

## BAB 5

### DESKRIPSI DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

Pada bab ini dikemukakan deskripsi hasil penelitian dan dilakukan analisis hasil pengukuran yang diperoleh. Analisis atas hasil pengukuran yang diperoleh perlu dilakukan sebelum pengujian hipotesis penelitian. Uraian pada bab ini terdiri dari deskripsi yang meliputi deskripsi sampel penelitian dan deskripsi variabel, dan analisis hasil penelitian. Analisis hasil penelitian diawali dengan pemurnian skala, kemudian mengecek normalitas data penelitian, dan asumsi yang digunakan dalam melakukan analisis model. Setelah itu dilakukan analisis terhadap model pengukuran (*measurement model*) dan analisis model struktural (*structural model*).

#### 5.1. Deskripsi Sampel Penelitian

##### 5.1.1. Sampel pelanggan eksternal

Data penelitian diperoleh dari sampel pelanggan eksternal yang merupakan pengguna jasa layanan kesehatan (pasien) sebesar 280 pasien, yang berasal dari 14 rumah sakit umum pusat milik Departemen Kesehatan di 10 provinsi di Indonesia, yaitu Medan, Padang, Bukittinggi, Palembang, Jakarta, Bandung, Semarang, Klaten, Yogyakarta, Denpasar, Ujungpandang dan Manado. Mengingat wawancara dilakukan langsung oleh peneliti sendiri maka *response rate* nya mencapai 100%. Deskripsi sampel pasien adalah sebagai berikut :

Sebagian besar responden pasien adalah perempuan yakni sebesar 62,5% sedangkan 37,5% adalah pasien laki-laki. Umur responden sebagian besar 30 tahun atau kurang yakni sebanyak 47,1%, 31-40 tahun sebanyak 23,6%, 41-50 tahun sebanyak 8,2%, 51-60 tahun sebanyak 10,7% dan di atas 60 tahun sebanyak 10,4%. Pendidikan responden pasien adalah SLTP sebanyak 30,7%, SLTA sebanyak 52,1%

dan Sarjana sebanyak 17,1%. Sebagian besar (47,1%) pekerjaan responden adalah bekerja di perusahaan swasta, sedangkan yang bekerja sebagai petani/nelayan sebanyak 12,9% dan pedagang sebanyak 10,4% dan sisanya sebanyak 29,6% tidak bekerja termasuk sebagai ibu rumah tangga.

Pengalaman menjadi pasien di rumah sakit dapat dikatakan bahwa sebagian besar (57,5%) belum pernah berobat baik rawat jalan maupun rawat inap di rumah sakit, dan sebanyak 42,5% pernah berobat dengan rincian 8,9% pernah berobat di unit rawat jalan, 25,0% pernah rawat inap dan sisanya 8,6% pernah berobat rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit. Alasan berobat ke rumah sakit sebagian besar adalah dirujuk (36,4%), sesuai dengan aturan kepegawaian (5,0%), percaya karena kualitas pelayanan (22,1%), tidak ada alternatif lain (5,4%), alasan jarak dan biaya (23,9%) dan karena puas terhadap pelayanan rumah sakit (7,1%). Sebagai penanggung biaya perawatan rumah sakit adalah ditanggung sendiri (55,1%), ditanggung orang tua sebanyak 17,5%, menjadi tanggungan keluarga lain sebanyak 2,9% dan ditanggung perusahaan sebanyak 24,5%. Penghasilan keluarga responden sebagian besar antara 1-2 juta per bulan (48,3%), kurang dari 1 juta sebanyak 25,6%, 2-3 juta sebanyak 15,9% dan sisanya sebanyak 10,2% berpenghasilan di atas 3 juta. Kesan terhadap tarif di rumah sakit dibandingkan dengan layanan yang diberikan, sebagian besar menyatakan cukup (63,7%), mahal sebanyak 27,5% dan hanya sedikit sekali yang menyatakan murah (8,8%).

### **5.1.2. Sampel pelanggan internal**

Sampel pelanggan internal yang merupakan pemberi layanan kesehatan (karyawan) sebesar 280 karyawan, yang berasal dari 14 rumah sakit umum yang sama dengan sampel pasien. Daftar isian diberikan kepada karyawan untuk diisi dan

diserahkan kembali esok harinya. *Respons rate* dari karyawan sebesar 100%. Deskripsi karyawan sebagai sampel dalam penelitian ini sebagai berikut :

Pendidikan responden karyawan adalah perawat kesehatan (setingkat SLTA) sebanyak 55,0%, D3 keperawatan sebanyak 44,3% dan 0,7% adalah Sarjana Keperawatan. Umur responden meliputi 21-30 tahun sebanyak 28,6%, 31-40 tahun sebanyak 28,8%, 41-50 tahun sebanyak 32,1% dan sisanya sebanyak 10,7% berumur di atas 50 tahun. Lama bekerja di rumah sakit sebagian besar atau 45,5% telah bekerja 10-20 tahun, 37,4% telah bekerja kurang dari 10 tahun dan sisanya 17,1% bekerja lebih 20 tahun. Hanya sebagian kecil karyawan atau 18,6% yang pernah mendapatkan pelatihan mutu pelayanan rumah sakit, sedangkan sebagian besar atau 81,4% belum pernah.

## **5.2. Deskripsi Variabel Penelitian**

Konstruk pada penelitian ini yaitu pangsa pasar, diukur dengan satu indikator, kompetensi karyawan diukur dengan satu indikator, komitmen karyawan diukur dengan 18 indikator, kepuasan karyawan diukur dengan 20 indikator, kepuasan pasien diukur dengan 20 indikator, utilisasi jasa rumah sakit diukur dengan 4 indikator, proses layanan internal diukur dengan 14 indikator dan efisiensi pengelolaan organisasi diukur dengan 4 indikator. Konstruk lainnya ada dua variabel yaitu variabel kualitas pelayanan yang diukur dengan 24 indikator dan variabel kinerja keuangan yang diukur dengan 9 indikator. Variabel yang tidak dituju arah panah atau tidak dipengaruhi variabel lain diperlakukan sebagai variabel eksogen yang dalam hal ini adalah variabel pangsa pasar dan variabel kompetensi karyawan. Sedangkan 9 variabel lainnya (yang dituju arah panah) diperlakukan sebagai variabel endogen.

Deskripsi variabel-variabel penelitian adalah sebagai berikut.

### 5.2.1. Variabel pangsa pasar (XI)

Variabel pangsa pasar diukur dengan menggunakan koefisien *Herfindahl Index* yaitu perbandingan antara jumlah pasien yang keluar selesai perawatan di rumah sakit yang bersangkutan dengan jumlah pasien yang keluar rumah sakit di seluruh wilayah geografis pada satu tahun tertentu. Mengingat daerah geografis yang digunakan adalah propinsi, maka nilai pangsa pasar dalam penelitian ini dibobotkan (*weighted*) dengan proporsi *Bed Occupancy Rate* (BOR) dan jumlah tempat tidur (BORxTT) dari masing-masing rumah sakit yang bersangkutan, dalam tahun 1995/1996 s/d tahun 2000. Deskripsi pangsa pasar di masing-masing rumah sakit nampak pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1. PERSENTASE PANGSA PASAR RSUP DI INDONESIA  
TAHUN 1995/1996 s/d 2000

Nama Rumah Sakit	Min	Maks	Rata-rata	Bobot	%Pngsa pasar
RSUP Adam Malik	4,03	6,69	6,14	0,043	0,264
RSUP dr.M.Djamil	21,25	29,67	25,25	0,094	2,373
RSUP dr.M.Hoesin	23,43	28,46	25,67	0,081	2,079
RSUP dr. Cipto M.	7,89	8,97	8,47	0,126	1,067
RSUP Persahabatan	4,05	4,62	4,42	0,062	0,274
RSUP Fatmawati	4,39	5,29	4,94	0,065	0,321
RSUP Hs Sadikin	5,68	7,24	6,52	0,088	0,574
RSUP dr Kariadi	6,08	6,79	6,34	0,082	0,520
RSUP dr Soeradji	2,76	3,88	3,19	0,038	0,121
RSUP dr Sardjito	15,31	26,19	21,64	0,052	1,125
RSUP Sanglah	23,67	29,35	26,54	0,093	2,468
RSUP Manado	18,96	27,75	23,58	0,071	1,674
RSUP dr Wahidin	12,39	15,27	13,75	0,064	0,880
RSUP Bukittinggi	12,25	14,34	13,26	0,040	0,530

Sumber : Ditjen Pelayanan Medik Depkes.

Dari tabel 5.1 di atas tampak bahwa pangsa pasar yang merupakan peran rumah sakit dalam melayani pasien yang telah selesai menjalani perawatan relatif cukup baik, dan bila kita kaji satu persatu nampak bahwa pangsa pasar rumah sakit setelah dibobotkan yang terendah adalah RSUP Soeradji Tirtonegoro Klaten dan

yang tertinggi adalah RSUP Sanglah Bali. Hal tersebut dapat dimaklumi mengingat denominatornya adalah jumlah pasien seluruh rumah sakit di wilayah propinsi, sehingga dalam propinsi yang rumah sakitnya banyak maka pangsa pasar rumah sakit akan semakin mengecil, sedangkan bila dalam wilayah geografis propinsi tidak ada atau sedikit sekali rumah sakitnya maka pangsa pasarnya menjadi besar.

### 5.2.2. Variabel kompetensi karyawan (X2)

Variabel kompetensi karyawan hanya diukur dengan menggunakan satu indikator yaitu perbandingan (dalam persen) antara jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan dan jumlah seluruh karyawan pada tahun yang bersangkutan dalam tahun 1995/1996 s/d tahun 2000. Deskripsi kompetensi karyawan di masing-masing rumah sakit nampak pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2. PERSENTASE KOMPETENSI KARYAWAN RSUP DI INDONESIA TAHUN 1995/1996 s/d 2000

Nama Rumah Sakit	Min	Maks	Rata-rata
RSUP Adam Malik	12,47	15,77	13,78
RSUP dr.M.Djamil	8,33	10,29	9,71
RSUP dr.M.Hoesin	1,31	2,59	2,12
RSUP dr. Cipto M.	10,46	26,34	18,38
RSUP Persahabatan	14,12	23,19	19,26
RSUP Fatmawati	15,17	17,37	16,22
RSUP Hs Sadikin	3,80	5,51	4,80
RSUP dr Kariadi	4,96	6,73	5,63
RSUP dr Soeradji	7,55	13,99	10,71
RSUP dr Sardjito	7,06	13,60	8,63
RSUP Sanglah	11,17	16,89	14,20
RSUP Manado	8,72	10,06	9,45
RSUP dr Wahidin	10,46	21,15	15,71
RSUP Bukittinggi	4,96	7,31	6,41

Sumber : Data penelitian

Dari tabel 5.2 di atas nampak bahwa kompetensi karyawan yang merupakan perbandingan antara karyawan yang dilatih dengan total karyawan sangat variatif mulai dari yang terkecil yakni RSUP dr. Moh. Hoesin Palembang sebesar 2,12% dan

yang terbesar RSUP Persahabatan dan RSUP dr. Ciptomangunkusumo di wilayah DKI Jakarta. Pengiriman karyawan untuk mengikuti pelatihan sangat tergantung pada kebijakan pimpinan dan ketersediaan dana untuk pelatihan.

### 5.2.3. Variabel komitmen karyawan (X3)

Variabel komitmen karyawan diukur dengan menggunakan 18 indikator yang dikelompokkan menjadi 5 dimensi dengan skala 3 meliputi dimensi percaya terhadap keberhasilan rencana (pcana) dengan total skor antara 2-6, kepemilikan informasi dan laporan (plapor) dengan total skor antara 2-6, mutu layanan (mlayan) dengan total skor antara 6-18, hubungan antar karyawan /kerjasama tim (ksama) dengan total skor antara 5-15 , pemberdayaan dan jaminan (pdaya) dengan total skor antara 3-9. Total skor untuk variabel komitmen karyawan antara 18-54. Deskripsi komitmen karyawan di masing-masing rumah sakit nampak pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3. RATA-RATA SKOR VARIABEL KOMITMEN KARYAWAN RSUP DI INDONESIA

Nama Rumah Sakit	Pcana	Plapor	Mlayan	Ksama	Pdaya	Total
RSUP Adam Malik	6,00	5,40	14,90	13,80	7,90	48,00
RSUP dr. M. Djamil	5,80	5,40	14,90	13,60	7,80	47,50
RSUP dr. M. Hoesin	6,00	5,50	15,10	14,70	8,20	49,50
RSUP dr. Cipto M.	6,00	6,00	15,00	14,80	8,20	50,50
RSUP Persahabatn	5,90	5,50	14,40	13,00	6,30	45,10
RSUP Fatmawati	5,70	5,30	11,60	13,30	6,30	44,40
RSUP Hs Sadikin	5,20	5,20	11,10	13,20	5,80	40,50
RSUP dr. Kariadi	5,80	5,30	11,60	13,30	6,30	42,30
RSUP dr. Soeradji	5,20	4,60	9,90	12,00	5,90	37,60
RSUP dr Sardjito	5,90	5,30	13,10	13,90	7,50	45,70
RSUP Sanglah	6,00	5,90	15,80	13,90	8,70	50,30
RSUP Manado	6,00	5,80	15,20	14,50	7,10	48,60
RSUP dr Wahidin	6,00	5,60	15,20	14,60	7,30	48,70
RSUP Bukittinggi	6,00	5,60	13,30	13,40	6,70	45,00

Sumber : Data penelitian

Dari tabel 5.3 di atas nampak bahwa dari 5 dimensi variabel komitmen dengan total skor antara 18-54 menunjukkan bahwa nilai rata-rata dari komitmen relatif

cukup baik artinya para karyawan cukup 'committed'. Dari 14 rumah sakit nampak bahwa skor rata-rata di atas 50 sebanyak 2 RSUP, antara 45-50 sebanyak 8 RSUP, antara 40-45 sebanyak 3 RSUP dan hanya 1 RSUP yang mempunyai skor rata-rata kurang dari 40.

#### 5.2.4. Variabel manajemen mutu (X4)

Variabel manajemen mutu diukur dengan 7 dimensi dan 30 indikator dengan skala 7 meliputi dimensi kepemimpinan (kpimpin) dengan total skor antara 3-21, analisis dan informasi (aninfo) dengan total skor antara 3-21, pengembangan mutu strategis (pemustra) dengan total skor antara 4-28, pengembangan sumber daya manusia (pengsdm) dengan total skor antara 5-35, manajemen mutu proses (mamupro) dengan total skor antara 5-35, hasil-hasil mutu (hasmutu) dengan total skor antara 3-21 dan kepuasan pasien (puaspas) dengan total skor antara 7-49. Total skor untuk variabel manajemen mutu rumah sakit antara 30-210. Deskripsi skor manajemen mutu nampak pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4. RATA-RATA SKOR VARIABEL MANAJEMEN MUTU RSUP DI INDONESIA

Nama Rumah Sakit	Kpimpin	Aninfo	Pemustra	Pengsdm	Mamupro	Hasmutu	Puaspas	Total
RSUP Adam Malik	17,70	17,00	24,00	31,20	28,80	14,60	35,70	169,00
RSUP dr.M.Djamil	18,10	17,30	23,00	28,70	28,00	14,00	36,20	165,30
RSUP dr.M.Hoesin	18,80	18,80	25,50	31,80	31,30	15,20	39,40	180,80
RSUP dr. Cipto M.	18,50	19,90	25,20	32,80	33,30	14,50	40,40	184,60
RSUP Persahabatan	16,70	18,60	24,70	31,70	30,10	17,70	42,10	181,60
RSUP Fatmawati	17,60	16,10	23,70	29,90	27,20	14,00	40,20	168,70
RSUP Hs Sadikin	14,70	15,40	22,50	26,50	25,40	11,10	32,30	147,90
RSUP dr Kariadi	15,30	14,60	22,00	28,40	26,10	13,10	36,10	155,60
RSUP dr Soeradji	15,70	15,20	20,90	27,70	27,10	14,10	36,50	157,20
RSUP dr Sardjito	16,10	16,00	23,40	28,50	28,10	14,40	39,50	156,00
RSUP Sanglah	18,30	18,50	24,80	30,00	31,00	15,00	38,80	176,40
RSUP Manado	19,30	18,10	26,10	33,30	33,10	16,60	39,30	185,80
RSUP dr Wahidin	17,80	16,30	23,20	31,50	29,40	14,80	37,10	170,10
RSUP Bukittinggi	15,30	16,10	21,70	26,90	27,80	14,10	36,30	158,20

Sumber : Data penelitian

Skor total variabel manajemen mutu adalah antara 30-210. Jumlah indikator dari manajemen mutu sebanyak 30 indikator yang terbagi dalam 7 dimensi. Dari tabel 6.4 di atas tampak bahwa manajemen mutu di rumah sakit relatif cukup baik yang terlihat pada total skor yang mendekati nilai maksimum yaitu 210. Dari 14 RSUP tersebut terlihat bahwa tidak ada RSUP yang mempunyai skor di atas 200, sedangkan RSUP yang mempunyai skor total antara 175-200 sebanyak 5 RSUP, antara 150-175 sebanyak 8 RSUP dan hanya 1 RSUP yang mempunyai skor total kurang dari 150.

### 5.2.5. Variabel proses layanan internal (X5)

Variabel proses layanan internal diukur dengan 5 dimensi dan 13 indikator skala 4 meliputi dimensi mutu proses layanan (prolayan) dengan total skor antara 5-20, kecepatan layanan (waktu) dengan total skor antara 1-4, proses layanan petugas (gaslayan) dengan total skor antara 2-8, kebersihan (bersih) dengan total skor antara 3-12, biaya /harga pelayanan (harga) dengan total skor antara 2-8. Total skor untuk variabel proses layanan internal antara 13-52.

Tabel 5.5. RATA-RATA SKOR VARIABEL PROSES LAYANAN INTERNAL RSUP DI INDONESIA

Nama Rumah Sakit	Prolayan	Waktu	Gas layan	Bersih	Harga	Total
RSUP Adam Malik	12,05	2,10	5,55	6,40	4,60	30,70
RSUP dr.M.Djamil	11,60	2,70	5,00	6,50	4,70	30,50
RSUP dr.M.Hoesin	10,95	2,35	4,95	6,35	4,15	28,75
RSUP dr. Cipto M.	11,40	2,40	5,45	7,30	4,20	30,75
RSUP Persahabatan	11,45	2,20	4,60	6,35	4,10	28,70
RSUP Fatmawati	10,80	2,30	4,50	5,70	3,95	27,25
RSUP Hs Sadikin	9,35	2,35	4,65	4,50	3,85	24,70
RSUP dr Kariadi	11,55	2,65	5,70	6,85	4,20	30,95
RSUP dr Soeradji	11,15	2,45	4,70	5,70	4,10	28,10
RSUP dr Sardjito	11,80	2,65	5,25	6,75	4,00	30,45
RSUP Sanglah	11,70	2,75	5,10	6,50	4,90	30,95
RSUP Manado	11,40	2,20	4,65	6,75	4,00	29,00
RSUP dr Wahidin	9,60	2,50	5,20	5,20	4,00	26,50
RSUP Bukittinggi	11,00	2,55	5,20	6,70	4,10	29,55

Sumber : Data penelitian

Dari tabel 5.5 di atas nampak bahwa skor dari variabel proses layanan internal antara 13-52 yang terbagi dalam 5 dimensi menunjukkan proses layanan internal rumah sakit dapat dikatakan 'cukup' karena tidak ada RSUP yang mempunyai skor di atas 40. Dari 13 indikator yang ada, diperoleh skor total terendah yaitu 24,70 atau skor 1,90 per indikator di RSUP dr.Hasan Sadikin dan tertinggi yaitu 30,95 atau 2,38 per indikator di RSUP dr.Kariadi.

### 5.2.6. Variabel kepuasan pelanggan internal (X6)

Variabel kepuasan pelanggan internal diukur dengan 7 dimensi dan 20 indikator dengan skala 5 meliputi dimensi kepuasan terhadap alat visual dan informasi (avisual) dengan total skor antara 2-10, dorongan aktif dari pimpinan (doraktif) dengan skor antara 3-15, akses terhadap informasi (aksinfo) dengan skor antara 3-15, dukungan dari rekan/ staf (dukstaf) dengan skor antara 4-20, penghargaan (award) dengan skor antara 2-10, kepuasan (satis) dengan skor antara 3-15 dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan (keput) skor antara 3-15 dan total skor antara 20 - 100.

Tabel 5.6. RATA-RATA SKOR VARIABEL KEPUASAN PELANGGAN INTERNAL (KARYAWAN) RSUP DI INDONESIA

Nama Rumah Sakit	Avi sual	Dor aktif	Aks info	Duk staf	Awar d	Satis	Kepu t	total
RSUP Adam Malik	7,10	10,20	10,20	15,00	7,90	11,10	12,30	73,80
RSUP dr.M.Djamil	7,30	11,40	10,80	15,10	8,30	11,40	11,70	76,00
RSUP dr.M.Hoesin	6,60	10,50	9,90	17,60	8,50	12,00	13,70	78,80
RSUP dr. Cipto M.	5,50	9,90	11,00	16,20	8,20	10,20	12,20	73,20
RSUP Persahabatan	5,20	10,00	11,30	15,00	8,60	9,10	12,50	71,70
RSUP Fatmawati	5,60	9,50	9,10	14,20	7,80	9,80	12,10	68,10
RSUP Hasan Sadikin	3,90	8,10	8,70	14,30	8,40	9,40	11,00	63,80
RSUP dr Kariadi	5,20	8,50	8,30	13,00	6,90	9,60	10,50	62,00
RSUP dr Soeradji T.	4,20	8,30	9,50	13,30	8,00	9,60	11,10	64,00
RSUP dr Sardjito	4,40	8,90	9,80	14,00	7,50	10,10	11,50	66,20
RSUP Sanglah	5,80	9,20	10,00	13,50	7,00	9,40	10,60	65,50
RSUP Manado	4,80	9,40	10,20	14,40	7,50	10,40	11,70	68,40
RSUP dr Wahidin	5,60	10,10	9,90	14,70	7,80	10,30	11,90	70,30
RSUP Bukittinggi	5,40	8,40	9,20	13,00	7,30	8,40	10,30	62,00

Sumber : Data penelitian

Dari tabel 5.6 di atas nampak bahwa tingkat kepuasan pelanggan internal (karyawan) cukup tinggi yang nampak pada skor total tidak terlalu jauh dengan nilai maksimum yaitu 100 dari 5 skala. Nilai kepuasan kerja yang diberikan oleh responden karyawan menunjukkan bahwa terdapat 1 RSUP yang memberikan skor antara 75-100, dan skor 50-75 diberikan oleh sisanya yakni 13 RSUP. Jadi tidak ada yang memberikan skor kurang dari 50.

### **5.2.7. Variabel kepuasan pelanggan eksternal (X7)**

Variabel Kepuasan Pelanggan Eksternal (pasien) diukur dengan menggunakan 20 indikator yang dikelompokkan menjadi 8 dimensi dengan skala 5 meliputi dimensi hasil layanan (hlayan) dengan total skor antara 3-15, komunikasi (kmkasi) dengan total skor antara 3-15, perhatian terhadap pasien (atensi) dengan total skor antara 3-15, kemampuan sumber daya manusia (mampu) dengan total skor antara 2-10, akses pelayanan (akses) dengan total skor antara 2-10, kelengkapan fisik/ mutu (kelfisik) dengan total skor antara 5-25, keterjangkauan terhadap tarif pelayanan (tarif) dengan total skor antara 1-5, citra dan reputasi (citra) dengan total skor antara 1-5. Total skor untuk variabel kepuasan pelanggan eksternal antara 20-100. Deskripsi skor manajemen mutu rumah sakit di masing-masing rumah sakit nampak pada tabel 5.7.

Dari skor kepuasan pelanggan eksternal (pasien) antara 20-100 nampak bahwa tingkat kepuasan pasien menunjukkan nilai yang cukup baik, terbukti pada nilai skor yang mendekati maksimum. Skor yang diberikan pasien antara 75-100 sebanyak 3 RSUP, antara 50-75 sebanyak 11 RSUP.

Tabel 5.7. RATA-RATA SKOR VARIABEL KEPUASAN PELANGGAN EKSTERNAL (PASIE) RSUP DI INDONESIA

Nama Rumah Sakit	Hla yan	Km kasi	Aten si	Ma mpu	Ak ses	Kel fisik	Ta rif	Ci tra	Total
RSUP A.Malik	10,30	11,25	11,50	7,60	7,10	17,25	3,40	3,75	72,15
RSUP M.Djarnil	10,85	10,20	10,60	7,55	6,75	18,15	3,45	3,85	71,40
RSUP M.Hoesin	10,80	10,70	11,10	7,45	7,40	18,00	3,40	4,00	72,85
RSUP Cipto M.	10,70	11,00	11,40	7,20	6,40	17,90	3,65	3,40	71,65
RSUP Pershbatn	10,70	10,50	11,15	7,10	6,65	17,90	3,35	3,40	70,75
RSUP Fatmwati	10,30	10,85	10,85	6,50	6,55	15,50	3,25	2,95	66,75
RSUP Hs Sadkin	10,80	10,05	9,90	6,55	6,30	14,65	3,15	3,00	64,40
RSUP Kariadi	11,65	11,65	11,95	7,70	7,45	19,45	3,60	3,95	77,40
RSUP Soeradji	10,55	10,30	10,70	7,00	6,30	16,15	3,10	3,60	67,70
RSUP Sardjito	11,10	11,85	12,60	8,10	7,65	18,55	3,30	3,85	77,00
RSUP Sanglah	11,10	11,05	11,05	7,55	7,00	18,55	3,50	3,85	73,65
RSUP Manado	10,55	10,15	10,60	6,95	6,30	17,60	3,20	3,65	69,00
RSUP Wahidin	10,85	11,20	11,05	7,20	6,95	16,40	3,15	3,20	70,00
RSUP Bkittinggi	11,10	11,20	12,00	7,85	7,40	18,55	3,30	3,85	75,25

Sumber : Data penelitian

### 5.2.8. Variabel utilisasi jasa rumah sakit (X8)

Variabel utilisasi jasa rumah sakit diukur dengan menggunakan 4 indikator yaitu *bed occupancy rate* (BOR), *length of stay* (LOS), *bed turn over* (BTO) dan *turn over interval* (TOI) dalam tahun 1995/1996 s/d tahun 2000, tampak pada tabel 5.8.

Tabel 5.8. RATA-RATA VARIABEL UTILISASI JASA (BOR, LOS, BTO, TOI) RSUP DI INDONESIA TAHUN 1995/96 s/d 2000

Nama Rumah Sakit	BOR	LOS	BTO	TOI
RSUP Adam Malik	53,6	8,2	2,23	8,33
RSUP dr.M.Djarnil	66,9	8,2	2,78	3,98
RSUP dr.M.Hoesin	57,8	7,2	2,95	5,16
RSUP dr. Cipto M.	55,9	5,8	2,61	6,16
RSUP Persahabatn	63,3	6,0	3,85	3,00
RSUP Fatmawati	68,0	5,8	4,16	2,83
RSUP Hs Sadikin	56,1	8,5	2,26	7,00
RSUP dr Kariadi	51,8	8,3	2,30	7,66
RSUP dr Soeradji	59,8	4,8	4,05	3,35
RSUP dr Sardjito	55,3	8,2	2,41	7,00
RSUP Sanglah	71,4	5,5	4,08	2,66
RSUP Manado	71,5	6,2	3,20	3,50
RSUP dr Wahidin	59,7	8,5	2,51	5,83
RSUP Bukittinggi	67,2	7,8	3,10	3,78

Sumber : Data penelitian

Variabel utilisasi jasa rumah sakit yang diukur dengan menggunakan 4 indikator yaitu BOR, LOS, BTO dan TOI menunjukkan nilai yang baik. BOR di RSUP di atas 50% dapat dikatakan sudah cukup baik walaupun persyaratan sebagai rumah sakit swadana adalah 60%. Lama hari rawat yang ditunjukkan dengan LOS sangat variatif antara 4,8 hari di RSUP Soeradji Tirtonegoro dan 8,5 hari di RSUP Wahidin Soedirohusodo. Untuk BTO nampak antara yang terendah sebesar 2,23 kali di RSUP Adam Malik dan 4,16 kali di RSUP Fatmawati, sedangkan TOI terendah ada di RSUP Fatmawati yakni 2,83 hari dan tertinggi di RSUP Adam Malik yakni sebesar 8,33 hari.

#### 5.2.9. Variabel efisiensi pengelolaan organisasi (X9)

Variabel efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit diukur dengan menggunakan 4 indikator yang terdiri revenue per karyawan (rekap), biaya operasional per hari rawat atau *cost per day* (cpd), rasio perawat per tempat tidur (rptt), dan rasio pengunjung pasien rawat jalan per dokter spesialis per hari (rdsp).

Tabel 5.9 RATA-RATA VARIABEL EFISIENSI PENGELOLAAN ORGANISASI RSUP DI INDONESIA TAHUN 1995/96 s/d 2000

Nama Rumah Sakit	Revenue Per kary	Biaya per hr rawat	Rasio prw Per TT	Rasio kunj. per dr speslis
RSUP Adam Malik	2,290	0,530	1,328	0,718
RSUP dr.M.Djamil	5,353	0,063	1,050	4,825
RSUP dr.M.Hoesin	3,092	0,103	0,863	6,868
RSUP dr. Cipto M.	5,053	0,250	1,143	2,052
RSUP Persahabatan	5,015	0,145	1,128	9,017
RSUP Fatmawati	18,462	0,195	1,105	12,953
RSUP Hs Sadikin	5,552	0,410	0,925	6,576
RSUP dr Kariadi	4,270	0,147	0,720	4,863
RSUP dr Soeradji	5,795	0,110	0,888	13,642
RSUP dr Sardjito	4,750	0,083	0,988	6,548
RSUP Sanglah	5,110	0,110	1,013	5,732
RSUP Manado	4,687	0,122	0,977	2,311
RSUP dr Wahidin	5,485	0,118	0,845	3,253
RSUP Bukittinggi	6,548	0,057	0,876	23,427

Sumber : Data penelitian

Variabel efisiensi pengelolaan organisasi yang terdiri dari 4 indikator nampak bahwa indikator total *revenue* rumah sakit per karyawan sangat variatif yakni mulai dari rata-rata Rp. 2,290 juta di RSUP Adam Malik dengan yang tertinggi yakni di RSUP Fatmawati yakni sebesar Rp.18,462 juta per tahun. Sedangkan biaya per hari yang merupakan salah satu indikator efisiensi antara Rp. 0,057 juta per hari dan Rp.0,530 juta. Indikator non keuangan dari efisiensi meliputi rasio perawat per tempat tidur menunjukkan bahwa RSUP dr Kariadi merupakan rasio yang 'efisien' (0,72 perawat per tempat tidur) dan RSUP dr. Cipto Mangunkusumo yang 'kurang' (1,143 perawat per tempat tidur). Rasio yang lain adalah rasio pengunjung rawat jalan per dokter spesialis per hari. Dari tabel 5.9 tersebut nampak bahwa RSUP Bukittinggi menunjukkan jumlah pengunjung rawat jalan per dokter spesialis per hari sebanyak 23,427 orang dan di RSUP Adam Malik sebanyak 0,718 pengunjung per dokter spesialis per hari. Disini menunjukkan bahwa jika ditinjau dari jumlah pengunjung rawat jalan maka RSUP Bukittinggi lebih efisien dibandingkan dengan RSUP Adam Malik.

#### **5.2.10. Variabel kualitas pelayanan (Y1)**

Variabel kualitas pelayanan jasa rumah sakit diukur dengan menggunakan 24 indikator yang dikelompokkan menjadi 5 dimensi dengan skala 5, meliputi dimensi bukti fisik (*bfsik*) dengan total skor antara 6-30, kehandalan (*handal*) dengan total skor antara 4-20, daya tanggap (*tanggap*) dengan total skor antara 5-25, jaminan atau *assurance* (jaminan) dengan total skor antara 4-20, dan empati dengan total skor antara 5-25. Total skor untuk variabel kualitas pelayanan antara 24-120. Deskripsi skor kualitas pelayanan di masing-masing rumah sakit nampak pada tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10. RATA-RATA SKOR VARIABEL KUALITAS PELAYANAN RSUP DI INDONESIA

Nama Rumah Sakit	Bukti fisik	Kehandalan	Daya Tanggap	Jaminan	Empati	Total
RSUP Adam Malik	19,85	14,10	10,95	12,60	14,55	72,05
RSUP dr.M.Djamil	20,55	12,55	13,95	13,40	15,70	76,15
RSUP dr.M.Hoesin	21,70	13,80	12,35	12,75	14,85	75,45
RSUP dr. Cipto M.	20,85	13,90	13,60	13,35	15,85	77,55
RSUP Persahabatan	19,60	12,80	12,40	12,40	14,15	71,05
RSUP Fatmawati	17,75	12,30	12,85	12,10	14,45	69,45
RSUP Hs Sadikin	17,50	11,35	13,35	11,40	14,50	68,10
RSUP dr Kariadi	22,65	15,10	13,25	13,95	14,60	79,55
RSUP dr Soeradji	19,95	13,15	12,65	13,05	13,85	72,65
RSUP dr Sardjito	20,95	15,20	12,15	13,30	14,50	76,10
RSUP Sanglah	21,20	13,05	13,90	13,55	15,50	77,20
RSUP Manado	19,30	12,85	12,70	12,70	14,35	71,90
RSUP dr Wahidin	18,40	12,40	13,80	12,10	14,80	71,50
RSUP Bukittinggi	22,20	15,40	12,70	13,85	14,55	78,70

Sumber : Data penelitian

Dari tabel 5.10 menunjukkan bahwa kualitas pelayanan yang ditinjau dari 5 dimensi menunjukkan skor yang baik menurut penilaian pasien, tetapi kurang variatif. Skor rata-rata terendah sebesar 68,10 atau 2,875 per indikator di RSUP Hasan Sadikin dan tertinggi sebesar 79,55 atau 3,314 per indikator di RSUP dr.Kariadi. Dikatakan baik karena mendekati skor maksimum dan di atas skor rata-rata yakni sebesar 2,50

### 5.2.11. Variabel kinerja keuangan (Y2)

Variabel kinerja keuangan rumah sakit diukur dengan menggunakan 7 indikator yang dikelompokkan kedalam 3 dimensi yaitu rasio likuiditas terdiri dari *current ratio* (cr) dan *quick ratio* (qr), rasio aktivitas terdiri dari *receivable tun over* (rto), *net working capital to total assets* (nwcta), dan *total asset turn over* (tato) dan rasio profitabilitas yang terdiri dari *return on equity* (roe) dan *return on assets* (roa). Deskripsi rata-rata variabel efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit nampak pada tabel 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11. RATA-RATA VARIABEL KINERJA KEUANGAN RSUP DI INDONESIA TAHUN 1995/96 s/d 2000

Nama Rumah Sakit	Likuiditas		Aktivitas			Leverage		Profitabilitas		
	CR	QR	RTO	NW CTA	TA TO	DER	DR	PM	ROE	ROA
RSUP Adam Malik	41,61	6,90	8,06	0,06	0,10	0,001	0,002	-4,67	-0,51	-0,56
RSUP dr.M.Djamil	21,67	8,08	16,13	0,23	0,19	0,003	0,002	-0,47	-0,31	-0,19
RSUP dr.M.Hoesin	19,14	12,18	25,06	0,04	0,11	0,002	0,002	-2,00	-0,21	-0,22
RSUP dr. Cipto M.	1,61	1,11	8,55	0,02	0,18	0,028	0,028	-1,80	-0,33	-0,32
RSUP Persahabatan	17,49	6,92	15,59	0,07	0,21	0,001	0,000	-1,66	-0,31	-0,31
RSUP Fatmawati	9,15	6,33	9,61	0,01	0,06	0,001	0,001	-0,37	-0,02	-0,02
RSUP Hs Sadikin	17,45	15,37	9,74	0,06	0,19	0,000	0,000	-1,19	-0,20	-0,20
RSUP dr Kariadi	18,43	10,63	3,99	0,19	0,32	0,011	0,011	-1,52	-0,46	-0,45
RSUP dr Soeradji	16,70	14,29	17,43	0,14	0,27	0,008	0,005	-4,44	-1,60	-1,60
RSUP dr Sardjito	10,51	6,13	8,06	0,07	0,36	0,010	0,006	-1,64	-0,57	-0,18
RSUP Sanglah	6,37	2,54	13,83	0,03	0,12	0,013	0,010	-1,17	-0,22	-0,14
RSUP Manado	9,56	8,61	4,54	0,03	0,08	0,005	0,005	-2,20	-0,21	-0,14
RSUP dr Wahidin	10,26	5,87	14,27	0,07	0,19	0,003	0,007	-1,31	-0,22	-0,22
RSUP Bukittinggi	4,62	3,84	5,36	0,07	0,13	0,008	0,003	-1,07	-0,21	-0,12

Sumber : Data penelitian

Dari tabel 5.11 di atas nampak bahwa rasio likuiditas yang tertinggi adalah RSUP Adam Malik untuk *Current Ratio* nya dan RSUP dr. Hasan Sadikin untuk *Quick Ratio* nya. Rasio aktivitas yang terdiri dari 4 dimensi yaitu *receivable turn over* antara 3,99 dan 25,06, *net working capital to total asstes* antara 0,01 dan 0,23 sedangkan *total asset turn over* antara 0,06 - 0,36. Rasio leverage yang diukur dengan *debt equity ratio* (DER) dan *debt ratio* (DR) menunjukkan bahwa DER maupun DR yang tertinggi adalah RS Cipto. Hal tersebut terjadi karena RS Cipto merupakan RS pusat rujukan di wilayah Indonesia Barat dan Tengah. Rasio profitabilitas yang diukur dari PM, ROE dan ROA menunjukkan nilai negatif yang berkisar antara -0,37 dan -4,67 untuk profit margin (PM), antara -0,02 dan -1,60 untuk ROE dan untuk ROA antara -0,02 dan -1,60. Dari rasio ini dapat dikatakan bahwa RSUP di Indonesia tidak pernah '*profit*' jika ditinjau dari kaca mata finansial, tetapi sangat bermanfaat jika ditinjau dari kaca mata derajat kesehatan masyarakat.

### 5.3. Pengujian Asumsi

Pengujian asumsi dalam penelitian ini dilakukan dengan menguji normalitas data dan pengujian tidak adanya data *outliers*.

#### 5.3.1. Uji normalitas data

Pemilihan metode estimasi yang digunakan dalam SEM (*Structural Equation Modelling*) ditentukan oleh normal tidaknya distribusi frekuensi data penelitian. Metode *Maximum Likelihood Estimation* (MLE) merupakan metode estimasi yang utama dengan asumsi *multivariate normal distribution* pada variabel teramati atau *observable variables* dan harus berhubungan secara linier (Ferdinand, 2000).

Untuk menentukan normal tidaknya data perlu dilakukan analisis *skewness* (kecondongan) dan *kurtosis* (tinggi-datarnya) kurva distribusi normal data penelitian. Angka indeks *skew univariate* menunjukkan arah kecondongan, nilai positif, negatif dan nilai nol menunjukkan distribusi yang simetris. Angka indeks *kurtosis univariate* menyatakan bila nilainya  $< 0$  menunjukkan *kurtosis* negatif (datar), dan bila nilai  $> 0$  menunjukkan *kurtosis* positif (runcing ke atas). Nilai absolut dari indeks *univariate skew*  $> 3,0$  dinyatakan sebagai *skewed* yang ekstrim, sedangkan pada indeks *univariate kurtosis* antara 8,0 sampai  $> 20,0$  dinyatakan sebagai *kurtosis* yang ekstrim (Kline, 1998). Atau dapat pula ditunjukkan oleh ketidak signifikanan variabel atau *p-value* yang tidak signifikan ( $> 0,05$ ).

Normalitas data dapat dilihat dari dua tingkat, yaitu *univariate normality* dan *multivariate normality* (Ferdinand, 2000). *Multivariate normality* merupakan asumsi dasar bagi data dalam SEM. Hal ini berarti bahwa : (1) semua *univariate distribution* normal, (2) *joint distribution* dari setiap kombinasi variabel juga normal, dan (3) semua *bivariate scatterplots* linier dan *homoscedastic* (Ferdinand, 2000). Tabel 5.12 berikut menunjukkan indeks *skew* dan *kurtosis* distribusi data penelitian.

Tabel 5.12. UJI NORMALITAS DENGAN *SKELWNESS* DAN *KURTOSIS*

Variabel	Angka Indeks		Skewness dan Kurtosis	
	Skewness	Kurtosis	Chi-square	p-value
Ppasar	0,000	- 0,484	4,011	0,135
Kompkar	0,000	- 0,484	4,011	0,135
Promutu	- 0,020	- 0,141	0,154	0,926
Puaskar	0,004	- 0,101	0,028	0,986
Komitmen	- 0,113	- 0,373	3,060	0,217
Efisien	0,000	- 0,484	4,011	0,135
Utilitas	0,000	- 0,484	4,011	0,135
Kinerja	0,000	- 0,484	4,011	0,135
Kualayan	- 0,003	- 0,049	0,002	0,999
Puasekst	0,000	- 0,063	0,000	1,000
Prolayin	- 0,002	- 0,047	0,002	0,999

Sumber : data penelitian

Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa normalitas data menunjukkan angka indeks skew  $< 3,00$  dan angka indeks kurtosis  $< 8,00$  atau dapat pula dilihat dari nilai p-value (p-value  $> 0,05$ ). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa data penelitian berdistribusi normal. Uji normalitas data dapat dilihat pada lampiran 1.

### 5.3.2. Uji data outliers

Data uji outliers nampak pada *Deskriptive Statistics* variabel tabel 5.13 ini.

Tabel 5.13. STATISTIK DISKRIPITIF DARI VARIABEL PENELITIAN

Variabel	Mini mum	Maksi mum	Rata- rata	Standar Deviasi
Ppasar	3,1000	30,5400	14,3560	10,0450
Kompkar	2,1200	29,7000	13,2840	7,8880
Promutu	-3,6994	1,3071	-0,0000	1,0000
Puaskar	-3,1071	2,2211	0,0000	1,0000
Komitmen	-3,3158	1,0792	-0,0000	1,0000
Efisien	-1,1446	2,9257	-0,0000	1,0000
Utilitas	-1,5757	1,6071	0,0000	1,0000
Kinerja	-1,3635	2,2800	0,0000	1,0000
Kualayan	-2,9558	2,2623	-0,0000	1,0000
Puasekst	-3,2326	1,9257	-0,0000	1,0000
Prolayin	-2,2812	2,9059	0,0000	1,0000

Sumber : data penelitian

Suatu data dikatakan tidak terdapat *outliers* bilamana standard deviasinya lebih kecil dari mean nya. Atau data yang *standardized*, terdapat *outliers* bila minimum < minus 4 dan maksimum > positif 4.

Dari data di atas tampak bahwa tidak terdapat data yang termasuk *outliers* karena untuk variabel ppasar dan variabel kompar nilai standart deviasinya < mean sedangkan data yang ter *standardized* yakni variabel promutu sampai dengan variabel prolayin tidak terdapat nilai mean yang < dari negatif 4 dan > positif 4. Untuk dapat disimpulkan bahwa data tersebut tidak mengandung data yang *outliers*. Hasil uji data *outliers* terdapat pada lampiran 2.

#### **5.4. Analisis Model Persamaan Struktural (*Structural Equation Modeling*)**

Analisis model persamaan struktural (SEM) dilakukan melalui dua langkah analisis, yaitu analisis model pengukuran (*measurement model*) dan analisis model struktural.

##### **5.4.1. Analisis model pengukuran (*Measurement Model*)**

Analisis model pengukuran merupakan tahap awal yang harus dilakukan sebelum melakukan analisis model struktural. Model pengukuran dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara konstruk dengan indikatornya, dan untuk mengetahui hubungan korelasi antar konstruk yang digunakan dalam penelitian. Dengan menggunakan model pengukuran akan diketahui reliabilitas dan validitas masing-masing konstruk. Besar kecilnya tingkat validitas setiap indikator dalam mengukur variabel laten ditunjukkan oleh besar kecilnya *loading* ( $\lambda$ ), pada analisis dengan data *standardized*. Semakin besar  $\lambda$  merupakan indikasi bahwa indikator bersangkutan semakin valid sebagai instrumen pengukur variabel laten (Solimun, 2002). Pemeriksaan besar kecilnya tingkat reliabilitas setiap indikator ditunjukkan oleh nilai ( $\delta$  untuk variabel eksogen dan  $\varepsilon$  untuk variabel endogen) pada analisis

dengan data *standardized*, reliabilitas tiap indikator =  $1 - \delta$  untuk variabel eksogen dan =  $1 - \epsilon$  untuk variabel endogen. Semakin kecil nilai *error*, menunjukkan indikator tersebut memiliki reliabilitas yang tinggi sebagai instrumen pengukur variabel laten yang bersangkutan (Solimun, 2002). Batasan berapa besar nilai *error* ( $\delta$  dan  $\epsilon$ ) sehingga indikator dikatakan reliabel, sampai sejauh ini belum ada yang mengemukakannya (Solimun, 2002). Demikian pula untuk validitas, berapa besar nilai *loading* ( $\lambda$ ) untuk menentukan validitas indikator juga belum ada yang mengemukakannya (Solimun, 2002).

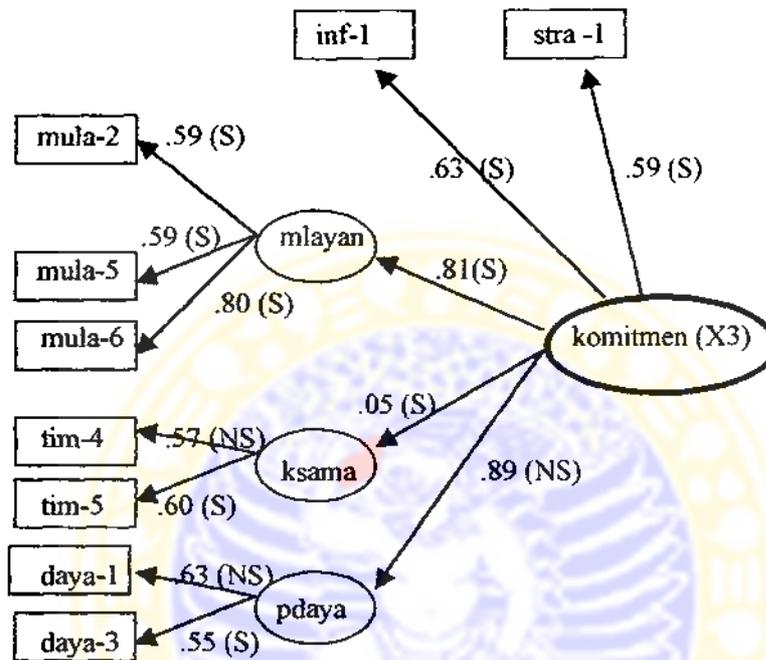
*Software* LISREL menyediakan fasilitas uji ini, di dalam outputnya sudah berupa  $1 - \delta$  atau  $1 - \epsilon$ , sehingga batasan yang dapat digunakan adalah hasil pengujian *t-test*, bilamana signifikan signifikan berarti indikator tersebut valid. Pada AMOS 4, berupa kuadrat koefisien korelasi multipel (*squared multiple correlations*) pada setiap indikator, yaitu besarnya kontribusi *error* terhadap setiap indikator. Dengan demikian ukuran reliabilitas adalah 1 dikurangi koefisien ini. Sedangkan ukuran validitas adalah koefisien korelasi antara skor suatu indikator dengan skor total seluruh indikator positif dan lebih besar 0,3 ( $r \geq 0,3$ ), maka instrumen tersebut sudah dianggap valid (validitas kriteria)

Analisis model pengukuran pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis faktor konfirmatori (*confirmatory factor analysis*), dengan menggunakan *software* AMOS 4.0, sedangkan untuk analisis model struktural digunakan *software* LISREL 8.30

#### **5.4.1.1. Komitmen karyawan**

Apabila dikaji dengan menggunakan persamaan *Structural Equation Modeling* (SEM) dan dibantu dengan program AMOS 4.0, maka diantara 18 item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator komitmen karyawan ternyata sebanyak 10 item

pertanyaan yang signifikan membentuk faktor komitmen karyawan sedangkan item pertanyaan lainnya tidak signifikan. Pengujian dilakukan dengan menggunakan *Confirmatory Factor Analysis* seperti tampak pada gambar 5.1 sebagai berikut :



Keterangan : S = signifikan  
NS = tidak signifikan

Gambar 5.1. PENGUJIAN FAKTOR KOMITMEN KARYAWAN DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Dari hasil komputasi AMOS 4.0, diperoleh hasil sebagaimana disajikan pada tabel 5.14 berikut ini :

Tabel 5.14. KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAIKAN SUAI (*GOODNESS-OF-FIT INDICES*) PENGUJIAN FAKTOR KOMITMEN ORGANISASI

Kriteria	Nilai batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	12,960	baik
Probabilitas Signifikansi	$\geq 0,05$	0,739	baik
Relative chi-square	$\leq 2,00$	0,762	baik
RMSEA	$\leq 0,08$	0,000	baik
CFI	$\geq 0,94$	1,000	baik
TLI	$\geq 0,95$	1,001	baik

Sumber : Lampiran 3.

Dari tabel 5.14 di atas, nampak bahwa semua kriteria yang digunakan untuk menilai suatu model mempunyai nilai baik oleh karena itu model dapat diterima. Model yang diajukan pada gambar 5.1 di atas merupakan model akhir dari faktor komitmen karyawan, dan dengan mengamati *loading factor* dan tingkat signifikansi dari masing-masing indikator dapat digunakan untuk menentukan faktor yang dapat dipakai sebagai indikator komitmen karyawan, yang tampak pada tabel 5.15 berikut.

Tabel 5.15. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN (RASIO KRITIS (*CRITICAL RATIO*)) INDIKATOR KOMITMEN KARYAWAN

	Faktor bobot	Galat baku	Rasio kritis	Koef. signifk	Keterangan
ksama ← komitmen	1,046	0,131	6,652	0,000	Signifikan
pdaya ← komitmen	0,889				
mlayan ← komitmen	0,807	0,124	6,350	0,000	Signifikan
mula 6 ← mlayan	0,802	0,200	7,869	0,000	Signifikan
mula-2 ← mlayan	0,593	0,176	6,576	0,000	Signifikan
Inf-1 ← komitmen	0,627	0,111	6,911	0,000	Signifikan
Daya-1 ← pdaya	0,633				
Daya-3 ← pdaya	0,546	0,185	5,818	0,000	Signifikan
Stra-1 ← komitmen	0,585	0,076	6,593	0,000	Signifikan
Tim-4 ← ksama	0,565				
Tim-5 ← ksama	0,605	0,155	7,412	0,000	Signifikan
mula-5 ← mlayan	0,589				

Sumber : Lampiran 3

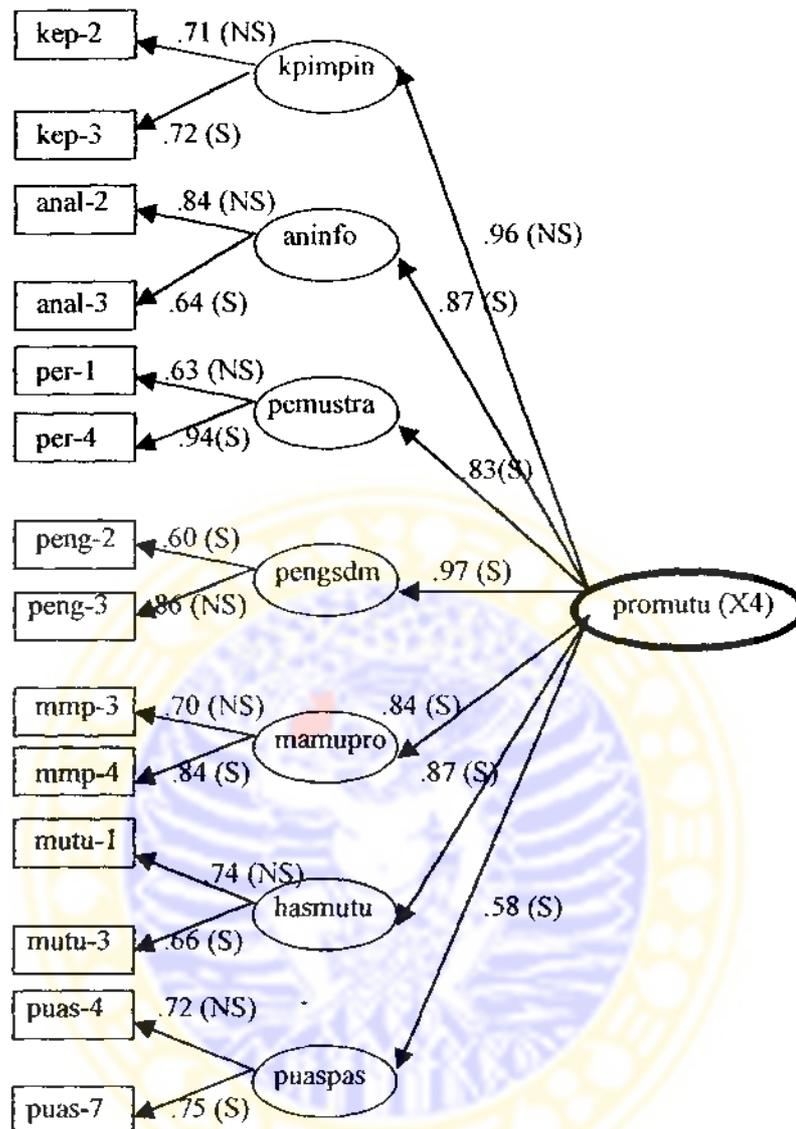
Dari tabel 5.15 di atas, menunjukkan *loading factor* setiap indikator menunjukkan nilai di atas 0,50 yang berarti bahwa indikator yang digunakan dalam model adalah baik, demikian pula jika dibandingkan nilai antara *critical ratio* (CR) dengan nilai *probability* menunjukkan bahwa nilai CR setiap indikator lebih besar dari t-tabel ( $df = 17; \alpha = 5\%$ ) = 1,740. Dengan demikian baik dinilai dari *loading factor* maupun dari nilai CR menunjukkan bahwa model adalah valid untuk digunakan. Data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran 3.

Berdasarkan hasil pengujian dengan model SEM bahwa terdapat 10 indikator yang digunakan mengukur faktor komitmen karyawan, yaitu :

1. tahu, faham dan percaya pencapaian visi dan misi rumah sakit
2. selalu melaporkan informasi perbaikan mutu pelayanan
3. rumah sakit selalu melengkapi dengan peralatan yang dibutuhkan untuk pelayanan kepada pasien
4. karyawan puas atas mutu bahan dan alat yang dibeli rumah sakit
5. terlalu banyak yang dipertaruhkan jika masalah mutu tidak menjadi prioritas di rumah sakit ini
6. sangat peduli terhadap masa depan rumah sakit melalui peningkatan mutu secara terus menerus
7. selalu berkerja sama dengan bagian lain untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan permasalahan pekerjaan
8. karyawan dari bagian lain bekerja sama dengan kami dalam satu tim untuk menyelesaikan masalah dan memperbaiki mutu layanan
9. rumah sakit mengembangkan kreativitas dan kemampuan secara optimal
10. rumah sakit memberikan jaminan pelayanan kesehatan dan keselamatan kerja

#### **5.4.1.2. Manajemen mutu rumah sakit**

Dari hasil perhitungan dengan bantuan program AMOS 4.0, diperoleh hasil bahwa tidak semua indikator yang diidentifikasi mempunyai pengaruh terhadap manajemen mutu di rumah sakit yang signifikan. Diantara 30 item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator manajemen mutu ternyata sebanyak empat belas item pertanyaan yang signifikan membentuk faktor manajemen mutu rumah sakit, sedangkan item pertanyaan lainnya tidak signifikan, sebagaimana disajikan dalam gambar 5.2 berikut ini.



Keterangan : S = signifikan  
NS = tidak signifikan

Gambar 5.2. PENGUJIAN FAKTOR MANAJEMEN MUTU DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Hasil perhitungan terhadap kriteria *goodness-of-fit indices* adalah seperti diuraikan pada tabel 5.16 di bawah ini. Dari tabel tersebut nampak bahwa semua kriteria yang ditentukan menghasilkan nilai baik, oleh karena itu model dapat diterima. Untuk model selengkapnya ada pada lampiran 4.

Tabel 5.16. KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAKAN SUAI (*GOODNESS-OF-FIT INDICES*) PENGUJIAN FAKTOR MANAJEMEN MUTU

Kriteria	Nilai Batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	39,242	<i>baik</i>
Probabilitas Signifikansi	$\geq 0,05$	0,504	<i>baik</i>
Relative chi-square	$\leq 2,00$	0,981	<i>baik</i>
RMSEA	$\leq 0,08$	0,000	<i>baik</i>
CFI	$\geq 0,94$	1,000	<i>baik</i>
TLI	$\geq 0,95$	1,000	<i>baik</i>

Sumber : Lampiran 4

Pengujian selanjutnya dilakukan terhadap *loading factor* yang menunjukkan bahwa ke 14 indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian ke 14 indikator manajemen mutu dianggap baik (lihat tabel 5.17).

Tabel 5.17. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN (RASIO KRITIS (*CRITICAL RATIO*)) INDIKATOR MANAJEMEN MUTU

Indikator	Faktor bobot	Galat baku	Rasio kritis	Koef. signif	Keterangan
mamupro ← promutu	0,843	0,083	8,742	0,000	<i>signifikan</i>
hasmutu ← promutu	0,874	0,091	11,150	0,000	<i>signifikan</i>
puaspas ← promutu	0,580	0,103	6,493	0,000	<i>signifikan</i>
aninfo ← promutu	0,870	0,088	10,960	0,000	<i>signifikan</i>
pemustra ← promutu	0,833	0,091	8,104	0,000	<i>signifikan</i>
kpimpin ← promutu	0,959				
pengsdm ← promutu	0,968	0,086	12,111	0,000	<i>signifikan</i>
kep-2 ← kpimpin	0,711				
kep-3 ← kpimpin	0,719	0,086	11,345	0,000	<i>signifikan</i>
puas-4 ← puaspas	0,717				
per-4 ← pemustra	0,936	0,125	10,220	0,000	<i>signifikan</i>
peng2 ← pengsdm	0,597	0,070	9,841	0,000	<i>signifikan</i>
anal-3 ← aninfo	0,639	0,093	9,706	0,000	<i>signifikan</i>
anal-2 ← aninfo	0,841				
per-1 ← pemustra	0,633				
Peng-3 ← pengsdm	0,857				
mmp-4 ← mamupro	0,839	0,098	11,582	0,000	<i>signifikan</i>
mmp-3 ← mamupro	0,699				
mutu-1 ← hasmutu	0,737				
mutu-3 ← has mutu	0,661	0,084	10,496	0,000	<i>signifikan</i>
puas-7 ← puaspas	0,753	0,097	9,702	0,000	<i>signifikan</i>

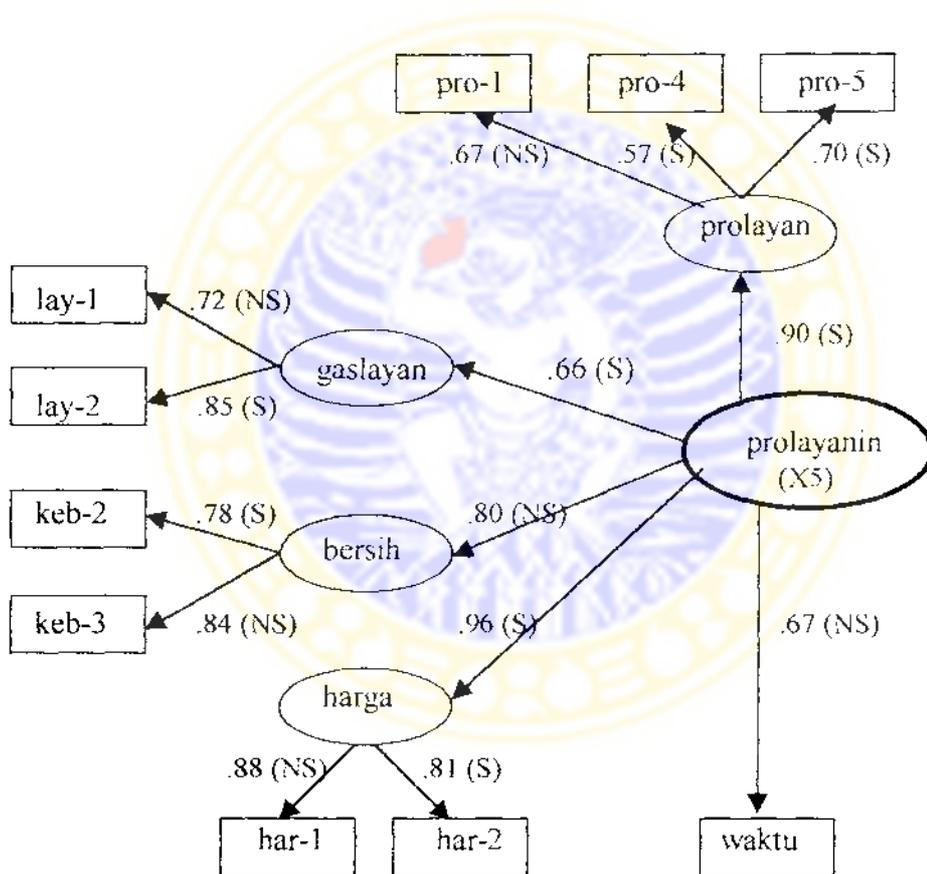
Sumber : lampiran 4

Jika dibandingkan antara nilai probability dengan nilai *critical ratio* (CR) nya, nampak bahwa nilai CR setiap indikator lebih besar dari t-tabel ( $df = 40; \alpha = 5\%$ ) – 1,684. Dengan demikian baik dinilai dari *loading factor* maupun nilai CR menunjukkan bahwa model adalah valid untuk digunakan. Indikator yang digunakan untuk mengukur manajemen mutu rumah sakit adalah :

1. tanggungjawab perbaikan mutu telah dikomunikasikan kepada seluruh karyawan
2. manajemen memberikan sumberdaya yang cukup dan tepat untuk perbaikan mutu
3. manajemen melaporkan data tentang semua dimensi pelayanan yang penting
4. manajemen mengidentifikasi akar-akar penyebab mutu pelayanan yang rendah
5. manajemen mempunyai rencana operasional yang menggambarkan sasaran mutu
6. manajemen memiliki metode spesifik untuk memantau kemajuan menuju perbaikan mutu
7. kriteria mutu digunakan pihak manajemen rumah sakit dalam evaluasi kinerja karyawan
8. sasaran perbaikan mutu dikomunikasikan kepada seluruh karyawan
9. manajemen melakukan audit sistem manajemen mutu
10. bagian/ instalasi layanan kesehatan penunjang terlibat dalam proses perbaikan mutu
11. manajemen telah menunjukkan perbaikan mutu terus menerus selama 3 tahun terakhir
12. manajemen dapat mendemonstrasikan upaya perbaikan mutu melalui unit-unit penunjang
13. manajemen dapat menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien di rumah sakit ini lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit lainnya
14. manajemen menggunakan pendekatan inovatif untuk menilai kepuasan pasien

### 5.4.1.3. Proses layanan internal

Seperti halnya pada faktor-faktor sebelumnya, pada faktor proses layanan internal pengujian dengan SEM yang menggunakan AMOS 4.0 juga dilakukan yang dapat dilihat pada gambar 5.3 berikut. Dari gambar tersebut tampak bahwa dari 14 indikator proses layanan internal ternyata tidak semua signifikan, tetapi indikator yang signifikan sebanyak 10 indikator, dan inilah yang akan dipakai untuk analisis selanjutnya.



Keterangan : S = signifikan  
NS = tidak signifikan

Gambar 5.3. PENGUJIAN FAKTOR PROSES LAYANAN INTERNAL DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Pengujian selanjutnya adalah membandingkan nilai *CR* dengan t-tabel pada derajat bebas ( $df = 22$ ) dan tingkat signifikansi ( $\alpha$ ) sebesar 5% = 1,717 dengan *chi-*

*square* sebesar 13,916. Hasilnya menunjukkan bahwa semua indikator memiliki nilai *CR* lebih besar dari *t*-tabel, seperti dicantumkan dalam tabel 5.18.

Tabel 5.18. KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAIKAN SUAI (*GOODNESS-OF-FIT INDICES*) FAKTOR PROSES LAYANAN INTERNAL

Kriteria	Nilai batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	13,916	<i>baik</i>
Probabilitas Signifikansi	$\geq 0,05$	0,904	<i>baik</i>
Relative chi-square	$\leq 2,00$	0,633	<i>baik</i>
RMSEA	$\leq 0,08$	0,000	<i>baik</i>
CFI	$\geq 0,94$	1,000	<i>baik</i>
TLI	$\geq 0,95$	1,002	<i>baik</i>

Sumber : Lampiran 5

Selanjutnya dilakukan pengujian terhadap *loading factor* yang menunjukkan bahwa dari 14 indikator proses layanan internal, maka terdapat 10 indikator yang pada model akhir bernilai di atas 0,50. Dengan demikian ke 10 indikator proses layanan internal dianggap baik seperti dicantumkan dalam tabel 5.19.

Tabel 5.19. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN (RASIO KRITIS (*CRITICAL RATIO*)) INDIKATOR PROSES LAYANAN INTERNAL

Indikator	Faktor bobot	Galat baku	Rasio kritis	Koef. Signifik.	Keterangan
prolayan ← prolayanin	0,904	0,095	8,536	0,000	<i>Signifikan</i>
harga ← prolayanin	0,591	0,080	7,865	0,000	<i>Signifikan</i>
gaslayan ← prolayanin	0,662	0,084	8,579	0,000	<i>Signifikan</i>
bersih ← prolayanin	0,798				
har-1 ← harga	0,878				
har-2 ← harga	0,808	0,089	9,312	0,000	<i>Signifikan</i>
pro-5 ← prolayan	0,698	0,136	8,656	0,000	<i>Signifikan</i>
pro-1 ← prolayan	0,673				
waktu ← prolayanin	0,668				
keb-2 ← bersih	0,781	0,089	10,800	0,000	<i>Signifikan</i>
keb-3 ← bersih	0,841				
lay-1 ← gaslayan	0,722				
lay-2 ← gaslayan	0,852	0,127	8,238	0,000	<i>Signifikan</i>
pro-4 ← prolayan	0,574	0,145	7,589	0,000	<i>Signifikan</i>

Sumber : Lampiran 5

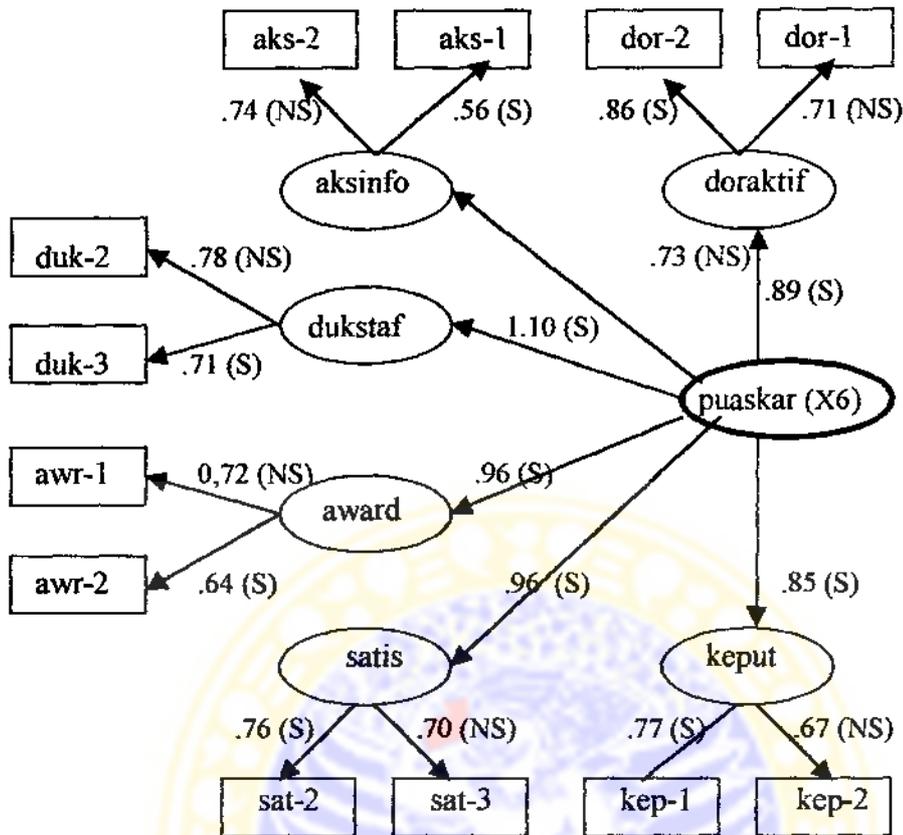
Jika dibandingkan nilai antara *critical ratio* (CR) dengan nilai *probability* menunjukkan bahwa nilai CR setiap indikator lebih besar dari t-tabel ( $df = 22; \alpha = 5\%$ ) = 1,717. Dengan demikian baik dinilai dari *loading factor* maupun dari nilai CR menunjukkan bahwa model adalah valid untuk digunakan. Data selengkapnya ada pada lampiran 5.

Berdasarkan pada hasil pengujian tersebut di atas, ternyata hanya 10 item pertanyaan yang secara statistik signifikan untuk digunakan sebagai indikator kualitas pelayanan, sedangkan item pertanyaan lainnya tidak signifikan. Kesebelas item pertanyaan tersebut selanjutnya menjadi indikator proses layanan internal rumah sakit yaitu :

1. mutu dalam proses pemberian layanan kesehatan
2. variasi masakan dalam menu sehari-hari
3. cara pemberian pelayanan kesehatan
4. kecepatan dalam memberikan pelayanan kesehatan
5. keramahan petugas kesehatan dalam memberikan layanan
6. penampilan fisik petugas kesehatan yang menarik
7. kondisi kebersihan di luar ruang perawatan
8. kondisi kebersihan di dalam kamar kecil/ toilet
9. kualitas pelayanan dibandingkan dengan harga yang dibayar pasien
10. jangkauan harga yang ditawarkan rumah sakit

#### **5.4.1.4. Kepuasan pelanggan internal (karyawan)**

Seperti halnya pada faktor komitmen karyawan, manajemen mutu rumah sakit, kualitas pelayanan, pada kepuasan pelanggan internal (karyawan) pengujian yang sama yakni dengan AMOS 4.0 juga dilakukan yang dapat dilihat pada gambar 5.4 berikut ini.



Keterangan : S = signifikan  
NS = tidak signifikan

Gambar 5.4. PENGUJIAN FAKTOR KEPUASAN PELANGGAN INTERNAL DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Dari hasil perhitungan terhadap kriteria *goodness-of-fit indices* diperoleh hasil sebagaimana dirangkum dalam tabel 5.20. Hasil perhitungan terhadap kriteria *Goodness-of fit Indices* diperoleh nilai *chi-square* sebesar 27,685 pada derajat bebas ( $df=28$ ), probabilitas signifikansinya sebesar 0,481 dan *relative chi-square* sebesar 0,989 yang kesemuanya memberi hasil di atas *cut-off*.

Tabel 5.20 KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAIKAN SUAI (*GOODNESS-OF-FIT INDICES*) FAKTOR KEPUASAN KARYAWAN

Kriteria	Nilai Batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	27,685	<i>baik</i>
Probabilitas Signifikansi	$\geq 0,05$	0,481	<i>baik</i>
Relative chi-square	$\leq 2,00$	0,989	<i>baik</i>
RMSEA	$\leq 0,08$	0,000	<i>baik</i>
CFI	$\geq 0,94$	1,000	<i>baik</i>
TLI	$\geq 0,95$	1,000	<i>baik</i>

Sumber : Lampiran 6

Hasil perhitungan terhadap *loading factor* menunjukkan bahwa kedua belas indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian indikator tersebut dianggap baik dan dapat digunakan dalam analisa lebih lanjut. Pengujian selanjutnya adalah dengan membandingkan nilai *CR* dan nilai *probability* yang tampak pada tabel 5.21. berikut.

Tabel 5.21. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN (RASIO KRITIS (*CRITICAL RATIO*)) INDIKATOR KEPUASAN KARYAWAN

Indikator	Faktor bobot	Galat baku	Rasio kritis	Koef. Signifik.	Keterangan
doraktif ← puaskar	0,892	0,156	8,447	0,000	<i>signifikan</i>
satis ← puaskar	0,959	0,164	8,943	0,000	<i>signifikan</i>
aksinfo ← puaskar	0,730				
award ← puaskar	0,961	0,150	8,647	0,000	<i>signifikan</i>
keput ← puaskar	0,852	0,116	8,713	0,000	<i>signifikan</i>
dukstaf ← puaskar	1,099	0,176	9,571	0,000	<i>signifikan</i>
sat-3 ← satis	0,700				
aks-2 ← aksinfo	0,744				
dor-2 ← doraktif	0,859	0,100	11,912	0,000	<i>signifikan</i>
aks-1 ← aksinfo	0,560	0,134	6,546	0,000	<i>signifikan</i>
duk-2 ← dukstaf	0,797				
duk-3 ← dukstaf	0,706	0,060	13,003	0,000	<i>signifikan</i>
dor-1 ← doraktif	0,707				
awr-1 ← award	0,720				
awr-2 ← award	0,642	0,070	10,782	0,000	<i>signifikan</i>
kep-2 ← keput	0,672				
sat-2 ← satis	0,755	0,079	11,611	0,000	<i>signifikan</i>
kep-2 ← keput	0,771	0,118	10,308	0,000	<i>signifikan</i>

Sumber : Lampiran 6

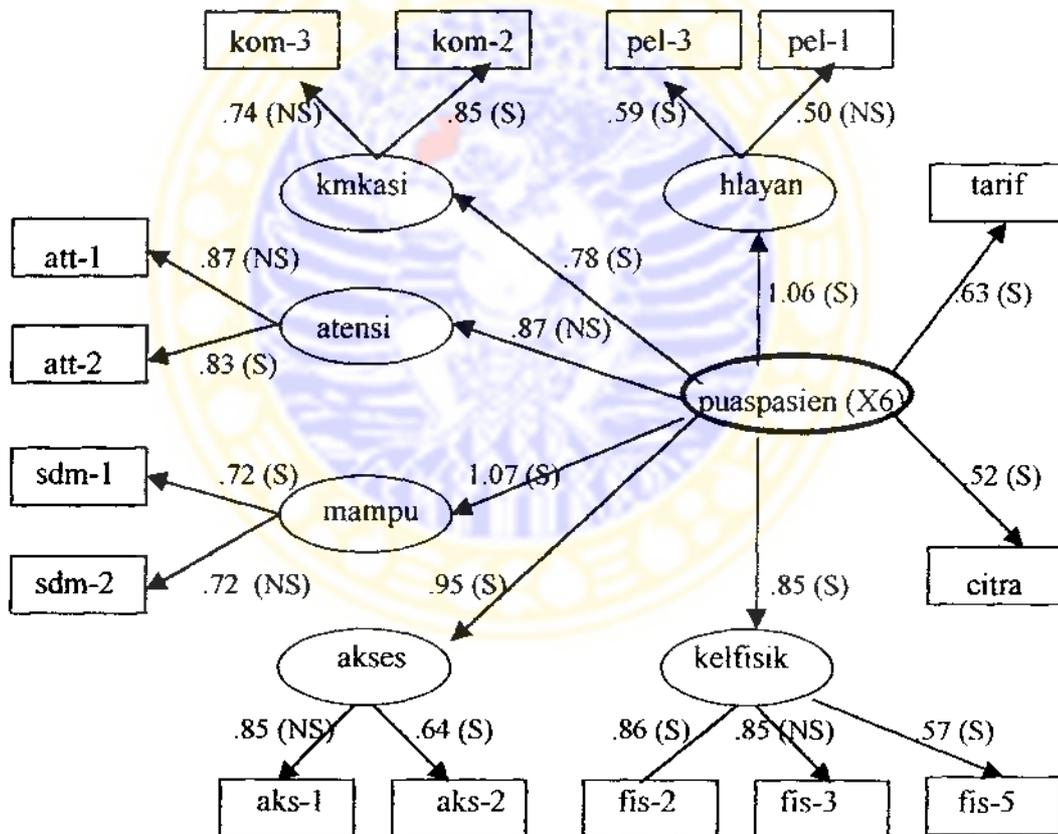
Uji *CR* dan *probability* dengan *t*-tabel pada derajat bebas ( $df=28$ ) dan tingkat signifikansi sebesar  $5\% = 1,701$  menghasilkan bahwa 12 indikator memiliki nilai *CR* lebih besar dari *t*-tabel. Data selengkapnya pada lampiran 6.

Berdasarkan pada hasil pengujian tersebut di atas, maka 20 item pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini, ternyata hanya 12 item pertanyaan yang secara statistik signifikan untuk digunakan sebagai indikator kepuasan karyawan, sedangkan item pertanyaan lainnya tidak signifikan. Kedua belas item pertanyaan tersebut selanjutnya menjadi indikator kepuasan pelanggan internal (karyawan) yaitu :

1. rumah sakit selalu memegang janji dan menghargai komitmen
2. terdapat keinginan yang sungguh-sungguh untuk memecahkan masalah di dalam organisasi
3. rumah sakit melakukan komunikasi secara memadai, akurat, jelas dan ringkas
4. rumah sakit memberikan respon/ tanggapan dengan cepat dan efisien
5. terdapat perasaan nyaman dan percaya dalam hubungan interpersonal karyawan
6. antar karyawan saling memperhatikan kepentingan sesama rekan kerja
7. setiap individu dapat berharap untuk diperlakukan dengan ramah dan respek
8. saling mempercayai kompetensi/kemampuan rekan kerja untuk mengerjakan tugas-tugas berkualitas
9. antar pribadi karyawan saling memperhatikan
10. para karyawan berpakaian rapi dan mencerminkan citra profesional
11. selalu terlibat dalam merumuskan masalah yang mungkin terjadi
12. selalu terlibat dalam pelayanan secara benar sejak awal sehingga bisa menghindari kesalahan

#### 5.4.1.5. Kepuasan pelanggan eksternal (pasien)

Seperti halnya faktor lain sebelumnya, dilakukan kajian dengan menggunakan SEM dan dibantu program AMOS 4.0, maka diantara 20 pertanyaan yang digunakan sebagai indikator kepuasan pelanggan eksternal (pasien) ternyata hanya 15 item pertanyaan yang signifikan membentuk faktor kepuasan pelanggan eksternal sedangkan item pertanyaan lainnya tidak signifikan. Pengujian yang dilakukan dengan *Confirmatory Factor Analysis* seperti tampak pada gambar 5.5 .



Keterangan : S = signifikan  
NS = tidak signifikan

Gambar 5.5. PENGUJIAN FAKTOR KEPUASAN PELANGGAN EKSTERNAL DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Dari hasil perhitungan terhadap kriteria *goodness-of-fit indices* diperoleh hasil sebagaimana dirangkum dalam tabel 5.22.

Tabel 5.22. KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAIKAN SUAI (*GOODNESS-OF-FIT INDICES*) FAKTOR KEPUASAN PELANGGAN EKSTERNAL

Kriteria	Nilai batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	53,300	<i>baik</i>
Probabilitas Signifikansi	$\geq 0,05$	0,685	<i>baik</i>
Relative chi-square	$\leq 2,00$	0,903	<i>baik</i>
RMSEA	$\leq 0,08$	0,000	<i>baik</i>
CFI	$\geq 0,94$	1,000	<i>baik</i>
TLI	$\geq 0,95$	1,001	<i>baik</i>

Sumber : Lampiran 7

Pengujian selanjutnya dilakukan terhadap *loading factor* yang menunjukkan bahwa ke 15 indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian ke 15 indikator kepuasan pelanggan eksternal (pasien) dianggap baik seperti dicantumkan dalam tabel 5.23.

Tabel 5.23. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN RASIO KRITIS INDIKATOR KEPUASAN PELANGGAN EKSTERNAL

Indikator	Faktor bobot	Galat baku	Rasio kritis	Koef. Signifik.	Keterangan
mampu ← puas pasien	1,072	0,089	11,747	0,000	<i>signifikan</i>
hlayan ← puas pasien	1,059	0,073	8,830	0,000	<i>signifikan</i>
krmkasi ← puas pasien	0,777	0,066	10,976	0,000	<i>signifikan</i>
atensi ← puas pasien	0,873				
kelfisik ← puas pasien	0,847	0,085	11,595	0,000	<i>signifikan</i>
akses ← puas pasien	0,948	0,092	11,816	0,000	<i>signifikan</i>
kom-2 ← krmkasi	0,845	0,092	12,639	0,000	<i>signifikan</i>
kom-3 ← krmkasi	0,743				
pel-3 ← hlayan	0,589	0,136	8,236	0,000	<i>signifikan</i>
pel-1 ← hlayan	0,502				
att-1 ← atensi	0,869				
att-2 ← atensi	0,835	0,062	15,019	0,000	<i>signifikan</i>
sdm-1 ← mampu	0,715	0,071	12,336	0,000	<i>signifikan</i>
sdm-2 ← mampu	0,721				
aks-1 ← akses	0,852				
aks-2 ← akses	0,639	0,066	10,834	0,000	<i>signifikan</i>
fis-3 ← kelfisik	0,852				
citra ← puas pasien	0,516	0,089	8,006	0,000	<i>signifikan</i>
tarif ← puas pasien	0,625	0,089	9,748	0,000	<i>signifikan</i>
fis-5 ← kelfisik	0,574	0,057	9,979	0,000	<i>signifikan</i>
fis-2 ← kelfisik	0,861	0,066	16,398	0,000	<i>signifikan</i>

Sumber : Lampiran 7

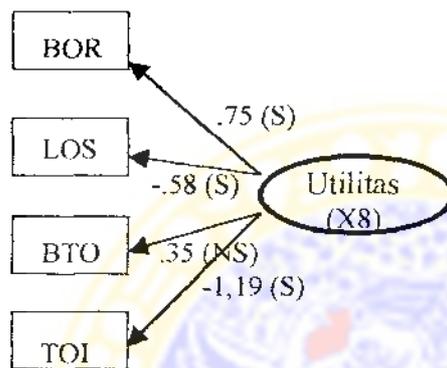
Pengujian terhadap 15 indikator yang terdapat pada model akhir di atas, untuk dapat digunakan sebagai indikator faktor kepuasan pelanggan eksternal (pasien). Hasil perhitungan terhadap *loading factor* menunjukkan bahwa kelima belas indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian indikator tersebut dianggap baik dan dapat digunakan dalam analisa lebih lanjut. Pengujian selanjutnya adalah dengan membandingkan nilai *CR* dan nilai *probability* dengan t-tabel ( $df=59$ ;  $\alpha = 5\%$ ) = 1,671. Hasilnya menunjukkan bahwa kelima belas indikator memiliki nilai *CR* lebih besar dari t-tabel seperti dicantumkan dalam tabel 5.23 di atas. Data selengkapnya ada pada lampiran 7. Kelima belas item pertanyaan tersebut selanjutnya menjadi indikator kepuasan pelanggan eksternal (pasien) yaitu :

1. kesehatan pasien setelah dirawat di rumah sakit semakin membaik
2. penampilan karyawan yang menyenangkan pasien
3. komunikasi antara pasien dengan perawat
4. komunikasi antara pasien dengan petugas lain
5. keramahan dokter, perawat dan karyawan lain dalam memberikan pelayanan
6. perhatian dokter, perawat dan karyawan lain terhadap kebutuhan pasiennya
7. kemampuan dokter, perawat dan karyawan lain dalam memberikan pelayanan kepada pasien
8. kemampuan rumah sakit untuk cepat tanggap menghadapi masalah yang timbul
9. kecepatan proses pelayanan kesehatan di rumah sakit
10. kecepatan proses pelayanan administrasi di rumah sakit
11. kondisi kebersihan ruangan
12. kenyamanan ruangan di rumah sakit
13. lokasi rumah sakit yang strategis
14. kesesuaian tarif pelayanan kesehatan dengan pelayanan yang diberikan

15. citra dan reputasi rumah sakit di masyarakat

#### 5.4.1.6. Utilisasi jasa kesehatan

Pengujian SEM yang menggunakan AMOS 4.0 juga dilakukan terhadap faktor utilisasi jasa kesehatan yang meliputi 6 indikator di mana yang signifikan sebanyak 4 indikator, yang dapat dilihat pada gambar 5.6 berikut ini.



Keterangan : S = signifikan  
NS = tidak signifikan

Gambar 5.6. PENGUJIAN FAKTOR UTILISASI JASA DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Tahap berikutnya adalah melakukan pengujian terhadap *loading factor* yang menunjukkan bahwa keempat indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian keempat indikator utilisasi jasa kesehatan dianggap baik seperti dicantumkan dalam tabel 5.24 berikut ini.

Tabel 5.24. KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAIKAN SUAI (*GOODNESS-OF-FIT INDICES*) FAKTOR UTILISASI JASA KESEHATAN

Kriteria	Nilai batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	0,177	baik
Probabilitas Signifikansi	≥ 0,05	0,674	baik
Relative chi-square	≤ 2,00	0,177	baik
RMSEA	≤ 0,08	0,000	baik
CFI	≥ 0,94	1,000	baik
TLI	> 0,95	1,002	baik

Sumber : lampiran 8

Pengujian terhadap 4 indikator yang terdapat pada model akhir di atas digunakan sebagai indikator faktor utilisasi jasa kesehatan. Hasil perhitungan terhadap *loading factor* menunjukkan bahwa keempat indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian indikator tersebut dianggap baik dan dapat digunakan dalam analisa lebih lanjut. Data selengkapnya ada pada lampiran 8. Pengujian selanjutnya adalah dengan membandingkan nilai *CR* dan nilai *probability* dengan t-tabel pada derajat bebas ( $df=1$ ) dan tingkat signifikansi sebesar 5% = 6,314. Hasilnya menunjukkan bahwa keempat indikator memiliki nilai *CR* lebih besar dari t-tabel seperti dicantumkan dalam tabel 5.25 berikut ini.

Tabel 5.25. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN (RASIO KRITIS (*CRITICAL RATIO*) INDIKATOR UTILISASI JASA KESEHATAN

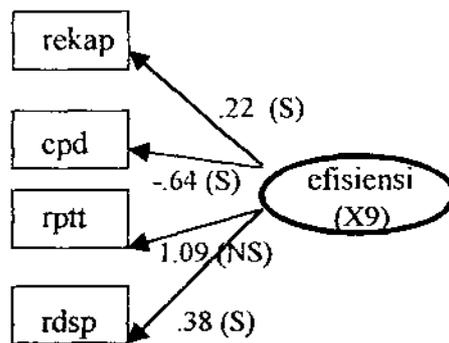
Indikator	Faktor bobot	Galat baku	Rasio kritis	Koef. Signifik.	Keterangan
TOI ← utilitas	-1,188	0,064	-7,051	0,000	signifikan
BTO ← utilitas	0,351			0,000	signifikan
LOS ← utilitas	-0,583	0,022	-6,774		
LOS ← utilitas	0,746	0,112	8,447	0,000	signifikan

Sumber : Lampiran 8

Keempat item pertanyaan tersebut selanjutnya menjadi indikator utilisasi jasa kesehatan yaitu BOR (*bed occupancy rate*), LOS (*length of stay*), BTO (*bed turn over*) dan TOI (*turn over interval*).

#### 5.4.1.7. Efisiensi pengelolaan organisasi

Pengujian juga dilakukan terhadap faktor efisiensi pengelolaan organisasi yang meliputi 6 indikator di mana yang signifikan sebanyak 4 indikator, yang dapat dilihat pada gambar 5.7 berikut ini.



Keterangan : S = signifikan  
NS = tidak signifikan

Gambar 5.7. PENGUJIAN FAKTOR EFISIENSI PENGELOLAAN ORGANISASI DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Selanjutnya dilakukan pengujian terhadap *loading factor* yang menunjukkan bahwa keempat indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian keempat indikator efisiensi pengelolaan organisasi dianggap baik seperti dicantumkan dalam tabel 6.28.

Tabel 5.26. KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAIKAN SUAI (*GOODNESS-OF-FIT INDICES*) FAKTOR EFISIENSI PENGELOLAAN ORGANISASI

Kriteria	Nilai batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	49,510	baik
Probabilitas Signifikansi	$\geq 0,05$	0,000	baik
Relative chi-square	$\leq 2,00$	24,755	baik
RMSEA	$\leq 0,08$	0,292	baik
CFI	$\geq 0,94$	0,978	baik
TLI	$\geq 0,95$	0,888	baik

Sumber : Lampiran 9

Empat indikator yang terdapat pada model akhir di atas akan digunakan sebagai indikator faktor efisiensi pengelolaan organisasi. Hasilnya menunjukkan bahwa keempat indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian indikator tersebut dianggap baik dan dapat digunakan dalam analisa lebih lanjut. Selanjutnya melakukan perbandingan nilai *CR* dan nilai *probability* dengan t-

tabel pada derajat bebas ( $df=2$ ) dan tingkat signifikansi sebesar  $5\% = 2,920$ . Hasilnya menunjukkan bahwa keempat indikator memiliki nilai  $CR$  lebih besar dari t-tabel seperti dicantumkan dalam tabel 5.27.

Tabel 5.27. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN (RASIO KRITIS (*CRITICAL RATIO*)) INDIKATOR EFISIENSI PENGELOLAAN

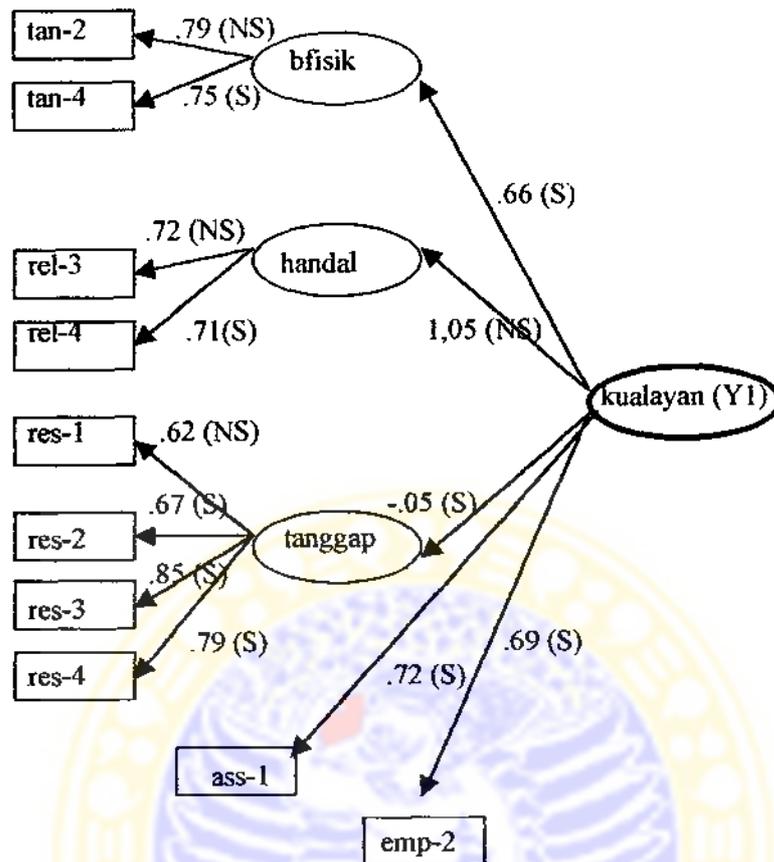
Indikator	Faktor bobot	Galat baku	Rasio kritis	Koef. Signifik.	Keterangan
rdsp ← utilitas	0,383	11,743	4,998	0,000	signifikan
rptt ← utilitas	1,090				
cpd ← utilitas	0,641	62857,822	6,544	0,000	signifikan
rekar ← utilitas	0,224	1286990,700	3,543	0,000	signifikan

Sumber : Lampiran 9

Keempat item pertanyaan tersebut selanjutnya menjadi indikator efisiensi pengelolaan organisasi yaitu rasio *revenue* per karyawan, rasio biaya operasional per hari rawat (*cost per day*), rasio perawat per tempat tidur, dan rasio pengunjung rawat jalan dengan dokter spesialis. Data selengkapnya ada pada lampiran 9.

#### 5.4.1.8. Kualitas pelayanan

Diantara 24 pertanyaan yang digunakan sebagai indikator kualitas pelayanan ternyata hanya 11 item pertanyaan yang signifikan membentuk faktor kualitas pelayanan sedangkan item pertanyaan lainnya tidak signifikan. Pengujian yang dilakukan dengan *Confirmatory Factor Analysis* seperti tampak pada gambar 5.8 berikut ini.



Gambar 5.8. PENGUJIAN FAKTOR KUALITAS PELAYANAN DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Dari hasil komputasi dengan program AMOS 4.0 diperoleh hasil sebagaimana disajikan pada tabel 5.28 di bawah ini.

Tabel 5.28. KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAIKAN SUAI (*GOODNESS-OF-FIT INDICES*) FAKTOR KUALITAS PELAYANAN

Kriteria	Nilai batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	32,281	baik
Probabilitas Signifikansi	$\geq 0,05$	0,308	baik
Relative chi-square	$\leq 2,00$	1,113	baik
RMSEA	$\leq 0,08$	0,020	baik
CFI	$\geq 0,94$	1,000	baik
TLI	$\geq 0,95$	0,999	baik

Sumber : Lampiran 10

Dari tabel 5.28 di atas, nampak bahwa semua kriteria yang digunakan untuk menilai suatu model mempunyai nilai baik oleh karena itu model dapat diterima.

Dengan demikian model yang diajukan pada gambar 5.8 di atas merupakan model akhir dari faktor kualitas pelayanan yang digunakan dalam analisis lebih lanjut.

*Loading factor* dan tingkat signifikansi masing-masing indikator pada tabel 5.29

Tabel 5.29. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN (RASIO KRITIS (*CRITICAL RATIO*)) INDIKATOR KUALITAS PELAYANAN

Indikator	Loading Factor	S.E	C.R	p	Keterangan
empati ← kualayan	1,190				
bfsik ← kualayan	0,635	0,089	7,106	0,000	Signifikan
handal ← kualayan	1,013	0,106	9,839	0,000	Signifikan
tanggap ← kualayan	0,726	0,162	7,965	0,000	Signifikan
res-1 ← tanggap	0,622				
res-2 ← tanggap	0,668	0,128	9,015	0,000	Signifikan
res-4 ← tanggap	0,793	0,124	10,147	0,000	Signifikan
tan-2 ← bfsik	0,793				
tan-4 ← bfsik	0,748	0,084	10,431	0,000	Signifikan
res-3 ← tanggap	0,851	0,149	10,378	0,000	Signifikan
rel-2 ← handal	0,814				
rel-3 ← handal	0,717	0,121	7,884	0,000	Signifikan
Res-1 ← handal	0,661	0,120	7,043	0,000	Signifikan
Emp-2 ← empati	0,656	0,090	10,479	0,000	Signifikan
Ass-1 ← empati	0,693				

Sumber : Lampiran 10

Dari tabel 5.29 di atas, menunjukkan *loading factor* setiap indikator menunjukkan nilai di atas 0,50 yang berarti bahwa indikator yang digunakan dalam model adalah baik, demikian pula jika dibandingkan nilai antara *critical ratio* (CR) dengan nilai *probability* menunjukkan bahwa nilai CR setiap indikator lebih besar dari t-tabel ( $df = 26; \alpha = 5\%$ ) = 1,706. Dengan demikian baik dinilai dari *loading factor* maupun dari nilai CR menunjukkan bahwa model adalah valid untuk digunakan. Hasil analisis data indikator kualitas pelayanan tampak pada lampiran 10.

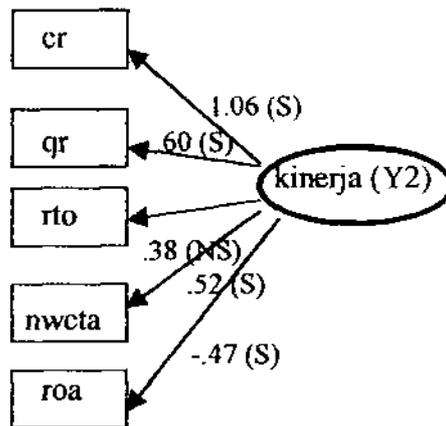
Berdasarkan pada hasil pengujian tersebut di atas, maka 24 item pertanyaan yang digunakan dalam penelitian ini, ternyata hanya 11 item pertanyaan yang secara statistik signifikan untuk digunakan sebagai indikator kualitas pelayanan, sedangkan

item pertanyaan lainnya tidak signifikan. Kesebelas item pertanyaan tersebut selanjutnya menjadi indikator kualitas pelayanan yaitu :

1. fasilitas fisik rumah sakit memiliki daya tarik
2. penampilan fasilitas fisik rumah sakit sesuai dengan jenis jasa yang disediakan
3. rumah sakit memberikan daya tarik bagi pasiennya karena kecanggihannya
4. rumah sakit bersikap simpatik dan sanggup menenangkan pasien
5. rumah sakit dapat diandalkan/ dipercaya
6. rumah sakit memberitahu penderitanya kepastian pelayanan kesehatan yang akan diberikan
7. jasa pelayanan kesehatan diberikan oleh karyawan rumah sakit dengan segera/ cepat
8. karyawan rumah sakit selalu bersedia membantu penderita
9. karyawan rumah sakit sanggup menanggapi setiap permintaan pasien dengan cepat
10. pemberian jasa rumah sakit diberikan sesuai dengan waktu yang dijanjikan
11. karyawan rumah sakit bersikap sopan bagi pasiennya

#### **5.4.1.9. Kinerja keuangan**

Pengujian juga dilakukan terhadap faktor kinerja keuangan yang meliputi 9 indikator di mana yang signifikan hanya 5 indikator, yang dapat dilihat pada gambar 5.9 berikut ini.



Gambar 5.9. PENGUJIAN FAKTOR KINERJA KEUANGAN DENGAN ANALISIS FAKTOR KONFIRMATORI

Uji terhadap *loading factor* yang menghasilkan bahwa kelima indikator dari sembilan indikator pada model akhir semuanya bernilai di atas 0,50. Dengan demikian kelima indikator kinerja keuangan dianggap baik seperti dicantumkan dalam tabel 5.30.

Tabel 5.30. KOMPUTASI KRITERIA UJI KEBAIKAN SUAI (*GOODNESS OF FIT INDECES*) PENGUJIAN FAKTOR KINERJA KEUANGAN

Kriteria	Nilai batas	Hasil Komputasi	Keterangan
Chi-square	Diharapkan nilai kecil	6,898	Baik
Probabilitas Signifikansi	$\geq 0,05$	0,075	Baik
Relative chi-square	$\leq 2,00$	2,299	Baik
RMSEA	$\leq 0,08$	0,068	Baik
CFI	$\geq 0,94$	0,999	Baik
TLI	$\geq 0,95$	0,993	Baik

Sumber : Lampiran 11

Selanjutnya dilakukan pengujian terhadap *loading factor* yang menunjukkan bahwa dari kelima indikator kinerja keuangan dari model akhir bernilai di atas 0,50. Dengan demikian kelima indikator kinerja keuangan dianggap baik. Selanjutnya melakukan perbandingan nilai *CR* dan nilai *probability* dengan t-tabel pada derajat bebas ( $df=3$ ) dan tingkat signifikansi sebesar  $5\% = 2,353$ . Hasilnya menunjukkan

bahwa kelima indikator memiliki nilai *CR* lebih besar dari *t*-tabel seperti dicantumkan dalam tabel 5.31.

Tabel 5.31. FAKTOR BOBOT (*LOADING FACTOR*) DAN (RASIO KRITIS (*CRITICAL RATIO*)) INDIKATOR KINERJA KEUANGAN

Indikator	Faktor bobot	Galat baku	Rasio kritis	Koef. Signifik.	Keterangan
Nwcta ← kinerja	0,517	0,241	5,963	0,000	<i>signifikan</i>
rto ← kinerja	0,375				
cr ← kinerja	1,059	0,511	5,690	0,000	<i>Signifikan</i>
qr ← kinerja	0,605	0,262	6,341	0,000	<i>Signifikan</i>
roa ← kinerja	-0,470	0,223	-5,727	0,000	<i>Signifikan</i>

Sumber : Lampiran II

Kelima item tersebut selanjutnya menjadi indikator efisiensi pengelolaan organisasi yaitu *net working capital to total assets*, *receivable turn over*, *current ratio*, *quick ratio* dan *return on assets*. Data selengkapnya nampak pada lampiran II.

#### 5.4.2. Analisis model struktural (*Structural model analysis*)

Pada sub sebelumnya telah dibahas tentang pengujian indikator setiap faktor dengan *confirmatory factor analysis* dan telah berhasil diidentifikasi indikator dari suatu variabel laten yang dapat digunakan dalam model, maka selanjutnya akan dilakukan pengujian model lengkap yang menjelaskan hubungan kausal antara faktor-faktor yang dihipotesiskan. Model struktural dibangun antara sebelas variabel laten, yaitu pangsa pasar (*papsr*) yang diukur dengan satu indikator, kompetensi karyawan (*kompkar*) diukur dengan satu indikator, komitmen karyawan (*komitmen*) diukur dengan sepuluh indikator, program manajemen mutu (*promutu*) diukur dengan empat belas indikator, kualitas pelayanan (*kualayan*) diukur dengan sebelas indikator, kepuasan pelanggan internal (*puasint*) diukur dengan dua belas indikator, kepuasan pelanggan eksternal (*puasekst*) diukur lima belas indikator, utilisasi jasa kesehatan (*utilitas*) diukur dengan empat indikator, proses layanan internal (*prolayin*) diukur

dengan sepuluh indikator, efisiensi pengelolaan organisasi (efisien) diukur dengan empat indikator dan kinerja keuangan (kinerja) diukur dengan lima indikator.

Model struktural dibangun oleh hubungan antar variabel laten (konstruk) yang indikator-indikator serta konstruknya telah diuji validitas dan reliabilitasnya pada model pengukuran. Hasil pengujian dengan bantuan program LISREL 8.30 diperoleh hasil sebagaimana disebutkan pada tabel 5.32.

Tabel 5.32. INDEKS KESESUAIAN MODEL STRUKTURAL

Indeks Kesesuaian Model Struktural	Indeks
Kesesuaian absolut :	
Chi-square of estimated model	2231,23
Degrees of Freedom	3215
Probability level	0,00
Goodness of Fit Index (GFI)	0,81
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,80
RMSEA	0,0
RMR	0,14
Standardized RMR	0,070
Kesesuaian inkremental :	
Normed of Fit Index (NFI)	0,59
Non-Normed Fit Index (NNFI)	1,47
Comparative Fit Index (CFI)	1,00
Incremental Fit Index (IFI)	1,44
Relative Fit Index (RFI)	0,58
Critical N (CN)	426,71

Sumber : Pengolahan data penelitian

Indeks kesesuaian model struktural pada penelitian ini menunjukkan *Chi-square* sebesar 2231,23 dengan *degree of freedom* 3215 dan *probability* sebesar 0,000. *Indeks Goodness of Fit* (GFI) sebesar 0,81 dan *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI) sebesar 0,80, RMSEA sebesar 0,00 dan RMR sebesar 0,14 sedangkan *standardized RMR* sebesar 0,070. Nilai kesesuaian absolut yang dihasilkan ternyata menunjukkan indeks kesesuaian yang cukup baik, dan  $\chi^2 df = 0,6940$  (dibawah 3,00). Indeks kesesuaian absolut pada dasarnya sangat dipengaruhi oleh *sample size*.

Namun demikian ada indeks kesesuaian yang tidak dipengaruhi oleh *sample size* yaitu indeks kesesuaian *incremental*.

Dari tabel 5.32 nampak bahwa indeks kesesuaian *incremental* dinyatakan oleh *Normed of Fit Index* (NFI) sebesar 0,59, *Non-Normed Fit Index* (NNFI) sebesar 1,47, *Comparative Fit Index* (CFI) sebesar 1,00 dan *Incremental Fit Index* (IFI) sebesar 1,44 sedangkan *Relative Fit Index* (RFI) sebesar 0,58. Dari kelima indeks kesesuaian *incremental*, terdapat tiga indeks yang menghasilkan indeks kesesuaian yang sangat baik ( $> 0,90$ ) yaitu NNFI, CFI dan IFI. Sedangkan dua indeks lainnya yaitu NFI dan RFI menghasilkan indeks kesesuaian yang sedikit kurang baik ( $< 0,60$ ). Kesimpulan yang dapat diambil dari hasil penilaian kesesuaian model struktural adalah bahwa model telah mencapai kesesuaian dan dapat digunakan untuk analisis hubungan antar konstruk serta pengujian hipotesis.

Sebelum uji hipotesis dilakukan, terlebih dahulu disampaikan *standardized regression weight* dan *t-value* dari masing-masing hubungan antar konstruk yang diteliti dan dihipotesakan, agar dapat menentukan signifikan atau tidaknya hubungan antar variabel laten yang diteliti, dapat dilihat pada tabel 5.33 berikut. *Output* estimasi secara keseluruhan dapat dilihat pada lampiran 12.

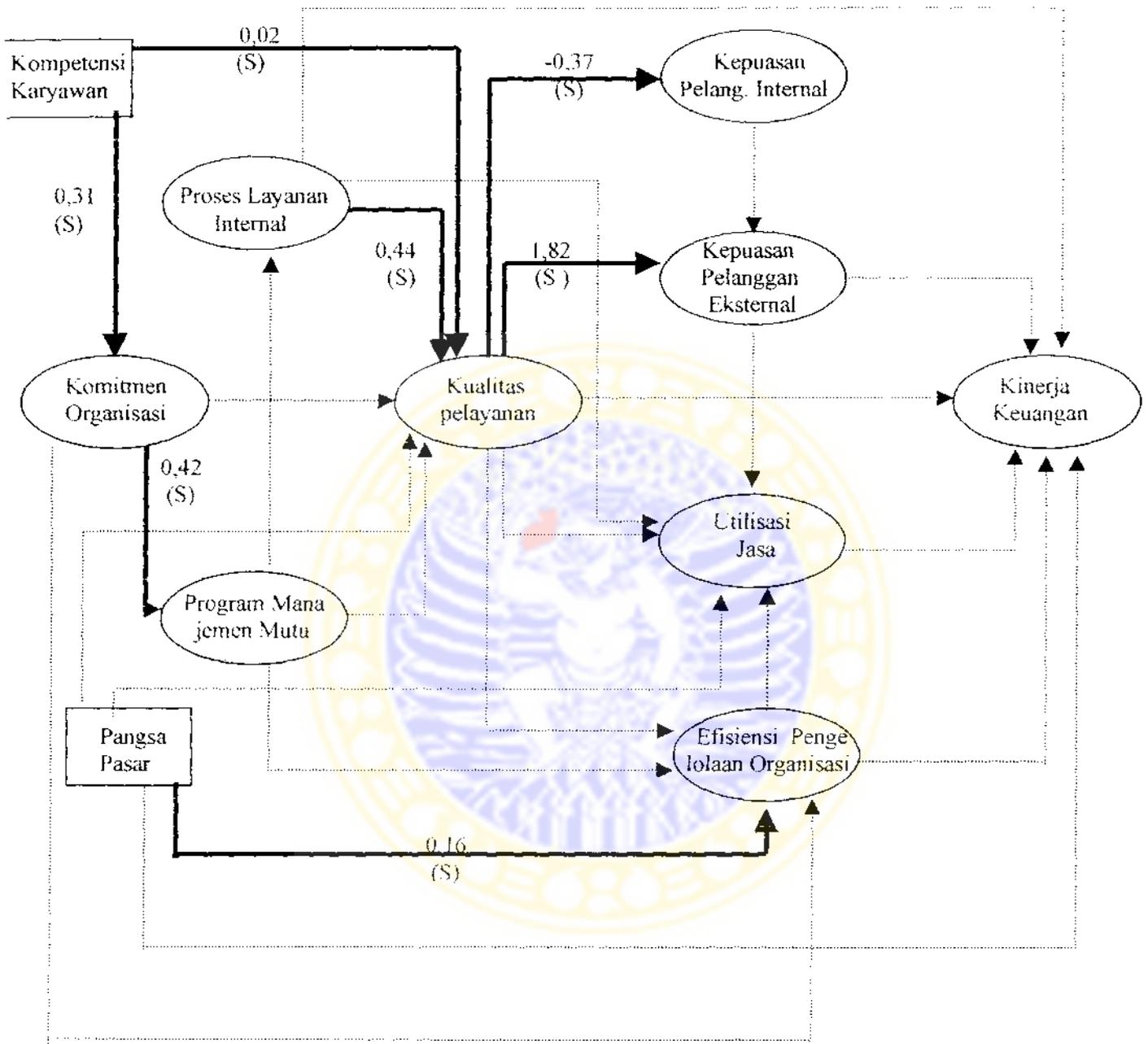


Tabel 5.33. KOEFISIEN REGRESI YANG NORMAL BAKU  
(Standardized Regression Weight)

Hubungan yang Dhipotesiskan	Koefisien regresi yang normal baku	Nilai -t hitung	Signifikan P > 0,05
Ppasar → kualayan	- 0,02	- 1,35	NS
Ppasar → utilitas	- 0,07	- 0,46	NS
Ppasar → efisiensi	0,16	2,59	S
Ppasar → kinerja	- 0,06	- 0,41	NS
Kompkar → kualayan	0,02	1,85	S
Kompkar → komitmen	0,31	5,05	S
Komitmen → kualayan	0,02	1,20	NS
Komitmen → promutu	0,42	5,72	S
Komitmen → efisiensi	-0,03	- 0,30	NS
Promutu → kualayan	0,01	0,90	NS
Promutu → prolayin	0,03	0,33	NS
Promutu → efisiensi	0,09	0,77	NS
Kualayan → puasint	-0,37	- 2,21	S
Kualayan → puasekst	1,82	4,60	S
Kualayan → utilitas	- 6,36	- 0,79	NS
Kualayan → efisiensi	- 0,16	- 0,82	NS
Kualayan → kinerja	- 6,64	- 0,77	NS
Puasint → puasekst	0,01	0,17	NS
Puasekst → utilitas	0,44	0,82	NS
Puasekst → kinerja	0,25	0,37	NS
Utilitas → kinerja	0,21	0,11	NS
Prolayin → utilitas	2,45	0,77	NS
Prolayin → kinerja	2,79	0,85	NS
Prolayin → kualayan	0,44	4,54	S
Efisiensi → utilitas	- 0,63	- 1,02	NS
Efisiensi → kinerja	- 0,58	- 0,80	NS

Sumber : pengolahan data penelitian

Pada tabel 5.33 tampak bahwa ada beberapa hubungan yang tidak signifikan. Pada taraf signifikansi 0,05 nilai t (df = 3215) lebih besar dari 1,645. Hubungan yang signifikan sebanyak 7 hubungan. Selanjutnya hasil estimasi model struktural pada tabel 5.33 ditunjukkan dalam bentuk diagram, seperti tampak pada gambar 5.10 berikut ini.



Gambar 5.10. MODEL STRUKTURAL (STANDARDIZED REGRESSION WEIGHT)

### 5.4.3. Analisis pengaruh langsung dan tidak langsung

Analisis berikut ini digunakan untuk mengetahui kekuatan pengaruh antar konstruk baik pengaruh langsung, maupun pengaruh tidak langsung. Pengaruh langsung merupakan koefisien dari semua garis koefisien dengan anak panah satu ujung atau sering disebut dengan koefisien jalur (*path*). Pengaruh tidak langsung adalah pengaruh yang diakibatkan oleh variabel antara.

Pengujian terhadap pengaruh langsung dan tidak langsung dari setiap faktor ditunjukkan pada tabel 5.34 berikut ini.

Tabel 5.34. PENGARUH LANGSUNG DAN TIDAK LANGSUNG ANTAR FAKTOR

Keterangan		Promutu	Puasint	Komitmen	Efisien	Utilitas	Kinerja	Kualayan	Puasekst	Prolayin	Papsr	Kompkar
Langsung	Pro mutu	-	-	0,02*	-	-	-	-	-	-	-	-
	Puasint	-	-	-	-	-	-	-0,37*	-	-	-	-
	Komitmen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,31*
	Efisien	0,09	-	-0,03	-	-	-	-0,16	-	-	0,16*	-
	Utilitas	-	-	-	-0,63	-	-	-6,36	0,44	2,45	-0,07	-
	Kinerja	-	-	-	-	0,21	-	-6,64	0,25	2,79	-0,06	-
	Kualayan	0,01	-	0,02	-	-	-	-	-	0,44*	-0,02	0,02*
	Puasekst	-	0,01	-	-	-	-	1,82*	-	0,01	-	-
	Prolayin	0,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Papsar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tidak langsung	Kompkar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pro mutu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,13*
	Puasint	-0,01	-	-0,01	-	-	-	-	-	-0,17*	0,01	-0,01
	Komitmen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Efisien	0,00	-	0,03	-	-	-	-	-	-0,07	0,16*	0,00
	Utilitas	-0,13	0,00	-0,13	-	-	-	0,90	-	-2,42	-0,04	-0,17
	Kinerja	-0,16	0,00	-0,18	-0,13	-	-	-0,61	0,09	-2,70	-0,02	-0,23
	Kualayan	0,01	-	0,01	-	-	-	-	-	-	-0,02	0,01
	Puasekst	0,05	-	0,05	-	-	-	0,00	-	0,80*	-0,04	0,06*
Prolayin	-	-	0,01	-	-	-	-	-	-	-	0,00	

Keterangan : \*) signifikan pada  $p = 0,05$

Sumber : data penelitian

Dari tabel 5.34 di atas menunjukkan bahwa pengaruh langsung dari program komitmen terhadap manajemen mutu (promutu) adalah positif sebesar 2%, terhadap efisiensi pengelolaan (efisien), kualitas pelayanan (kualayan) adalah tidak signifikan.

Secara tidak langsung komitmen karyawan juga tidak berpengaruh terhadap variabel-variabel yang lain. Pengaruh langsung manajemen mutu (promutu) terhadap efisiensi pengelolaan (efisien), kualitas pelayanan (kualayan), proses layanan internal (prolayin) adalah tidak signifikan, dan tidak berpengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap variabel lainnya. Kepuasan pelanggan internal (puasint) tidak berpengaruh secara langsung terhadap kepuasan pelanggan eksternal (puasekst), dan secara langsung maupun tidak langsung juga tidak berpengaruh terhadap variabel yang lain. Efisiensi pengelolaan tidak berpengaruh terhadap utilisasi jasa (utilitas) sedangkan utilisasi jasa juga tidak berpengaruh terhadap kinerja keuangan (kinerja). Kualitas pelayanan berpengaruh negatif terhadap kepuasan pelanggan internal sebesar -37% dan berpengaruh positif terhadap kepuasan pelanggan eksternal sebesar 182%, tetapi tidak berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan, utilisasi jasa dan kinerja keuangan. Kepuasan pelanggan eksternal tidak berpengaruh terhadap utilisasi jasa dan kinerja keuangan.

Proses layanan internal hanya berpengaruh langsung positif terhadap kualitas pelayanan sebesar 44% dan tidak berpengaruh terhadap utilisasi jasa, kinerja keuangan, dan kepuasan pelanggan eksternal. Secara tidak langsung proses layanan internal berpengaruh negatif terhadap kepuasan pelanggan internal sebesar -17%, dan secara tidak langsung pula berpengaruh positif terhadap kepuasan pelanggan eksternal sebesar 80%. Proses layanan internal yang baik menimbulkan persepsi pasien terhadap kualitas juga akan baik pula. Peningkatan kualitas yang tidak diikuti adanya 'reward' dari pihak manajemen terhadap karyawan, atau kelengkapan peralatan yang kurang memadai akan menurunkan kepuasan karyawan. Kualitas pelayanan yang dirasakan oleh pasien akan meningkatkan kepuasan pelanggan eksternal (pasien).

Pangsa pasar berpengaruh langsung positif terhadap efisiensi pengelolaan sebesar 16% dan tidak berpengaruh terhadap utilisasi jasa, kinerja keuangan dan kualitas pelayanan. Pangsa pasar berpengaruh secara tidak langsung terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit juga sebesar 16%. Hal tersebut disebabkan karena meningkatnya pangsa pasar akan meningkatkan skala ekonomi, yang akan menurunkan biaya per satuan produk yang dihasilkan.

Kompetensi karyawan berpengaruh langsung positif terhadap komitmen karyawan sebesar 31% dan berpengaruh langsung positif terhadap kualitas pelayanan sebesar 2%. Kompetensi karyawan juga berpengaruh tidak langsung positif terhadap kepuasan pelanggan eksternal sebesar 6%. Kompetensi berpengaruh terhadap kualitas pelayanan sesuai dengan yang dikemukakan Donabedian (1980) yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan dapat dilihat dari tiga unsur pokok yaitu struktur, proses dan outcome. Jumlah dan kompetensi karyawan merupakan indikator kualitas input di samping tersedianya peralatan, bahan, obat-obatan yang memadai. Dilain pihak kompetensi berpengaruh tidak langsung terhadap kepuasan pasien, karena dengan kompetensi maka kualitas pelayanan yang dirasakan pasien menjadi lebih baik.

#### **4.5. Pengelompokan Kelas Rumah Sakit**

Untuk mengetahui apakah terdapat kelompok-kelompok rumah sakit yang dapat dibedakan kelasnya, maka dilakukan pengelompokan dengan menggunakan analisis klaster (*cluster analysis*) yang berjenjang (hirarki). Identifikasi banyaknya kelompok yang ada dilihat dari lompatan koefisien terbesar. Dengan kriteria ini diharapkan masing-masing kelompok yang terbentuk benar-benar berbeda (Hair, 1992).

Pengelompokan kelas rumah sakit dilakukan berdasarkan indikator kinerja keuangan, menurut dimensi kinerja keuangan yang terkelompokkan menjadi dua, tiga dan empat kelas rumah sakit, serta menurut kualitas pelayanan rumah sakit.

### 5.5.1. Pengelompokan berdasarkan indikator kinerja keuangan

#### 5.5.1.1. Pengelompokan rumah sakit menjadi dua kelompok

Dengan melihat lompatan koefisien terbesar terjadi dari stage 278 ke 279, maka *cluster* yang terbentuk ada 2 yaitu kelompok 1 (*cluster* 1) dengan anggota 40 responden atau dua RS, dan kelompok 2 (*cluster* 2) dengan anggota 240 responden atau dua belas RS. Berdasarkan hal tersebut maka indikator kinerja keuangan yang terbagi dalam dua kelas RS dapat digunakan sebagai pembeda kelompok rumah sakit, yang tampak pada tabel 5.35.

Tabel 5.35. PENGELOMPOKAN RS MENURUT INDIKATOR KINERJA KEUANGAN MENJADI DUA KELOMPOK

Variabel Tergantung	Jumlah kuadrat	Derajat bebas	Rata-rata kuadrat	Nilai F	Signifikasi
CR	18371,840	1	18371,840	656,194	0,000
QR	34,515	1	34,515	2,142	0,144
TATO	248	1	248	32,030	0,000
RTO	202	1	202	0,008	0,929
NWCTA	2.881E-03	1	2.881E-03	740	0,390
ROE	4.610E-02	1	4.610E-02	344	0,558
ROA	487	1	487	3,471	0,063

Sumber : Lampiran 13

Dari tabel 5.35 di atas nampak bahwa indikator kinerja keuangan yang dapat digunakan untuk mengelompokkan kelas rumah sakit menjadi dua kelompok adalah *cash ratio* dan TATO untuk  $\alpha < 0,05$  dan ROA untuk  $\alpha < 0,10$ , sedangkan indikator lainnya tidak signifikan.

#### 5.5.1.2. Pengelompokan rumah sakit menjadi tiga kelompok

Dengan cara yang sama, *cluster* yang terbentuk dibagi dalam 3 kelompok yaitu kelompok 1 (*cluster* 1) dengan anggota 40 responden atau dua RS, kelompok 2

(*cluster 2*) dengan anggota 80 responden atau empat RS dan kelompok 3 (*cluster 3*) dengan anggota 160 responden atau delapan RS. Berdasarkan hal tersebut maka indikator kinerja yang terbagi dalam tiga kelas RS dapat digunakan sebagai dasar untuk mengelompokkan rumah sakit, yang tampak pada tabel 5.36.

Tabel 5.36. PENGELOMPOKAN RS MENURUT INDIKATOR KINERJA KEUANGAN MENJADI TIGA KELOMPOK

Variabel tergantung	Jumlah kuadrat	Derajat bebas	Rata-rata Kuadrat	Nilai F	Signifikansi
CR	24036.842	2	12018.421	1571.573	0,000
QR	2534.309	2	1267.154	177.308	0,000
TATO	.251	2	.125	16.173	0,000
RTO	3091.892	2	1545.946	109.771	0,000
NWCTA	.179	2	8.961E-02	27.412	0,000
ROE	4.926	2	2.463	21.111	0,000
ROA	7.208	2	3.604	30.938	0,000

Sumber : Lampiran 13

Dari tabel 5.36 di atas nampak bahwa semua indikator dari kinerja keuangan dapat digunakan untuk mengelompokkan rumah sakit menjadi tiga kelompok, terbukti pada tingkat signifikansi sebesar 0,000.

### 5.5.1.3. Pengelompokan rumah sakit menjadi empat kelompok

Dengan cara yang sama, *cluster* yang terbentuk dibagi dalam 4 kelompok yaitu kelompok 1 (*cluster 1*) dengan anggota 40 responden atau dua RS, kelompok 2 (*cluster 2*) dengan anggota 60 responden atau tiga RS, kelompok 3 (*cluster 3*) dengan anggota 160 responden atau delapan RS dan kelompok 4 (*cluster 4*) dengan anggota 20 responden atau satu RS. Berdasarkan hal tersebut maka indikator kinerja yang terbagi dalam empat kelas RS dapat digunakan sebagai dasar untuk mengelompokkan rumah sakit secara bermakna, yang tampak pada tabel 5.37.

**Tabel 5.37. PENGELOMPOKAN RS MENURUT INDIKATOR KINERJA KEUANGAN MENJADI EMPAT KELOMPOK**

Variabel Tergantung	Jumlah kuadrat	Derajat bebas	Rata-rata kuadrat	Nilai F	Signifikansi
CR	24049.630	3	8016.543	1050.832	0,000
QR	2757.417	3	919.139	144.424	0,000
TATO	.251	3	8.357E-02	10.743	0,000
RTO	4185.012	3	1395.004	137.118	0,000
NWCTA	.267	3	8.913E-02	30.097	0,000
ROE	8.777	3	2.926	28.364	0,000
ROA	10.522	3	3.507	33.480	0,000

Sumber : Lampiran 13

Dari tabel 5.37 di atas nampak bahwa semua indikator dari kinerja keuangan dapat digunakan untuk membedakan rumah sakit menjadi empat kelompok, terbukti pada tingkat signifikansi sebesar 0,000. Data selengkapnya ada pada lampiran 13.

### **5.5.2. Pengelompokan rumah sakit berdasarkan dimensi kinerja keuangan**

Seperti halnya pengelompokan berdasarkan indikator kinerja keuangan, maka pengelompokan dalam penelitian ini juga dilakukan menurut dimensinya yaitu dimensi likuiditas, aktivitas dan profitabilitas. Disamping itu, pengelompokan juga dilakukan dengan cara membagi *cluster* menjadi dua, tiga dan empat kelas kelompok responden.

#### **5.5.2.1. Pengelompokan rumah sakit menjadi dua kelompok**

Dengan cara yang sama yakni melihat lompatan koefisien terbesar pada dimensi keuangan yang juga terjadi dari *stage* 278 ke 279, maka *cluster* yang terbentuk ada 2 yaitu kelompok 1 (*cluster 1*) dengan anggota 260 responden atau tiga belas RS, dan kelompok 2 (*cluster 2*) dengan anggota 20 responden atau satu RS. Berdasarkan hal tersebut maka dimensi kinerja keuangan yang terbagi dalam dua kelas RS dapat digunakan sebagai dasar pengelompokan rumah sakit, yang tampak pada tabel 5.38 berikut ini.

Tabel 5.38. PENGELOMPOKAN RS MENURUT DIMENSI KINERJA KEUANGAN MENJADI DUA KELOMPOK

Variabel Tergantung	Jumlah kuadrat	Derajat bebas	Rata-rata kuadrat	Nilai F	Signifikan
R. Likuiditas	2.047E-02	1	2.047E-02	.020	0,887
R. Aktivitas	34.916	1	34.916	39.767	0,000
R. Profitabilitas	246.183	1	246.183	2085.466	0,000

Sumber : lampiran 14

Dari tabel 5.38 di atas nampak bahwa dimensi kinerja keuangan yang dapat digunakan untuk membedakan rumah sakit menjadi dua kelompok adalah rasio aktivitas dan rasio profitabilitas dengan  $\alpha < 0,05$  sedangkan dimensi rasio likuiditas tidak signifikan jika dikelompokkan untuk menentukan kelas rumah sakit.

#### 5.5.2.2. Pengelompokan rumah sakit menjadi tiga kelompok

Dengan cara yang sama, *cluster* yang terbentuk dibagi dalam 3 kelompok yaitu kelompok 1 (*cluster 1*) dengan anggota 80 responden atau empat RS, kelompok 2 (*cluster 2*) dengan anggota 180 responden atau sembilan RS dan kelompok 3 (*cluster 3*) dengan anggota 20 responden atau satu RS. Berdasarkan hal tersebut maka dimensi kinerja keuangan yang terbagi dalam tiga kelas RS dapat digunakan sebagai dasar untuk mengelompokkan rumah sakit secara signifikan, yang tampak pada tabel 5.39.

Tabel 5.39. PENGELOMPOKAN RS MENURUT DIMENSI KINERJA KEUANGAN MENJADI TIGA KELOMPOK

Variabel tergantung	Jumlah kuadrat	Derajat bebas	Rata-rata kuadrat	Nilai F	Signifikan
R. Likuiditas	208.747	2	104.373	411.533	0,000
R. Aktivitas	119.357	2	59.678	103.549	0,000
R. Profitabilitas	249.950	2	124.975	1191.670	0,000

Sumber : lampiran 14

Dari tabel 5.39 di atas nampak bahwa semua dimensi kinerja keuangan dapat digunakan untuk mengelompokkan secara signifikan kelas rumah sakit menjadi tiga kelompok dengan  $\alpha < 0,05$ .

### 5.5.2.3. Pengelompokan rumah sakit menjadi empat kelompok

Dengan cara yang sama, *cluster* yang terbentuk dibagi dalam 4 kelompok yaitu kelompok 1 (*cluster 1*) dengan anggota 40 responden atau dua RS, kelompok 2 (*cluster 2*) dengan anggota 40 responden atau dua RS, kelompok 3 (*cluster 3*) dengan anggota 20 responden atau satu RS dan kelompok 4 (*cluster 4*) dengan anggota 20 responden atau satu RS. Berdasarkan hal tersebut maka dimensi kinerja keuangan yang terbagi dalam empat kelas RS dapat digunakan sebagai dasar pengelompokan rumah sakit, yang tampak pada tabel 5.40.

Tabel 5.40. PENGELOMPOKAN RS MENURUT DIMENSI KINERJA KEUANGAN MENJADI EMPAT KELOMPOK

Variabel Tergantung	Jumlah kuadrat	Derajat bebas	Rata-rata kuadrat	Nilai F	Signifikansi
R. Likuiditas	240.022	3	80.007	566.534	0,000
R. Aktivitas	166.790	3	55.597	136.751	0,000
R. Profitabilitas	255.472	3	85.157	998.970	0,000

Sumber : lampiran 14

Dari tabel 5.40 di atas nampak bahwa semua dimensi kinerja keuangan dapat digunakan untuk membedakan secara signifikan kelas rumah sakit menjadi empat kelompok dengan  $\alpha < 0,05$ . Data selengkapnya ada pada lampiran 14.

### 5.5.2. Pengelompokan Rumah Sakit berdasarkan indikator kualitas pelayanan

Berdasarkan lompatan koefisien diperoleh dua kelompok, tetapi terdapat kelompok-kelompok yang hanya mempunyai satu anggota. Dengan demikian kualitas pelayanan tidak dapat digunakan sebagai dasar pengelompokan kelas rumah sakit (lihat lampiran 15).

**Hipotesis 3** : Pangsa pasar mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, utilisasi jasa, dan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit

*Standardized regression weight* antara pangsa pasar dengan kualitas pelayanan adalah  $-0,02$  dengan nilai  $t = -1,35$ . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hubungan tersebut tidak signifikan. Hubungan antara pangsa pasar dengan utilisasi jasa kesehatan dengan *standardized regression weight* sebesar  $-0,07$  dan  $t = -0,46$  adalah tidak signifikan. Hubungan antara pangsa pasar dengan efisiensi pengelolaan organisasi jasa kesehatan dengan *standardized regression weight* sebesar  $0,16$  dan  $t = 2,59$  adalah signifikan pada  $\alpha = 0,05$ .

Jika dikaji dengan teori *Consumer Learning* dari Caminal dan Vives (1996) dimana pangsa pasar berpengaruh terhadap kualitas pelayanan baik secara positif maupun negatif maka penelitian ini menolak hipotesis dari Caminal dan Vives (1996) tersebut. Peningkatan pangsa pasar yang akan meningkatkan efisiensi dan akan meningkatkan kelangsungan pendapatan (Zahorick dan Keiningham, 1995) seharusnya digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya. Hal tersebut tidak terjadi di rumah sakit milik pemerintah. Peningkatan pangsa pasar di rumah sakit tidak berpengaruh terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Di lain pihak pangsa pasar juga tidak berpengaruh terhadap utilisasi jasa rumah sakit. Hal tersebut bertentangan dengan teori yang dikemukakan oleh Zastowny e al, (1983) yang menyatakan bahwa meningkatnya pangsa pasar akan meningkatkan frekuensi pemanfaatan (utilisasi). Di rumah sakit tampaknya hal tersebut tidak terjadi, sehingga meningkatnya pangsa pasar tidak berpengaruh terhadap peningkatan utilisasi jasa layanan kesehatan. Penelitian lain yang bertentangan dengan hasil penelitian ini adalah penelitian oleh Anderson, Fornell dan

Lehman, (1994) yang menyatakan bahwa pangsa pasar akan berpengaruh terhadap skala ekonomi yang lebih besar yang akan menimbulkan pembelian secara berulang (*repeat purchasing*).

Pangsa pasar berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit melalui peningkatan skala ekonomi. Hal tersebut mendukung penelitian dari Shortell dan Kaluzny (1988) di mana dengan banyaknya nasabah perbankan akan menurunkan biaya per satuan hasil.

**Hipotesis 4** : Kompetensi karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap komitmen karyawan

*Standardized regression weight* antara kompetensi dengan komitmen karyawan adalah 0,31 dengan nilai  $t = 5,05$ . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hubungan tersebut signifikan pada  $\alpha = 0,05$ . Artinya kompetensi karyawan sangat mempengaruhi secara langsung komitmennya. Hal tersebut mendukung teori yang dikemukakan oleh Hughes (1994) bahwa organisasi yang memberikan kesempatan pembelajaran akan berkembang dan akan mendorong timbulnya inisiatif sehingga termotivasi untuk mengembangkan pengetahuannya. Motivasi (*motives*) untuk mengembangkan pengetahuan (*knowledge*) dan ketrampilan (*skill*) dari karyawan merupakan penterjemahan dari karyawan yang mempunyai komitmen pada perusahaan (Spencer dan Spencer, 1996).

Penelitian ini juga mendukung pendapat dari Kaplan dan Norton (1996) yang menyatakan bahwa faktor *enabler* dari kompetensi adalah tenaga kerja yang telah dilatih. Penelitian ini juga mampu membuktikan pendapat dari Kaplan dan Norton (1996) bahwa karyawan akan memiliki komitmen terhadap rumah sakit jika ia melihat kemungkinan untuk belajar dan berkembang

**Hipotesis 5 :** Komitmen karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, manajemen mutu, dan efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit.

*Standardized regression weight* antara komitmen dengan kualitas pelayanan adalah 0,02 dengan nilai  $t = 1,20$ . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hubungan tersebut tidak signifikan. Hubungan antara komitmen dengan manajemen mutu menghasilkan *standardized regression weight* sebesar 0,42 dan  $t = 5,72$  adalah signifikan pada  $\alpha = 0,05$ . Hubungan antara komitmen dengan efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit menghasilkan *standardized regression weight* sebesar -0,03 dengan  $t = -0,30$  adalah tidak signifikan.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh komitmen dengan kualitas pelayanan merupakan penolakan terhadap pendapat dari Luthans (1996) bahwa komitmen yang tinggi akan meningkatkan produktivitas dan kualitas pelayanan oleh karyawan. Penelitian ini juga menolak penelitian yang dilakukan Greenberg dan Baron (1996) yang menyatakan bahwa komitmen afektif merupakan komitmen yang melibatkan rasa memiliki dan mencurahkan energi emosional terhadap pengembangan organisasi termasuk pengembangan kualitas pelayanan

Penelitian yang menghasilkan terdapat pengaruh antara komitmen dengan manajemen mutu ini merupakan langkah pembuktian dari pendapat Kaplan dan Norton (1996) yang menyatakan bahwa kegiatan (termasuk manajemen mutu) yang dilaksanakan akan berhasil bila memiliki karyawan yang mampu (kompeten) dan mempunyai komitmen yang tinggi. Penelitian ini juga mendukung pendapat dari John M.Kelly (1994) bahwa keberhasilan implementasi mutu sangat tergantung pada komitmen karyawan terhadap mutu pekerjaannya.

Hasil lain dari penelitian ini yang menolak hipotesis yang menyatakan adanya pengaruh komitmen terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit, mendukung sintesa dari penelitian Becker (1996) yang menyatakan bahwa komitmen pada atasan berhubungan positif dengan kinerja, dengan pendapat dari Schinnar (1990) yang menyatakan bahwa kinerja dapat diukur melalui pengukuran produktivitas, efektivitas dan efisiensi.

**Hipotesis 6.** Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung terhadap kinerja non keuangan yang meliputi kepuasan pelanggan internal, efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit dan kinerja keuangannya.

*Standardized regression weight* antara kualitas pelayanan dengan kepuasan pelanggan internal adalah -0,37 dengan nilai  $t = -2,21$ . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hubungan tersebut signifikan pada  $\alpha = 0,05$ . Hubungan antara kualitas pelayanan dengan efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit menghasilkan *standardized regression weight* negatif sebesar -0,16 dengan  $t = -0,82$  adalah tidak signifikan. Sedangkan hubungan antara kualitas pelayanan dengan kinerja keuangan secara langsung menghasilkan *standardized regression weight* negatif sebesar -6,64 dengan  $t = -0,77$ .

Hasil penelitian yang menyatakan terdapat hubungan antara kualitas pelayanan dengan kepuasan pelanggan internal (karyawan) mendukung penelitian oleh Groomroos (1993) dan Churchill *et al.*, (1985) yang menyatakan bahwa kinerja perilaku karyawan berhubungan dengan kepuasan kerja karyawan. Kinerja perilaku karyawan yang dipersepsikan oleh pelanggan eksternal tersebut merupakan dimensi *reliability* dan *responsiveness* dari kualitas pelayanan (Parasuraman, 1988). Penelitian ini tampaknya tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Schneider (1980) di mana karyawan yang mengalami konflik peran yang mengakibatkan kualitas

pelayanan turun, memiliki kecenderungan kepuasan kerja dan kinerja yang rendah. Penelitian ini mendukung penelitian dari Hartline dan Ferrel (1965) yang menyatakan bahwa pemenuhan kebutuhan yang diinginkan karyawan, termasuk kebutuhan untuk pekerjaannya yang berupa kelengkapan peralatan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan, merupakan determinan utama kepuasan kerja karyawan. Kualitas pelayanan yang tidak berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan dan juga tidak berpengaruh terhadap kinerja keuangan tidak mendukung pendapat yang dikemukakan oleh Reicheld dan Sasser (1990) yang menyatakan bahwa peningkatan kualitas akan meningkatkan pembelian berulang (*repeat purchasing*) dan menurunkan biaya yang pada akhirnya akan meningkatkan *profit*. Disamping itu, penelitian ini juga tidak mendukung penelitian Heskett, Sasser dan Schlesinger (1997) dan Harkey & Vracin (1992) yang menyatakan bahwa peningkatan kualitas akan menurunkan biaya satuan melalui skala ekonomi

**Hipotesis 7.** Kepuasan pelanggan internal mempunyai pengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan eksternal.

*Standardized regression weight* antara kepuasan pelanggan internal (karyawan) dengan kepuasan pelanggan eksternal (pasien) menghasilkan *standardized regression weight* sebesar 0,01 nilai  $t = 0,17$ . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hubungan tersebut tidak signifikan, atau dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan antara kepuasan pelanggan internal dengan kepuasan pelanggan eksternal. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Rucci, Kim dan Quin (1998) dan Schneider (1990) yang menyatakan bahwa kepuasan karyawan akan mendorong sikap karyawan yang selanjutnya mendorong perilaku pelanggan dan selanjutnya akan memberikan kepuasan terhadap pelanggan. Disini menunjukkan bahwa ada perbedaan dari penelitian ini dengan penelitian sebelumnya, bahwa pada

penelitian sebelumnya kepuasan karyawan mempengaruhi kepuasan pelanggan melalui perubahan sikap dan perilaku karyawan untuk membantu pelanggan (Rucci, Kirn dan Quin, 1998; Schneider, 1990), sedangkan dalam penelitian ini kepuasan kerja karyawan dianalisis pengaruhnya secara langsung terhadap kepuasan pelanggan.

**Hipotesis 8.** Efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit mempunyai pengaruh langsung terhadap utilisasi jasa rumah sakit.

*Standardized regression weight* antara efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit dengan utilisasi jasa pelayanan adalah sebesar -0,63 dengan nilai  $t = -1,02$ . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hubungan tersebut tidak signifikan artinya bahwa dengan melakukan peningkatan efisiensi maka tidak selalu meningkatkan utilisasi jasa pelayanan rumah sakit. Hipotesis penelitian ini merupakan kebalikan dari hipotesis yang disampaikan oleh Heskett, Sasser dan Schlesinger (1997) yang membuktikan bahwa utilisasi berpengaruh langsung terhadap efisiensi dan premi harga.

Rangkuman hasil pengujian hipotesis dapat dilihat pada tabel 5.41 berikut ini

Tabel 5.41. RANGKUMAN HASIL PENGUJIAN HIPOTESIS

No.	Hipotesis	Keterangan
H1	RSU milik pemerintah pusat dapat dikelompokkan dengan menggunakan variabel kualitas pelayanan	Ditolak
H2	RSU milik pemerintah pusat dapat dikelompokkan dengan menggunakan variabel kinerja keuangan	-
H2.1	RSU milik pemerintah pusat dapat dikelompokkan dengan menggunakan indikator kinerja keuangan	Diterima $F > F_{(0,05)}$
H2.2	RSU milik pemerintah pusat dapat dikelompokkan dengan menggunakan dimensi kinerja keuangan	Diterima $F > F_{(0,05)}$
H3	Pangsa pasar mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, utilisasi jasa, dan efisiensi pengelolaan organisasi	-
H3.1	Pangsa pasar mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan	Ditolak $t = -1,35$
H3.2	Pangsa pasar mempunyai pengaruh langsung terhadap utilisasi jasa rumah sakit	Ditolak $t = -0,46$
H3.3	Pangsa pasar mempunyai pengaruh langsung terhadap efisiensi pengelolaan organisasi	Diterima $t = 2,59$
H4	Kompetensi karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap komitmen karyawan	Diterima $t = 5,05$
H5	Komitmen karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, manajemen mutu dan efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit	-
H5.1	Komitmen karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan rumah sakit	Ditolak $t = 1,20$
H5.2	Komitmen karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap manajemen mutu rumah sakit	Diterima $t = 5,72$
H5.3	Komitmen karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit	Ditolak $t = -0,30$
H6	Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung terhadap kinerja non keuangan yang meliputi kepuasan pelanggan internal, efisiensi pengelolaan organisasi dan kinerja keuangan rumah sakit	-
H6.1	Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan internal rumah sakit	Diterima $t = -2,21$
H6.2	Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit	Ditolak $t = -0,82$
H6.3	Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung terhadap kinerja keuangan rumah sakit	Ditolak $t = -0,77$
H7	Kepuasan pelanggan internal mempunyai pengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan eksternal	Ditolak $t = 0,17$
H8	Efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit mempunyai pengaruh langsung terhadap utilisasi jasa rumah sakit	Ditolak $t = -1,02$

Keterangan :  $\alpha = 0,05$  ;  $df = 3215$  ;  $t\text{-table}_{(df=3215; \alpha = 5\%)} = 1,645$

Dari hasil penelitian ini terdapat beberapa alasan mengapa tidak ada satupun variabel yang berpengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja keuangan rumah sakit umum milik Departemen Kesehatan ini. Hal-hal yang perlu mendapatkan perhatian sebagai alasan tidak ada variabel yang berpengaruh terhadap kinerja keuangan adalah sebagai berikut :

- a. Tidak adanya tenaga akuntansi yang 'kompeten' mengerjakan dan melakukan analisis terhadap keuangan rumah sakit dengan menggunakan '*accrual basis*' , sehingga dari pengamatan penulis tampak bahwa norma yang dipakai sebagai landasan untuk menilai kinerja keuangan rumah sakit masih sangat lemah, SDM yang mampu akuntansi sangat kurang dan catatan pendukung yang tidak memadai. Kesadaran karyawan terhadap betapa pentingnya proses akuntansi dilaksanakan di rumah sakit masih sangat kurang.
- b. Rumah sakit pemerintah tidak berorientasi pada '*profit*' tetapi lebih difokuskan pada tercapainya visi dan misi rumah sakit, yakni tercapainya hidup sehat bagi semua penduduk secara merata. Di samping itu memberikan layanan gratis terhadap orang miskin yang jumlahnya tidak sedikit juga merupakan beban bagi rumah sakit, sehingga dapat memicu terjadinya keuntungan yang selalu negatif.
- c. Budaya mencatat oleh karyawan medis, paramedis maupun non medis masih sangat rendah, padahal mencatat merupakan fondasi pokok terselenggaranya sistem akuntansi. Terdapat beberapa rumah sakit umum milik Depkes ini yang mulai memberlakukan sistem akuntansi melalui kedisiplinan dalam mencatat setiap transaksi. Untuk mendisiplinkan mencatat bagi karyawan membutuhkan waktu yang tidak sedikit (lebih dari 1 tahun).
- d. Dari pantauan penulis, ternyata supervisi yang berkaitan dengan pelaporan akuntansi tidak pernah dilakukan. Laporan yang dikirim ke Depkes sebagian besar

tidak mendapatkan umpan balik, dan terdapat beberapa pendapat bahwa laporan ke Depkes itu tidak wajib dilakukan.

- e. Tarif pelayanan di rumah sakit pemerintah pada umumnya berada di bawah dari unit cost, sehingga rumah sakit milik pemerintah untuk hidup harus disubsidi oleh pemerintah. Dengan banyaknya kunjungan maka subsidi yang diberikan juga akan meningkat. Untuk itu perlu dilakukan modifikasi dalam pelaporan akuntansinya sehingga akan dirasakan manfaatnya oleh pihak rumah sakit itu sendiri maupun masyarakat. Di samping itu, penggunaan peralatan dan bahan belum maksimal.
- f. Penggunaan standar akuntansi di rumah sakit belum sepenuhnya mengacu pada pedoman yang ada, dan pelaksana di rumah sakit belum paham betul mengenai teori-teori dalam akuntansi. Di samping itu laporan akuntansi rumah sakit pemerintah tidak pernah diaudit oleh akuntan publik sehingga ketaatan pada sistem akuntansi kurang dapat dipertanggungjawabkan

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bagian ini akan dibahas analisis hasil penelitian yang dilakukan pada bab sebelumnya. Hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa pengaruh pangsa pasar, kompetensi karyawan, komitmen karyawan dan manajemen mutu dan proses layanan internal rumah sakit terhadap kualitas pelayanan rumah sakit umum pusat di Indonesia menunjukkan hasil yang bervariasi. Demikian pula pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan internal, kepuasan pelanggan eksternal, utilisasi jasa rumah sakit, dan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit juga bervariasi. Di samping itu, penelitian ini juga melakukan analisis pengaruh variabel-variabel kepuasan pelanggan internal, kepuasan pelanggan eksternal, utilisasi jasa rumah sakit, proses layanan internal dan efisiensi pengelolaan organisasi terhadap kinerja keuangannya juga bervariasi. Untuk menguraikan variasi hubungan tersebut, berikut ini akan diuraikan perpaduan antara temuan empiris hasil penelitian yang telah diuji secara statistik dengan teori sebelumnya sehingga diperoleh suatu konsep pengembangan konstruk teori baru.

Hal yang cukup penting dari hasil penelitian ini dan akan dibahas awal dari hasil analisis lainnya adalah uji hipotesis tentang variabel kualitas pelayanan dan variabel kinerja keuangan yang dipakai sebagai pembeda kelas rumah sakit umum di Indonesia.

#### **6.1. Pengelompokan Rumah Sakit Umum Berdasarkan Kualitas Pelayanan**

Dari hasil uji statistik yang dilakukan terhadap variabel kualitas jasa kesehatan yang tidak signifikan untuk digunakan sebagai pembeda kelas rumah sakit umum di Indonesia ( $p > 0,05$ ) menunjukkan bahwa pembedaan kelas rumah sakit tidak dapat dilakukan dengan menggunakan variabel kualitas pelayanan. Hal tersebut menunjukkan bahwa kualitas pelayanan yang dipersepsikan konsumen tidak dapat

dipakai sebagai dasar pembeda untuk menentukan kelas rumah sakit disebabkan karena kualitas pelayanan rumah sakit sangat variatif. Hal tersebut membuktikan bahwa hipotesis yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan jasa kesehatan rumah sakit dapat membedakan kelas rumah sakit umum di Indonesia **tidak terbukti**.

## **6.2. Pengelompokan Rumah Sakit Umum Berdasarkan Kinerja Keuangan**

### **a. Pengelompokan berdasarkan Indikator Kinerja Keuangan**

Dari hasil uji statistik yang dilakukan terhadap indikator kinerja keuangan signifikan untuk digunakan sebagai pembeda kelas rumah sakit umum di Indonesia ( $p=0,000$ ) menunjukkan bahwa perbedaan kelas rumah sakit dapat dilakukan dengan menggunakan variabel kinerja keuangannya. Hal itu menunjukkan bahwa sudah saatnya Departemen Kesehatan dan Departemen Keuangan untuk mempertimbangkan bahwa kinerja keuangan dipakai sebagai dasar untuk menentukan kelas rumah sakit umum di Indonesia. Disini menunjukkan bahwa hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa indikator kinerja keuangan rumah sakit dapat membedakan kelas rumah sakit umum di Indonesia adalah **terbukti**.

Jika rumah sakit memang akan berubah menjadi Perjan (BUMN) maka telah ada indikator penilaian kinerja BUMN yang meliputi kinerja keuangan, kinerja operasional, dan kinerja manfaat bagi masyarakat. Mengingat kinerja BUMN yang ditetapkan dan kinerja RSU sebagai Perjan juga sudah ada (tetapi belum dilaksanakan) maka indikator tersebut (khususnya kinerja keuangan) harus dipakai sebagai salah satu cara untuk menentukan eselonisasi rumah sakit.

### **b Pengelompokan berdasarkan Dimensi Kinerja Keuangan**

Dari hasil uji statistik yang dilakukan terhadap dimensi kinerja keuangan yang terdiri dari dimensi likuiditas, aktivitas dan profitabilitas, ternyata signifikan untuk digunakan sebagai pembeda kelas rumah sakit umum di Indonesia ( $p=0,000$ ). Hal itu menunjukkan bahwa sudah saatnya Departemen Kesehatan dan Departemen Keuangan untuk mempertimbangkan bahwa dimensi kinerja keuangan dipakai sebagai dasar untuk menentukan kelas rumah sakit umum di Indonesia. Dapat dikatakan bahwa hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa dimensi kinerja keuangan rumah sakit dapat membedakan kelas rumah sakit umum di Indonesia adalah **terbukti**.

Dari 10 indikator yang dipakai sebagai ukuran kinerja keuangan meliputi rasio likuiditas sebanyak 2 indikator, rasio aktivitas sebanyak 3 indikator, rasio leverage sebanyak 2 indikator dan rasio profitabilitas sebanyak 3 indikator yang valid dan reliabel adalah 5 indikator yaitu rasio likuiditas 2 indikator, rasio aktivitas 2 indikator, rasio leverage tidak ada dan rasio profitabilitas 1 indikator. Penilaian kinerja keuangan tersebut dapat dilakukan dengan baik jika pelaksanaan pembukuan keuangan yang mengacu pada prinsip-prinsip akuntansi sudah dilaksanakan dengan benar. Untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara pihak administrasi rumah sakit dengan para dokter untuk bersama-sama memperbaiki akuntansi keuangan rumah sakit. Hal tersebut sesuai dengan pendapat dari Shulkin dan Rosenstein (1993) yang menyatakan bahwa permintaan terhadap pengendalian biaya, perbaikan kualitas perawatan dan peningkatan efisiensi membutuhkan kerjasama antara pihak administrasi rumah sakit dengan dokter. Prinsip efisiensi ekonomis untuk pengeluaran dalam rangka *quality of*

*care* harus dapat diterima juga oleh para dokter sebagai *manager of care* dalam pelayanan kesehatan rumah sakit.

### **6.3. Pangsa pasar mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, utilisasi jasa, dan efisiensi pengelolaan organisasi**

#### **a. Pengaruh pangsa pasar terhadap kualitas pelayanan**

Dari hasil perhitungan LISREL yang disajikan pada tabel 5.33 menunjukkan bahwa faktor pangsa pasar tidak mempunyai pengaruh terhadap kualitas pelayanan rumah sakit, yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar - 0,02 dan *t-value* (-1,35) yang lebih kecil dari nilai *t-tabel* ( $df=3215; \alpha=5\%$ ). Dari hasil tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa pangsa pasar tidak berpengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan. Ini berarti bahwa hipotesis yang diajukan bahwa terdapat pengaruh pangsa pasar terhadap kualitas pelayanan adalah **tidak terbukti**.

Hasil penelitian tersebut tidak mendukung penelitian sebelumnya yakni oleh Aaker dan Jacobson (1994) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang negatif antara pangsa pasar dan kualitas yang dirasakan oleh pelanggan. Di sini menunjukkan bahwa penelitian ini mempunyai arah pengaruh yang terbalik dari penelitian Aaker dan Jacobson (1994), di mana dalam penelitian ini pangsa pasar sebagai input. Penelitian ini juga bertentangan dengan penelitian Hellouf dan Jacobson (1999) yang menyimpulkan bahwa kualitas ditentukan oleh besarnya pangsa pasar dan peningkatan kualitas juga berhubungan dengan peningkatan pangsa pasar. Penelitian ini juga tidak mendukung pendapat dari Caminal dan Vives (1996) yang mengemukakan bahwa pengaruh peningkatan

pangsa pasar terhadap kualitas pelayanan mengandung dua aliran arah. Satu arah memberikan pengaruh positif (*positive effect*), yakni bertambahnya pangsa pasar yang ada dapat diinterpretasikan oleh pelanggan yang akan datang sebagai lebih tingginya kualitas relatif dan akan meningkatkan *demand* di masa mendatang. Arah lainnya adalah memberikan pengaruh negatif (*negative effect*) dimana pada saat terjadi peningkatan pangsa pasar secara besar-besaran maka terdapat sekelompok pelanggan tertentu merasakan bahwa kualitas yang dirasakan menurun. Teori tentang adanya hubungan antara pangsa pasar sebagai input dengan kualitas pelayanan yang dirasakan konsumen sebagai output tidak berlaku di rumah sakit umum milik pemerintah pusat. Meningkatnya pangsa pasar rumah sakit cenderung tidak meningkatkan atau menurunkan kualitas pelayanan secara langsung, tetapi meningkatnya pangsa pasar akan meningkatkan utilisasi jasa rumah sakit. Peningkatan utilisasi jasa pelayanan rumah sakit, dengan jumlah peralatan dan tenaga yang terbatas justru akan menurunkan kualitas pelayanan yang dirasakan pelanggan. Hal tersebut tampak pada koefisien regresi yang negatif walaupun tidak signifikan.

#### **b. Pengaruh pangsa pasar terhadap utilisasi jasa kesehatan rumah sakit**

Hasil perhitungan yang disajikan pada tabel 5.33 menunjukkan bahwa faktor pangsa pasar tidak mempunyai pengaruh terhadap utilisasi jasa kesehatan rumah sakit, yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar - 0,07 dan *t-value* (-0,46) yang lebih kecil dari nilai *t-tabel* ( $df=3215$ ;  $\alpha=5\%$ ). Jadi dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan langsung antara pangsa pasar dengan utilisasi jasa kesehatan rumah sakit **tidak terbukti**.

Pengukuran pangsa pasar yang menggunakan pendekatan '*Herfindahl Index*' (Scherer, F.M., 1980) yaitu perbandingan antara jumlah pasien yang keluar dari RS tertentu dibandingkan dengan jumlah pasien yang keluar dari RS di seluruh RS di wilayah yang bersangkutan, ternyata tidak berpengaruh terhadap utilisasi jasa pelayanan rumah sakit. Hal tersebut bertentangan dengan teori bahwa peningkatan kunjungan ulang (*repeat customer*) dan retensi pelanggan yang merupakan unsur dari utilisasi, merupakan awal dari peningkatan pangsa pasar. Dari hasil penelitian ini membuktikan bahwa peningkatan pangsa pasar rumah sakit tidak selalu diikuti oleh meningkatnya kunjungan atau pemanfaatan rumah sakit milik pemerintah pusat oleh pasien, tetapi pasien dapat memilih tempat pelayanan kesehatan yang mereka suka. Disini menunjukkan pula bahwa komoditi jasa kesehatan tidak selalu berorientasi pada harga yang murah, tetapi lebih kepada unit pelayanan yang paling cocok dan dipercaya oleh pasien. Meningkatnya pangsa pasar yang diikuti oleh upaya peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien, maka jumlah pemanfaatan rumah sakit akan meningkat.

### c. Pengaruh pangsa pasar terhadap efisiensi pengelolaan organisasi

Dari hasil perhitungan yang disajikan pada tabel 5.33 menunjukkan bahwa faktor pangsa pasar mempunyai pengaruh positif terhadap efisiensi pengelolaan organisasi jasa kesehatan rumah sakit, yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar 0,16 dan *t-value* (2,59) yang lebih besar dari nilai *t-tabel* ( $df=3215; \alpha=5\%$ ). Artinya hubungan tersebut signifikan pada  $\alpha = 0,05$ . Jadi dapat dikatakan bahwa terdapat pengaruh dari peningkatan pangsa pasar terhadap

peningkatan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit. Hal tersebut mendukung penelitian yang dilakukan oleh Reichbeld dan Sasser, (1990) dan Rust, et al. (1995) yang menyatakan bahwa peningkatan pangsa pasar akan meningkatkan skala ekonomi dan akan meningkatkan efisiensi pengelolaan organisasi.

#### **6.4. Kompetensi karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap komitmen karyawan.**

Pada tabel 5.33 menunjukkan bahwa kompetensi karyawan berpengaruh secara langsung terhadap komitmen karyawan terhadap organisasi rumah sakit, yang ditunjukkan oleh *nilai standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar 0,31 dengan *t-value* sebesar 5,05 yang lebih besar dari nilai *t-tabel* ( $df=3217$ ;  $\alpha=5\%$ ). Disini berarti bahwa kompetensi karyawan berpengaruh secara langsung, positif dan signifikan terhadap komitmen karyawan, atau dapat dikatakan bahwa hipotesis tentang kompetensi karyawan yang berpengaruh terhadap komitmen karyawan adalah terbukti. Penelitian ini membuktikan pendapat dari Kaplan dan Norton (1996) dan Mulyadi (1999) yang menyatakan bahwa karyawan akan memiliki komitmen yang tinggi bila ia melihat kemungkinan untuk belajar dan bertumbuh (*learning and growth*) dan sebagai individu merasakan bahwa kompetensi yang dimiliki mendapat penghargaan yang layak, sehingga dalam diri karyawan tersebut timbul komitmen. Greenberg dan Baron (1996) yang menyatakan bahwa salah satu faktor penentu komitmen adalah kompensasi finansial maupun non finansial, sedangkan kompensasi tersebut hanya akan diperoleh oleh karyawan yang mempunyai kompetensi tinggi. Artinya hubungan antara kompetensi dengan

komitmen terjadi melalui kompensasi finansial dan non finansial, sedangkan dalam penelitian ini kompetensi langsung berpengaruh terhadap komitmen karyawan.

## **6.5. Komitmen karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, manajemen mutu dan efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit.**

### **a. Pengaruh komitmen karyawan terhadap kualitas pelayanan**

Dengan menggunakan program yang sama yakni LISREL menunjukkan bahwa faktor komitmen tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan rumah sakit, yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar 0,02 dan *t-value* yang lebih kecil dari nilai *t-tabel* ( $df=3215, \alpha=5\%$ ).

Dari hasil tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa komitmen karyawan tidak berpengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan. Ini berarti bahwa hipotesis yang diajukan bahwa terdapat pengaruh komitmen karyawan rumah sakit terhadap kualitas pelayanan adalah **tidak terbukti**. Hal tersebut bertentangan dengan teori yang dikemukakan oleh Luthans (1996) bahwa komitmen yang tinggi akan meningkatkan produktivitas dan kualitas layanan oleh karyawan. Di sini menunjukkan bahwa di rumah sakit pemerintah, walaupun terdapat komitmen oleh karyawan dan karyawan sudah bekerja keras, tetapi bila jumlah kunjungan dan pasien yang dirawat melebihi kapasitas tenaga yang ada, maka kualitas pelayanan yang dirasakan pasien akan menurun. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa dengan komitmen saja tidak cukup untuk meningkatkan

kualitas pelayanan, tetapi komitmen yang didukung oleh pengadaan sumber daya yang memadai akan meningkatkan kualitas pelayanan.

#### **b. Pengaruh komitmen karyawan terhadap manajemen mutu rumah sakit**

Dengan menggunakan program yang sama yakni LISREL menunjukkan bahwa faktor komitmen mempunyai pengaruh langsung positif terhadap manajemen mutu rumah sakit yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar 0,42 dan *t-value* (5,72) yang lebih besar nilai *t-tabel* ( $df=3215$ ;  $\alpha=5\%$ ). Hubungan ini menunjukkan bahwa hubungan tersebut signifikan pada  $\alpha=5\%$ . Dari hasil tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa komitmen karyawan mempunyai pengaruh langsung, positif dan signifikan terhadap manajemen mutu rumah sakit. Ini berarti bahwa hipotesis yang diajukan bahwa terdapat pengaruh komitmen karyawan rumah sakit terhadap program manajemen mutu rumah sakit adalah **terbukti**. Kaplan dan Norton (1996) menyatakan bahwa program atau kegiatan yang dilaksanakan oleh perusahaan akan berhasil jika memiliki karyawan yang mampu (kompeten) dan *committed* terhadap program yang dilaksanakan perusahaan. Hauser dan Clausing (1988) menyatakan bahwa perbaikan terus menerus (*continous improvement*) yang merupakan salah satu paradigma dalam manajemen mutu terpadu, dapat diwujudkan bila terdapat komitmen antar karyawan, karyawan dan manajemen. John M.Kelly (1994) mengemukakan bahwa untuk keberhasilan implementasi dari manajemen mutu terpadu harus didukung oleh karyawan yang mempunyai komitmen pada kualitas.

### c. Pengaruh komitmen karyawan terhadap efisiensi pengelolaan organisasi

Dari tabel 5.33 menunjukkan bahwa faktor komitmen tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar -0,03 dan *t-value* (-0,30) yang lebih kecil dari nilai *t-tabel* ( $df=3215; \alpha=5\%$ ). Dari hasil tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa hipotesis yang diajukan yakni terdapat pengaruh komitmen karyawan rumah sakit terhadap efisiensi pengelolaan rumah sakit adalah **tidak terbukti**. Hal tersebut bertentangan dengan penelitian dari Becker (1966) yang menyatakan bahwa komitmen pada atasan berhubungan positif dengan kinerja. Menurut Schinnar (1990) kinerja dapat diukur melalui pengukuran produktivitas, efisiensi dan efektivitas, sehingga hasil sintesa kedua peneliti tersebut adalah bahwa komitmen berhubungan dengan efisiensi, dan untuk rumah sakit pemerintah hipotesis tersebut tidak terbukti. Di sini menunjukkan bahwa efisiensi pengelolaan di rumah sakit tidak sama dengan efisiensi yang dilakukan di perusahaan jasa lainnya. Komitmen di rumah sakit adalah komitmen terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai dengan prosedur operasional standar yang telah dibakukan, sedangkan prosedur yang standar membutuhkan SDM, peralatan dan bahan yang standar pula.

## 6.6. Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan internal, efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit dan kinerja keuangan rumah sakit.

### a. Pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan internal

Dari hasil yang telah disajikan pada tabel 5.33 dan gambar 5.10 menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh secara langsung dan negatif terhadap kepuasan pelanggan internal (karyawan) rumah sakit, yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar -0,37 dengan *t-value* sebesar -2,21 yang lebih besar dari nilai *t-tabel*<sub>(df=3215;  $\alpha=5\%$ )</sub>. Disini berarti bahwa kualitas pelayanan jasa berpengaruh secara langsung, negatif dan signifikan terhadap kepuasan pelanggan internal (karyawan), atau dapat dikatakan bahwa hipotesis tentang kualitas pelayanan yang berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan internal adalah **terbukti**. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya seperti Groomroos (1983), Churchill *et al.*, (1985). Kedua peneliti tersebut berpendapat bahwa kepuasan kerja berhubungan dengan kinerja perilaku karyawan dalam konteks penjualan. Pada waktu terjadi kontak layanan, kinerja perilaku karyawan dapat berupa kualitas layanan, yang dipersepsikan oleh pelanggan (Bitner, 1990). Persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan rumah sakit mengharuskan karyawan untuk bekerja lebih keras lagi. Upaya peningkatan kualitas yang dilakukan oleh para karyawan jika kurang mendapat dukungan sumber daya dari manajemen rumah sakit akan menurunkan kepuasan kerja karyawan.

Dalam penelitian ditunjukkan bahwa peningkatan kualitas pelayanan di rumah sakit kurang didukung oleh penyediaan sumber daya yang memadai sehingga kepuasan pelanggan internal menurun. Peningkatan kualitas pelayanan di rumah sakit juga diidentikkan oleh karyawan sebagai penambahan beban yang tidak diikuti oleh penambahan '*reward*' sehingga upaya peningkatan kualitas justru menurunkan kepuasan kerja karyawan secara signifikan.

### **b. Pengaruh kualitas pelayanan terhadap efisiensi pengelolaan organisasi**

Seperti halnya analisis sebelumnya yang juga menggunakan LISREL menunjukkan bahwa kualitas pelayanan tidak berpengaruh secara langsung terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit, yang ditunjukkan oleh *nilai standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar -0,16 dengan *t-value* sebesar -0,82 yang lebih kecil dari nilai *t-tabel* ( $df=3215; \alpha=5\%$ ), atau dapat dikatakan bahwa peningkatan kualitas pelayanan tidak akan menurunkan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa hipotesis tentang kualitas pelayanan yang berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit adalah tidak terbukti.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian Reicheld dan Sasser (1990) yang menyatakan bahwa peningkatan kualitas akan meningkatkan pembelian berulang. Pembelian berulang menurut Heskett, et al, (1994) akan meningkatkan pemanfaatan yang selanjutnya akan meningkatkan efisiensi pengelolaan, atau dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan akan berpengaruh terhadap pembelian berulang, selanjutnya mempengaruhi jumlah pemanfaatan dan berpengaruh terhadap efisiensi. Penelitian ini mengkaji hubungan langsung antara peningkatan kualitas pelayanan terhadap efisiensi pengelolaan, dan ternyata hubungan langsung dan tidak langsung antara kualitas pelayanan dengan efisiensi tidak ada (tabel 5.34, halaman 243).

### **c. Pengaruh kualitas pelayanan terhadap kinerja keuangan rumah sakit**

Seperti halnya analisis sebelumnya yang juga menggunakan LISREL menunjukkan bahwa kualitas pelayanan tidak berpengaruh secara langsung

terhadap kinerja keuangan rumah sakit, yang ditunjukkan oleh *nilai standardized regression weight* ( $\beta$ ) sebesar -6,64 dengan *t-value* sebesar -0,77 yang lebih kecil dari nilai *t-tabel*<sub>(df=3215,  $\alpha=5\%$ )</sub>, atau dapat dikatakan bahwa peningkatan kualitas pelayanan tidak akan berpengaruh terhadap kinerja keuangan menurunkan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa hipotesis tentang kualitas pelayanan yang berpengaruh terhadap kinerja keuangan rumah sakit adalah **tidak terbukti**. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Garvin (1988) yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh terhadap profit, demikian pula penelitian dari Harkey dan Vracin (1992).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk rumah sakit umum milik pemerintah peningkatan kualitas pelayanan tidak dimaksudkan untuk meningkatkan profit, tetapi untuk pencapaian visi dan misi rumah sakit, yakni meningkatnya derajat kesehatan penduduk secara merata dan berkesinambungan. Untuk rumah sakit milik pemerintah penilaian terhadap kinerja keuangan sulit dilakukan karena rumah sakit dibebani oleh misi pemerintah dalam rangka menyehatkan orang miskin sebagai fungsi sosial dari rumah sakit. Di samping itu, tarif pelayanan masih di bawah unit cost sehingga harus mencari bantuan/ subsidi untuk operasionalnya

#### **6.7. Kepuasan pelanggan internal berpengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan eksternal**

Dari analisis SEM dengan program LISREL, menunjukkan bahwa faktor kepuasan pelanggan internal (karyawan) tidak berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal (pasien), yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression*

*weight* sebesar 0,01 dengan *t-value* sebesar 0,17 yang lebih kecil dari nilai *t*-tabel, sehingga dapat dikatakan bahwa hubungan tersebut tidak signifikan. Dapat disimpulkan bahwa hipotesis tentang kepuasan pelanggan internal yang berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal rumah sakit adalah **tidak terbukti**. Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan Rucci, Kim dan Quinn (1998) yang menggunakan sistem pengukuran yang disebut *Total Performance Indicators* (TPI). TPI meliputi kepuasan pelanggan eksternal, kepuasan pelanggan internal dan profit. Kepuasan pelanggan internal mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal yang selanjutnya berpengaruh terhadap profit. Dalam kasus di rumah sakit ini, tampaknya kepuasan pelanggan internal tidak mengekspresikan kepuasannya tersebut untuk memuaskan pasiennya. Kepuasan kerja karyawan rumah sakit akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang dirasakan pasien sehingga akan meningkatkan penerimaannya.

#### **6.8. Efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit berpengaruh langsung terhadap utilisasi jasa pelayanan**

Pada tabel 5.33 dan gambar 5.10 terlihat bahwa efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit tidak berpengaruh terhadap utilisasi jasa pelayanan rumah sakit, yang ditunjukkan oleh nilai *standardized regression weight* sebesar -0,63 dengan *t-value* sebesar -1,02 yang lebih kecil dari nilai *t*-tabel ( $df=3215; \alpha=5\%$ ). Dapat disimpulkan bahwa hipotesis tentang efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit yang berpengaruh langsung terhadap utilisasi jasa pelayanan rumah sakit adalah **tidak terbukti**.

Penelitian tersebut kebalikan dari penelitian yang dilakukan oleh Dawkins dan Reichheld (1990) yang menggunakan 4 variabel yaitu biaya, peningkatan pembelian, premi harga dan komunikasi dari mulut ke mulut. Dawkins dan Reichheld (1990) menyatakan bahwa dengan lebih rendahnya biaya penjualan, menyebabkan pelanggan akan nyaman terhadap produk perusahaan tersebut, sehingga pelanggan akan meningkatkan pembeliannya. Peningkatan tersebut ekuivalen dengan jumlah penjualan yang lebih tinggi atau pemanfaatan terhadap produk atau jasa akan meningkat.

Efisiensi tidak berpengaruh pada utilisasi rumah sakit dikarenakan tarif di rumah sakit milik pemerintah ditetapkan oleh pemerintah dengan terlebih dulu mengakomodasi semua kepentingan di masyarakat, dan bukan disebabkan mekanisme pasar. Peningkatan utilisasi rumah sakit bukan disebabkan oleh tarif yang murah tetapi karena ada program bantuan layanan kesehatan bagi orang miskin, yang memperberat kondisi keuangan rumah sakit.

### **6.9. Temuan Teoritis**

Sebagaimana telah dikemukakan pada bab sebelumnya bahwa penelitian ini menghasilkan hubungan kausal antara faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas pelayanan seperti pangsa pasar, kompetensi karyawan, komitmen karyawan dan manajemen mutu serta proses layanan internal di rumah sakit dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja keuangan seperti kepuasan pelanggan internal, kepuasan pelanggan eksternal, utilisasi jasa, kualitas pelayanan dan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit, yang akan memberikan sumbangan bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Penelitian ini juga mengemukakan kinerja keuangan sebagai dasar untuk menentukan

pengelompokan rumah sakit dalam rangka eselonisasi, yang akan memberikan sumbangan bagi pengembangan rumah sakit di masa mendatang.

Dari hasil yang telah dilakukan terhadap analisis hubungan faktor-faktor terhadap kualitas pelayanan dan kinerja keuangan dan analisis 'cluster' faktor kualitas pelayanan dan kinerja keuangan dapat dijelaskan temuan teoritis yang dihasilkan, adalah :

1. Indikator dan dimensi kinerja keuangan rumah sakit secara signifikan dapat digunakan untuk dasar pengelompokan rumah sakit umum di Indonesia, menunjukkan bahwa sudah saatnya Departemen Kesehatan dan Departemen Keuangan mulai kerja bersama, untuk mempertimbangkan bahwa kinerja keuangan dapat dipakai sebagai dasar untuk menentukan kelas rumah sakit umum khususnya saat rumah sakit menjadi Perjan (BUMN). Di sini menunjukkan bahwa kelas rumah sakit yang lama yang menggunakan fasilitas dan jumlah dokter sudah harus dipertimbangkan lagi. Pendapat dari Shulkin dan Rosenstein (1993) yang menyatakan bahwa permintaan terhadap pengendalian biaya, perbaikan kualitas perawatan dan peningkatan efisiensi membutuhkan kerjasama antara pihak administrasi rumah sakit dengan dokter. Prinsip efisiensi ekonomis untuk pengeluaran dalam rangka *quality of care* harus dapat diterima juga oleh para dokter sebagai *manager of care* dalam pelayanan kesehatan rumah sakit.
2. Kualitas pelayanan tidak dapat dipakai sebagai dasar untuk mengelompokkan kelas rumah sakit, yang disebabkan kualitas pelayanan dalam penelitian ini diukur berdasarkan pendapat pasien, dan tidak dilakukan 'crosscheck' dengan pendapat karyawan rumah sakit. Untuk itu perlu dipertimbangkan untuk menggunakan indikator proksi dalam mengukur kualitas pelayanan rumah sakit. Di sini juga

- menunjukkan bahwa pengukuran keberhasilan bisnis melalui kualitas pelayanan jasa perlu dipertimbangkan bila akan diterapkan di rumah sakit pemerintah.
3. Pangsa pasar tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan rumah sakit, yang menolak penelitian sebelumnya yakni oleh Aaker dan Jacobson (1994) dan juga menolak penelitian Caminal dan Vives (1996) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang negatif antara pangsa pasar dan kualitas yang dirasakan. Pangsa pasar mempunyai pengaruh langsung dan negatif terhadap utilisasi jasa kesehatan rumah sakit, di mana hasil penelitian ini juga menolak penelitian yang dilakukan oleh Reed, Lemak dan Montgomery (1996). Pangsa pasar tidak mempunyai pengaruh terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit, yang menolak penelitian Reichbeld dan Sasser (1990) serta Rust et al., (1995).
  4. Kompetensi karyawan berpengaruh secara langsung terhadap komitmen karyawan, atau dapat dikatakan bahwa kompetensi berpengaruh terhadap kualitas pelayanan melalui komitmen karyawan. Hasil penelitian ini mendukung pendapat dari Kaplan dan Norton (1996) bahwa kualitas dapat terwujud jika pelayanan dilakukan oleh tenaga yang terampil (*skill*) dan berpengetahuan (*knowledge*) serta Greenberg dan Baron (1996) yang menyatakan bahwa salah satu faktor penentu komitmen adalah kompensasi finansial dan non finansial, yang hanya diperoleh oleh tenaga yang mempunyai kompetensi tinggi.
  5. Komitmen karyawan tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan rumah sakit, yang merupakan penolakan dari sintesis penelitian Becker (1966) yang menyatakan komitmen berhubungan dengan kinerja, dan penelitian Bolton dan Drew (1994) bahwa peningkatan kualitas dilakukan dalam rangka

meningkatkan kinerja yang berupa utilisasi dan efisiensi serta kinerja keuangan (Phillips, Chang dan Buzzell, 1983). Hasil temuan teoritis ini menunjukkan bahwa memang hubungan langsung antara komitmen karyawan dengan kualitas pelayanan rumah sakit itu tidak ada. Komitmen juga mempunyai pengaruh positif terhadap manajemen mutu yang membuktikan pendapat dari John M.Kelly (1994) bahwa keberhasilan pelaksanaan manajemen mutu terpadu harus dimulai dari membangun komitmen karyawan terhadap kualitas. Kaplan dan Norton (1996) menyatakan bahwa mutu proses pelayanan kesehatan hanya akan meningkat kalau karyawan mempunyai komitmen dan terlatih dalam pekerjaannya. Komitmen juga tidak berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan organisasi, yang merupakan penolakan dari sintesa pendapat Becker (1966) yang menyatakan bahwa komitmen berhubungan dengan kinerja, dan kinerja menurut Schinnar (1990) dapat diukur dari efisiensi, efektivitas dan produktivitas. Kaplan dan Norton (1996) mengemukakan bahwa kemampuan perusahaan untuk bersaing sangat ditentukan oleh kompetensi dan komitmen sumber daya manusia dan ketersediaan sarana dan prasarana serta teknologi yang memadai.

6. Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung, negatif dan signifikan terhadap kepuasan pelanggan internal, yang menolak penelitian dari Groonroos (1983) dan Churchil et al., (1985). Kepuasan kerja berhubungan dengan kinerja perilaku karyawan, dan pada waktu kontak maka kinerja perilaku karyawan tampak dari kualitas layanan yang dipersepsikan oleh pelanggan (Bitner, 1990). Kualitas pelayanan juga tidak berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian sebelumnya seperti Harkey dan Vracin (1992) yang menyatakan bahwa peningkatan kualitas akan menurunkan biaya

rawat tinggal pasien yang lebih rendah karena adanya perbaikan produktivitas dan *recovery* pasien yang semakin pendek.

7. Kepuasan pelanggan internal (karyawan) tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan eksternal (pasien), bertentangan dengan penelitian Rucci, Kim dan Quinn (1998) yang menyatakan bahwa kepuasan pelanggan internal mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal yang selanjutnya berpengaruh terhadap profit.
8. Efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit tidak berpengaruh langsung terhadap utilisasi jasa kesehatan yang tidak mendukung penelitian dari Dawkins dan Reichheld (1990) dan efisiensi berpengaruh negatif terhadap kinerja keuangannya, yang mendukung penelitian dari Dawkins dan Reichheld (1990) yang mengemukakan bahwa dengan biaya penjualan yang lebih rendah, menyebabkan jumlah penjualan meningkat, dan akan meningkatkan utilisasi jasa rumah sakit. Efisiensi pengelolaan organisasi berpengaruh negatif terhadap kinerja keuangan ini bertentangan dengan penelitian sebelumnya yakni oleh Banker et al., (1999) yang melakukan penelitian di hotel, di mana efisiensi diukur dengan *revenue per available room*, *expenses per available room* berpengaruh terhadap kinerja keuangan yang diukur dari *operating profit per available room*.

#### 6.10. Keterbatasan Penelitian

Dari hasil penelitian ini sebenarnya telah disadari bahwa temuan yang dihasilkan belum mampu memberi hasil yang benar-benar akurat dalam menjawab seluruh permasalahan yang menyangkut kualitas dan kinerja rumah sakit. Hal ini disebabkan

karena adanya beberapa keterbatasan yang dimiliki oleh peneliti sendiri juga hambatan-hambatan yang dialami selama melakukan penelitian, seperti :

- a. keterbatasan waktu dan kondisi responden yang sedang sakit dalam mengisi kuesioner, sehingga dikhawatirkan data yang diberikan tidak menunjukkan kondisi yang sebenarnya; untuk mengatasi bias tersebut dibutuhkan kesabaran, sehingga waktu pengumpulan data memerlukan waktu yang cukup panjang.
- b. data kinerja keuangan yang dibutuhkan sangat terbatas keberadaannya, dan mungkin kurang keakuratannya sehingga penelitian selanjutnya disarankan untuk menggunakan lokasi rumah sakit yang benar-benar sudah berubah statusnya menjadi Perjan (BUMN); metode akuntansi yang diterapkan masih sangat lemah, baik dari aspek tenaga yang melaksanakan dan budaya mencatat yang belum terbiasa di rumah sakit milik pemerintah.
- c. keterbatasan dukungan teori dan hasil penelitian terdahulu tentang perumahan saktan sangat terbatas lebih-lebih penelitian di rumah sakit pemerintah, sehingga pembuktian hasil penelitian ini dengan teori pendukungnya relatif sangat terbatas, ungkapan teori dalam penelitian ini sebagian besar adalah jasa non rumah sakit dan rumah sakit swasta di luar negeri, sehingga karakteristik yang spesifik tidak tampak
- d. sampel yang mengisi kuesioner dalam penelitian ini ditetapkan pemberi jasa (pelanggan internal) dan pengguna jasa (pelanggan eksternal) yang diharapkan melakukan evaluasi terhadap kualitas pelayanan, manajemen, proses layanan dan komitmennya pada organisasi rumah sakit dalam jumlah yang sangat terbatas, dan sampel pasien adalah pasien yang sedang menjalani rawat inap di rumah sakit pemerintah dan tidak di rumah sakit swasta. Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya

menggunakan pasien yang telah tuntas menjalani perawatan dan pengobatannya di RS BUMN atau di RS swasta, dengan melakukan kunjungan rumah pasca perawatan sehingga bias yang terjadi dapat diminimalkan.

- e. kualitas pelayanan dalam penelitian ini merupakan pendapat dari pelanggan, sedangkan pelanggan sendiri sangat terbatas pengetahuannya tentang penyakitnya sehingga jawaban pelanggan dimungkinkan terjadi bias. Untuk penelitian selanjutnya dapat digunakan variabel tidak langsung (proksi) untuk mengukur kualitas pelayanan.
- f. data laporan keuangan rumah sakit pemerintah walaupun sudah ada pedomannya, masih belum dilaksanakan sepenuhnya dan tidak adanya audit dari akuntan publik, sehingga ketaatannya tidak dapat dipertanggungjawabkan. Di samping itu, pedoman akuntansinya masih dapat dikatakan menggunakan pola *cash basis* dan belum sepenuhnya menggunakan *accrual basis*, sehingga bagi peneliti berikutnya perlu mempertimbangkan kemungkinan kinerja keuangan dipakai sebagai indikator kinerja rumah sakit mengingat fungsi sosial dari rumah sakit.

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

Dari hasil analisis dan pembahasan yang telah dilakukan sebelumnya maka dapat ditarik beberapa kesimpulan yaitu :

- 7.1.1. Indikator dan dimensi kinerja keuangan rumah sakit secara signifikan ( $p=0,000$ ) dapat dipakai sebagai dasar untuk mengelompokkan rumah sakit umum di Indonesia. Di sini menunjukkan bahwa kelas rumah sakit yang lama yang menggunakan fasilitas dan jumlah dokter sudah harus dipertimbangkan lagi dengan memasukkan faktor kinerja keuangan.
- 7.1.2. Indikator dan dimensi kualitas pelayanan rumah sakit tidak dapat dipakai sebagai dasar untuk mengelompokkan rumah sakit; untuk itu perlu dikaji ulang dengan menggunakan indikator proksi dari kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit.
- 7.1.3. Pangsa pasar tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, yang menunjukkan bahwa meningkatnya pangsa pasar yang tidak diikuti oleh meningkatnya kualitas pelayanan disebabkan pengelolaan dana di RSUP sejak tahun 1997 sudah tidak berstatus swadana lagi tetapi sebagai instansi pengguna Penerimaan Negara bukan Pajak (PNBP). Sebagai pengguna PNBP maka semua dana yang masuk RS harus disetor kepada negara dan rumah sakit tidak mempunyai otoritas penggunaan dana tersebut, termasuk untuk peningkatan kualitas. Pangsa pasar tidak berpengaruh langsung terhadap utilisasi jasa kesehatan yang membuktikan bahwa pasien yang keluar dari rumah sakit tidak langsung meningkatkan utilisasi jasa rumah sakit tetapi melalui kondisi kesehatan

pasien itu sendiri, apakah mereka sehat atau sedang sakit. Pangsa pasar berpengaruh langsung positif terhadap efisiensi pengelolaan rumah sakit, disebabkan karena skala ekonomi yang lebih besar. Penelitian ini menolak penelitian Aaker dan Jacobson (1994); Caminal dan Vives (1996) yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh negatif antara pangsa pasar dengan utilisasi jasa kesehatan rumah sakit, dan juga menolak penelitian Ree, Lemak dan Montgomery (1996), dan Hellöfs dan Jacobson (1999) yang menyatakan terdapat pengaruh positif pangsa pasar terhadap utilisasi jasa. Pangsa pasar mempunyai pengaruh positif terhadap efisiensi pengelolaan rumah sakit mendukung penelitian Reichheld dan Sasser (1990) serta Rust et al., (1995)

- 7.1.4. Kompetensi karyawan berpengaruh langsung terhadap komitmen karyawan, artinya bahwa upaya yang dilakukan manajemen untuk meningkatkan kompetensi anggota organisasi rumah sakit akan memberikan dampak langsung terhadap peningkatan komitmen. Penelitian ini membuktikan pendapat yang dikemukakan oleh Kaplan dan Norton (1996) bahwa kualitas pelayanan rumah sakit dapat diberikan oleh karyawan yang mempunyai kompetensi dan komitmen, dan mendukung penelitian Greenberg dan Baron (1996) bahwa salah satu penentu komitmen adalah kompensasi yang diperoleh dari karyawan yang mempunyai kompetensi tinggi.
- 7.1.5. Komitmen karyawan tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan rumah sakit, menolak sintesis dari penelitian terdahulu yakni oleh Becker (1966) yang menyatakan bahwa komitmen berpengaruh terhadap kinerja serta penelitian dari Bolton dan Drew (1994) yang menyimpulkan bahwa kualitas berpengaruh terhadap utilisasi dan efisiensi. Komitmen berpengaruh langsung

penelitian Rucci, Kim dan Quinn (1998) yang menyatakan bahwa kepuasan pelanggan internal mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal yang selanjutnya berpengaruh terhadap profit.

7.1.7. Efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit tidak berpengaruh langsung terhadap utilisasi jasa kesehatan, menolak hasil penelitian oleh Dawkins dan Reichheld (1990) yang mengemukakan bahwa efisiensi menyebabkan jumlah penjualan yang meningkat. Efisiensi pengelolaan secara teoritis akan menurunkan biaya satuan, yang akan menurunkan harga jualnya. Di rumah sakit pemerintah yang berstatus instansi pengguna PNBK, penurunan biaya tersebut disetor ke Dep. Keuangan sedangkan harga jual atau tarif ditetapkan oleh pihak pemerintah. Inilah yang menyebabkan efisiensi di rumah sakit tidak berpengaruh terhadap utilisasi jasa yang disebabkan oleh tarif yang tidak berubah.

## 7.2. S a r a n

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian, maka berikut ini dikemukakan beberapa saran yang akan menjadi implikasi dari hasil penelitian ini, adalah :

7.2.1. Bagi peneliti berikutnya, disarankan untuk menggunakan indikator tidak langsung (*proxi indicator*) untuk mengukur variabel kualitas pelayanan dan mencoba menerapkannya di rumah sakit pemerintah (daerah atau pusat) atau rumah sakit yang benar-benar sudah menjadi Perjan. Indikator kinerja keuangan tidak harus menggunakan 4 dimensi (likuiditas, aktivitas, leverage dan profitabilitas) tetapi dapat menggunakan indikator pertumbuhan *revenue* atau penerimaan fungsional atau *cash flow* sesuai dengan tahapan pertumbuhan rumah sakit, seperti dalam *Balanced Scorecard* (Kaplan dan Norton, 1996).

- 7.2.2. Penggunaan laporan keuangan yang didasarkan pada Standar Akuntansi Keuangan Rumah Sakit Pemerintah yang diberlakukan di RSUD milik Departemen Kesehatan sejak tahun 1996 belum dapat dilaksanakan dengan baik, sehingga menimbulkan interpretasi yang kurang benar. Untuk itu agar dapat digunakan sebagai indikator kinerja rumah sakit Perjan, maka pelaksanaan akuntansi di rumah sakit harus diselenggarakan dengan benar berdasarkan kaidah dan prinsip akuntansi yang benar. Di samping merekrut tenaga sarjana akuntansi (strata 1 akuntansi) di rumah sakit, perlu pula dibudayakan kebiasaan mencatat semua transaksi (penerimaan dan pengeluaran) dan mensosialisasikan pentingnya akuntansi keuangan di rumah sakit, mengingat indikator kinerja rumah sakit ditinjau dari aspek keuangan, operasional serta mutu dan kemanfaatan bagi masyarakat. Supervisi terhadap pelaksanaan akuntansi rumah sakit oleh Departemen Kesehatan harus lebih diintensifkan, karena pelaksanaan akuntansi di rumah sakit belum memadai.
- 7.2.3. Kualitas pelayanan rumah sakit dapat ditingkatkan melalui peningkatan komitmen karyawan di mana seluruh anggota organisasi rumah sakit dituntut untuk selalu *'committed'* terhadap visi dan misi yang telah disepakati, mengembangkan kerjasama diantara mereka serta melakukan evaluasi terhadap hasil kegiatannya untuk selalu memenuhi harapan masyarakat
- 7.2.4. Mengingat kompetensi karyawan tidak berpengaruh secara langsung terhadap peningkatan kualitas, tetapi melalui variabel antara komitmen karyawan, maka disarankan kepada manajemen rumah sakit untuk selektif terhadap pemilihan jenis pelatihan yang akan diikuti karyawannya, dengan mempertimbangkan kemampuan sumber daya untuk mengimplementasikan hasil pelatihan di rumah sakitnya.

- 7.2.5. Kualitas pelayanan rumah sakit harus ditingkatkan secara berkelanjutan, bukan hanya peningkatan secara seremonial saja tetapi peningkatan kualitas yang selalu *'built in'* dalam setiap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mengingat dengan kualitas pelayanan yang baik akan sangat mempengaruhi kepuasan karyawan, kepuasan pasien, peningkatan utilisasi, perbaikan proses layanan internal dan peningkatan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit.
- 7.2.6. Dalam upaya meningkatkan kunjungan (utilisasi) rumah sakit yang akan meningkatkan kinerja keuangannya, maka orientasi kepada kepuasan pasien di satu pihak dan peningkatan proses layanan di rumah sakit di lain pihak, harus mulai dibudayakan di rumah sakit pemerintah sehingga *'image'* masyarakat terhadap rumah sakit pemerintah sebagai rumah sakit yang tidak bermutu dan tidak nyaman menjadi berkurang di mata masyarakat.
- 7.2.7. Tidak berpengaruhnya kepuasan kerja karyawan terhadap kepuasan pasien memberi indikasi bahwa karyawan khususnya perawat yang terlibat langsung dalam proses pelayanan kesehatan belum memiliki budaya kerja yang baik, yang kurang mengimplementasikan secara penuh norma-norma keperawatan, disarankan kepada pihak manajemen untuk terus melakukan upaya perbaikan kesejahteraan karyawan, khususnya pemberian makanan untuk perawat yang berdinam sore dan malam hari serta perbaikan pembagian jasa medis secara merata dan transparan.
- 7.2.8. Dalam rangka otonomi daerah, maka disarankan bagi RSUD untuk mulai mempersiapkan pengelolaan keuangan daerah yang berbasis laporan keuangan yang handal dan dapat dipercaya dengan berdasar pada Standar Akuntansi Keuangan Pemerintah (SAKP) tetapi tetap mengedepankan fungsi pelayanannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aaker, David A., and Robert Jacobson. 1994. "The Financial Information Content of Perceived Quality", *Journal of Marketing*, 58 (May): 191-201
- Adikoesoemo, Suparto, 1995. *Manajemen Rumah Sakit*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta
- Alma, Buchari, 1998. *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*, Penerbit Alfa Beta, Bandung
- Anderson, Eugene W., Claes Fornell & Donald R. Lehmann, 1994. Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability : Findings from Sweden, *Journal of Marketing*, vol58 (July): 53-68
- Aniroen, Soemarja, 1991. Kebijakan Depkes dalam Upaya Peningkatan mutu Pelayanan RS, , *IRSJAM*, 24 (Juli-Desember): 11 -13
- Anthony, Robert N., John Dearden and Vijay Govindarajan. 1992. *Management Control System*. Seventh Edition, Richard D. Irwin, Inc., Homewood
- Arbuckle, J.L. 1997. *AMOS User's Guide : SPSS*, Small Waters Corporation
- Ariani, Dorothea Wahyu. 1999. *Manajemen Kualitas*. Andi Offset Yogyakarta, hal 9
- Armistead, C.G., and G. Clark. 1996. Customer service and support (Layanan dan dukungan kepada pelanggan). PT Elex Media Komputindo - kelompok Gramedia, Jakarta
- Banker, Rajiv D., Gordon Potter and Dhinu Srinivasan. 1999. An Empirical Investigation of an Incentive Plan that Includes Nonfinancial Performance Measures. *The Accounting Review*, 75 (1) January : 65-92
- Bettis, R.A. 1983. Modern Financial Theory, Corporate Strategy and Public Policy, Three Conundrums. *Academy of Management Review*, 8 (3) : 406-415
- Brelin, Harvey K., Kimberly S. Devenport, Lyell P. Jennings and Paul F. Murphy, 1997. *Focussed Quality, Managing for Results*, (terjemahan), Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta
- Brigham, Eugene F. 1985. *Financial Management : Theory and Practice*. The Dryden, USA
- Brotowasisto, 1994. Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. *Cermin Dunia Masyarakat*, no. 90

- Buzzell, R.D. and B.T. Gale, 1987. *The Profit Impact of Marketing Strategy Principles : Linking Strategy to Performance*. 3<sup>rd</sup> edition, The Free Press, New York
- Caminal, Ramon and Xavier Vives ,1996. "Why Market Share Matter: An Information-Based Theory," *Rand Journal of Economics*, 27 (Summer) : 221-239
- Carey, Kathleen and Theodore Stefos, 1992. Measuring inpatient and outpatient costs : A Cost function approach. *Health Care Financing Review*, 14 (2) Winter : 116-125
- Chawla, Mukesh, Peter Berman, 1996. *Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy: Methodological Guidelines*, Harvard University-HHRAA, Washington DC.
- Chang, Y.N. and Filemon Campo-Flores, 1989. *Business Policy and Strategy : Text and Cases*, Goodyear Publishing Company, Inc., Santa Monica, California
- Chase, Richard B. and Nicholas J.Aquilano, 1995. *Production and Operations Management : Manufacturing and Services*, Richard D.Irwin Inc., USA
- China, Craig, 1990. Five Steps to Service Excellence. *The Journal of Services Marketing*. 4 (2) Spring : 39-47
- Chouw,Chee W., Denis Ganulin, Kamal Haddad, James Williamson. 1998."The Balanced Scorecard : A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management", *Journal of Health Care Management* 43(3) May/Juni : 263-280
- Churchil, Gilbert A., Jr., Neil M.Ford, Steven W.Hartley, and Orville C.Walter. Jr. 1985. The Determinants of Salesperson Performance: A Meta Analysis. *Journal of Marketing Research*. Vol. 22 (May) : 103-118
- Cleverley,William O. 1981. "Financial Ratios: Summary Indicators for Management Decisions Making. *Hospital and Health Services Administration* 26 (Special 1): 26-47
- , 1992. *Essentials of Health Care Finance*, Second Edition, Aspen Publication, Rockville, Maryland, USA
- , and K.Nilsen, 1992. "Assessing Financial Position with 29key ratios" *Hospital Financial Management* 10(1) January: 30-36
- Cody, Marisue, Lois Friss and Zeina C.Hawkinson, 1997. Predicting Hospital Profitability in Short-term General Community Hospitals. *Health Management Care*, 20 (33) : 324-329

- Corrigan, John. 1998. Performance measurement : knowing the dynamics. *Management Accounting*, December , p. 30-32
- Craig, James C., and Robert M.Grant. 1996. *Strategic Management*. Terjemahan. Penerbit PT Alex Media Komputindo, Gramedia, Jakarta
- Cravens, David W. 1991. *Strategic Marketing*. Third Edition, Rochard D.Irwin,Inc. Homewood, Illinois
- Cronin Jr., J.Joseph., and Steven A.Taylor. 1992. "Measuring Service Quality : A Reexamination and Extension", *Journal of Marketing*, 56(3): 55-68
- Davidoff, D.M.1994. *CONTACT : Customer Service in the Hospitality and Tourism Industry*. Prentice Hall, New York.
- Dawkins, Peter and Frederick F.Reicheld. 1990. *Customers Retention as a Strategic Weapon : Directors and Boards*. No. 14 (Summer), p. 41-47
- Day, George S., Allan D.Shocker, and Rajendra K.Srivastava, 1979. Customer-Orientated Approaches to Identifying Product Markets, *Journal of Marketing*, 43 (Fall) : 8-19
- , and Robin Wensley. 1988. Assessing Advantage : A Framework for Diagnosing Competitive Superiority. *Journal of Marketing*. April, p. 1-20
- Dean Jr, James W. and David E.Bowen, 1994. Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice through Theory development. *Academy of Management Review*. 19 (3) : 392-418
- Departemen Keuangan R.I., 1992. Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum. *Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 983/Menke/SK/XI/1992*, Jakarta
- , 1993. *Pedoman Unit Swadana*, Direktorat Jenderal Anggaran, Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I., 1998. *Profil Kesehatan Indonesia 1998*. Pusat Data dan Informasi Depkes RI, Jakarta.
- , 1999. Laporan Tahunan Pusat Data Kesehatan tahun 1998/ 1999. Pusat Data dan Informasi, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000. *Profil Kesehatan Indonesia 2000*. Pusat Data dan Informasi Depkes RI, Jakarta
- Direktorat Jendral Pelayanan Medik, 1988. Petunjuk Pelaksanaan Klasifikasi Rumah Sakit Umum Swasta. *Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik*. No. 0072/Yanmed/RSKS/SK/1988, Jakarta
- , 1999. *Hasil Evaluasi Laporan Akuntansi Keuangan Rumah Sakit Tahun Anggaran 1998/1999*. Jakarta

- , 2000. *Hasil Evaluasi Laporan Akuntansi Keuangan Rumah Sakit Tahun Anggaran 1999/2000*. Jakarta
- , 2002. *Pedoman Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Perusahaan (RKAP) Rumah Sakit Perjan*. Jakarta
- Eastaugh, Steven R. 1993. Hospital Strategy and Financial Performance, *Health Care Management Review*, 17(3).
- Egan, Gerard, 1993. *Adding Value : A Systematic Guide to Business-Driven Management and Leadership*. San Fransisco : Jossey-Bass Publishers.
- Engel, James F., Roger D.Blackwell, and Paul W.Miniard, 1993. *Consumer Behavior*, Seventh Edition . The Dryden Press, Florida.
- Ewel, Charles M, 1986. Evaluation of Administration and Organizational Effectiveness in Hospitals, *Hospital Health Services Administration*, Winter, p 9-26
- Ferdinand, Agusty. 2000. *Structural Equation Modeling dalam Penelitian Manajemen*. Aplikasi Model-model Rumit dalam Penelitian untuk Tesis S2 dan Disertasi S3. Badan penerbit Universitas Diponegoro, Semarang
- Fitzsimmons, James A., Mona J.Fitzsimmons. 1994. *Service Management for Competitive Advantage*. First edition, Singapore:Mc Graw-Hill Book, Co.
- Gani, Ascobat, 1994. Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan, *Cermin Dunia Kedokteran*, (90) : 34-40.
- , 2000. Model Pembiayaan dalam Menunjang Mutu Pelayanan Rumah Sakit Menjawab Tantangan AFTA 2003. *Temu Karya Manajemen Peningkatan Mutu Pelayanan RS dalam Menjawab Tantangan AFTA 2003 serta Aspek Medio Legal*. Kanwil Depkes Propinsi Jawa Timur, Surabaya.
- Garvin, D.A.1984. What does Product Quality Really Mean?. *Sloan Management Review*, Fall : 25-43
- , 1988. *Managing Quality : The Strategic and Competitive Edge*., Free Press, New York
- Gaspersz, Vincent, 1997. *Manajemen Kualitas dalam Industri Jasa*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Glueck, William F. and C.H.Jauch, 1993. *Manajemen Strategi dan Kebijakan Perusahaan* (terjemahan Supriono), Edisi Pertama, Erlangga, Jakarta
- Goes, James B. and Chun Liu Zhan, 1995. The Effects of Hospital Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance. *Health Services Research*, 30 (4) : 507-530

- Gronroos C., 1990. *Service Management and Marketing : Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Lexington Books, Lexington, Mass.
- , 1993. Relationship Marketing: The Strategic Continuum. *Journal of the Academy of Marketing Science* (23) : 252-254
- Hair, J.F., R.E. Anderson, R.L. Tatham, and W.C. Black. 1992. *Multivariate Data Analysis*. Fourth Edition, New Jersey: Prentice Hall
- Hansen, Don & Maryanne M. Mowen, 2000. *Cost Management : Accounting and Control*, South-Western Publishing Co., Cincinnati, Ohio
- Harkey, John and Robert Vracin, 1992. 'Quality of Care and Financial Performance: Is there a link?', *Health Care Management Review*, 17(4).
- Hartline, Michael D., O.C. Ferrel, 1996. The Management of Customer-Contact Service Employees ; An Empirical Investigation", *Journal of Marketing*, 60 (4) : 52-70
- Hermanson, Roger H., Edward Don James, and Salmonson, 1984. *Financial Accounting*. Plano, Texas : Business Publishing Inc.
- Herzlinger, Regina E., Denise Nitterhouse, 1997. *Financial Accounting and Managerial Control for Nonprofit Organizations*. College Division, South-western Publishing Co., Cincinnati, Ohio.
- Heskett, J.L., T.O. Jones, G.W. Loveman, W.E. Sasser, Jr., and L.A. Schlesinger, 1994. "Putting the service-profit chain to work," *Harvard Business Review*, (March-April): 164-174
- , W Earl Sasser, Jr, and Leonard A Schlesinger, 1997. *The Service Profit Chain*, New York : Free Press.
- Hoffker, J., and C. Goldenberg. 1994. "Using Balanced Scorecard to Develop Company wide Performance Measure." *Journal of Cost Management* 8 (3): 5-17
- Indradjaja, S., 1996. Perubahan Manajemen Rumah sakit dalam era yang Kompetitif, *IRSJAM*, 43 (Juli-Sept) : 12-15
- Jacobalis, Samsi, 1989. *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, PT Citra Windhu Satria, Jakarta
- , 1995. 'Manajemen Mutu dan Biaya', *Cermin Dunia Kedokteran*, no.91
- Jacobson, Robert and David A. Aaker. 1987. The Strategic Role of Product Quality. *Journal of Marketing* 51(October): 31-44

- Jauch, Lawrence R. and William F. Glueck, 1999. *Manajemen Strategis dan Kebijakan Perusahaan*. Edisi Bahasa Indonesia, Edisi ketiga, Penerbit Erlangga, Jakarta, hal 59
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, 1990. *Primer on Indicator Development and Application, Measuring Quality of Health care*. Joint Commission, Oakbrook Terrace III. Washington DC
- Jones, Charles P., 1986. *Introduction to Financial Management*, Homewood : Richard D.Irwin Inc.
- Joreskog, Karl G and Dag Sorbom, 1996. *LISREL 8 User's Reference Guide*. Scientific Software International Inc., Chicago
- Kaplan, R.S. and David P.Norton. 1992. The Balanced Scorecard : Measures that drive performance, *Harvard Business Review* (January-February): 71-79
- , 1993. Putting the Balanced Scorecard to Work. *Harvard Business Review*. Boston, pp 134
- , 1996. *The Balanced Scorecard : Translating Strategy Into Action*, Boston, MS : Harvard Business Scholl Press
- Keiningham, Timothy, Anthony J.Zahorik, and Roland T.Rust. 1994/1995. Getting Return on Quality. *Journal of Retail Banking Services* 16(40): 7-12
- Koontz, Harold, Cyril O'Donnell, Heinz Wehrich, 1984. *Management, Eight Edition*, Mc Graw Hill Inc, New York
- Kosen, Soewarta, Thomas J.Bossert, Budi Harsono, Bagus Trihandoyo, 1997. *Implementation of Hospital Autonomy Policy, Indonesian Experience*, Health Services Research and Development Center, MOH, Jakarta.
- Kotler, Philip, 1997. *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*, Terjemahan, Edisi 9e, Buku I dan II, PT Prenahallindo, Jakarta : 83
- , and Alan R. Andreasen. 1995. *Strategi Pemasaran untuk Organisasi Nirlaba* (terjemahan), Gajah Mada University Press, Yogyakarta, hal 15-17
- Kroll, Mark, Peter Wright and Richard A.Heiens, 1999. "The Contribution of Product Quality to Competitive Advantage : Impacts on Systematic Variance and Unexplained Variance in Returns", *Strategic Management Journal*. (20): 375-384
- Laksmna, Arsono dan Yeni Absah. 2000. Analisis Pengaruh proses bisnis internal terhadap kinerja keuangan pada Stasiun Radio Siaran swasta FM di Surabaya dan sekitarnya. *Majalah Ekonomi*. Tahun X no.3: 134-147

- Leger, A.S. St, H. Schnieden and J.P. Walsworth-Bell, 1993. *Evaluating Health Services Effectiveness*, Open University Press, Milton Keynes, Philadelphia
- Levitz, Gary S., and Paul P. Brooke, Jr. 1985. Independent versus System-Affiliated Hospitals: A Comparative Analysis of Financial Performance, Cost and Productivity. *Health Services Research* 20 (3) August: 315-339
- Long, J.S. 1983. *Covariance Structure Models, An Introduction of LISREL*. Newbury Park, London, New Delhi : Sage Publications, Inc.
- Lovelock, Christopher H. 1991. *Service Marketing*, 2<sup>nd</sup> Edition, Prentice-Hall International Inc., Englewood Cliff., New Jersey.
- Loveman, Gary W, 1998. "Employee Satisfaction, Customer Loyalty, and Financial Performance : An Empirical Examination of the Service Profit Chain in Retail Banking", *Journal of Service Research* 1 (1) : 18-31.
- Luthans, F. 1996. *Organizational Behavior*. Seventh Edition. New York : McGraw-Hill International
- Madsen, Gregory E. 1993. The Essence of Service Excellence is to Delight the Customer and Exceed His or Her Expectations, *Bank Marketing*. October :40-41
- Massie, 1985. Essentials of Management, dalam : Indrajaya, 1996. Perubahan Manajemen Rumah sakit dalam era yang Kompetitif, *IRSIAM*, 43 (Juli-Sept) : 12-15
- Mick, Stephen S. and Christopher G. Wise, 1996. Downsizing and Financial Performance in Rural Hospitals, *Health Care Management Review*. 21(2) Spring: 16-25
- Mitrani, A., Daziel, M., and Fitt.D. 1992. *Competency Based Human Resource Management : Value Driven Strategies for Recruitment, Development and Reward*. Kogan Page Limited London : 45-55
- Moeis, Emmyr F., (1995) ,Budaya Mutu sebagai Bagian Integral Manajemen Rumah Sakit. *IRSIAM*, (35) Jan-Maret : 1-4
- Mulyadi, 1999. Relevansi Opportunity Mindset dalam Strategic Planning, *Manajemen Usahawan Indonesia*, 28 (6), Juni
- , dan Johnny Setiawan, 1999. *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*. Aditya Media, Yogyakarta
- Nazir, Moh. 1988. *Metode Penelitian*. Cetakan Ketiga, Ghalia Indonesia
- Oliver, 1997. *Satisfaction A Behavioral Perspective on the Consumer*, McGraw Hill International Editions

- Oswald, Sharon L., Douglas E. Turner, Robin L. Snipes, and Daniel Butler, (1998). "Quality Determinants and Hospital Satisfaction : Perceptions of the Facility and Staff might be Key Influencing Factors", *Marketing Health Services*, 20 (Spring): 19-22
- Paramita, Budi. 1985. *Struktur Organisasi di Indonesia*. Cetakan kedua, Bagian Penerbitan Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Jakarta.
- Parasuraman A, Valerie A Zeithaml, Leonard L. Berry. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Implication for Future Research. *Journal of Marketing*, 49 (Fall): 41-50
- , 1988. SERVQUAL : A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64 (1)
- , Leonard L. Berry and Valerie A. Zeithaml, 1994. Understanding Customer Expectations of Service, *Sloan Management Review*, 32 (Spring)
- , Valerie A. Zeithaml, and Leonard L. Berry. 1994. Reassessment of Expectation as Comparison Standar in Measuring Service Quality : Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 58 (January), p. 111-124
- Phillips, L.W., D.R. Chang, and R.D. Buzzell, 1983. Product Quality, Cost Position and Business Performance : A Test of Some Key Hypotheses, *Journal of Marketing*, 47 (Spring) : 26-43
- Porter, Michael E. 1980. *Competitive Strategy : Techniques for Analyzing Industries and Companies*. USA: The Free Press
- , 1994. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York : The Free Press.
- Power, Tom, 1988, *Introduction To Management In The Hospitality Industry*, John Willey & Sons, Inc: Singapore : 487
- Pudjirahardjo, Widodo J. 1997. Total Quality Management dan Mutu Rumah Sakit. *Makalah pada Orientasi Gugus Kendali Mutu Rumah Sakit*, Kanwil Depkes. Prov. Jawa Timur, 24 Juni. Surabaya
- Reeves, C.A. and D.A. Bednar, 1994. Defining Quality : Alternatives and Implications, *Academy and Management Review*, 19 (3) : 419-445
- Reed, R., D.J. Lemak and J.C. Montgomery. 1996. Beyond Process TQM Content and Firm Performance, *Academy of Management Review*, 21(1): 173-202
- Reichheld, Frederick. 1993. Loyalty-Based Management. *Harvard Business Review*, 71 (March-April), pp. 64-74
- , and W.E. Sasser, Jr. 1990. Zero Defections : Quality Comes to Services, *Harvard Business Review*, 68 (5) : 105-111

- Rhee, B.D. 1996. Consumer Heterogeneity and Strategic Quality Decisions, *Management Science*, 42 (2) : 157-172
- Rijanto, Bambang. 1996. *Dasar-dasar Pembelian Perusahaan*. Edisi keempat. BPFE Yogyakarta
- Robbin , Stephen P. 1993. *Organization Behavior : Concept, Controversies, and Application*. 6<sup>th</sup> edition, Gajah Madada University Press : 325-345
- Russell, Roberta S. and Bernard W.Taylor. 1996. *Production and Operations Management, Focussing on Quality and Competitiveness*. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey
- Rust, Roland T., and Anthony J.Zahorik, 1993. Customer Satisfaction. Customer Retention and Maket Share, *Journal of Retailing*, 69 (2)
- , and T.L. Keiningham, 1995. "Return on Quality (ROQ) : Making Service Quality Financially Accountable", *Journal of Marketing*, 59 (2) : 58-70
- Rucci, Anthony J., Steven P.Kim, and Richard T.Quinn. 1988. The Employee-Customer Profit Chain at Sears. *Harvard Business Review* 76 (January-February); 84-97
- Schinnar, Stephen P. 1990. *Marketing Strategy, A Customer-Driven Approach*, New Jersey : 303-304
- Setiawan, Johny, 1999. Cost Management : Pembangunan Shareholder Value. *Seminar Strategic Cost Management*. FK-UGM Yogyakarta, 28 September.
- Shank and Govindarajan, 1993. *Strategic Cost Management*, New York : The Free Press
- Sheth, Jagdish N., Banwari Mittal, and Bruce I. Newman. 1999. *Customer Behavior. Consumer Behavior and Beyond*. The Dryden Press, Oralado FL.
- Shortel, S.M., and A.D. Kaluzny. 1988. *Health Care Management : A Text in Organization Theory and Behavior*. 2<sup>nd</sup> edition, New York: A Wilye Medical Publication : 5-37
- Singarimbun, Masri. 1989. *Pengantar Metode Survai*. Edisi Kedua, Penerbit Universitas Gajah Mada, Yogyakarta
- Spencer, M. Lyle and Signe M.Spencer. 1983. *Competence at Work : Models for Superior Performance*. John Wiley & Sons, Inc. , New York : 117-125
- Stott, K. Walker. 1995. *Teams, Teamwork & Teambuilding. The manager's complete guide to teams in organizations*. 1<sup>st</sup> edition. Singapore : Prentice Hall, p. 99-100
- Sudharsan, 1995. *Strategic Marketing*. McGraw-Hill Book Company, New York

- Sumanth, David J. 1984. *Productivity Engineering and Management: Productivity measurement, evaluation, planning, and improvement in Manufacturing and Service Organizations*. McGraw-Hill Book Company, New York
- Supriyanto S. 1988. *Evaluasi Bidang Kesehatan C.V.Brata Jaya Offset*, Surabaya: 24
- Swan, John E. and Lind J.Combs. 1976. Product Performance and Consumer Satisfaction : A New Concept. *Journal of Marketing*. Vol. 40 (April) : 25-33
- Swastha, Basu, 1994. Persaingan menuju Efisiensi Biaya Rumah Sakit, *Berita Kedokteran Masyarakat*, 10 (1)
- Taylor, Steven A. and J.Joseph Cronin Jr. 1994. Modeling Patient Satisfaction and Service Quality. *Journal of Health Care Marketing*. 14 (Spring) : 34-44
- Tomes,A.E. and Chee Peng Ng S. (1995). Service Quality in Hospital Care : The Development of an In-patient Questionnaire, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (3): 25-33
- Trisnantoro, Laksono, 1999. Rumah Sakit sebagai Lembaga Usaha yang Sosial. *Proceeding Seminar Nasional PERSI*. Jakarta
- ,1999. Aplikasi Balanced Scorecard di Rumah Sakit. *Pelatihan Rencana Strategik Rumah Sakit*. 18-20 Juli, Jakarta
- , Zebua. 1999. Evaluasi Perencanaan Anggaran di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 02 (03)
- ,2001. Menilai kinerja RS Pendidikan melalui Balanced Scorecard. *Simposium Ikatan Rumah Sakit Indonesia (IRSPI)*. Yogyakarta 16-17 Maret
- , Daniel Manurung. 2001. Dampak perubahan Lingkungan terhadap Sifat dan Bentuk Manajemen Rumah Sakit, *Makalah Seminar Otonomi Rumah sakit*, 15 Pebruari, Jakarta
- Tuchman, 1980. dalam Reeves,C.A. and D.A.Bednar, 1994. Defining Quality : Alternatives and Implications, *Academy and Management Review*. 19 (3) : 419-445
- Tuomi, Ikka. 1999. *Corporate Knowledge Theory and Practice of Intelligent Organizations*. Metaxis, Helsinki, Finland : 121-237
- Valerona, Joseph, and Frank A.Sloan. 1988. Hospital Profitability and Capital Structure : A Comparative Analysis, *Health Services Research* 23 (3) August: 343-357
- Vogel, Bruce W., Barbara Langland-Orban, and Louis C.Gapenski, 1993. Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospital, *Health Care Management Review*, 18 (2).

- Ward, P.T., G.K.Leong and K.K.Bayer. 1994. Manufacturing Proactiveness and Performance. *Decisions Sciences*. 25 (3) : 337-358
- Westbrook, Robert A. and Michael D.Reilly. 1983. Value-Percept Disparity : An Alternative to the Disconformation of Expectation Theory of Consumer Satisfaction, in *Advances in Consumer Research*. R.P.Bagozzi and Alice M.Tybout, eds. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, p. 256-261
- Weston, J.Fred., & Thomas E.Copeland, 1991. *Managerial Finance* 8 th Ed. (Revised Edition), The Dryden Press, Los Angeles.
- World Bank, 1987. *Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform*. Oxford University Press
- , 1993. *Investing in Health : World Development Report*. Oxford University Press
- Wright, Peter, Charles D.Pringle, dan Mark J.Kroll, 1992. *Strategic Management : Text and Cases*, Allyn and Bacon, Boston
- Yuwono, Sony, Edy Sukarno, Muhammad Ichsan. 2002. *Petunjuk praktis penyusunan Balanced Scorecard : Menuju organisasi yang berfokus pada strategi*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, hal 29
- Zahorick, Anthony J., and Keiningham, 1995. Customer Satisfaction. Customer Retention and Maket Share, *Journal of Retailing*, 69 (2) : 12-26
- , and Roland T Rust, 1992. Customer Satisfaction. Customer Retention and Maket Share, *Journal of Retailing*, 69 (2) : 12-26
- Zastowny, T.R., K.S.Roghamn, and A.Hengst. 1983. Satisfaction with Medical Care : Replications and Theoritic Reevaluation", *Medical Care*, 21 (3)
- Zeithaml, Valerie A. 2000. Service Quality, Profitability, and the Economic Worth of Customers: What we know and what we need to learn. *Journal of the Academy Marketing Sciences*. 28 (1): 67-85
- , A.Parasuraman and Leonard L.Berry, 1985. *Delivering Service Quality, Balancing Customer Perceptions and Expectations*, The Free Press, MacMillan Inc., New York
- Zeller, Thomas L., Brian B.Stanko, and William O.Cleverley. 1997. Perspective on Hospital financial ratio analysis, *Health Care Management*, Nov : 62-66