah peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit "A" sebaiknya diprioritaskan pada dimensi tersebut, tanpa mengabaikan keempat dimensi yang lain. Berarti bahwa rumah sakit "A" perlu menekankan perbaikan pada kemampuan untuk menanamkan kepercayaan pada pasien, memberikan rasa aman dalam pelayanan, menjaga kesopanan dan karamahan, serta kemampuan untuk menjawab pertanyaan pasien, dan diikuti oleh perbaikan pada dimensi-dimensi yang lain.

Pada rumah sakit "B" , disamping belum efisien, kualitas pelayanan juga masih terdapat kesenjangan (gap) untuk seluruh dimensi kualitas pelayanan. Dimensi yang mempunyai kesenjangan *(gap)* terbesar adalah dimensi *reliability*. Implikasi dari hasil ini adalah rumah ini hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yang ditekankan pada dimensi *reliability*. Berarti rumah sakit harus berusaha untuk meningkatkan kemampuan atau keandalan untuk melaksanakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan

terpecaya, dengan menepati janji dalam memberikan pelayanan, menangani masalah yang dihadapi pasien secara menyakinkan dan dapat dipercaya, meningkatkan kepercayaan pasien pada rumah sakit, memberikan pelayanan tepat pada waktu yang dijanjikan, serta selalu berusaha untuk meningkatkan prestasi rumah sakit.

Pada rumah "C" , meskipun sudah mencapai efisiensi teknis 100%, tetapi kualitas palayanannya masih terdapat kesenjangan untuk semua dimensi kualitas pelayanan. Dimensi yang mempunyai kesenjangan terbesar adalah dimensi *tangibility* yaitu mengenai penampilan fisik atau wujud nyata dari semua unsur kualitas pelayanan. Hal ini mengindikasikan bahwa rumah sakit harus meningkatkan kebersihan fasilitas fisiknya, kepemilikan sarana kedokteran dengan tehnologi terbaru, memperbaiki penampilan karyawan dalam hal berpakaian, serta menyediakan sarana komunikasi layanan RS dengan lebih baik. Dari hasil penyebaran kuesioner, pasien banyak mengeluhkan tentang banyaknya nyamuk untuk semua kamar yang ada di rumah sakit ini. Oleh karena itu fihak manajemen harus lebih menekankan pada kebersihan lingkungan fisiknya untuk menanggapi keluhan pasien tersebut.

Pada rumah sakit "D", disamping belum mencapai efisiensi teknis 100%, juga masih terdapat kesenjangan untuk kualitas pelayanan pada semua dimensi. Dimensi kualitas pelayanan yang mempunyai kesenjangan terbesar adalah dimensi *reliability*. Implikasi dari hasil ini adalah rumah sakit "D" hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yang ditekankan pada

dimensi *reliability*. Berarti rumah sakit harus berusaha untuk meningkatkan kemampuan atau keandalan untuk melaksanakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan terpecaya, dengan menepati janji dalam memberikan pelayanan, menangani masalah yang dihadapi pasien secara menyakinkan dan dapat dipercaya.

Hasil analisis efisiensi teknis rumah sakit menunjukkan bahwa untuk rumah sakit yang tidak efisien secara teknis, salah satu sumber yang menyebabkan ketidakefisienan adalah kurangnya jumlah hari perawatan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa pasien kurang tertarik untuk rawat inap pada rumah sakit tersebut. Berdasarkan dari hasil analisis kualitas pelayanan, kurangnya jumlah hari perawatan pasien kemungkinannya disebabkan karena kedua rumah sakit ini memiliki kesenjangan terbesar pada dimensi *reliability* (lihat tabel 5.46), yaitu dimensi mengenai kemampuan atau keandalan untuk melaksanakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan terpecaya. Dimensi kedua yang memiliki kesenjangan terbesar untuk rumah sakit yang tidak efisien secara teknis adalah dimensi *responsiveness*, yaitu kemampuan staff dalam membantu pasien dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Qomari (1998), terhadap kualitas pelayanan pada empat rumah sakit di Yogyakarta, menemukan bahwa faktor *responsiveness* merupakan faktor yang paling berpengaruh dan penting dalam pelayanan rumah sakit. Implikasinya bahwa faktor kemampuan staf dalam membantu pasien dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap seharusnya menjadi

prioritas dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, karena kecepatan dan dan ketepatan dalam menangani pasien yang membutuhkan pelayanan akan merupakan kunci keselamatan dan kesembuhan pasien dan sekaligus akan menjadi ukuran baik buruknya rumah sakit tersebut. Kedua dimensi tersebut yang mungkin menyebabkan rendahnya pasien rawat inap pada rumah sakit yang tidak efisien ini. Oleh karena itu untuk meningkatkan jumlah pasien yang rawat inap rumah sakit harus memperhatikan dimensi *reliability* dan *responsiveness* yaitu meningkatkan kemampuan atau keandalan untuk melaksanakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan terpecaya serta meningkatkan ketanggapan, kemauan, kesediaan, secara cepat dalam membantu dan memberikan pelayanan pada pasien.

BAB VII
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB VII
KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Hasil analisis dengan *Data Envelopment Analysis* (DEA) menunjukkan bahwa tingkat efisiensi rumah sakit swasta di Surakarta bervariasi antara 82,19% hingga 100%. Faktor yang menentukan tingkat efisiensi teknis relatif pada masing-masing rumah sakit berbeda antara rumah sakit yang satu dangan rumah sakit yang lain, baik rumah sakit yang efisieh maupun rumah sakit yang tidak/kurang efisien.
2. Penyebab ketidakefisienan pada rumah sakit yang kurang atau tidak efisien meskipun berbeda antar rumah sakit dalam jumlah dan jenisnya, namun secara umum disebabkan oleh surplus penggunaan input yang digunakan, sedangkan dari sisi output disebabkan karena kurangnya jumlah hari pasien rawat inap pada rumah sakit tersebut.
3. Hasil analisis kualitas pelayanan menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan *(gap)* antara harapan konsumen dengan persepsi konsumen tentang kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit untuk semua dimensi kualitas pelayanan. Untuk rumah sakit yang tidak efisien, *gap* terbesar pertama terjadi pada dimensi *reliability* dan *gap* terbesar kedua pada dimensi *responsiveness*. Sedangkan untuk rumah sakit yang efisien secara teknis, *gap*

terbesar terjadi pada dimensi yang berbeda. Untuk rumah sakit "A" *gap* terbesar terjadi pada dimensi *assurance*, sedangkan untuk rumah sakit "C" , *gap* terbesar terjadi pada dimensi *tangibility*.

7.2. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dirancang untuk mengevaluasi kinerja rumah sakit ditinjau dari aspek efisiensi teknis dan kualitas pelayanan. Untuk dapat mengevaluasi kedua kinerja tersebut perlu dilakukan pengukuran. Dalam penelitian ini pengukuran efisiensi hanya difokuskan pada pengukuran efisien teknis sebagai salah satu ukuran efisiensi untuk mengukur kinerja unit kegiatan ekonomi dengan menggunakan pendekatan *Data Envelopment Analysis* (DEA). Sedangkan untuk pengukuran kualitas pelayanan berdasarkan pada perbedaan antara persepsi pemakai jasa rumah sakit (pasien) dengan harapan pasien terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yaitu :

1. Hasil pengukuran tingkat efisiensi teknis rumah sakit yang diperoleh dari DEA relatif hanya terhadap rumah sakit lain yang menjadi pembanding dalam penelitian ini sehingga ada kemungkinan tingkat efisiensi yang dicapai rumah sakit akan berbeda bila dibandingkan dengan rumah sakit yang lebih banyak atau dengan rumah sakit pada wilayah yang berbeda.

2. Dalam mengukur efisiensi relatif, sumber daya (input) khususnya sumber daya manusia belum mempertimbangkan perbedaan keahlian yang dimiliki dokter, paramedis, dan non paramedis yang dalam kenyataannya mungkin mempengaruhi kinerja rumah sakit. Selain itu pasien yang dirawat juga belum dibedakan berdasarkan jenis penyakit yang diderita. Pengelompokan ini tidak dapat dilakukan karena tidak ada data dari rumah sakit yang dijadikan sampel penelitian.
3. Dalam mengevaluasi kualitas pelayanan rumah sakit, hanya didasarkan pada persepsi pemakai jasa rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan sebagai pelanggan eksternal, atau hanya difokuskan pada satu gap (gap 5) dari lima gap dalam model SERVQUAL. Hasil yang lebih baik dapat diperoleh dengan memadukan penilaian dari pelanggan eksternal dan internal.

7.3. Saran

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

   Dengan menggunakan pendekatan *Data Envelopment Analysis (DEA)*, penelitian ini telah menentukan tingkat efisiensi teknis relatif bagi masing-masing rumah sakit. Bagi manajemen rumah sakit, hasil ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi terhadap kinerja dalam proses memberikan pelayanan kepada pasien. Selain itu, adanya kemampuan teknik *DEA* dalam

mengidentifikasi faktor-faktor yang merupakan sumber ketidakefisienan bagi rumah sakit yang kurang/tidak efisien dan faktor-faktor penentu utama tingkat efisiensi teknis pada rumah sakit yang efisien, dapat menjadi acuan bagi manajemen rumah sakit dalam mengambil kebijaksanaan tentang faktor-faktor yang perlu mendapat perhatian dalam upaya memperbaiki atau meningkatkan tingkat efisiensi relatif, terutama bagi rumah sakit yang tidak atau kurang efisien.

Untuk mendapatkan hasil perhitungan efisiensi teknis yang lebih akurat, diperlukan kemauan manajemen rumah sakit untuk mencatat secara teratur setiap sumberdaya aktual yang digunakan dalam setiap unit pelayanan yang diberikan. Misalnya waktu yang diperlukan seorang dokter atau perawat untuk menangani seorang pasien berdasarkan jenis atau tingkat parahnya penyakit yang diderita, atau jam kerja aktual para dokter (bukan berdasarkan dafter hadir pegawai), atau berdasarkan pada keahlian atau spesialisasinya.

Hasil penelitian ini juga masih menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan (gap) antara kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit dengan yang diharapkan pasien. Selain itu, hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk rumah sakit yang kurang efisien, faktor *reliability* dan *responsiveness* merupakan dimensi yang mempunyai *gap* terbesar pertama dan kedua untuk rumah sakit

tersebut. Implikasi bagi manajemen rumah sakit adalah dalam memberikan pelayanan perlu melakukan peningkatan secara terus-menerus terhadap kelima dimensi kualitas pelayanan terutama pada kedua dimensi yang memiliki gap terbesar tersebut.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya.

Bagi peneliti yang berminat untuk melakukan penelitian yang sama, penelitian ini dapat dilakukan dengan mengelompokkan sumberdaya manusia berdasarkan keahlian, atau mengelompokkan pasien berdasarnya jenis penyakit yang diderita. Dalam penelitian ini dokter, paramedis dan non medis dianggap memiliki kemampuan yang sama, padahal dalam kenyataannya mungkin tidak demikian. Dengan melakukan analisis berdasarkan kelompok keahlian tertentu, misalnya dokter umum dan dokter spesialis, mungkin dapat membantu untuk melihat lebih jauh apakah perbedaan keahlian berpengaruh pada tingkat efisiensi tehnis relatif rumah sakit.

Disamping itu, penelitian ini hanya menghitung *gap* lima dari model SERVQUAL. Untuk mengetahui apakah faktor penyebab adanya gap lima tersebut, perlu dihitung empat kesenjangan (gap) yang lain yang ada dalam model SERVQUAL, sehingga dapat diketahui faktor yang menyebabkan terjadinya kesenjangan (gap) tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Azwar, S, 1992, *Reliabilitas dan Validitas*, edisi 3, cetakan pertama, yogyakarta, pustaka pelajar.

....., 1994. *Analisis Butir untuk Instrumen Angket tes dan Skala Nilai*; Yogyakarta, Andi offset.

Babakus, E, dan Mongold, W. C, 1992, Adapting the Servqual Scale to Hospital services ; An Empirical Investigation, *Health Services Research*, Vol.2; p: 767-786.

Brown, Stephen, W. and Theresa A. Swart, 1989, A gap Analysis of Professional Service Quality, *Journal of Marketing*, Vol. April, p: 92-98.

Burgess, James F. and Wilson, Paul W, 1996, Hospital Ownership and Technical Inefficiency, *Management Science*, Vol. 2 No. 1, p: 110-123.

Chilingerian, Jon A, 1995, Evaluating Physician Effeciency in Hospital: A Multivariate Analysis of Best Practices, *European Journal of Operational Research*, Vol.80, p: 548-574.

Cooper, Donald R and C William Emory, 1992. *Business Researh Methods*, 5 ed, Boston; Rochard D. Irwin, Inc.

Cronin, Jr. J.J. and S.A. Taylor, 1992. Measuring of Service Quality : Reexamination and Extension *Journal of Marketing*, Vol 56(3), p:55-68.

Donabedian, A, 1982, The Criteria and Standart of Quality, *Health Administration Press*, Ann Arbor, MI.

Edvaddson, B, 1992. Service Breakdown, A study of critical Incident an Airline, *International Journal of Service Industry Management*. VI. Vol. 3 (4),p; 17-29.

Ester Saranga, 2000. *Analisis efisiensi Proses Layanan dan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit ; Penerapan Data Envelopment Analysis (DEA) dan Model Servqual (Gap 5)*. Thesis, UGM.

Flood, A,B. dan Scott, W,R, 1987. Hospital Structure and Performance, *The John Hopkins University Press*, Baltimore, MD.

Grosskopf, S, Margaritis, D, and Valdmanis, V, 1995, Estimating Output Substitutability of Hospital Services : A distance Fungtion Approach, *European Journal of Operational Recearch*, Vol. 80, p: 575-587.

Grosskopf, S dan Valdmanis, V .1987, Measuring Hospital Performance; A Non Parametric Approach, *Journal of Health Economics*, Vol 6,p: 89-107.

Hadi, S, 1987, *Metodologi Research*, Jilid 4 Yogyakarta, Andi Offset.

Hope and Muhlemann, 1997. *Service Operation Management* ; Strategy, Design, and Delivery, Prentice Hall.

Insukindro, Nopirin dan Makhfatih, A, 1998. Pengukuran Efisiensi Pelayanan Pajak dan Kantor Pelayanan Pajak Bumi dan Bangunan, *Direktorat Jendral Pajak Departemen Keuangan RI dan Magister Ekonomika Pembangunan UGM*, yogyakarta, Vol 8 p: 23

Irmawati, 1999. *Analisis Kesenjangan untuk mengetahui tingkat kualitas Pelayanan Rumah Sakit di Solo.* Thesis, UGM.

Li, LX dan Benton, W.C, 1996, Performance Measurement Criteria in Health Care Organization ; Review and Future Research Direction, *European Journal of Operational Research*, Vol93,p: 449-468.

Singarimbun, M dan Effendi, S 1987. *Metode Penelitian Survey*, Edisi Pertama, Jakarta, LP3S.

....., 1985, *Manajemen Perumahsakitan*, Kanwil Departemen Kesehatan DKI Jakarta bekerjasama dengan Ikatan Rumah Sakit Jakarta Metropolitan.

.....1999, *Modul DEA (Data Envelopment Anaslysis)*, Program Pelatihan Alat Analisis Universitas Gajah Mada Yogyakarta, Pusat Antar Universitas Studi Ekonomi Universitas Gajah Mada.

Mulyadi, 1987, *Efisiensi sebagai Pengukur Prestasi Manager, dalam Meningkatkan Efisiensi Nasional*, Edisi Pertama, Mubyarto dan Edy Suandi Hamid (Penyunting), BPFE – UGM.

Parasuraman, A, Zeithalm, V, dan Berry, L, 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for Future Research, *Journal of Retailaing*; p: 41-50

Parasuraman, A, Zeithalm, V, dan Berry, L, 1988. *SERVQUAL* : A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, Vol. 1, p: 64

Parasuraman, A. Zeithalm, V. dan Berry. L, 1990. *Delivering Quality Service ; Balancing customer Perception and Expectations,* New York, The Free Press A division of Macmillo, Inc.

Purwanto, B. M, 1998, *Pengukuran Efisiensi : Data Envelopment Analysis,* Makalah.

Qomari, I,N.1998. *Evaluasi Kualitas Pelayanan Rumah Sakit dan Penerapan Konsep QFD (Study pada berbagai Rumah Sakit di Yogyakarta).* Thesis, Yogyakarta.

Tim Magister Ekonomi Pembangunan UGM, 1998. *Pengukuran Kinerja Kantor Pelayanan Pajak Bumi dan Bangunan,* Laporan Penelitian, Yogyakarta.

Rasim, 1999, *Laporan Tahunan RSUD* Dr Moewardi Surakarta.

Sekaran U, 1992. *Research Methods for Business ; A skill Building Approach Sec edit*, John Wiley & Sons, Inc.

Stalk, G, and Hout, TM, 1990. How Time Base Management Measures Performance, *Planning Review*, Vol. 8, Nov/Des.

Stoner, A.F, Freeman, F, E. and Gilbelt, D.R. 1995. *Management*, Prentice Hall Inc.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1a

Table of efficiencies (radial)

 83.19 B 92.51 D 100.00 C
100.00 A

Table of peer units

Peers for Unit B efficiency 83.19% radial

B		A	C
ACTUAL	LAMBDA	0.268	0.091
37250.0	-JKD	17982.4	7586.2
474000.0	-JKP	118629.9	109749.4
122000.0	-JKN	30596.8	26528.8
3108.0	-SP	1152.7	901.3
5500.0	-TA	2472.4	1271.0
36900.0	+HP	45416.5	9710.6
37512.0	+HRJ	20181.0	17031.0
13161.0	+PIGD	9828.8	1332.2

Peers for Unit D efficiency 92.51% radial

D		A	C
ACTUAL	LAMBDA	0.684	0.597
107500.0	-JKD	45818.5	49824.5
1452000.0	-JKP	302265.4	720814.5
372000.0	-JKN	77959.9	174236.6
9574.0	-SP	2937.2	5919.3
18874.0	-TA	6299.7	8347.8
132355.0	+HP	115719.8	63777.2
164257.0	+HRJ	51420.7	111856.3
33993.0	+PIGD	25043.6	8749.4

Peers for Unit C efficiency 100.00% radial

C		C
ACTUAL	LAMBDA	1.000
83500.0	-JKD	83500.0
1208000.0	-JKP	1208000.0
292000.0	-JKN	292000.0
9920.0	-SP	9920.0
13990.0	-TA	13990.0
107883.0	+HP	107883.0
188558.0	+HRJ	188558.0
15667.0	+PIGD	15667.0

LAMPIRAN 1b

Peers for Unit A efficiency 100.00% radial

A ACTUAL	LAMBDA	A 1.000
67000.0	-JKD	67000.0
442000.0	-JKP	442000.0
114000.0	-JKN	114000.0
4295.0	-SP	4295.0
9212.0	-TA	9212.0
168216.0	+HP	168216.0
75292.0	+HRJ	75292.0
37721.0	+PIGD	37721.0

Table of target values

Targets for Unit B efficiency 83.19% radial

VARIABLE	ACTUAL	TARGET	TO GAIN	ACHIEVED
-JKD	37250.0	25568.5	31.4%	68.6%
-JKP	474000.0	228379.3	51.8%	48.2%
-JKN	122000.0	57125.7	53.2%	46.8%
-SP	3108.0	2054.0	33.9%	66.1%
-TA	5500.0	3743.5	16.8%	83.2%
+HP	36900.0	55127.0	49.1%	67.1%
+HRJ	37512.0	37512.0	0.0%	100.0%
+PIGD	13161.0	13161.0	0.0%	100.0%

Targets for Unit D efficiency 92.51% radial

VARIABLE	ACTUAL	TARGET	TO GAIN	ACHIEVED
-JKD	107500.0	95643.0	11.0%	89.0%
-JKP	1452000.0	1023079.9	29.5%	70.5%
-JKN	372000.0	252196.5	32.2%	67.8%
-SP	9574.0	8856.4	7.5%	92.5%
-TA	18874.0	14647.5	22.4%	77.6%
+HP	132355.0	179496.9	35.6%	73.7%
+HRJ	164257.0	164257.0	0.0%	100.0%
+PIGD	33993.0	33993.0	0.0%	100.0%

Targets for Unit C efficiency 100.00% radial

VARIABLE	ACTUAL	TARGET	TO GAIN	ACHIEVED
-JKD	83500.0	83500.0	0.0%	100.0%
-JKP	1208000.0	1208000.0	0.0%	100.0%
-JKN	292000.0	292000.0	0.0%	100.0%
-SP	9920.0	9920.0	0.0%	100.0%
-TA	13990.0	13990.0	0.0%	100.0%
+HP	107883.0	107883.0	0.0%	100.0%

LAMPIRAN 1C

+HRJ	188558.0	188558.0	0.0%	100.0%
+PIGD	15667.0	15667.0	0.0%	100.0%

Targets for Unit A efficiency 100.00% radial

VARIABLE	ACTUAL	TARGET	TO GAIN	ACHIEVED
-JKD	67000.0	67000.0	0.0%	100.0%
-JKP	442000.0	442000.0	0.0%	100.0%
-JKN	114000.0	114000.0	0.0%	100.0%
-SP	4295.0	4295.0	0.0%	100.0%
-TA	9212.0	9212.0	0.0%	100.0%
+HP	168216.0	168216.0	0.0%	100.0%
+HRJ	75292.0	75292.0	0.0%	100.0%
+PIGD	37721.0	37721.0	0.0%	100.0%

Table of virtual I/Os

Virtual IOs for Unit B efficiency 83.19% radial

VARIABLE	VIRTUAL IOs	IO WEIGHTS
-JKD	0.00%	0.00000
-JKP	0.00%	0.00000
-JKN	0.00%	0.00000
-SP	0.00%	0.00000
-TA	100.00%	0.00022
+HP	0.00%	0.00000
+HRJ	54.14%	0.00001
+PIGD	29.05%	0.00003

Virtual IOs for Unit D efficiency 92.51% radial

VARIABLE	VIRTUAL IOs	IO WEIGHTS
-JKD	0.00%	0.00000
-JKP	0.00%	0.00000
-JKN	0.00%	0.00000
-SP	100.00%	0.00010
-TA	0.00%	0.00000
+HP	0.00%	0.00000
+HRJ	88.88%	0.00001
+PIGD	3.63%	0.00000

Virtual IOs for Unit C efficiency 100.00% radial

VARIABLE	VIRTUAL IOs	IO WEIGHTS
-JKD	65.41%	0.00001
-JKP	8.65%	0.00000
-JKN	8.65%	0.00000

Lampiran 1d

-SP	8.65%	0.00001
-TA	8.65%	0.00001
+HP	8.65%	0.00000
+HRJ	82.70%	0.00000
+PIGD	8.65%	0.00001

Virtual IOs for Unit A efficiency 100.00% radial

VARIABLE	VIRTUAL IOs	IO WEIGHTS
-JKD	20.00%	0.00000
-JKP	20.00%	0.00000
-JKN	20.00%	0.00000
-SP	20.00%	0.00005
-TA	20.00%	0.00002
+HP	20.00%	0.00000
+HRJ	60.00%	0.00001
+PIGD	20.00%	0.00001

HARAPAN KONSUMEN

Correlations; Validitas Aitem Variabel Tangible

Correlations

		TANGIBLE
AITEM1	Pearson Correlation	,835**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM2	Pearson Correlation	,777**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM3	Pearson Correlation	,858**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM4	Pearson Correlation	,655**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
TANGIBLE	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations ; Validitas Aitem Variabel Reliability

Correlations

		RELIABILITY
AITEM5	Pearson Correlation	,614**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM6	Pearson Correlation	,512**
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	30
AITEM7	Pearson Correlation	,756**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM8	Pearson Correlation	,745**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM9	Pearson Correlation	,715**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
RELIABILITY	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations; Validitas Aitem Variabel Responsiveness

Correlations

		RESPONSIVENESS
AITEM10	Pearson Correlation	,480**
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	30
AITEM11	Pearson Correlation	,834**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM12	Pearson Correlation	,737**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM13	Pearson Correlation	,744**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
RESPONSIVENESS	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations ; Validitas Aitem Variabel Assurance

Correlations

		ASSURANCE
AITEM14	Pearson Correlation	,676**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM15	Pearson Correlation	,706**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM16	Pearson Correlation	,662**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM17	Pearson Correlation	,811**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
ASSURANCE	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations ; Validitas Aitem Variabel Emphaty

Correlations

		EMPHATY
AITEM18	Pearson Correlation	,800**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM19	Pearson Correlation	,896**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM20	Pearson Correlation	,927**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM21	Pearson Correlation	,927**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM22	Pearson Correlation	,501**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	30
EMPHATY	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

PERSEPSI KONSUMEN

Correlations; Validitas Aitem Variabel Tangible

Correlations

		TANGIBLE
AITEM1	Pearson Correlation	,747**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM2	Pearson Correlation	,832**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM3	Pearson Correlation	,529**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	30
AITEM4	Pearson Correlation	,704**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
TANGIBLE	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations ; Validitas Aitem Variabel Rreliability

Correlations

		RELIABILITY
AITEM5	Pearson Correlation	,657**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM6	Pearson Correlation	,863**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM7	Pearson Correlation	,769**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM8	Pearson Correlation	,834**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM9	Pearson Correlation	,782**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
RELIABILITY	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations ; Validitas Aitem Variabel Responsiveness

Correlations

		RESPONSIVENESS
AITEM10	Pearson Correlation	,618**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM11	Pearson Correlation	,795**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM12	Pearson Correlation	,720**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM13	Pearson Correlation	,715**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
RESPONSIVENESS	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations ; Validitas Aitem Variabel Assurance

Correlations

		ASSURANCE
AITEM14	Pearson Correlation	,855**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM15	Pearson Correlation	,814**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM16	Pearson Correlation	,731**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM17	Pearson Correlation	,698**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
ASSURANCE	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations ; Validitas Aitem Variabel Emphaty

Correlations

		EMPHATY
AITEM18	Pearson Correlation	,785**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM19	Pearson Correlation	,867**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM20	Pearson Correlation	,825**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM21	Pearson Correlation	,860**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
AITEM22	Pearson Correlation	,634**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	30
EMPHATY	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level

Reliability ; Reliabilitas Variabel Tangible

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. AITEM1
2. AITEM2
3. AITEM3
4. AITEM4

Correlation Matrix

	AITEM1	AITEM2	AITEM3	AITEM4
AITEM1	1,0000			
AITEM2	,4682	1,0000		
AITEM3	,1117	,3408	1,0000	
AITEM4	,4546	,5229	,0652	1,0000

N of Cases = 30,0

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,6621

Reliability ; Reliabilitas Variabel Reliability

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. AITEM5
2. AITEM6
3. AITEM7
4. AITEM8
5. AITEM9

Correlation Matrix

	AITEM5	AITEM6	AITEM7	AITEM8	AITEM9
AITEM5	1,0000				
AITEM6	,6077	1,0000			
AITEM7	,3272	,5385	1,0000		
AITEM8	,4766	,7092	,4589	1,0000	
AITEM9	,2408	,5151	,6339	,6231	1,0000

N of Cases = 30,0

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = ,8420

Reliability ; Reliabilitas Variabel Responsivenes

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. AITEM10
2. AITEM11
3. AITEM12
4. AITEM13

Correlation Matrix

	AITEM10	AITEM11	AITEM12	AITEM13
AITEM10	1,0000			
AITEM11	,6132	1,0000		
AITEM12	,0821	,4602	1,0000	
AITEM13	,1069	,2665	,5416	1,0000

N of Cases = 30,0

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,6637

Reliability ; Reliabilitas Variabel Assurance

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. AITEM14
2. AITEM15
3. AITEM16
4. AITEM17

Correlation Matrix

	AITEM14	AITEM15	AITEM16	AITEM17
AITEM14	1,0000			
AITEM15	,7049	1,0000		
AITEM16	,4924	,4176	1,0000	
AITEM17	,4327	,3650	,3906	1,0000

N of Cases = 30,0

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,7800

Reliability ; Reliabilitas Variabel Emphaty

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. AITEM18
2. AITEM19
3. AITEM20
4. AITEM21
5. AITEM22

Correlation Matrix

	AITEM18	AITEM19	AITEM20	AITEM21	AITEM22
AITEM18	1,0000				
AITEM19	,5981	1,0000			
AITEM20	,5913	,7610	1,0000		
AITEM21	,6317	,7826	,7072	1,0000	
AITEM22	,3448	,3546	,3136	,3295	1,0000

N of Cases = 30,0

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = ,8390

Reliability ; Reliabilitas Variabel Tangible

```
****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S  -  S C A L E  (A L P H A)

  1.     AITEM1
  2.     AITEM2
  3.     AITEM3
  4.     AITEM4

                  Correlation Matrix

               AITEM1      AITEM2      AITEM3      AITEM4

AITEM1         1,0000
AITEM2          ,4116      1,0000
AITEM3          ,5281       ,8729      1,0000
AITEM4          ,6478       ,1441       ,2792      1,0000


        N of Cases =        30,0

Reliability Coefficients     4 items

Alpha =    ,7898
```

Reliability ; Reliabilitas Variabel Reliability

```
****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S  -  S C A L E  (A L P H A)

  1.     AITEM5
  2.     AITEM6
  3.     AITEM7
  4.     AITEM8
  5.     AITEM9

                  Correlation Matrix

               AITEM5      AITEM6      AITEM7      AITEM8      AITEM9

AITEM5         1,0000
AITEM6          ,1956      1,0000
AITEM7          ,3671       ,2867      1,0000
AITEM8          ,3459       ,1414       ,4082      1,0000
AITEM9          ,1710       ,1344       ,4657       ,5704      1,0000

        N of Cases =        30,0

Reliability Coefficients     5 items

Alpha =    ,6936
```

Reliability ; Reliabilitas Variabel Responsivenes

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. AITEM10
2. AITEM11
3. AITEM12
4. AITEM13

Correlation Matrix

	AITEM10	AITEM11	AITEM12	AITEM13
AITEM10	1,0000			
AITEM11	,2030	1,0000		
AITEM12	,2843	,4972	1,0000	
AITEM13	,0000	,5338	,4313	1,0000

N of Cases = 30,0

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,6486

Reliability ; Reliabilitas Variabel Assurance

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. AITEM14
2. AITEM15
3. AITEM16
4. AITEM17

Correlation Matrix

	AITEM14	AITEM15	AITEM16	AITEM17
AITEM14	1,0000			
AITEM15	,3831	1,0000		
AITEM16	,2887	,1474	1,0000	
AITEM17	,3288	,4408	,4983	1,0000

N of Cases = 30,0

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,6825

Reliability ; Reliabilitas Variabel Emphaty

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. AITEM18
2. AITEM19
3. AITEM20
4. AITEM21
5. AITEM22

Correlation Matrix

	AITEM18	AITEM19	AITEM20	AITEM21	AITEM22
AITEM18	1,0000				
AITEM19	,6750	1,0000			
AITEM20	,6601	,8290	1,0000		
AITEM21	,6601	,8290	1,0000	1,0000	
AITEM22	,2673	,2910	,2462	,2462	1,0000

N of Cases = 30,0

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = ,8713

LAMPIRAN 3a

Surakarta, 2003

Kepada para pasien yang budiman,

Sehubungan dengan penelitian yang sedang saya lakukan dalam rangka penulisan tesis yang berjudul "**EVALUASI KINERJA RUMAH SAKIT SWASTA DI SURAKARTA DITINJAU DARI ASPEK EFISIENSI DAN KUALITAS PELAYANAN** saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan penuh kesungguhan.

Atas kesediaan dan bantuan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

Sholikhah Nur Rohmah
(Mahasiswa S-2 Manajemen UNAIR)

DAFTAR PERTANYAAN PENELITIAN (KUESIONER)

Data Responden :

Nama	:	
	(dapat dirahasiakan)	
Umur	:	
	O < 20 tahun	O 20 – 29 tahun
	O 30 – 39 tahun	O 40 – 49 tahun
	O > 50 tahun	
Jenis kelamin	:	
	O Pria	O Wanita
Pendidikan terakhir	:	
	O SMP	O Sarjana (S1)
	O SMA	O Master (S2)
	O Akademi /Diploma	O Doktor (S3)
Pekerjaan	:	
	O Pelajar/mahasiswa	O Pengusaha
	O PNS	O Ibu rumah tangga
	O Pegawai Swasta	O Lain-lain
	O Pedagang	. . . . .
Alamat rumah	:	
	O Di dalam kota Solo	O Di luar kota Solo

Pendapat dan komentar anda tentang kualitas pelayanan di rumah sakit ini

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

.LAMPIRAN 3b

I. HARAPAN

Pernyataan-pernyataan berikut berkenaan kualitas pelayanan yang anda harapkan dipenuhi dari Rumah Sakit. Anda diminta untuk menilai harapan anda mengenai kualitas pelayanan **yang seharusnya** didapatkan.

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang anda pilih dalam setiap pernyataan.

1= sangat tidak setuju 2= tidak setuju 3= kurang setuju 4= setuju 5= sangat setuju	
1. Rumah Sakit (RS) seharusnya memiliki sarana / peralatan kedokteran dan teknologi terbaru/modern.	1 2 3 4 5
2. Fasilitas fisik yang dimiliki RS seharusnya bersih.	1 2 3 4 5
3. Karyawan RS seharusnya berpakaian dan berpenampilan rapi.	1 2 3 4 5
4. Sarana untuk mengkomunikasikan layanan RS (papan informasi, brosur) harus tampak jelas.	1 2 3 4 5
5. Jika RS berjanji untuk melakukan pelayanan, seharusnya ditepati	1 2 3 4 5
6. Jika pasien menghadapi masalah, RS harus menangani secara meyakinkan dan dapat dipercaya	1 2 3 4 5
7. RS yang berkualitas harus dapat dipercaya	1 2 3 4 5
8. RS harus memberikan pelayanan tepat pada waktu yang dijanjikan	1 2 3 4 5
9. RS harus selalu mempunyai prestasi yang baik	1 2 3 4 5
10. RS seharusnya memberikan informasi lengkap pada pasien secara jelas dan pasti	1 2 3 4 5
11. Karyawan RS harus memberikan pelayanan secara cepat kepada pasien	1 2 3 4 5
12. Karyawan harus selalu bersedia membantu pasien	1 2 3 4 5
13. Karyawan harus selalu siap memenuhi permintaan pasien	1 2 3 4 5
14. Karyawan harus mampu menanamkan kepercayaan pada pasien	1 2 3 4 5
15. Pasien seharusnya merasa aman dalam memperoleh pelayanan di RS	1 2 3 4 5
16. Karyawan harus menjaga kesopanan dan ramah.	1 2 3 4 5
17. Karyawan harus dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien	1 2 3 4 5
18. RS harus memberikan perhatian khusus kepada pasien	1 2 3 4 5
19. RS harus mempunyai karyawan yang memberikan perhatian khusus kepada pasien	1 2 3 4 5
20. Karyawan RS harus mengerti kebutuhan khusus pasien.	1 2 3 4 5
21. Karyawan RS harus memahami keinginan khusus pasien.	1 2 3 4 5
22. RS harus mempunyai disiplin waktu yang tinggi	1 2 3 4 5

LAMPIRAN 3C

II PERSEPSI

Pernyataan-pernyataan berikut berkenaan dengan kualitas pelayanan rumah sakit yang didapatkan berdasarkan pengalaman anda selama ini. Anda diminta untuk menilai kualitas pelayanan rumah sakit **yang dimiliki/telah diberikan** rumah sakit selama ini.
Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang anda pilih dalam setiap pernyataan.

1= sangat tidak setuju 2= tidak setuju 3= kurang setuju 4= setuju 5= sangat setuju	
1. Rumah Sakit (RS) memiliki sarana / peralatan kedokteran dan teknologi terbaru/modern.	1 2 3 4 5
2. Fasilitas fisik yang dimiliki RS bersih	1 2 3 4 5
3. Karyawan RS berpakaian dan berpenampilan rapi.	1 2 3 4 5
4. Sarana untuk mengkomunikasikan layanan RS (papan informasi, brosur) nampak jelas.	1 2 3 4 5
5. Jika RS berjanji untuk melakukan pelayanan, maka ditepati	1 2 3 4 5
6. Jika pasien menghadapi masalah, pihak RS menangani secara meyakinkan dan dapat dipercaya	1 2 3 4 5
7. RS yang berkualitas dapat dipercaya	1 2 3 4 5
8. RS memberikan pelayanan tepat pada waktu yang dijanjikan	1 2 3 4 5
9. RS selalu mempunyai prestasi yang baik	1 2 3 4 5
10. RS memberikan informasi lengkap pada pasien secara jelas dan pasti	1 2 3 4 5
11. Karyawan RS memberikan pelayanan secara cepat kepada pasien	1 2 3 4 5
12. Karyawan selalu bersedia untuk membantu pasien	1 2 3 4 5
13. Karyawan selalu siap untuk memenuhi permintaan pasien	1 2 3 4 5
14. Karyawan mampu menanamkan kepercayaan pada pasien	1 2 3 4 5
15. Pasien merasa aman dalam memperoleh pelayanan di RS	1 2 3 4 5
16. Karyawan menjaga kesopanan dan ramah.	1 2 3 4 5
17. Karyawan dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien	1 2 3 4 5
18. RS memberikan perhatian khusus kepada pasien	1 2 3 4 5
19. RS mempunyai karyawan yang memberikan perhatian khusus kepada pasien	1 2 3 4 5
20. Karyawan RS mengerti kebutuhan khusus pasien	1 2 3 4 5
21. Karyawan RS memahami keinginan khusus pasien.	1 2 3 4 5
22. RS mempunyai disiplin waktu yang tinggi	1 2 3 4 5

Terima kasih, atas waktu yang diluangkan untuk mengisi kuesioner ini.

SKOR ITEM HARAPAN KONSUMEN RS "A"
KUESIONER I

Item / Resp	Tangibles				Reliability					Responsiveness				Assurance				Emphaty				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4
2	5	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	5	5
3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4
4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	4	4	4	4	5	5	4	4	4	3	3	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4
7	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	5	5	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4
8	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4
9	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4
10	4	4	5	5	4	5	5	3	4	4	4	5	3	5	5	5	4	4	5	4	5	5
11	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4
12	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	2	2	4	4	4	4
14	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5
15	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5
16	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
19	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5
20	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5
21	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5
22	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5
23	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4
24	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4
25	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5
26	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
28	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4
29	4	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4
30	4	5	4	5	4	5	5	5	3	4	4	4	3	5	4	4	3	4	3	4	3	4

SKOR ITEM PERSEPSI KONSUMEN RS "A"
KUESIONER II

Item / Resp	Tangibles				Reliability					Responsiveness				Assurance				Emphaty				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5
2	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4	5	3	4	3	4	5	4
3	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4
4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	5
5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
6	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4
7	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5
8	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4
9	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5
10	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4
11	5	4	4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4
12	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4
14	5	5	4	4	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5
15	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4
16	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5
17	3	4	4	5	4	5	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	4
18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
20	4	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	4	3	4	5	4	3	5	4	4	5
21	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	4
22	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4
23	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	4	5
24	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	4
25	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	5
26	4	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	4
27	4	5	5	3	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4
28	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4
29	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	3	4	4	5	4	4	5	4	5
30	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	5	4	5	5	4	3	2

SKOR RATA-RATA PERDIMENSI SETIAP RESPONDEN

	Bagian I Skor Rata-rata Harapan Konsumen						Bagian II Skor Rata-rata Persepsi Konsumen				
No	1	2	3	4	5	No	1	2	3	4	5
1	4.25	4.6	4.25	4.25	4.2	1	4.75	4.6	4.5	4.5	4.8
2	4.75	4.4	4.5	4.75	4.6	2	4.25	4.2	3.75	4	4
3	5	4.6	4	4.5	4.4	3	4.5	4.6	4.5	4.75	4.4
4	4.5	4.4	4.5	4.5	4.4	4	5	4.6	4.25	4.5	4.6
5	5	4.4	5	5	5	5	4	3.8	3.25	4	3.8
6	4	4.4	3.5	4.5	4	6	4.5	4.4	4.5	4.25	4.4
7	4.5	3.8	4.5	4.25	4.4	7	4.5	4.4	4.5	4	4.6
8	3.5	3.8	4.5	4.5	4.4	8	4	4.4	4.75	4.5	4.2
9	4.75	4.6	4.5	4.5	4.2	9	4.5	4.4	4.5	4.75	4.6
10	4.5	4.2	4	4.75	4.6	10	4	3.8	3.5	3.75	3.8
11	4.5	4	5	4	4.4	11	4.25	4.4	4.75	4.5	4.4
12	4	4.6	4.75	4.5	4.4	12	4.75	4.6	4.75	4.25	4.4
13	5	5	5	3.5	3.6	13	4	4	3.25	3.75	3.4
14	4.25	4.2	4.5	4.25	4.4	14	4.5	4.6	4.5	4.25	4.6
15	4.75	4.4	4.5	4.5	4.8	15	4.5	4.6	4.5	4.25	4.2
16	4	4.6	4.25	4.5	4.2	16	4.5	4.6	4.75	4.25	4.8
17	5	5	5	5	5	17	4	4	3.5	3.75	3.4
18	5	5	5	5	5	18	4	4	4	4	4
19	4.25	5	4.75	4.25	4.8	19	4	4.4	4	3.5	4
20	4.25	4.2	4.25	4.5	4.4	20	4.25	4.6	4.5	4	4.2
21	5	4.8	4.5	4.75	4.8	21	4.75	4.6	4.75	4.5	4.6
22	4.5	4.4	4.75	5	4.8	22	4.5	4.4	4.5	4.5	4.4
23	4.25	4.6	4.25	4.25	4.2	23	4.5	4.4	4.5	4.25	4.4
24	4.25	4.6	4.5	4.25	4.6	24	4.5	4.2	4.25	4.75	4.2
25	4.5	4.8	4.5	4.5	4.6	25	4.5	4.4	4.75	4.5	4.6
26	4.75	4.6	4.75	4.5	4.6	26	4.25	4.6	4.5	4.5	4.4
27	5	5	5	5	4.8	27	4.25	4.6	4.5	4.25	3.8
28	4.5	4.4	4.5	4.5	4.4	28	4.5	4.4	4.5	4.5	4.4
29	4.5	4.4	4.25	4.75	4.4	29	4.25	4.4	4.5	4	4.4
30	4.5	4.4	3.75	4	3.6	30	3.5	3.6	3.5	4.25	3.8
Total	135.5	135.2	135	135	134	Total	130.25	130.6	128.75	127.5	127.6
Rata-rata	4.5166667	4.5066667	4.5	4.5	4.4666667	Rata-rata	4.341667	4.353333	4.291667	4.25	4.253333

SKOR ITEM HARAPAN KONSUMEN RS "B"
KUESIONER I

Item / Resp	Tangibles				Reliability					Responsiveness				Assurance				Emphaty				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	4	5	4	3	5	3	3	3	5
2	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
3	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	5	4	3	5	3	2	2	5
6	5	5	5	5	4	4	5	4	3	5	5	3	3	4	5	5	5	4	4	4	4	4
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4
9	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4
10	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5
12	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	3	5	3	3	3	4
13	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	3	5	3	3	3	5
14	5	4	5	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4
15	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4
16	3	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	5
19	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	5
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	5	5	3	3	5	4	4	4	3	4	4	4	3	4	5	4	3	3	3	3	3	4
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
23	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
25	5	5	4	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4
26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
28	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	4	3	5	5	5	4	4	3	3	4
29	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
30	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5

SKOR ITEM PERSEPSI KONSUMEN RS "B"
KUESIONER II

Item / Resp	Tangibles				Reliability					Responsiveness				Assurance				Emphaty				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	5
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4
4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	5	3	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5
5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	5	4	4	3	5	2	3	3	4
6	5	5	5	5	5	4	5	4	3	5	5	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4
9	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	5
11	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	4
12	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4
13	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4
14	4	4	4	4	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	3	2	2	3
15	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4
16	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	5
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	4	5
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	5	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	5
23	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
24	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
25	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
26	5	5	5	5	3	3	3	4	3	3	5	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4
27	5	4	4	5	3	3	3	4	3	1	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2	2	2
28	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	3	5	5	5	5	4	3	3	4	5
29	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5

SKOR RATA-RATA PERDIMENSI SETIAP RESPONDEN

	Bagian I Skor rata-rata Harapan Konsumen						Bagian II Skor Rata-rata Persepsi Konsumen				
No	1	2	3	4	5	No	1	2	3	4	5
1	5	4.8	4.25	4	3.8	1	5	4.4	4	3.75	3.6
2	4	4.6	4	4	4.2	2	4	4	3.75	3.75	3.6
3	4	4.6	3.5	4	4	3	4	4	3.75	3.75	3.6
4	5	5	5	5	5	4	5	4	3.75	4	4.2
5	5	5	4.25	4	3.4	5	4.25	4	4	4	3.4
6	5	4	4	4.75	4	6	5	4.2	4	3.25	4
7	5	5	5	5	5	7	4	4	4	4	4
8	4.5	4.6	5	4	4.2	8	4.5	4.6	5	4	4.2
9	4.5	4.6	5	4	4.2	9	4.75	4	5	5	4.8
10	4.25	5	5	5	5	10	5	5	4	4	3.4
11	5	5	5	4.75	4.8	11	4	3.6	4	3.5	3.6
12	4.75	4.6	4.5	3.75	3.6	12	4.25	4	3.75	3.75	3.4
13	4.75	4.6	4.5	3.75	3.8	13	4.25	4	3.75	3.75	3.4
14	4.5	4.2	3.75	3.75	3.6	14	4	4.6	4.5	5	2.8
15	4	3.8	3.5	4	3.4	15	5	4	4	4	3.4
16	4.25	4.8	4.75	4.75	4.4	16	4.5	4.8	5	4.75	4.4
17	5	5	5	5	5	17	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	3.6	18	5	5	5	5	4
19	4.25	4.8	5	5	3.4	19	5	5	5	5	4.6
20	5	5	5	5	5	20	5	5	5	5	5
21	4	4	3.75	4	3.2	21	4	3.8	3.75	3.75	3.2
22	5	5	5	5	4.2	22	5	5	5	5	3.4
23	5	5	5	5	5	23	5	5	5	5	5
24	5	5	5	5	4	24	4	3	3	4	4
25	4.5	4.4	5	4	4.2	25	4.75	4	5	5	4.8
26	5	5	5	5	5	26	5	3.2	4.25	3.5	4
27	5	5	5	5	5	27	4.5	3.2	3	2.75	2.2
28	5	4.6	4.25	4.5	3.6	28	5	4.8	4	5	3.8
29	4.5	4.4	4	4	4.2	29	4	4	3.75	3.75	3.6
30	5	4.6	5	4.75	4.2	30	5	5	4.75	5	4.2
Total	140.75	141	138	134.75	126	Total	137.75	128.2	127.75	127	116.6
Rata-rata	4.6916667	4.7	4.6	4.491667	4.2	Rata-rata	4.591667	4.273333	4.258333	4.233333	3.886667

SKOR ITEM HARAPAN KONSUMEN RS "C"
KUESIONER I

Item / Resp	Tangibles				Reliability					Responsiveness				Assurance				Emphaty				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	3	5	3	3	3	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	5
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	3	5	3	3	3	5
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	3	3	5	3	3	3	5
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	3	3	3	3	3	5
10	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	3	3	3	3	3	5
12	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
13	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	2	5	5	5	5	2	2	2	2	5
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	3	4	5	5	3	5	3	2	2	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	4	3	5	3	4	3	5
17	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	2	4	4	5	5	4	3	5	3	5
18	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4
19	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	5
20	5	4	5	5	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5
21	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5
22	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4
23	5	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
24	5	5	5	5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5
25	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	3	5
26	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	5
27	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5
28	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	3	5	5	5	3	5	3	3	3	5
29	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	2	4	4	5	4	4	4	4	2	5
30	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	4	5	5

SKOR ITEM PERSEPSI KONSUMEN RS "C"
KUESIONER II

Item / Resp	Tangibles				Reliability					Responsiveness				Assurance				Emphaty				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	5	3	4	4	3	4	3	3	3	4
2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5
3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4
4	2	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		3	4	4	4	4	4	3	3	4	4
6	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4
7	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4
8	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	5	3	3	3	4
9	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4
10	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
11	5	3	4	4	4	4	4	5	5	5	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	5
12	5	5	5	4	4	4	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	4	5	4	4	4	2	2	2	2	5
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
15	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	2	2	5
16	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	5	3	4	3	3	3	5
17	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	3	3	5
18	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4
19	5	4	4	4	5	5	4	5	4	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5
20	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4
21	5	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
22	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4
23	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4
24	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	5
25	2	3	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4
26	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	5
27	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5
28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4
29	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	2	4	4
30	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5	4	5	4	5	5

SKOR RATA-RATA PERDIMENSI SETIAP RESPONDEN

	Bagian I Skor rata-rata Harapan Konsumen						Bagian II Skor Rata-rata Persepsi Konsumen					
No	1	2	3	4	5	No	1	2	3	4	5
1	5	5	4.5	4	3.8	1	3.5	3.6	3.75	3.6	3.4
2	5	5	5	5	5	2	4.25	4	4.25	4.2	4.4
3	5	5	5	5	3.8	3	3.5	3.8	3.25	3.8	3.4
4	5	5	5	5	5	4	2.75	3.2	3.25	3.8	3.4
5	5	5	5	5	5	5	4	4	3.666667	4	3.6
6	4	4.5	4	4	3.4	6	3.75	4	3.75	3.8	3.4
7	5	5	4	4.5	3.8	7	3.75	3.8	3.5	3.6	3.2
8	5	5	4	4	3.8	8	3.75	3.6	3.25	4	3.6
9	5	5	4	4.5	3.4	9	3.5	4	3.75	3.6	3.2
10	4.5	5	4.5	4.5	5	10	4	3.8	4	3.8	4
11	5	5	4.25	4.5	3.4	11	4	4.4	3.5	3.6	3.4
12	4.75	5	5	5	4.8	12	4.75	4	5	5	5
13	4.75	5	3.5	5	2.6	13	4.25	4	3.75	3.8	2.6
14	5	5	5	5	5	14	4	4	4	4	4
15	4.75	5	4.25	4.25	3.4	15	4	4	3.25	3.8	3.2
16	5	5	4.5	3.75	4	16	3.75	3.8	3.25	3.8	3.6
17	4.25	4.5	3.75	4.5	4	17	5	4.6	4.75	4.4	3.8
18	4.5	5	4.5	4.5	4.6	18	4	3.6	3.75	3.8	3.8
19	4.5	4	4.75	4	4.8	19	4.25	4.6	4.25	4.6	4.2
20	4.75	4	4.5	4.25	4.6	20	5	4.4	4.5	4.4	4.4
21	4.75	4.5	4.25	4.5	4.4	21	4	4.2	4	4	4
22	4.5	4.5	4.5	4	4.2	22	4	4.2	4	4.2	4.2
23	4.5	4	4.25	4.25	4	23	4.75	4.2	4.5	4.4	4.2
24	5	4	4	4	4	24	5	4.6	4.5	4.2	4
25	4.25	4	3.75	4	3.6	25	2.75	2.8	3	3.8	3.2
26	5	4.5	4.5	4.25	4	26	5	4.6	4.5	4.2	4
27	4.5	4.5	4.5	4.25	4.4	27	4.25	4.2	4.25	4.2	4.2
28	4.75	5	4	4.5	3.8	28	4	4	3.75	3.8	3.4
29	4.75	4.5	4	4.25	3.8	29	5	4.8	4.75	4.6	3.8
30	4.75	4.5	4.5	4.5	4.6	30	4	4.2	3.75	4	4.6
Total	142.5	141	131.25	132.75	124	Total	122.5	121	117.4167	120.8	113.2
Rata-rata	4.75	4.7	4.375	4.425	4.133333	Rata-rata	4.083333	4.03333	3.913889	4.026667	3.77333

SKOR ITEM HARAPAN KONSUMEN RS "D"
KUESIONER I

Item / Resp	Tangibles				Reliability					Responsiveness				Assurance				Emphaty				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	3	5	3	4	4	5
4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5
5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	3	5	5	5	3	5	3	3	3	5
6	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5
7	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	3	5	4	4	3	4	3	3	3	4
8	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5
9	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	5
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	2	3	3	5	3	5
12	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5
13	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	3	3	4	5
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4
18	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
19	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4
20	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	5	5	5
21	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
23	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	3	5	5	4	3	5	3	3	3	5
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5
29	4	5	4	4	4	2	5	4	3	5	5	3	2	4	5	5	2	2	4	4	3	5
30	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4

SKOR ITEM PERSEPSI KONSUMEN RS "D"
KUESIONER II

Item / Resp	Tangibles				Reliability					Responsiveness				Assurance				Emphaty				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	5	4	3	3	4
4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5
5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4
9	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4
10	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3
11	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	3	4	4	5	3	4	5	5	5	5
12	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5
13	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	3	5	3	3	3	5
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	3	4	4	4
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
19	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
20	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
21	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	3	3	4
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	2	2	3	4
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
25	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4
26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	3	4	4	4
28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	5	5	4	3	4	3	4	4	4
29	4	3	4	4	3	4	2	3	1	5	4	4	3	3	4	3	2	2	3	4	3	4
30	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2

SKOR RATA-RATA PERDIMENSI SETIAP RESPONDEN

	Bagian I Skor rata-rata Harapan Konsumen						Bagian II Skor Rata-rata Persepsi Konsumen				
No	1	2	3	4	5	No	1	2	3	4	5
1	5	4.6	5	4.5	4.2	1	5	4.8	4.75	5	4
2	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5
3	4.75	5	4.75	4.25	4.2	3	5	5	4.5	4.5	3.8
4	4.75	4.6	4.75	4.25	4.4	4	5	4.8	4.25	4	4.4
5	4.75	4.8	4.25	4.5	3.8	5	4.5	4	3.5	3.75	3.4
6	4	4.2	4.5	4.25	4.6	6	4	4	4.25	4	4
7	4.75	4.6	4.25	4	3.4	7	4.75	4	3.75	3.75	3.4
8	5	4.8	4.75	4.5	4.4	8	4	4	4	3.5	3.8
9	4.5	4	4	4	4	9	4	3.8	3.75	4	3.2
10	4.5	4.6	4	4	3.8	10	3.5	3.2	3.25	3.5	3.8
11	5	5	3	4.25	3.8	11	5	4.2	4.5	4	4.8
12	5	4.6	4.25	4.75	4.2	12	5	4.2	4.25	4.75	4.2
13	5	4.8	4.25	4.75	4.8	13	4.25	4	4	4	4
14	5	5	5	4.5	4	14	5	4.4	4.25	3.75	3.8
15	5	5	5	5	5	15	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	16	4.75	5	5	5	5
17	4.5	4.4	5	4.25	4.2	17	4.25	4	4	4.5	4
18	5	4.8	5	5	4.2	18	5	5	5	5	4.2
19	4.75	4.6	4.75	4.5	4.2	19	4.5	4	4.25	4	3.8
20	4	4	4	3.75	4.2	20	4.25	4.6	5	4.75	5
21	5	4.4	4.25	4.5	4	21	4	4.6	4	4.5	3.8
22	5	5	5	5	5	22	5	5	5	5	5
23	4.75	4.8	4.25	4.25	3.8	23	4	4	3.5	3.75	3
24	5	5	5	5	5	24	5	5	5	5	5
25	5	5	5	5	5	25	4.25	4.4	3.75	4	3.6
26	5	5	5	5	5	26	5	5	5	5	5
27	5	5	5	5	5	27	5	5	4.75	4.75	4
28	5	5	4.75	4.5	4.2	28	4	4	4	4.25	3.8
29	4.25	3.6	3.75	4	3.6	29	3.75	2.6	4	3	3.2
30	4	4.4	5	4	4.2	30	4.75	4	5	5	4.2
Total	143.25	140.6	137.5	135.25	130.2	Total	136.5	130.6	130.25	130	123.2
Rata-rata	4.775	4.6866667	4.5833333	4.508333	4.34	Rata-rata	4.55	4.353333	4.341667	4.333333	4.106667