

anggaran mengkoordinasi kegiatan perencanaan, maka komite itu akan meninjau kembali dan mengevaluasi beberapa laporan yang berisi perencanaan yang berasal dari masing-masing bagian. Komite anggaran harus menilai apakah anggaran yang disusun oleh masing-masing bagian realistis dan searah dengan sasaran rumah sakit secara keseluruhan, karena anggaran juga merupakan tolok ukur pengukuran kinerja, maka komite anggaran harus menilai apakah perencanaan itu disusun berdasarkan standar prestasi yang logis. Apabila ditemukan kesalahan pada laporan yang diajukan masing-masing bagian, komite anggaran akan berkonsultasi dengan bagian yang bersangkutan mengenai perbaikan yang perlu dilakukan. Dari penjelasan tersebut ada kejelasan bahwa dalam penyusunan anggaran biasanya dilakukan oleh masing-masing bagian. Rapat komite anggaran lebih banyak bersifat rapat koordinatif yang berfungsi membentuk keserasian pendapat.

Departemen anggaran dalam proses penyusunan anggaran hanya bertindak sebagai fasilitator bagi komite anggaran maupun manajer sebagai pelaksana anggaran. Departemen anggaran tidak menyusun anggaran, tetapi departemen ini menganalisis anggaran secara rinci dan memastikan bahwa anggaran telah disiapkan semestinya, selain itu informasi yang terkandung di dalamnya harus akurat. Bila ditemukan penyimpangan-penyimpangan, maka harus segera dilakukan tindak lanjut, misalnya meneliti berbagai penyebab timbulnya penyimpangan dan bila perlu melakukan revisi anggaran

#### **E. Data Finansial RS Islam Surabaya**

Untuk melihat sampai seberapa jauh hasil dari kinerja finansial dari RS Islam Surabaya, maka peneliti melihat dari data sekunder, yang berupa Laporan Realisasi

Anggaran tahun terakhir yaitu realisasi tahun 2002, yang meliputi rincian dari pusat pertanggung jawaban sesuai dengan bagian-bagian secara struktural. Untuk itu bisa dilihat pada Lampiran 9, yang menunjukkan bahwa kinerja finansial dari masing-masing pusat pertanggung jawaban baik pusat laba, pusat biaya maupun pusat pendapatan.

Selain itu agar bisa melihat kinerja finansial sebagai pengaruh dari kinerja operasional maka, peneliti mengambil rincian biaya dari ruang perawatan yang diambil sebagai sampel yaitu Ruang VIP, dan ruang Kelas III, untuk dibandingkan dengan pendapatannya dimana dalam hal ini kedua unit tersebut sebagai suatu pusat laba yang harus mempertanggung jawabkan pendapatan maupun biayanya

Dari segi biaya per unit atau *unit cost* ruang VIP relatif tinggi, karena dengan tempat tidur yang sedikit yaitu 9 TT harus menanggung biaya sekian besar, sehingga biaya per unit sebesar Rp 262.318,- dengan laba per unit sebesar Rp 189.812,- dengan asumsi BOR sebesar  $\pm 40\%$ . Sedangkan untuk ruang kelas III dengan jumlah tempat tidur yang relatif banyak yaitu  $\pm 44$  TT, nilai biaya per unit sebesar Rp 26.051,-, dengan laba per unit yang sangat kecil yaitu sebesar Rp 23.949,- dengan asumsi BOR sebesar  $\pm 80\%$ .

Dari aspek efisiensi maka mengembangkan ruang perawatan VIP lebih menguntungkan daripada mengembangkan ruang kelas III, tetapi harus diimbangi dengan peningkatan mutu pelayanan yang lebih fokus atau didasarkan pada kebutuhan dan harapan pasien. Untuk melihat seberapa besar efisiensi yang perlu dipertimbangkan dalam upaya pengembangan unit yang menguntungkan dan mendatangkan laba yang optimal, maka dapat dilihat dari Tabel 5.29, yang memberikan gambaran mengenai kinerja finansial pusat laba, dalam hal ini diambil R. VIP dan R. Kelas III

Tabel 5.1 Kinerja Finansial Pusat Laba (R. VIP dan R. Kelas III ) RS Islam Surabaya Tahun 2002

Keterangan	Ruang VIP	Ruang Kelas III
1. Pendapatan	Rp 594.100.000,-	Rp 642.400.000,-
2. Biaya :		
a) Pegawai	Rp 101.520.000,-	Rp 161.790.000,-
b) Obat dan bahan habis pakai medis	Rp 25.776.000,-	Rp 27.367.000,-
c) Suplies non medis	Rp 8.881.200,-	Rp 12.735.300,-
d) Listrik, air dan telepon	Rp 64.075.000,-	Rp 48.934.700,-
e) Pemeliharaan	Rp 20.462.900,-	Rp 10.231.400,-
f) Penyusutan	Rp 27.885.400,-	Rp 22.256.200,-
g) Makanan	<u>Rp 96.086.250,-</u>	<u>Rp 51.392.000,-</u>
Total Biaya	Rp 344.686.750,-	Rp 334.706.600,-
3. Laba	Rp 249.413.250,-	Rp 307.693.400,-

### 5.3 Tabulasi Data

Untuk kepentingan hipotesis yang telah diajukan, data-data yang terkumpul ditabulasi sesuai dengan kebutuhan, baik secara kualitatif maupun kuantitatif yang didapat dari kecenderungan jawaban responden atas pertanyaan dari masing-masing variabel. Hal itu dilakukan untuk mendapatkan hasil secara deskriptif atas hasil penelitian yang didapat dari data primer yaitu berupa persepsi manajer dan pasien sebagai responden penelitian.

### 5.3.1 Karakteristik Sistem Penganggaran

#### 1. Partisipasi dalam Proses Penyusunan Anggaran

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Partisipasi dalam proses penyusunan anggaran, terlihat dalam tabel 5.2

Tabel 5.2 Tingkat Partisipasi dalam Proses Penyusunan Anggaran di RS Islam Surabaya tahun 2003

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Keterlibatan	6	16	26	24	13	15	100
Frekuensi pendapat	4	16	35	27	12	6	100
Pengaruh usulan	1	12	30	29	22	6	100
Kontribusi usulan	1	10	38	27	19	5	100
Permintaan Pendapat	3	24	34	15	11	9	100
Total	15	78	163	126	77	41	500
%	3	15,6	32,6	25,2	15,4	8,2	100
Rata-Rata	2,5	13	27,2	21	12,8	6,8	83,3
Mean 17,0500	Standart Deviasi 5,0540		Minimum 5		Maximum 30		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.2 dapat diketahui bahwa partisipasi para manajer dalam proses penyusunan anggaran, yang meliputi pertanyaan nomor (1) keterlibatan dalam proses penganggaran, (2) frekuensi dalam menyatakan pendapat, (3) pengaruh usulan dalam anggaran cukup ditanggapi oleh pimpinan, (4) kontribusi penting usulan terhadap anggaran, (5) pimpinan selalu meminta pendapat dan pemikiran dari manajer dalam menentukan anggaran, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah

agak tinggi dengan *mean qualitative* sebesar 27,2 dan 32,6% dari total jawaban. Sedangkan dari *mean quantitative* sebesar 17,05 dan *standar deviasi* sebesar 5,054 dengan rentang aktual 5-28 untuk 5 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan sementara bahwa partisipasi manajer dalam proses penyusunan anggaran agak tinggi

## 2. Tingkat Kesulitan Anggaran

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Tingkat Kesulitan Anggaran, terlihat dalam tabel 5.3

Tabel 5.3 Tingkat Kesulitan Anggaran di RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Rendah	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Tingkat pencapaian	3	7	34	17	35	4	100
Usaha keras	1	7	14	27	44	7	100
Tingkat Pengetahuan	4	9	22	26	37	2	100
Kategori pencapaian	4	13	14	32	33	4	100
Total	12	36	84	102	149	17	500
%	3	9	21	25,5	37,3	4,2	100
Rata-Rata	2	6	14	17	24,8	2,8	66,6
Mean 10,4400	Standart Deviasi 3,4122		Minimum 4		Maximum 24		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.3 dapat diketahui bahwa tingkat kesulitan dalam mencapai target anggaran, yang meliputi pertanyaan nomor (1) tingkat pencapaian target anggaran, (2) Usaha keras yang diperlukan untuk mencapai anggaran, (3) tingkat pengetahuan atau ketrampilan yang diperlukan untuk mencapai sasaran anggaran, (4) Kategori tingkat

pencapaian target anggaran, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah rendah dengan *mean qualitative* sebesar 24,8 dan 37,2% dari total jawaban dengan *mean kuantitatif* sebesar 10,4400, *standar deviasi* sebesar 3,4122, dan rentang aktual sebesar 6 – 23 untuk 4 item pertanyaan Maka dapat disimpulkan sementara bahwa tingkat kesulitan dalam pencapaian anggaran rendah.

### 3. Tingkat Perhatian Manajemen Puncak

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Tingkat Perhatian Manajemen Puncak, terlihat dalam tabel 5.4

Tabel 5.4 Tingkat Perhatian Manajemen Puncak dalam Proses Penganggaran di RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Perhatian Mereview	18	32	27	17	5	1	100
Perhatian Mengesahkan	12	30	36	20	1	1	100
Perhatian Tindak lanjut	6	36	38	13	5	2	100
Kontribusi Usulan	3	33	43	13	6	2	100
Sikap rasa Tidak puas	6	25	43	18	6	2	100
Total	45	156	187	81	23	8	500
%	3	15,6	32,6	25,2	15,4	8,2	100
Rata-Rata	7,5	26	31,1	13,5	3,8	1,3	83,3
Mean 20,9500	Standart Deviasi 4,18840		Minimum 5		Maximum 30		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.4 diketahui bahwa tingkat perhatian pimpinan dalam proses penyusunan anggaran, yang meliputi pertanyaan nomor (1) perhatian pimpinan dalam mereview anggaran, (2) perhatian pimpinan dalam pengesahan anggaran, (3) perhatian

pimpinan dalam menindak lanjuti hasil anggaran yang dicapai, (4) perhatian pimpinan dalam memberikan umpan balik atas hasil anggaran yang dicapai, (5) sikap pimpinan dalam menunjukkan rasa ketidakpuasan atas kinerja unit, jika anggaran tidak tercapai, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah agak tinggi dengan *mean qualitative* sebesar 31,1 dan 37,4% dari total jawaban, dengan *mean quantitative* sebesar 20,9500, *standar deviasi* sebesar 4,1884, dan rentang aktual sebesar 5 - 30 untuk 5 item pertanyaan Maka dapat disimpulkan sementara bahwa tingkat perhatian pimpinan dalam proses penyusunan anggaran tinggi.

#### 4. Derajat Keadilan

Tabel 5.5 Derajat Keadilan dalam Proses Penganggaran di RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Peran serta Manajer	3	25	25	21	16	10	100
Pelimpahan Wewenang	3	19	26	28	17	7	100
Keterlibatan Pimpinan	11	31	33	13	7	5	100
Tingkat Rasionalitas	2	23	52	13	9	1	100
Kesetaraan Beban tugas	1	19	41	29	7	3	100
Total	20	117	177	104	56	26	500
%	3,8	22,2	37	21,8	10,7	4,5	100
Rata-Rata	3,8	22	37	22	11	4,5	100
Mean 22,3900	Standart Deviasi 4,9846		Minimum 5		Maximum 30		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.5 diketahui bahwa derajat keadilan sebagai suatu tingkat kesetaraan dalam proses penyusunan anggaran, yang meliputi pertanyaan nomor (1) peran serta

manajer selama proses penyusunan anggaran, (2) tingkat pelimpahan wewenang dalam pelaksanaan anggaran, (3) keterlibatan pimpinan dalam mereview dan mengesahkan anggaran, (4) tingkat rasionalitas alasan yang dikemukakan pimpinan, jika melakukan revisi atau menolak usulan anggaran, (5) kesetaraan beban tugas dalam pelaksanaan anggaran, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah agak tinggi dengan *mean qualitative* sebesar 37 dan 37% dari total jawaban, dengan *mean quantitative* sebesar 22,3900, *standar deviasi* sebesar 4,9846, rentang teoritis sebesar 6 – 36 dan rentang aktual sebesar 8 - 32 untuk 6 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan bahwa tingkat kesetaraan dalam proses penyusunan anggaran agak tinggi

### 5. Peran Departemen Anggaran

Tabel 5.6 Peran Departemen Anggaran dalam Proses Penganggaran di RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Keterlibatan	5	24	30	24	11	6	100
Komunikasi Informasi	3	14	34	25	16	8	100
Analisis dan Rekomendasi	0	14	31	36	17	2	100
Administrasi Revisi	2	24	34	36	9	5	100
Komunikasi Evaluasi	2	16	26	37	16	3	100
Total	12	92	130	173	69	24	500
%	2,4	18,4	26	34,6	13,8	4,8	100
Rata-Rata	2	15,3	21,6	28,8	11,5	4	83,3
Mean 14,7600	Standart Deviasi 4,6169		Minimum 5		Maximum 30		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.6 diketahui bahwa peran unit anggaran dalam proses penganggaran, yang meliputi pertanyaan nomor (1) keterlibatan unit anggaran dalam penganggaran, (2) peran unit anggaran dalam mengkomunikasikan informasi anggaran, (3) peran unit anggaran dalam menganalisis dan merekomendasi usulan anggaran, (4) peran unit anggaran dalam mengadministrasikan revisi anggaran, (5) peran unit anggaran dalam mengkoordinasikan dan mengkomunikasikan evaluasi anggaran, jawaban responden yang dominan adalah agak rendah, dengan *mean qualitative* sebesar 28,8 dan 34,6% dari total jawaban dengan *mean quantitative* 14,7600, *standar deviasi* 4,6169. Maka dapat disimpulkan bahwa peran departemen anggaran agak rendah

## 6. Pelimpahan Wewenang

Tabel 5.7 Pelimpahan Wewenang dalam Proses Penganggaran di RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat De- mokratis	Demokra- tis	Agak De- mokratis	Agak otoriter	Otoriter	Sangat otoriter	
Peningkatan Pengeluaran	0	12	35	29	12	12	100
Perubahan Tarif	0	9	47	19	17	6	100
Peningkatan Investasi	0	11	41	30	12	6	100
Mutasi Pegawai	0	13	36	35	9	7	100
Pengembangan staf	0	9	38	32	14	7	100
Total	0	54	197	145	64	38	400
%	0	10,8	39,4	29	12,8	6,3	100
Rata-Rata	0	9	32,8	24,1	10,6	7,6	66,6
Mean 16,6100	Standart Deviasi 4,2448		Minimum 4		Maximum 24		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.7 diketahui bahwa sistem pelimpahan wewenang di RS Islam Surabaya, meliputi pertanyaan nomor (1) peningkatan pengeluaran operasional unit, (2) perubahan tariff tindakan atau jasa unit, (3) peningkatan pengeluaran investasi di unit, (4) penambahan atau pengurangan jumlah pegawai di unit, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah agak demokratis, dengan *mean qualitative* sebesar 32,8 dan 39,4% dari total jawaban Dengan *mean quantitative* sebesar 16,6100, *standar deviasi* sebesar 4,2448, dan rentang aktual sebesar 6 – 24 dengan 4 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan bahwa sistem pelimpahan wewenang yang telah dilaksanakan di RS Islam Surabaya adalah bahwa diusulkan oleh manajer unit, keputusan dibuat bersama-sama antara pimpinan dan manajer

### 5.3.2 Motivasi Manajer

#### 1. Motivasi Intrinsik

Tabel 5. 8 Motivasi Intrinsik Manajer RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Kemauan Berprestasi	21	45	27	5	1	1	100
Mengembang Kemampuan	19	51	23	5	1	1	100
Bekerja lebih Baik	29	43	22	5	0	1	100
Penyesalan kegagalan	33	44	18	2	1	2	100
Total	102	183	90	17	3	5	500
%	25,5	45,75	22,5	4,25	0,75	1,25	100
Rata-Rata	17	30,5	15	2,8	0,5	0,8	66,6
Mean 19,4900	Standart Deviasi 3,1798		Minimum 4		Maximum 24		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.8 diketahui bahwa motivasi intrinsik dari para manajer RS Islam Surabaya, yang meliputi pertanyaan nomor (1) kemauan manajer berprestasi, (2) keinginan manajer mengembangkan kemampuan kerja, (3) keinginan manajer bekerja lebih baik dari hari sebelumnya, (4) penyesalan manajer bila tanggung jawabnya mengalami kegagalan, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah tinggi dengan *mean qualitative* sebesar 30,5 dan 45,75 % dari total jawaban, dengan *mean kuantitatif* sebesar 19,4900 dan *standar deviasi*, dan rentang aktual sebesar 5 – 24, untuk 4 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan sementara bahwa motivasi intrinsik dari para manajer sangat tinggi.

## 2. Motivasi Ekstrinsik

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Motivasi Ekstrinsik, terlihat dalam tabel 5.9

Tabel 5.9 Motivasi Ekstrinsik Manajer RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Hubungan atas dan bawahan	23	55	15	5	2	0	100
Hubungan ke- lompok kerja	8	60	25	7	0	0	100
Peran kepe- mimpinan	14	42	28	15	1	0	100
Penghargaan	3	17	42	18	15	5	100
Total	48	174	110	45	18	5	500
%	12	43,5	27,5	11,25	4,5	1,25	100
Rata-Rata	8	29	18,3	7,5	3	0,8	66,6
Mean 17,7400	Standart Deviasi 2,6614		Minimum 4		Maximum 24		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.9 diketahui bahwa motivasi ekstrinsik dari manajer RS Islam Surabaya, yang meliputi pertanyaan nomor (1) hubungan kerja dengan atasan dengan rasa percaya, (2) hubungan kerja dalam kelompok kerja, (3) peran yang diberikan pimpinan kepada manajer dalam hal kepemimpinan, (4) penghargaan yang diberikan pimpinan jika melebihi pencapaian target anggaran, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah tinggi dengan *mean qualitative* sebesar 29 dan 43,5 % dari total jawaban, dengan *mean quantitative* sebesar 17,7400 dan *standar deviasi* sebesar 2,6614, dan rentang aktual sebesar 11 – 22, untuk 4 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan sementara bahwa motivasi ekstrinsik dari para manajer tinggi.

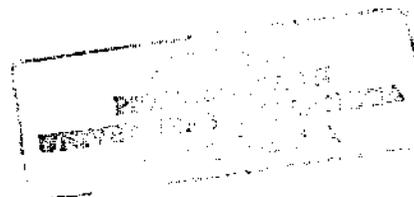
### 5.3.3 Kinerja Operasional

#### A. Aspek Internal

Hasil wawancara dengan manajer penanggung jawab ruang perawatan rawat inap terpilih sebagai sampel dalam penelitian ini yaitu Ruang VIP dan Kelas III yaitu Ruang C, Ruang D dan Ruang Anak, mengenai variabel kinerja operasional yang ditinjau dari sisi Internal diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Teknologi Ruang VIP, meliputi :
  - a. Bahwa Inovasi teknologi peralatan pelayanan di Ruang VIP berdasarkan prioritas perencanaan rumah sakit yang dimulai dari usulan unit pengguna.
  - b. Tingkat kecanggihan dan keandalan yang cukup dalam perlengkapan dan peralatan medis maupun non medis, dengan kelengkapan yang memadai dan memenuhi standart pelayanan.

- c. Kewajaran dalam pemanfaatan atau pemakaian alat sangat menjadi perhatian manajemen, agar pasien tidak merasa terbebani diluar yang menjadi kebutuhan.
2. Mutu Layanan di Ruang VIP, dalam hal ini mutu layanan yang bersifat non medis, meliputi :
    - a. Inovasi pengembangan fisik ruangan dan perlengkapan yang bersifat penunjang pelayanan di Ruang VIP berdasarkan pada prioritas perencanaan rumah sakit yang diawali dari usulan unit pengguna.
    - b. Tingkat prioritas penyediaan fasilitas fisik untuk kenyamanan dan kenikmatan pasien, relatif tinggi bahkan menjadi prioritas utama, karena tariff yang relatif tinggi dibandingkan dengan ruangan lainnya.
    - c. Tingkat pembinaan petugas terkait dengan keramahan dan empathy pada pasien cukup bagus dan menjadi prioritas program
  3. Mutu Yanmed di Ruang VIP, dalam hal ini terkait dengan pelayanan yang bersifat medis, yang meliputi :
    - a. Dalam hal peningkatan profesionalisme petugas medis, baik dalam hal peningkatan pengetahuan ataupun ketrampilan, berdasarkan prioritas perencanaan rumah sakit, dengan diawali usulan unit terkait sesuai dengan kebutuhan
    - b. Tingkat profesionalisme petugas medis yang tinggi dan sesuai dengan standar medis yang ditetapkan
    - c. Tingkat keandalan dan kecermatan yang tinggi atas penggunaan peralatan medis maupun obat-obatan



- d. Tingkat ketepatan yang tinggi atas indikasi medis oleh para dokter, menambah dipercayainya profesionalisme yang diberikan
4. Efisiensi di Ruang VIP, dalam hal ini terkait dengan upaya melaksanakan *cost containment* atas semua beban yang dikeluarkan dalam unit pelaksana, meliputi :
    - a. Upaya efisiensi oleh pihak manajemen atas semua yang menjadi beban unit kerja dalam rangka penetapan tariff , dilakukan atas dasar prioritas perencanaan rumah sakit, dan biaya per unit pelayanan atau *unit cost* per hari per pasien.
    - b. Tingkat pencapaian target anggaran cukup rendah, karena pemanfaatan yang relatif rendah pula.
    - c. Atas dasar dua hal diatas, maka manajemen berupaya menekan biaya dengan meningkatkan pemanfaatan dan pendapatan, dengan demikian diharapkan dapat mencapai laba maksimal.
    - d. Untuk itu diupayakan terus peningkatan kualitas pelayanan dengan pemilihan pelayanan yang paling menguntungkan untuk ditingkatkan, dan menekan atau menghapus pelayanan yang tidak menguntungkan, agar dapat mencapai target yang ditetapkan

Sedangkan untuk Kelas III yang meliputi Ruang C untuk perawatan sakit dewasa, Ruang D untuk perawatan bersalin, dan Ruang Anak-anak kelas III untuk perawatan sakit anak, didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Teknologi Kelas III, meliputi :
  - a. Bahwa Inovasi teknologi peralatan pelayanan di Ruang VIP berdasarkan prioritas perencanaan rumah sakit yang dimulai dari usulan unit pengguna.

- b. Tingkat kecanggihan dan keandalan yang cukup memadai sesuai kapasitas kelas III, baik dalam perlengkapan dan peralatan medis maupun non medis, dengan kelengkapan yang relatif lengkap sesuai standart pelayanan.
  - c. Kewajaran dalam pemanfaatan atau pemakaian alat, cukup menjadi perhatian manajemen, agar pasien tidak merasa terbebani diluar yang menjadi kebutuhan.
2. Mutu Layanan di Kelas III, dalam hal ini mutu layanan yang bersifat non medis, meliputi :
- a. Inovasi pengembangan fisik ruangan dan perlengkapan yang bersifat penunjang pelayanan di Kelas III berdasarkan pada prioritas perencanaan rumah sakit yang diawali dari usulan unit pengguna.
  - b. Tingkat prioritas penyediaan fasilitas fisik untuk kenyamanan dan kenikmatan pasien, cukup sesuai standar tanpa ada nilai tambah yang memadai.
  - c. Tingkat pembinaan petugas terkait dengan keramahan dan empathy pada pasien bagus dan menjadi prioritas program
3. Mutu Yanmed di Kelas III, dalam hal ini terkait dengan pelayanan yang bersifat medis, yang meliputi :
- a. Dalam hal peningkatan profesionalisme petugas medis, baik dalam hal peningkatan pengetahuan ataupun ketrampilan, berdasarkan prioritas perencanaan rumah sakit, dengan diawali usulan unit terkait sesuai dengan kebutuhan
  - b. Tingkat profesionalisme petugas medis yang tinggi dan sesuai dengan standar medis yang ditetapkan

- c. Tingkat keandalan dan kecermatan yang tinggi atas penggunaan peralatan medis maupun obat-obatan
  - d. Tingkat ketepatan yang tinggi atas indikasi medis oleh para dokter, menambah dipercayainya profesionalisme yang diberikan
4. Efisiensi di Kelas III, dalam hal ini terkait dengan upaya melaksanakan *cost containment* atas semua beban yang dikeluarkan dalam unit pelaksana, meliputi :
- a. Upaya efisiensi oleh pihak manajemen atas semua yang menjadi beban unit kerja dalam rangka penetapan tariff, dilakukan atas dasar prioritas perencanaan rumah sakit, dan biaya per unit pelayanan atau *unit cost* per hari per pasien.
  - b. Tingkat pencapaian yang tinggi atas target anggaran, karena pemanfaatan yang sangat tinggi dan mendominasi.
  - c. Atas dasar dua hal diatas, maka manajemen berupaya menekan biaya dengan meningkatkan pemanfaatan dan pendapatan, dengan demikian diharapkan dapat mencapai laba maksimal.
  - d. Untuk itu diupayakan terus peningkatan kualitas pelayanan dengan pemilihan pelayanan yang paling menguntungkan untuk ditingkatkan, dan menekan atau menghapus pelayanan yang tidak menguntungkan, agar dapat mencapai target yang ditetapkan

## II. Aspek Eksternal

Dalam aspek eksternal ini dilihat dari kepuasan pelanggan dalam hal ini pasien sebagai pengguna jasa rumah sakit. Kepuasan disini dilihat dari aspek mutu layanan rumah sakit terkait dengan penilaian pasien Ruang VIP dan Kelas III atas semua layanan

yang diberikan rumah sakit selama dalam perawatan kesehatan. Aspek dimaksud meliputi :

### 1. Teknologi

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Teknologi, terlihat dalam tabel 5.10

Tabel 5.10 Teknologi yang digunakan RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Tingkat Kecanggihan	2	17	14	25	42	0	100
Kelengkapan Peralatan	2	7	23	30	37	1	100
Kewajaran Pemanfaatan	3	4	17	36	40	0	100
Total	7	28	54	91	119	0,33	300
%	2,34	9,33	18	30,33	39,67	1	100
Rata-Rata	1,17	4,67	9	15,17	19,89	0,17	50
Mean 6,9200	Standart Deviasi 2,5253		Minimum 3		Maximum 18		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.10 bahwa penilaian pasien atas aspek teknologi peralatan maupun perlengkapan medis dan non medis di RS Islam Surabaya, yang meliputi pertanyaan nomor (1) tingkat kecanggihan dan keandalan peralatan pelayanan, (2) kelengkapan peralatan yang digunakan, (3) kewajaran dalam pemanfaatan, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah rendah dengan *mean qualitative* sebesar 19,83 dan 39,67 % dari total jawaban, dengan *mean quantitative* sebesar 11,9200, *standar deviasi* sebesar 2,5253, dan rentang aktual sebesar 5 – 18, untuk 3 item pertanyaan.

Maka dapat disimpulkan sementara bahwa kepuasan pasien atas aspek teknologi peralatan dan perlengkapan baik medis maupun non medis yang dipakai di RS Islam Surabaya adalah rendah

## 2. Mutu Layanan

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Mutu Layanan, terlihat dalam tabel 5.11

Tabel 5.11 Mutu Layanan RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Kenyamanan Ruangan	6	40	42	10	2	0	100
Keramahan Petugas	13	49	26	10	2	0	100
Kebersihan Fasilitas	12	51	29	6	0	0	100
Tingkat <i>Privacy</i>	23	43	28	6	0	0	100
Total	56	183	125	32	4	0	300
%	14	45,75	31,25	8	1	0	100
Rata-Rata	9,3	30,5	20,8	5,3	0,6	0	50
Mean 18,5500	Standart Deviasi 2,5678		Minimum 3		Maximum 18		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.11 bahwa kepuasan pasien atas layanan yang bersifat non medis di RS Islam Surabaya, yang meliputi pertanyaan nomor (1) kenyamanan dari penampilan fisik ruangan, (2) keramahan dan *empaty* petugas, (3) kebersihan fasilitas fisik ruangan maupun peralatan, (4) tingkat *privacy* dalam proses pelayanan, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah tinggi dengan *mean qualitative* sebesar 30,5

dan 45,75 % dari total jawaban, *mean quantitative* sebesar 18,5500, *standar deviasi* sebesar 2,5678, dan rentang aktual sebesar 11 – 24, untuk 4 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan sementara bahwa kepuasan pasien atas layanan yang bersifat non medis adalah tinggi

### 3. Mutu Yanmed

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Mutu Yanmed, terlihat dalam tabel 5.12

Tabel 5.12 Mutu Yanmed RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Tingkat profesionalisme	3	34	45	14	3	1	100
Tingkat Kecermatan	8	42	32	17	1	0	100
Indikasi klinis	4	39	42	14	1	0	100
Total	15	115	119	45	5	1	300
%	5	38,33	39,67	7,5	1,67	0,33	100
Rata-Rata	2,5	19,1	19,8	15	0,8	0,2	50
Mean 10,9100	Standart Deviasi 2,2478		Minimum 3		Maximum 18		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.12 diketahui bahwa penilaian pasien atas mutu layanan medis RS Islam Surabaya, yang meliputi pertanyaan nomor (1) tingkat profesionalisme petugas medis, (2) tingkat kecermatan dan keandalan peralatan medis dan obat yang digunakan, (3) tingkat ketepatan indikasi klinis petugas medis, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah agak tinggi dengan *mean qualitative* sebesar 19,8 dan 39,67 % dari

total jawaban, dengan *mean* sebesar 12,9100, *standar deviasi* sebesar 2,2478, rentang aktual sebesar 7 – 18, untuk 3 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan sementara bahwa kepuasan pasien atas mutu layanan medis adalah agak tinggi

#### 4. Efisiensi atau Tarif

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Efisiensi atau Tarif, terlihat dalam tabel 5.13

Tabel 5.13 Efisiensi atau Tarif RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Tarif Ruangan	0	0	24	25	39	12	100
Tarif Peralatan	0	5	20	22	47	6	100
Tarif tindakan medis	0	8	23	24	40	5	100
Harga obat- obatan	0	3	24	21	37	15	100
Tarif Penun- jang medis	0	1	24	20	44	11	100
Total	0	17	115	112	207	49	500
%	0	3,4	23	22,4	41,4	9,8	100
Rata-Rata	0	2,8	19,2	18,6	34,5	8,2	83,3
Mean 7,6100	Standart Deviasi 4,3132		Minimum 5		Maximum 30		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.13 diketahui bahwa penilaian pasien atas tarif RS Islam Surabaya, yang meliputi pertanyaan nomor (1) tariff ruangan, (2) tariff pemanfaatan alat medis, (3) tariff tindakan medis, (4) harga obat-obatan, (5) tariff pemeriksaan penunjang medis, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah rendah dengan *mean qualitative* sebesar 34,5 dan 41,4 % dari total jawaban, dengan *mean quantitative*

sebesar 7,6100, *standar deviasi* sebesar 4,3132, dan rentang aktual sebesar 13 - 30 untuk 5 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan bahwa penilaian pasien atas tariff RS Islam Surabaya adalah rendah

### 5.3.4 Kinerja Finansial

#### 1. Pendapatan

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Pendapatan, terlihat dalam tabel 5.14

Tabel 5.14 Persepsi Manajer mengenai Pendapatan RS Islam Surabaya Tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Tingkat Pencapaian	2	4	29	22	43	0	100
Upaya Perencanaan	1	6	18	21	54	0	100
Upaya Pengendalian	2	8	16	20	53	1	100
Total	5	18	63	63	150	1	300
%	1,67	6	21	21	50	0,33	100
Rata-Rata	0,8	3	10,5	10,5	25	0,2	50
Mean 5,7100	Standart Deviasi 2,0266		Minimum 3		Maximum 18		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.14 diketahui bahwa penilaian manajer mengenai pendapatan RS Islam Surabaya tahun 2002, yang meliputi pertanyaan nomor (1) tingkat pencapaian realisasi pendapatan unit, (2) upaya perencanaan di bidang keuangan unit penghasil

realisasi pendapatan unit, (2) upaya perencanaan di bidang keuangan unit penghasil pendapatan dalam pencapaian target, (3) Upaya pengendalian unit penghasil pendapatan, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah rendah dengan *mean qualitative* sebesar 25 dan 50 % dari total jawaban, dengan *mean quantitative* sebesar 5,7100 dan *standar deviasi* sebesar 2,0266, dan rentang aktual sebesar 4 – 15, untuk 3 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan sementara bahwa manajer menilai rata-rata tingkat pencapaian pendapatan dari pusat pendapatan rendah

Hasil realisasi pendapatan RS Islam Surabaya Tahun 2001 dan 2002 dibanding rumah sakit lain yang sejenis, adalah sebagai berikut :

Tabel 5.15 Realisasi pendapatan RS Islam Surabaya tahun 2001 & 2002 dibanding dengan Rumah Sakit lain sejenis

Nama Rumah Sakit	Tahun 2001		Tahun 2002	
	Pendapatan (Rp)	%	Pendapatan (Rp)	%
1. RS Islam Surabaya	12.433.000.000	26	22.867.000.000	25
2. RS "A" Surabaya	14.725.000.000	31	26.179.000.000	28
3. RS "B" Surabaya	20.376.000.000	43	43.535.000.000	47
Total	47.534.000.000	100	92.581.000.000	100

Sumber : Data Sekunder

Dari hasil perbandingan diatas, maka kesimpulan sementara bahwa pencapaian realisasi pendapatan adalah rendah.

## 2. Biaya

Kecenderungan jawaban responden terhadap pertanyaan yang ada dalam variabel Biaya terlihat dalam tabel 5.16

Tabel 5.16 Persepsi Manajer mengenai Biaya RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Tingkat Pencapaian	2	8	20	26	43	1	100
Upaya Perencanaan	1	7	21	19	49	1	100
Upaya Pengendalian	3	5	22	19	48	3	100
Total	6	20	63	64	23,3	7	300
%	2	3,3	21	21,33	140	2,33	100
Rata-Rata	1	6,67	10,5	10,6	46,67	1,2	50
Mean 9,5000	Standart Deviasi 2,4802		Minimum 3		Maximum 18		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.16 diketahui bahwa penilaian manajer mengenai biaya RS Islam Surabaya tahun 2002, yang meliputi pertanyaan (1) tingkat pencapaian biaya untuk program layanan, (2) peran manajer dalam perencanaan biaya yang dikeluarkan untuk program layanan, (3) peran manajer dalam pengendalian biaya sesuai plafond yang telah ditetapkan, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah rendah, dengan *mean qualitative* sebesar 21 dan 42 % dari total jawaban, dengan *mean quantitative* sebesar 5,9000, *standar deviasi* sebesar 3,0302, dan rentang aktual sebesar 4 -16, untuk 3 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan sementara bahwa manajer menilai rata-rata tingkat pencapaian laba dari pusat laba adalah rendah

Hasil realisasi pendapatan RS Islam Surabaya Tahun 2001 dan 2002 dibanding rumah sakit lain yang sejenis, ditunjukkan pada tabel 5.17

Tabel 5.17 Realisasi biaya RS Islam Surabaya tahun 2001 &amp; 2002 dibanding dengan Rumah Sakit lain sejenis

Nama Rumah Sakit	Tahun 2001		Tahun 2002	
	Biaya (Rp)	%	Biaya (Rp)	%
1. RS Islam Surabaya	10.456.000.000	24	20.486.000.000	25
2. RS "A" Surabaya	13.367.000.000	33	24.247.000.000	29
3. RS "B" Surabaya	19.345.000.000	43	41.785.000.000	46
Total	43.168.000.000	100	82.581.000.000	100

Sumber : Data Sekunder

Dari hasil perbandingan diatas, maka kesimpulan sementara bahwa pencapaian realisasi pendapatan adalah rendah.

### 3. Laba

Tabel 5.18 Persepsi Manajer mengenai Laba RS Islam Surabaya tahun 2002

Item Pertanyaan Variabel	Atribut (Jawaban Responden)						Jumlah
	Sangat Tinggi	Tinggi	Agak Tinggi	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah	
Tingkat Pencapaian	3	40	31	14	7	5	100
Upaya Perencanaan	4	43	29	12	8	4	100
Upaya Pengendalian	5	43	27	15	7	3	100
Total	12	126	87	41	22	12	300
%	4	42	29	13,67	7,33	4	100
Rata-Rata	2	21	14,5	6,8	3,6	2	50
Mean 14,9000	Standart Deviasi 3,0302		Minimum 3		Maximum 18		

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.18 diketahui bahwa penilaian manajer mengenai laba RS Islam Surabaya tahun 2002, yang meliputi pertanyaan (1) tingkat pencapaian laba unit terhadap laba rumah sakit, (2) Upaya perencanaan untuk peningkatan laba yang dianggarkan, (3) upaya pengendalian biaya maupun pendapatan, mendapatkan jawaban responden yang paling dominan adalah tinggi, dengan *mean qualitative* sebesar 21 dan 42 % dari total jawaban, dengan *mean quantitative* sebesar 5,9000, *standar deviasi* sebesar 3,0302, dan rentang aktual sebesar 4 -16, untuk 3 item pertanyaan. Maka dapat disimpulkan sementara bahwa manajer menilai rata-rata tingkat pencapaian laba dari pusat laba adalah tinggi

Hasil realisasi laba RS Islam Surabaya Tahun 2001 dan 2002 dibanding rumah sakit lain yang sejenis, adalah sebagai berikut :

Tabel 5.19 Realisasi laba RS Islam Surabaya tahun 2001 & 2002 dibanding dengan Rumah Sakit lain sejenis

Nama Rumah Sakit	Tahun 2001		Tahun 2002	
	Laba (Rp)	%	Laba (Rp)	%
1. RS Islam Surabaya	1.977.000.000	45	2.381.000.000	39
2. RS "A" Surabaya	1.358.000.000	31	1.932.000.000	32
3. RS "B" Surabaya	1.031.000.000	24	1.750.000.000	29
Total	4.366.000.000	100	6.063000.000	100

Sumber : Data Sekunder

Dari hasil perbandingan diatas, maka kesimpulan sementara bahwa pencapaian realisasi pendapatan adalah tinggi, sama dengan hasil prosentase dari tabel 5.18 dengan nilai tinggi pula.

## 5.4 Structural Equation Model (SEM)

Bangunan model yang dikembangkan berdasarkan teori-teori yang relevan dan data empirik yang mendukung pada bab sebelumnya, akan diuji dengan menggunakan *Structural Equation Model (SEM)*, dengan langkah-langkah sebagai berikut :

### 5.4.1 Evaluasi atas Asumsi-asumsi SEM

Dalam proses pemodelan SEM, mensyaratkan dipenuhinya beberapa asumsi dalam proses pengolahan data. Berikut akan diuraikan beberapa asumsi tersebut beserta hasilnya.

#### 1. Normalitas Data

Uji normalitas data diperlihatkan pada Tabel 5.17, dapat ditunjukkan bahwa tidak ada angka nilai pada kolom C.r. yang merupakan kriteria *Critical ratio* yaitu lebih besar dari  $\pm 2,58$  pada tingkat signifikansi 0,01 (1%), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada bukti bahwa data yang digunakan mempunyai sebaran yang tidak normal.

Tabel 5.20 Uji Normalitas Data

Variabel	Min	Max	Skew	C.r.	Kurtosis	C.r.
Partisipasi penganggaran	5,000	28,000	-0,313	-1,280	-0,122	-0,250
Kesulitan anggaran	6,000	23,000	-0,406	-1,657	0,121	0,247
Perhatian manajemen	5,000	30,000	-0,637	-2,601	1,204	2,457
Derajat keadilan	8,000	32,000	-0,484	-1,976	0,146	0,297
Pelimpahan wewenang	6,000	24,000	-0,607	-2,480	-0,374	-0,763
Peran dept. anggaran	7,000	25,000	-0,522	-2,131	-0,405	-0,826

Motivasi Intrinsik	5,000	24,000	-1,006	-4,107	2,887	1,892
Motivasi Ekstrinsik	11,000	22,000	-0,494	-2,017	-0,165	-0,337
Teknologi	5,000	18,000	-0,318	-1,298	-0,498	-1,016
Mutu Layanan	11,000	24,000	-0,245	-1,000	0,006	0,012
Mutu Yanmed	7,000	18,000	-0,225	0,919	-0,356	-0,728
Efisiensi	13,000	30,000	0,206	0,842	-0,517	-1,054
Laba	3,000	18,000	-0,856	-3,496	0,840	1,714
Biaya	4,000	16,000	-0,806	-3,292	0,760	1,552
Pendapatan	6,000	15,000	-0,311	-1,269	-0,200	0,407
Multivariate					19,497	4,317

Sumber : Lampiran 8

## 2. Outliers

Pengujian *multivariate outliers* dengan komputasi AMOS dihasilkan *Mahalanobis d-squared* yang lebih kecil dari nilai  $\chi^2 (15,0.001) = 37,70$ , sehingga dapat disimpulkan hanya ada satu kasus *multivariate outliers* pada responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini yaitu kasus 38. Dalam kasus ini *outlier* yang ditemukan tidak dapat dihilangkan dari analisis selanjutnya, karena tidak terdapat alasan khusus dari profil responden itu yang menyebabkan harus dikeluarkan dari analisis. Berikut ini ditunjukkan hasil pengujian *multivariate outliers* ini ditampilkan dalam tabel 5.21 berikut :

Tabel 5.21 Uji *Multivariate Outliers*

Observation number	Mahalanobis d-squared	P1	P2
38	38,616	0,001	0,071
26	35,303	0,002	0,021
14	31,331	0,008	0,046
29	30,904	0,009	0,013
5	27,408	0,026	0,114

Sumber : Data Primer

### 3. *Multicollinearity* dan *Singularity*

*Multicollinearity* dan *Singularity* dapat dideteksi melalui *Determinant of Sample Covariance Matrix*. Nilai determinasi yang sangat kecil atau menjauhi angka nol menunjukkan indikasi tidak terdapatnya *Multicollinearity* dan *Singularity* (Tabachnick dan Fidell 1996). Dari hasil pengolahan program AMOS pada penelitian ini ditunjukkan nilai determinasi sebesar  $1.2137e+013$  atau 1.213.713, nilai determinasi ini jauh dari angka nol dan dapat disimpulkan bahwa tidak ada *multicollinearity* dan *singularity* dalam data penelitian ini.

#### 5.4.2 Pengujian Model (*MEASUREMENT MODEL*)

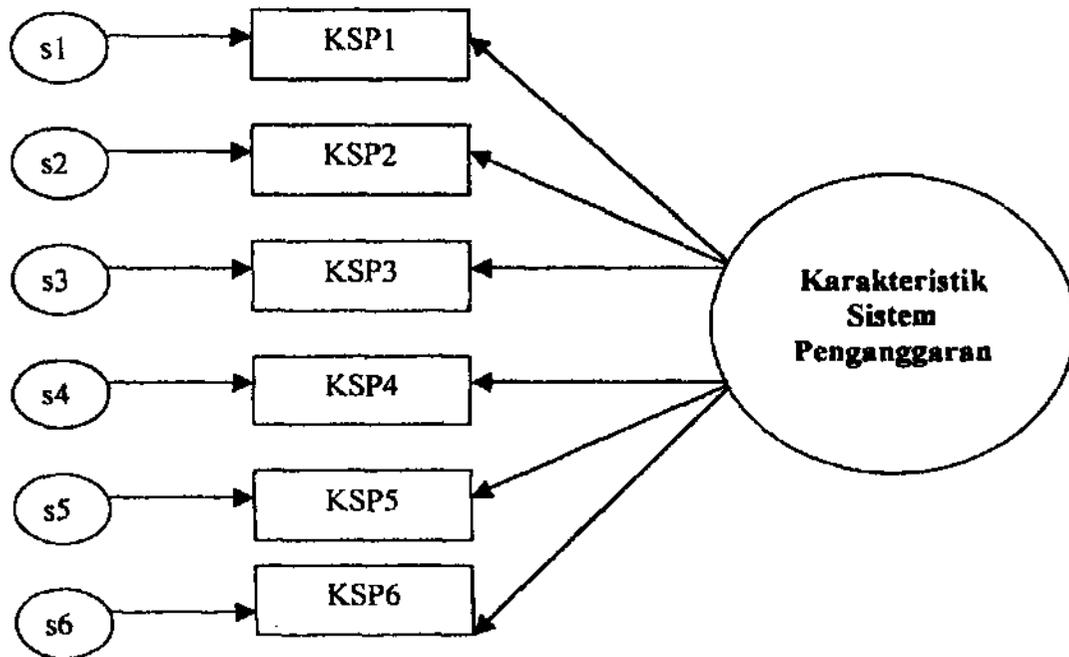
Metode statistik yang digunakan untuk menguji hipotesa dalam penelitian ini menggunakan teknik multivariate *Structural Equation Modeling (SEM)*. Pemilihan teknik analisis SEM didasarkan pertimbangan bahwa SEM memiliki kemampuan untuk pengujian *structural model* secara simultan dan efisien bila dibandingkan dengan teknik

multivariate lainnya (Hair et al. 1998), sesuai juga dengan rumusan masalah, tujuan, dan hipotesis penelitian adalah menguji pengaruh langsung dan tidak langsung atau *direct and indirect effect* dari model penelitian. *Software* yang digunakan untuk mengolah data adalah AMOS 4.0 dan SPSS 10.

Model kerangka pemikiran teoritis yang sudah dibangun ditransformasikan ke dalam bentuk diagram alur atau *path diagram*, untuk menggambarkan hubungan kausalitas dari konstruk yang akan dipergunakan, dan atas dasar itu variabel-variabel untuk mengukur konstruk itu akan dicari dengan survei dari kuesioner. Pada penelitian ini terdapat 6 konstruk eksogen yaitu tingkat partisipasi dalam proses penganggaran, tingkat kesulitan anggaran, tingkat perhatian manajemen puncak, derajat keadilan, peran departemen anggaran serta pelimpahan wewenang, dan 9 konstruk endogen yang meliputi motivasi intrinsik, motivasi ekstrinsik, teknologi, mutu layanan, mutu yanmed, efisiensi atau tariff, pendapatan, biaya dan laba.

Sebelum melakukan analisa atas pengujian data, maka ada dua tahap dasar dalam pemodelan *SEM*, yaitu tahap pertama adalah *Measurement Model* melalui *Confirmatory Factor Analysis* dan yang kedua adalah *Causal Model* atau *Structure Equation Model*. *Measurement Model* adalah proses pemodelan dalam penelitian yang diarahkan untuk menyelidiki unidimensionalitas dari indikator-indikator yang menjelaskan sebuah faktor atau sebuah variabel laten. Konfirmasi atas indikator-indikator dilakukan melalui sebuah model *Confirmatory Factor Analysis* yang secara bersama-sama dan kuat merupakan sebuah definisi yang bersifat unidimensional.

### 5.4.2.1 Karakteristik Sistem Penganggaran



Gambar 5.1 *Measurement Model - Confirmatory Factor Analysis* Karakteristik Sistem Penganggaran - *Standardized estimated*

Untuk tujuan menjelaskan dari suatu konsep Karakteristik Sistem Penganggaran, maka digunakan enam indikator sebagai yang secara bersama-sama cukup kuat mencerminkan sebuah dimensi yang disebut Karakteristik Sistem Penganggaran. Oleh karena itu *Confirmatory Factor Analysis* dilakukan terhadap model pengukuran (*Measurement Model*) yang diajukan. Enam indikator yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. KSP1 : Tingkat Partisipasi dalam Sistem Penganggaran
2. KSP2 : Tingkat Kesulitan Anggaran
3. KSP3 : Tingkat Perhatian Manajemen Puncak

4. KSP4 : Derajat Keadilan
5. KSP5 : Peran Departemen Anggaran
6. KSP6 : Pelimpahan Wewenang

Keenam indikator itu akan dikonfirmasi oleh peneliti, apakah indikator-indikator itu secara bersama-sama dan kuat merupakan sebuah “definisi” yang bersifat unidimensional yang disebut Karakteristik Sistem Penganggaran. Dalam penelitian ini, peneliti dihadapkan pada berbagai fenomena yang kemudian distrukturkan menjadi sekumpulan keterangan yang dapat menjelaskan satu atau beberapa hal yang memiliki makna. Upaya pencarian fenomena, indikator atau variabel-variabel yang memiliki sebuah makna tertentu yang disebut unidimensionalitas atau fenomena yang unidimensi.

Konfirmasi itu dilakukan melalui sebuah model *confirmatory factor analysis*, untuk dilakukan interpretasi terhadap hasil-hasil perhitungan hipotesis yang diajukan. Biasanya digunakan berbagai jenis *fit-index* yang digunakan untuk mengukur derajat kesesuaian antara model yang dihipotesakan dengan data yang disajikan. *Fit-index* yang digunakan untuk mengukur “kebenaran” model yang diajukan, peneliti menggunakan Uji *Goodness-of-fit*, yang disajikan dengan beberapa indeks kesesuaian, seperti tampak pada label 5.22.

Tabel 5.22 *Goodness-of-fit Indices* Model Karakteristik Sistem Penganggaran

<i>Goodness-of-fit Index</i>	<i>Cut-Off Value</i>	Hasil Model	Keterangan
$\chi^2$ - <i>Chi-Square</i>		9,932	Diharapkan kecil
Derajat Bebas, DF		15	

$\chi^2$ - Significance Probability	$\geq 0,05$	0,270	Baik
RMSEA	$\leq 0,08$	0,049	Baik
GFI	$\geq 0,90$	0,968	Baik
AGFI	$\geq 0,90$	0,917	Baik
Relative $\chi^2$ (CMIN/DF)	$\leq 2,00$	1,165	Baik
TLI	$\geq 0,95$	0,980	Baik
CFI	$\geq 0,94$	0,989	Baik

Sumber : Data Primer

*Confirmatory Factor Analysis* pada *measurement model* diatas menunjukkan bahwa model diatas dapat diterima, karena menunjukkan bahwa uji kesesuaian model ini menghasilkan sebuah tingkat penerimaan yang baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesa yang menyatakan bahwa indikator - indikator itu merupakan dimensi acuan yang sama bagi sebuah konstruk yang disebut Karakteristik Sistem Penganggaran dapat diterima.

Uji kedua yang dapat dilakukan adalah uji terhadap bobot dari masing-masing indikator yang diamati dalam membentuk faktor Karakteristik Sistem Penganggaran yang dianalisis. Uji ini dilakukan sama seperti uji terhadap *regression weight* atau *loading factor* atau koefisien lambda, seperti yang disajikan dalam tabel 5.23.

**Tabel 5.23** *Regression Weight (Loading Factor) Measurement Model* Karakteristik Sistem Penganggaran

	<i>Estimate</i>	<i>Standard Error</i>	<i>Standardized Estimate</i>	<i>C.R</i>	<i>P</i>
KSP1 ← KSP = $\lambda_1$	1,000		0,627		
KSP2 ← KSP = $\lambda_2$	1,498	0,358	0,474	4,188	0,001
KSP3 ← KSP = $\lambda_3$	2,094	0,455	0,654	4,598	0,001
KSP4 ← KSP = $\lambda_4$	1,272	0,314	0,702	4,054	0,001
KSP5 ← KSP = $\lambda_5$	1,074	0,260	0,831	4,127	0,001
KSP6 ← KSP = $\lambda_6$	1,731	0,403	0,624	4,292	0,001

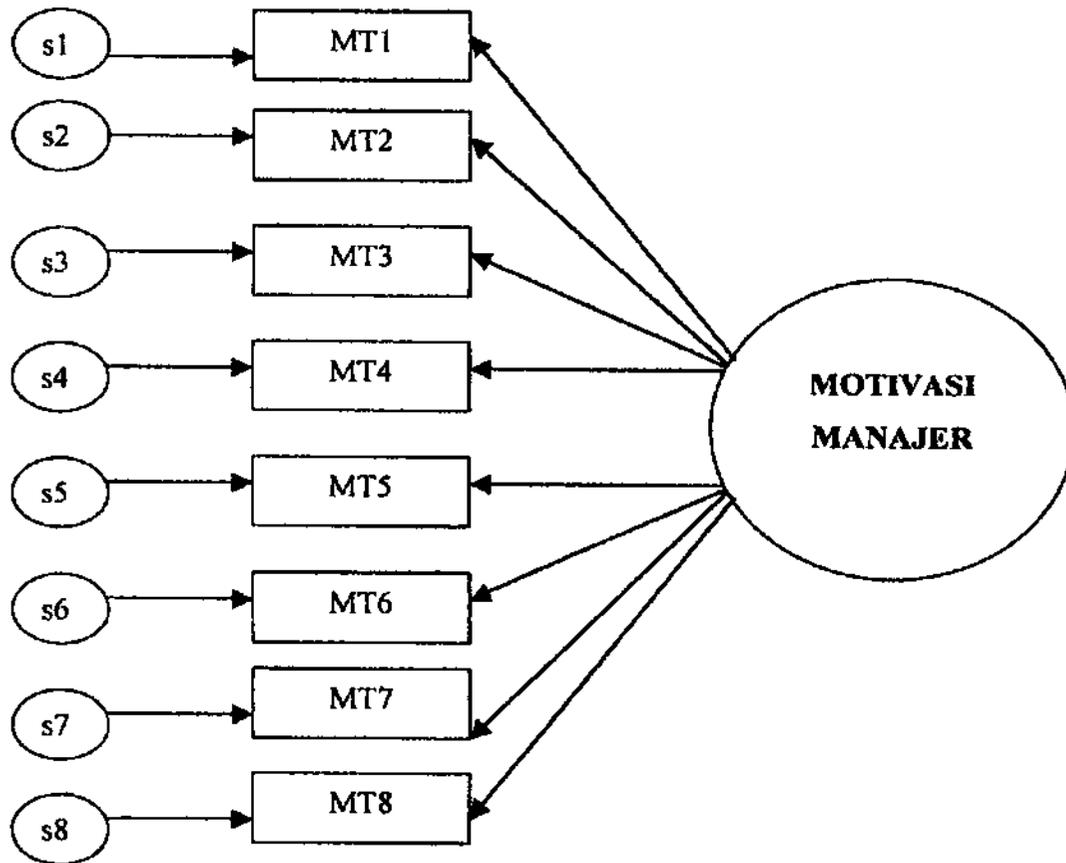
Sumber : Data Primer

Uji-t terhadap koefisien lambda dilakukan untuk menolak hipotesis nol yang menyatakan bahwa nilai koefisien lambda adalah sama dengan nol yang dapat dinyatakan sebagai berikut :

1.  $H_0 : \lambda_1=0$  untuk  $H_1 : \lambda_1 > 0$
2.  $H_0 : \lambda_2=0$  untuk  $H_2 : \lambda_2 > 0$
3.  $H_0 : \lambda_3=0$  untuk  $H_3 : \lambda_3 > 0$
4.  $H_0 : \lambda_4=0$  untuk  $H_4 : \lambda_4 > 0$
5.  $H_0 : \lambda_5=0$  untuk  $H_5 : \lambda_5 > 0$
6.  $H_0 : \lambda_6=0$  untuk  $H_6 : \lambda_6 > 0$

Uji terhadap indikator-indikator KSP1 sampai dengan KSP6 nilai *t-hitung* > nilai *t-tabel* pada level 0,05 dengan DF sebesar 15, sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis nol yang menyatakan bahwa koefisien lambda sama dengan nol dapat ditolak karena itu nilai lambda adalah signifikan

### 5.4.2.2 Motivasi Manajer



Gambar 5.2 *Measurement Model - Confirmatory Factor Analysis* Motivasi Manajer - *Standardized estimated*

Untuk tujuan menjelaskan dari suatu konsep Motivasi Manajer, maka digunakan delapan indikator yang secara bersama-sama cukup kuat mencerminkan sebuah dimensi dari Motivasi Intrinsik dan Motivasi Ekstrinsik, yang disebut Motivasi Manajer. Oleh karena itu *Confirmatory Factor Analysis* dilakukan terhadap model pengukuran (*Measurement Model*) yang diajukan, yang tetap berpedoman pada dua variabel tersebut.

Delapan indikator yang digunakan adalah :

1. MT1 : Tingkat Prestasi

2. MT2 : Tingkat Kemampuan kerja
3. MT3 : Tingkat Keinginan bekerja
4. MT4 : Tingkat Penyesalan kegagalan kerja
5. MT5 : Hubungan kerja dengan atasan
6. MT6 : Hubungan kelompok kerja
7. MT7 : Peran Kepemimpinan
8. MT8 : Penghargaan Kerja

Kedelapan indikator itu akan dikonfirmasi oleh peneliti, apakah indikator-indikator itu secara bersama-sama dan kuat merupakan sebuah “definisi” yang bersifat unidimensional dari suatu Motivasi Manajer. Konfirmasi itu dilakukan melalui sebuah model *confirmatory factor analysis*, untuk dilakukan interpretasi terhadap hasil-hasil perhitungan hipotesis yang diajukan. Biasanya menggunakan berbagai jenis *fit-index* yang digunakan untuk mengukur derajat kesesuaian antara model yang dihipotesakan dengan data yang disajikan.

*Fit-index* yang digunakan untuk mengukur “kebenaran” model yang diajukan, peneliti menggunakan Uji *Goodness-of-fit*, yang disajikan dengan beberapa indeks kesesuaian, seperti tampak pada tabel 5.24

Tabel 5.24 *Goodness-of-fit Indices Model Motivasi Manajer*

<i>Goodness-of-fit Index</i>	<i>Cut-Off Value</i>	Hasil Model	Keterangan
$\chi^2$ - <i>Chi-Square</i>		385,470	Terlalu besar
Derajat Bebas, DF		28	

<i>X<sup>2</sup> - Significance Probability</i>	$\geq 0,05$	0,000	Tidak Baik
<i>RMSEA</i>	$\leq 0,08$	0,359	Tidak Baik
<i>GFI</i>	$\geq 0,90$	0,471	Tidak Baik
<i>AGFI</i>	$\geq 0,90$	0,320	Tidak Baik
<i>Relative X<sup>2</sup> (CMIN/DF)</i>	$\leq 2,00$	13,767	Tidak Baik
<i>TLI</i>	$\geq 0,95$	0,000	Tidak Baik
<i>CFI</i>	$\geq 0,94$	0,000	Tidak Baik

Sumber : Data Primer

*Confirmatory Factor Analysis* pada *measurement model* diatas menunjukkan bahwa model tabel 5.21 tidak dapat diterima, karena menunjukkan bahwa uji kesesuaian model ini menghasilkan sebuah tingkat penerimaan yang tidak baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesa yang menyatakan bahwa indikator - indikator yang merupakan dimensi acuan bagi sebuah konstruk Motivasi Manajer tidak dapat diterima, karena indikator yang digunakan kurang tepat sebagai dimensi yang membentuk konstruk

Untuk itu maka untuk penelitian berikutnya, diharapkan dipakai teori lain tentang motivasi dengan jumlah indikator yang mencukupi dan sesuai sebagai indikator yang membentuk konstruk motivasi manajer, misalnya selain adanya indikator motivasi intrinsik dan ekstrinsik, juga memasukkan indikator organisasi, lingkungan.

Uji kedua yang dapat dilakukan adalah uji terhadap bobot dari masing-masing indikator yang diamati dalam membentuk faktor Motivasi Manajer yang dianalisis. Uji ini dilakukan sama seperti uji terhadap *regression weight* atau *loading factor* atau koefisien lambda, seperti yang disajikan dalam tabel 5.22.

Tabel 5.25 *Regression Weight (Loading Factor) Measurement Model Motivasi Manajer*

	<i>Estimate</i>	<i>Standard Error</i>	<i>Standardized Estimate</i>	<i>C.R</i>	<i>P</i>
MT1 ← MT = $\lambda_1$	1,000		0,114		
MT2 ← MT = $\lambda_2$	0,963	0,065	0,118	14,798	0,001
MT3 ← MT = $\lambda_3$	0,824	0,080	0,347	10,336	0,001
MT4 ← MT = $\lambda_4$	0,536	0,108	0,780	4,977	0,001
MT5 ← MT = $\lambda_5$	0,373	0,097	0,647	3,839	0,001
MT6 ← MT = $\lambda_6$	0,275	0,081	0,456	3,383	0,001
MT7 ← MT = $\lambda_7$	0,434	0,104	0,745	4,152	0,001
MT8 ← MT = $\lambda_8$	0,269	0,136	1,305	1,975	0,048

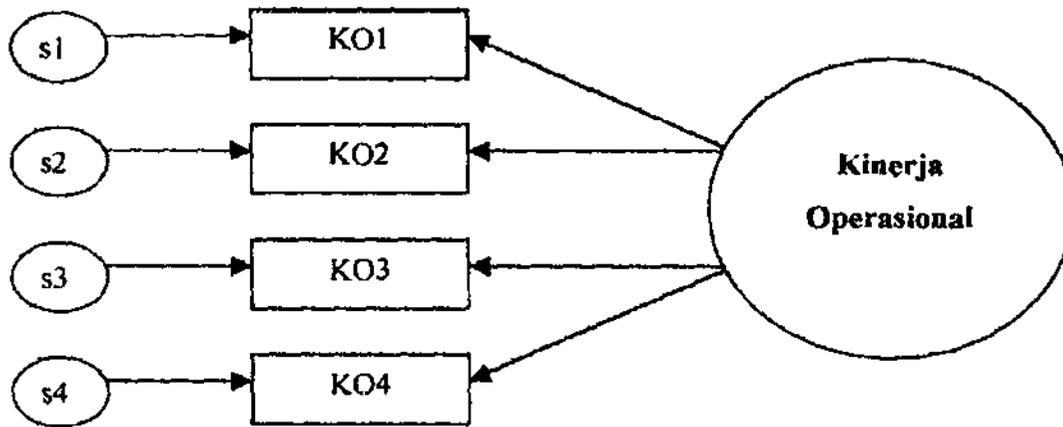
Sumber : Data Primer

Uji-t terhadap koefisien lambda dilakukan untuk menolak hipotesis nol yang menyatakan bahwa nilai koefisien lambda adalah sama dengan nol yang dapat dinyatakan sebagai berikut :

1.  $H_0 : \lambda_1=0$  untuk  $H_1 : \lambda_1 > 0$
2.  $H_0 : \lambda_2=0$  untuk  $H_2 : \lambda_2 > 0$
3.  $H_0 : \lambda_3=0$  untuk  $H_3 : \lambda_3 > 0$
4.  $H_0 : \lambda_4=0$  untuk  $H_4 : \lambda_4 > 0$
5.  $H_0 : \lambda_5=0$  untuk  $H_5 : \lambda_5 > 0$
6.  $H_0 : \lambda_6=0$  untuk  $H_6 : \lambda_6 > 0$
7.  $H_0 : \lambda_7=0$  untuk  $H_6 : \lambda_7 > 0$
8.  $H_0 : \lambda_8=0$  untuk  $H_6 : \lambda_8 > 0$

Uji terhadap indikator-indikator MT1 sampai dengan MT8 nilai  $t\text{-hitung} > \text{nilai } t\text{-tabel}$  pada level 0,05 dengan DF sebesar 28 , sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis nol yang menyatakan bahwa koefisien lambda sama dengan nol dapat ditolak karena itu nilai lambda ( $p < 0,05$ ) adalah signifikan

#### 5.4.2.3 Kinerja Operasional



Gambar 5.3 *Measurement Model - Confirmatory Factor Analysis* Kinerja Operasional - *Standardized estimated*

Untuk tujuan menjelaskan dari suatu konsep Kinerja Operasional, maka digunakan enam indikator sebagai yang secara bersama-sama cukup kuat mencerminkan sebuah dimensi Kinerja Operasional. Oleh karena itu *Confirmatory Factor Analysis* dilakukan terhadap model pengukuran (*Measurement Model*) yang diajukan.

Empat indikator yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. KO1 : Tingkat Teknologi
2. KO2 : Mutu Layanan
3. KO3 : Mutu Yanmed
4. KO4 : Efisiensi atau Tarif

Keempat indikator itu akan dikonfirmasi oleh peneliti, apakah indikator-indikator itu secara bersama-sama dan kuat merupakan sebuah “definisi” yang bersifat unidimensional dari suatu Kinerja Operasional. Konfirmasi itu dilakukan melalui sebuah model *confirmatory factor analysis*, untuk dilakukan interpretasi terhadap hasil-hasil perhitungan hipotesis yang diajukan.

Biasanya digunakan berbagai jenis *fit-index* yang digunakan untuk mengukur derajat kesesuaian antara model yang dihipotesiskan dengan data yang disajikan. *Fit-index* yang digunakan untuk mengukur “kebenaran” model yang diajukan, peneliti menggunakan Uji *Goodness-of-fit*, yang disajikan dengan beberapa indeks kesesuaian, seperti tampak pada tabel 5.26

Tabel 5.26 *Goodness-of-fit Indices Model Kinerja Operasional*

<i>Goodness-of-fit Index</i>	<i>Cut-Off Value</i>	Hasil Model	Keterangan
$\chi^2$ - <i>Chi-Square</i>		11,429	Diharapkan kecil
Derajat Bebas, DF		6	
$\chi^2$ - <i>Significance Probability</i>	$\geq 0,05$	0,003	Tidak baik
<i>RMSEA</i>	$\leq 0,08$	0,218	Tidak baik
<i>GFI</i>	$\geq 0,90$	0,945	Baik
<i>AGFI</i>	$\geq 0,90$	0,723	Marginal
<i>Relative <math>\chi^2</math> (CMIN/DF)</i>	$\leq 2,00$	5,715	Tidak baik
<i>TLI</i>	$\geq 0,95$	0,693	Tidak baik
<i>CFI</i>	$\geq 0,94$	0,898	Marginal

Sumber : Data Primer

*Confirmatory Factor Analysis* pada *measurement model* diatas menunjukkan bahwa model pada gambar 5.3 tidak dapat diterima, karena menunjukkan bahwa uji kesesuaian model ini menghasilkan tingkat penerimaan yang kurang baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesa yang menyatakan bahwa indikator yang merupakan dimensi acuan bagi sebuah konstruk Kinerja Operasional tidak dapat diterima, karena indikatornya terlalu sedikit sebagai dimensi yang dipakai untuk membentuk sebuah konstruk Kinerja Operasional. Diharapkan pada penelitian selanjutnya, bisa ditambahkan indicator lain yang dapat dipakai sebagai dimensi untuk membentuk sebuah konstruk Kinerja Operasional

Untuk itu bisa digunakan teori lain yang mendukung kinerja operasional rumah sakit, misalnya indikator *man* atau sumber daya manusia, *material* atau bahan baku, *money* atau dana, dan *method* atau metode.

Uji kedua yang dapat dilakukan adalah uji terhadap bobot dari masing-masing indikator yang diamati dalam membentuk faktor Kinerja Operasional yang dianalisis. Uji ini dilakukan sama seperti uji terhadap *regression weight* atau *loading factor* atau koefisien lambda, seperti yang disajikan dalam tabel 5.27.

Tabel 5.27 *Regression Weight (Loading Factor) Measurement Model Kinerja Operasional*

	<i>Estimate</i>	<i>Standard Error</i>	<i>Standardized Estimate</i>	<i>C.R</i>	<i>P</i>
$KO1 \leftarrow KO = \lambda_1$	1,000		0,547		
$KO2 \leftarrow KO = \lambda_2$	0,815	0,166	0,919	4,909	0,001
$KO3 \leftarrow KO = \lambda_3$	1,197	0,234	0,287	5,120	0,001
$KO4 \leftarrow KO = \lambda_4$	0,707	0,272	0,683	2,637	0,008

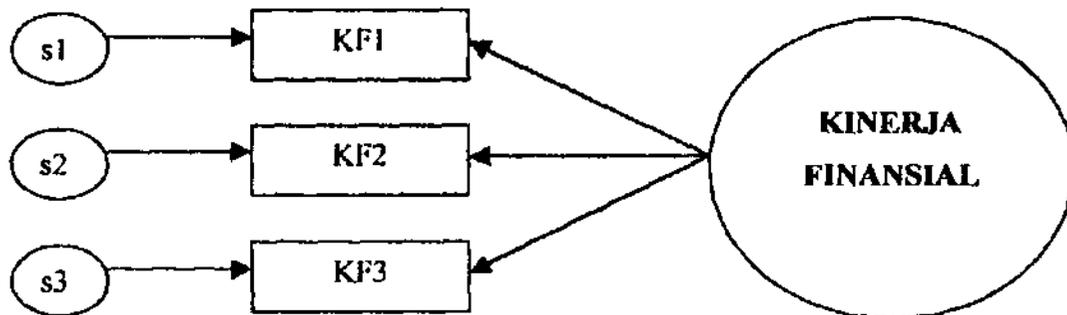
Sumber : Data Primer

Uji-t terhadap koefisien lambda dilakukan untuk menolak hipotesis nol yang menyatakan bahwa nilai koefisien lambda adalah sama dengan nol yang dapat dinyatakan sebagai berikut :

1.  $H_0 : \lambda_1=0$  untuk  $H_1 : \lambda_1 > 0$
2.  $H_0 : \lambda_2=0$  untuk  $H_2 : \lambda_2 > 0$
3.  $H_0 : \lambda_3=0$  untuk  $H_3 : \lambda_3 > 0$
4.  $H_0 : \lambda_4=0$  untuk  $H_4 : \lambda_4 > 0$

Uji terhadap indikator-indikator KO1 sampai dengan KO4 nilai *t-hitung* > nilai *t-tabel* pada level 0,05 dengan DF sebesar 6, sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis nol yang menyatakan bahwa koefisien lambda sama dengan nol dapat ditolak karena itu nilai lambda adalah signifikan

#### 5.4.2.4 Kinerja Finansial



Gambar 5.4 Measurement Model - Confirmatory Factor Analysis Kinerja Finansial - Standardized estimated

Untuk tujuan menjelaskan suatu konsep Kinerja Finansial, maka digunakan tiga indikator sebagai yang secara bersama-sama cukup kuat mencerminkan sebuah dimensi Kinerja Finansial. Oleh karena itu *Confirmatory Factor Analysis* dilakukan terhadap model pengukuran (*Measurement Model*) yang diajukan. Tiga indikator yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. KF1 : Tingkat Laba
2. KF2 : Tingkat Biaya
3. KF3 : Tingkat Pendapatan

Ketiga indikator itu akan dikonfirmasi oleh peneliti, apakah indikator-indikator itu secara bersama-sama dan kuat merupakan sebuah “definisi” yang bersifat unidimensional dari suatu Kinerja Finansial. Konfirmasi itu dilakukan melalui sebuah model *confirmatory factor analysis*, untuk dilakukan interpretasi terhadap hasil-hasil perhitungan hipotesis yang diajukan. Biasanya digunakan berbagai jenis *fit-index* yang digunakan untuk mengukur derajat kesesuaian antara model yang dihipotesakan dengan data yang disajikan. *Fit-index* yang digunakan untuk mengukur “kebenaran” model yang diajukan, peneliti menggunakan Uji *Goodness-of-fit*, yang disajikan dengan beberapa indeks kesesuaian, seperti tampak pada tabel 5.28

Tabel 5.28 *Goodness-of-fit Indices Model Kinerja Finansial*

<i>Goodness-of-fit Index</i>	<i>Cut-Off Value</i>	Hasil Model	Keterangan
$\chi^2$ - <i>Chi-Square</i>		0,000	Tidak memenuhi syarat
Derajat Bebas, DF		4	

<i>X<sup>2</sup> Significance Probability</i>	$\geq 0,05$	0,000	Tidak baik
<i>RMSEA</i>	$\leq 0,08$	0,000	Baik
<i>GFI</i>	$\geq 0,90$	1,000	Baik
<i>AGFI</i>	$\geq 0,90$	0,000	Tidak baik
<i>Relative X<sup>2</sup> (CMIN/DF)</i>	$\leq 2,00$	0,000	Baik
<i>TLI</i>	$\geq 0,95$	0,000	Tidak baik
<i>CFI</i>	$\geq 0,94$	1,000	Baik

Sumber : Data Primer

*Confirmatory Factor Analysis* pada *measurement model* diatas menunjukkan bahwa model pada gambar 5.4 tidak dapat diterima, karena menunjukkan bahwa uji kesesuaian model ini menghasilkan sebuah tingkat penerimaan yang kurang baik, hal ini karena jumlah indikator yang digunakan kurang dari syarat minimal dimensi yang membentuk sebuah konstruk. Dapat disimpulkan bahwa hipotesa yang menyatakan bahwa indikator - indikator yang merupakan dimensi acuan terlalu kecil bagi sebuah konstruk Kinerja Finansial, sehingga indikator tersebut kurang dapat diterima. Diharapkan untuk penelitian selanjutnya indicator yang ada bisa ditambahkan dari teori lain agar lebih lengkap yaitu indikator pusat investasi.

Uji kedua yang dapat dilakukan adalah uji terhadap bobot dari masing-masing indikator yang diamati dalam membentuk faktor Kinerja Finansial yang dianalisis. Uji ini dilakukan sama seperti uji terhadap *regression weight* atau *loading factor* atau koefisien lambda, seperti yang disajikan dalam tabel 5.29.

Tabel 5.29 *Regression Weight (Loading Factor) Measurement Model Kinerja Finansial*

	<i>Estimate</i>	<i>Standard Error</i>	<i>Standardized Estimate</i>	<i>C.R</i>	<i>P</i>
KF1 ← KF = $\lambda_1$	1,000		0,696		
KF2 ← KF = $\lambda_2$	1,225	0,290	0,697	4,230	0,001
KF3 ← KF = $\lambda_3$	1,329	0,313	0,619	4,243	0,001

Sumber : Data Primer

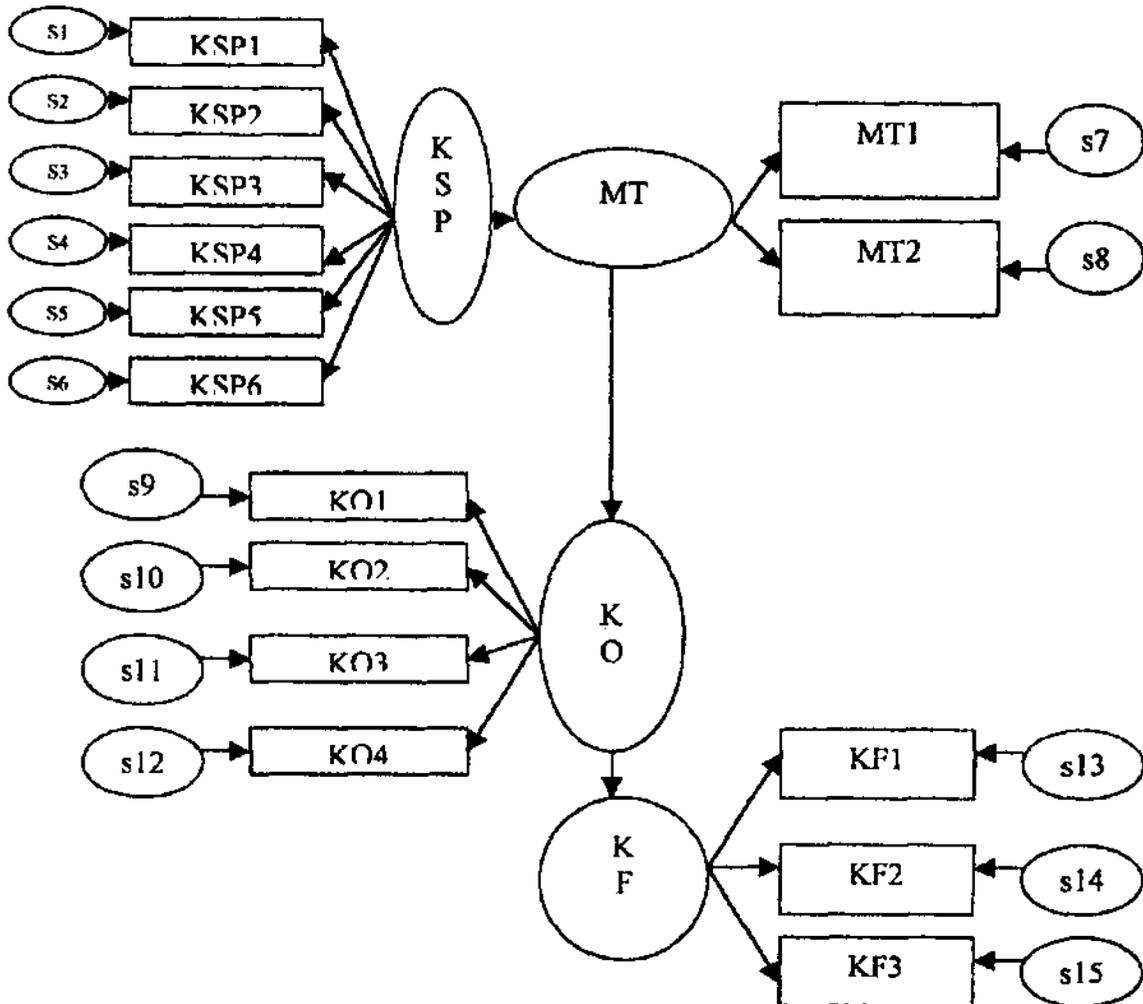
Uji-t terhadap koefisien lambda dilakukan untuk menolak hipotesis nol yang menyatakan bahwa nilai koefisien lambda adalah sama dengan nol yang dapat dinyatakan sebagai berikut :

1.  $H_0 : \lambda_1 = 0$  untuk  $H_1 : \lambda_1 > 0$
2.  $H_0 : \lambda_2 = 0$  untuk  $H_2 : \lambda_2 > 0$
3.  $H_0 : \lambda_3 = 0$  untuk  $H_3 : \lambda_3 > 0$

Uji terhadap indikator-indikator KF1 sampai dengan KF6 nilai *t-hitung* > nilai *t-tabel* pada level 0,05 dengan DF sebesar 4 , sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis nol yang menyatakan bahwa koefisien lambda sama dengan nol dapat ditolak karena itu nilai lambda adalah signifikan

### 5.4.3 Pengujian Variabel

#### A. Path Diagram



Gambar 5.5 Diagram Path Pengaruh Tidak Langsung Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Kinerja Finansial melalui Motivasi dan Kinerja Operasional

#### B. Persamaan Struktural

Persamaan struktural yang diajukan dalam penelitian ini berdasarkan model adalah :

$$\text{MOTIN} = \beta_1 \text{PART} + \beta_2 \text{SULT} + \beta_3 \text{PHATIAN} + \beta_4 \text{ADIL} + \beta_5 \text{PRAN} + \beta_6 \text{WNANG} + S_1$$

$$\text{MOTEX} = \beta_1 \text{PART} + \beta_2 \text{SULT} + \beta_3 \text{PHATIAN} + \beta_4 \text{ADIL} + \beta_5 \text{PRAN} + \beta_6 \text{WNANG} + S_2$$

$$\text{TEKNO} = \gamma_1 \text{MOTIN} + \gamma_2 \text{MOTEX} + S_3$$

$$\text{MTPRD} = \gamma_1 \text{MOTIN} + \gamma_2 \text{MOTEX} + S_4$$

$$\text{YANMED} = \gamma_1 \text{MOTIN} + \gamma_2 \text{MOTEX} + S_5$$

$$\text{EFISIENSI} = \gamma_1 \text{MOTIN} + \gamma_2 \text{MOTEX} + S_6$$

$$\text{PEND} = \lambda_1 \text{TEKNO} + \lambda_2 \text{MTPRD} + \lambda_3 \text{YANMED} + \lambda_4 \text{EFISIENSI} + S_7$$

$$\text{BIAYA} = \lambda_1 \text{TEKNO} + \lambda_2 \text{MTPRD} + \lambda_3 \text{YANMED} + \lambda_4 \text{EFISIENSI} + S_8$$

$$\text{LABA} = \lambda_1 \text{TEKNO} + \lambda_2 \text{MTPRD} + \lambda_3 \text{YANMED} + \lambda_4 \text{EFISIENSI} + S_9$$

Keterangan :

Variabel Karakteristik Sistem Penganggaran yang meliputi :

**PART** : Partisipasi dalam Proses Penganggaran

**SULT** : Kesulitan Anggaran

**PHATIAN** : Perhatian Manajemen Puncak

**ADIL** : Derajat Keadilan

**PRAN** : Peran Departemen Anggaran

**WNANG** : Pelimpahan Wewenang

Variabel Motivasi yang meliputi :

**MOTIN** : Motivasi Intrinsik

**MOTEX** : Motivasi Ekstrinsik

Variabel Kinerja Operasional dari aspek Kepuasan Pelanggan :

**TEKNO** : Teknologi

**MTPRD** : Mutu Layanan

**YANMED** : Mutu Yanmed

EFISIEN : Efisiensi

Variabel Kinerja Finansial meliputi :

LABA : Laba

BIAYA : Biaya

PEND : Pendapatan

Teknik estimasi yang dipergunakan adalah *Maximum Likelihood Estimation*. Estimasi *structural equation model* dilakukan melalui analisis *full model* untuk melihat kesesuaian model dan hubungan kausalitas yang dibangun dalam model yang diuji. Kesesuaian model dievaluasi dengan telaah berbagai kriteria *goodness-of-fit*. Dalam teknik analisis SEM digunakan beberapa uji statistik untuk menguji hipotesis dari model yang dikembangkan

#### 5.4.4 Analisis Full Structural Equation Model

##### 5.4.4.1 Uji Goodness-of-fit

Setelah dilakukan evaluasi atas asumsi-asumsi SEM, analisis selanjutnya adalah evaluasi atas kesesuaian model yang diajukan dalam penelitian ini dengan berbagai kriteria *goodness-of-fit* yang telah diuraikan sebelumnya

Tabel 5.30 Evaluasi Kriteria *Goodness-Of-Fit* Model Pengaruh Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Kinerja Finansial melalui Motivasi Manajer dan Kinerja Operasional

Kriteria	Nilai Kritis	Model Penelitian	Evaluasi Model
$\chi^2$ ( <i>Chi-square</i> )	Diharapkan kecil	49,626	Lebih kecil DF=56
<i>Probability (P)</i>	$\geq 0,05$	0,713	Baik

<i>RMSEA (The Root Mean Square Error of Approximation)</i>	$\leq 0,08$	0,000	Baik
<i>GFI (Goodness of Fit Index)</i>	$\geq 0,90$	0,775	Marginal
<i>AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)</i>	$\geq 0,90$	0,519	Marginal
<i>CMIN / DF (The Minimum sample discrepancy / Degree of freedom)</i>	$\leq 2,00$	0,886	Baik
<i>TLI (Tucker Lewis Index)</i>	$\geq 0,95$	2,278	Baik
<i>CFI (Comparative Fit Index)</i>	$\geq 0,95$	1,000	Baik

Sumber : SEM dalam Penelitian Manajemen (Ferdinand 2000)

Dalam analisis SEM tidak ada alat uji tunggal untuk mengukur atau menguji hipotesis mengenai model, umumnya terhadap berbagai jenis *fit index* yang digunakan untuk mengukur derajat kesesuaian antara model yang dihipotesakan dengan data yang disajikan. Dalam hal ini peneliti melakukan pengujian dengan menggunakan beberapa *fit index* untuk mengukur “kebenaran” model yang diajukan. Beberapa indeks kesesuaian dan *cut off value*-nya, digunakan untuk menguji apakah sebuah model dapat diterima atau ditolak, yaitu :

1.  $\chi^2$  - *Chi-Square Statistic* untuk menguji dan mengembangkan sebuah model yang sesuai dengan data atau yang *fit* terhadap data.
2. *RMSEA – The Root Mean Square Error of Approximation* merupakan indeks yang dapat digunakan untuk mengkompensasi *chi-square statistic* dalam sampel yang besar, menunjukkan *goodness of fit* yang dapat diharapkan bila model diestimasi dalam populasi, dimana nilai *RMSEA* yang lebih kecil atau sama dengan 0,08.

### 3. *GFI - Goodness of Fit Index*

Indeks kesesuaian (*fit index*) ini akan menghitung proporsi tertimbang dari varians dalam matriks kovarians sampel yang dijelaskan oleh matriks kovarians populasi yang terestimasi, dimana *GFI* yang diharapkan adalah  $\geq 0,90$

### 4. *AGFI – Adjusted Goodness of Fit Index*

*GFI* adalah analog dari  $R^2$  dalam regresi berganda. *Fit Index* ini dapat diadjust terhadap *degrees of freedom* yang tersedia untuk menguji diterima tidaknya model, tingkat penerimaan yang direkomendasikan  $\geq 0,90$

### 5. *CMIN/DF – The minimum sample discrepancy function (CMIN)* dibagi dengan *degree of freedom* akan menghasilkan indeks *CMIN/DF* sebagai salah satu indikator untuk mengukur tingkat fitnya sebuah model. *CMIN/DF* adalah *Chi-square*, $\chi^2$ dibagi *Df*nya, disebut $\chi^2$ relatif, dimana nilainya $\leq 2,00$

### 6. *TLI – Tucker Lewis Index*

Adalah sebuah alternatif *incremental fit index* yang membandingkan sebuah model yang diuji terhadap sebuah *baseline model*, nilai yang diterima  $\geq 0,95$

### 7. *CFI – Comparative Fit Index*

Indeks ini besarnya tidak dipengaruhi ukuran sampel, sehingga sangat baik untuk mengukur tingkat penerimaan sebuah model

Dari Tabel 5.26 dapat dilihat bahwa model secara keseluruhan memperlihatkan tingkat kesesuaian yang baik. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa pengujian model penelitian menghasilkan konfirmasi yang baik atas hubungan-hubungan kausalitas antar variabel.

#### 5.4.4.2 Uji Korelasi

Salah satu syarat dalam pengujian hubungan kausalitas adalah masing-masing konstruk eksogennya atau variabel independennya tidak berkorelasi pada tingkat yang serius ( $>0,9$ ) satu sama lain, dalam artian nilai korelasi  $< 0,9$ .

Dalam penelitian ini terdapat 6 konstruk eksogen yaitu tingkat partisipasi dalam proses penganggaran, tingkat kesulitan anggaran, tingkat perhatian manajemen puncak, derajat keadilan, peran departemen anggaran dan pelimpahan wewenang. Nilai korelasi antar variabel independen tersebut dapat dilihat pada Lampiran 7, dimana terlihat bahwa nilai korelasi antar variabel cukup rendah, yaitu  $< 0,9$  dan dapat dilihat pada Tabel 5.31 berikut ini.

Tabel 5.31 Nilai Korelasi Antar Variabel Independen

Korelasi antar Variabel		Nilai Korelasi
Peran Departemen Anggaran	↔ Pelimpahan Wewenang	0,395
Peran Departemen Anggaran	↔ Derajat Keadilan	0,576
Derajat Keadilan	↔ Perhatian Manajemen Puncak	0,509
Perhatian Manajemen Puncak	↔ Tingkat Kesulitan Anggaran	0,508
Tingkat Kesulitan Anggaran	↔ Partisipasi dalam Penganggaran.	0,489
Pelimpahan Wewenang	↔ Derajat Keadilan	0,402
Pelimpahan Wewenang	↔ Perhatian Manajemen Puncak	0,300

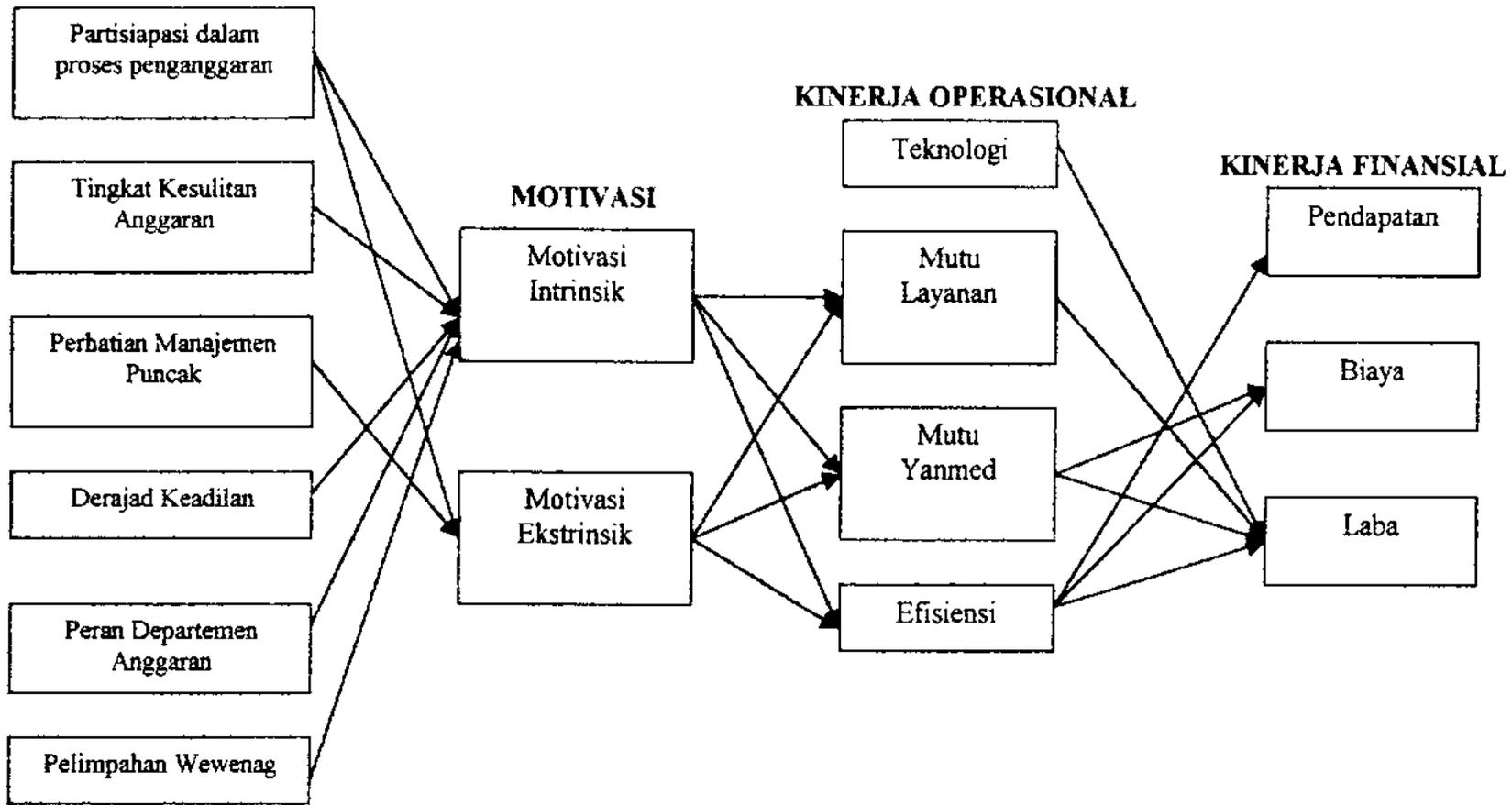
Pelimpahan We- Wenang	↔	Tingkat Kesulit an Anggaran	0,262
Pelimpahan We- wenang	↔	Partisipasi da- lam Penganggar an	0,300
Peran Departe- Men Anggaran	↔	Perhatian Mana jemen Puncak	0,404
Peran Departe- men Anggaran	↔	Tingkat Kesulit an Anggaran	0,379
Peran Departe- Men Anggaran	↔	Partisipasi da- lam Pengang- Garan	0,413
Derajad Keadil- an	↔	Tingkat Kesulit an Anggaran	0,508
Derajad Keadil- an	↔	Partisipasi da- lam Pengang- garan	0,616
Perhatian Mana- Jemen Puncak	↔	Partisipasi da- lam Pengang- garan	0,364

Sumber : Data Primer

#### 5.4.4.3 Uji Hipotesis

Untuk melakukan pengujian terhadap hipotesis yang diajukan, dilakukan dengan menganalisis *regression weights* untuk masing-masing konstruk eksogennya terhadap konstruk endogennya. Dengan melihat nilai C.R. yang identik dengan t-hitung, pada hasil pengolahan dibandingkan dengan nilai kritis atau t-tabel sebesar  $\pm 0,147$  pada tingkat signifikansi 0,05 (5%). Diagram berikut menyajikan hipotesis-hipotesis yang dapat diterima karena nilai kritis atau t-tabel melampaui nilai kritis dan signifikan dengan  $p < 0,05$ , sehingga didapatkan beberapa variabel karakteristik sistem penganggaran yang berpengaruh signifikan terhadap kinerja finansial melalui dampak positif motivasi manajer dan kinerja operasional.

**KARAKTERISTIK SISTEM PENGANGGARAN**



Gambar 5.6 Hasil Uji Hipotesis Pengaruh Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Kinerja Finansial melalui Motivasi dan Kinerja Operasional di RS Islam Surabaya

#### 5.4.4.4 Analisis Pengaruh

Dengan didasarkan pada model penelitian yang digunakan, maka analisis pengaruh ini terdapat dua pengaruh, yaitu pengaruh langsung yang menunjukkan variabel-variabel dari karakteristik sistem penganggaran berpengaruh langsung terhadap motivasi, sedangkan motivasi berpengaruh pada kinerja operasional, dan kinerja operasional berpengaruh terhadap kinerja finansial.

Pengaruh tidak langsung dari keenam karakteristik sistem penganggaran terhadap kinerja operasional, yang akhirnya akan berpengaruh tidak langsung terhadap kinerja finansial, sehingga akan bisa dihitung total pengaruhnya. Pengaruh langsung dan pengaruh tidak langsung, serta total pengaruh karakteristik sistem penganggaran terhadap kinerja finansial tersebut.

Untuk menguji hipotesis pengaruh tidak langsung Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Kinerja Finansial, maka dianalisa pengaruh langsung maupun pengaruh tidak langsung dengan tahapan sebagai berikut :

##### 1. Pengaruh Langsung Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Motivasi

Tabel 5.32 Pengaruh Langsung Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Motivasi di RS Islam Surabaya tahun 2002

	Partisipasi penganggaran	Kesulitan Anggaran	Perhatian manajemen	Derajat keadilan	Pelimpahan wewenang	Peran Dept.anggaran
Motivasi intrinsik	0,095	-0,094	0,003	0,117	-0,063	0,100
Motivasi Ekstrinsik	0,178	0,006	0,224	0,019	0,112	-0,017

Sumber : Data Primer

## 2. Pengaruh Motivasi terhadap Kinerja Operasional

Tabel 5.33 Pengaruh Langsung Motivasi terhadap Kinerja Operasional di RS Islam Surabaya tahun 2002

	Motivasi intrinsik	Motivasi Ekstrinsik
Teknologi	-0,029	-0,038
Mutu Layanan	0,075	-0,040
Mutu Yanmed	0,109	-0,135
Efisiensi	0,184	-0,091

Sumber : Data Primer

## 3. Pengaruh Kinerja Operasional terhadap Kinerja Finansial

Tabel 5.34 Pengaruh Langsung Kinerja Operasional terhadap Kinerja Finansial di RS Islam Surabaya tahun 2002

	Teknologi	Mutu Layanan	Mutu Yanmed	Efisiensi
Laba	-0,089	0,234	-0,182	0,089
Biaya	0,048	0,024	-0,058	-0,069
Pendapatan	-0,009	-0,009	0,010	-0,182

Sumber : Data Primer

#### 4. Pengaruh Tidak Langsung Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Kinerja Operasional dan Kinerja Finansial

Tabel 5.35 Pengaruh Tidak Langsung Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Kinerja Operasional dan Kinerja Finansial di RS Islam Surabaya tahun 2002

	Partisipasi Penganggaran	Kesulitan Anggaran	Perhatian Manajemen	Derajat Keadilan	Polimpahan Wewenang	Peran Dept Anggaran
Teknologi	-0,0099	0,0024	-0,0091	-0,0041	-0,0027	-0,0022
Mutu Layanan	-0,0168	-0,0079	-0,0300	0,0062	-0,0198	0,0098
Mutu Yanmed	-0,0059	-0,0108	-0,0202	0,0110	-0,0171	0,0125
Efisiensi	-0,0016	0,0178	0,0195	-0,0198	0,0217	-0,0200
Laba	-0,0021	0,0015	-0,0008	-0,0019	0,0007	-0,0016
Biaya	-0,0004	-0,0007	-0,0013	0,0007	-0,0011	0,0008
Pendapatan	0,0005	-0,0033	-0,0034	0,0037	-0,0039	0,0037

#### 5. Pengaruh Tidak Langsung Motivasi dan Kinerja Operasional terhadap Kinerja Finansial

Tabel 5.36 Total Pengaruh Tidak Langsung Motivasi Manajer dan Kinerja Operasional terhadap Kinerja Finansial di RS Islam Surabaya tahun 2002

	Motivasi Intrinsik	Motivasi Ekstrinsik	Teknologi	Mutu Layanan	Mutu Yanmed	Efisiensi
Teknologi	-0,029	-0,038	0,000	0,000	0,000	0,000
Mutu Layanan	0,075	-0,040	0,000	0,000	0,000	0,000
Mutu Yanmed	0,109	-0,135	0,000	0,000	0,000	0,000
Efisiensi	0,184	-0,091	0,000	0,000	0,000	0,000
Laba	0,000	0,000	-0,089	0,234	-0,182	0,089
Biaya	0,000	0,000	0,048	0,024	-0,058	-0,069
Pendapatan	0,000	0,000	-0,009	-0,009	0,010	-0,182

## 6. Total Pengaruh Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Kinerja Finansial melalui Motivasi dan Kinerja Finansial

Tabel 5.37 Total Pengaruh Karakteristik Sistem Penganggaran Terhadap Kinerja Finansial melalui Motivasi dan Kinerja Operasional di RS Islam Surabaya tahun 2002

	Partisipasi penganggaran	Kesulitan anggaran	Perhatian manajemen	Derajat keadilan	Pelimpahan wewenang	Peran dept Anggaran
Motivasi intrinsik	0,095	-0,094	0,003	0,117	-0,063	0,100
Motivasi Ekstrinsik	0,178	0,006	0,224	0,019	0,112	-0,017
Teknologi	-0,010	0,002	-0,009	0,004	-0,003	-0,002
Mutu Layanan	-0,017	-0,008	-0,030	0,006	-0,020	0,010
Mutu Yanmed	-0,006	-0,011	-0,020	0,011	-0,017	0,012
Efisiensi	-0,002	0,018	0,019	-0,0020	0,022	-0,020
Laba	-0,000	0,001	-0,001	-0,002	0,001	-0,002
Biaya	0,000	-0,001	-0,001	0,001	-0,001	0,001
Pendapatan	0,000	-0,003	-0,003	0,004	-0,004	0,004

	Motivasi Intrinsik	Motivasi Ekstrinsik	Teknologi	Mutu Layanan	Mutu Yanmed	Efisiensi
Teknologi	-0,029	-0,040	0,000	0,000	0,000	0,000
Mutu Layanan	0,075	-0,135	0,000	0,000	0,000	0,000
Mutu Yanmed	0,109	-0,091	0,000	0,000	0,000	0,000
Efisiensi	0,184	0,089	0,000	0,000	0,000	0,000
Laba	-0,016	-0,003	-0,089	0,234	-0,182	0,089
Biaya	0,007	-0,006	0,048	0,024	-0,058	-0,069
Pendapatan	0,004	-0,016	-0,009	-0,009	0,010	-0,182

Sumber : Data primer

## **5.5 Hasil Focus Group Discussion (FGD)**

### **5.5.1 Pelaksanaan FGD atau diskusi kelompok terfokus**

Pelaksanaan *Focus Group Discussion (FGD)* dilakukan dalam rangka menyusun suatu rekomendasi pengaruh sistem penganggaran terhadap kinerja finansial melalui motivasi manajer dan kinerja operasional, berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan. Pelaksanaan *FGD* dilakukan pada hari Senin, tanggal 19 Mei 2003 yang diikuti oleh 27 orang peserta yang terdiri dari Direktur, kepala bagian, kepala unit serta koordinator ruangan (lihat lampiran 8).

Untuk mengetahui pengaruh sistem penganggaran terhadap kinerja finansia, maka harus memalui pengaruh dari sistem penganggaran terhadap motivasi manajer sebagai pelaksana anggaran dan bagaimana pengaruh motivasi tersebut terhadap kinerja operasional, yang pada akhirnya bisa diketahui pengaruhnya terhadap kinerja finansial sebagai hasil akhir suatu kegiatan kerja. Hasil yang didiskusikan adalah :

#### **1. Motivasi terkait dengan proses penganggaran**

Hasil diskusi diperoleh bahwa kemungkinan tidak berpengaruh dan tidak signifikan beberapa variabel dari karakteristik sistem penganggaran terhadap motivasi adalah :

- a. Tingkat perhatian manajemen puncak tidak berpengaruh signifikan terhadap motivasi intrinsik, karena kurangnya pemahaman terhadap pentingnya anggaran bagi kelangsungan operasional rumah sakit
- b. Tingkat kesulitan anggaran tidak berpengaruh signifikan terhadap motivasi ekstrinsik, karena anggaran yang dibuat dan ditetapkan manajemen terlalu mudah dan longgar, sehingga kurang bisa memotivasi manajer untuk meningkatkan kinerjanya untuk pencapaian yang anggaran yang relevan

- c. Derajat keadilan tidak berpengaruh signifikan terhadap motivasi ekstrinsik, karena dengan mudah dicapainya target anggaran, maka kesetaraan dalam tugas dan wewenang kurang begitu dirasakan oleh manajer sebagai pelaksana anggaran
  - d. Peran departemen anggaran tidak berpengaruh signifikan terhadap motivasi ekstrinsik, karena selama ini yang dirasakan manajer adalah partisipasi dalam proses penganggaran sebagai partisipasi yang kurang bermakna bagi kinerja manajer, sehingga seberapa besarpun peran departemen anggaran dianggap kurang bisa membantu dalam memotivasi peningkatan kinerjanya
  - e. Pelimpahan wewenang tidak berpengaruh signifikan terhadap motivasi ekstrinsik. Hal itu disebabkan pelimpahan wewenang terkait dengan penganggaran kurang begitu terasa dampaknya, karena wewenang yang digunakan oleh manajer adalah wewenang dalam penentuan target anggaran, selalu dalam rupiah sehingga kurang difahami oleh para manajer
2. Motivasi tidak berpengaruh signifikan terhadap teknologi

Dari hasil diskusi yang dilakukan, maka kemungkinan penyebabnya adalah :

- a. Kondisi peralatan medis maupun non medis yang sudah *out of date*, sehingga para manajer merasakan kurang kondusif dengan kondisi kerja yang kurang mendukung tersebut
- b. Kondisi tempat kerja yang kurang nyaman, sehingga banyak keluhan pasien mengenai fasilitas maupun sarana prasarana yang ada. Hal itu akan menambah menurunnya semangat kerja para manajer

Dari hasil kedua penyebab tersebut, terjadi kemungkinan-kemungkinan sebagai berikut :

- a. Secara intrinsik para manajer akan kurang termotivasi untuk meningkatkan kinerjanya, karena setelah mendapat pengetahuan baru akan mengaplikasikan pengetahuan tersebut mengalami kesulitan, karena akan terbentur pada tidak memadainya kecanggihan fasilitas rumah sakit
  - b. Secara ekstrinsik akan menurun motivasinya, karena kondisi kerja yang kurang kondusif, dengan banyaknya keluhan pasien atas kurang kenyamanan yang diharapkan
3. Pengaruh kinerja operasional terhadap kinerja finansial

Dari hasil diskusi yang dilakukan, maka didapatkan beberapa variabel dari kinerja operasional yang tidak berpengaruh signifikan terhadap kinerja finansial, yaitu :

- a. Teknologi tidak berpengaruh signifikan terhadap pendapatan. Hal itu karena kurang adanya dukungan peningkatan teknologi terkait dengan fasilitas yang disediakan pada pasien
- b. Mutu layanan tidak berpengaruh signifikan terhadap pendapatan. Hal itu kemungkinan karena kurang mendukungnya fasilitas non medis yang kurang berfokus pada pasien sebagai pelanggan rumah sakit
- c. Mutu Yanmed tidak berpengaruh signifikan terhadap pendapatan, karena kurang didukung oleh teknologi pelayanan yang memadai, sehingga para profesional kurang berkesan dalam pelayanan medisnya
- d. Teknologi tidak berpengaruh signifikan terhadap biaya, karena teknologi yang mendukung pelayanan belum bisa mengikuti perubahan teknologi yang semakin

pesat, sehingga dalam upaya itu cukup menyerap biaya yang relatif tinggi, sedangkan di RS Islam peningkatan teknologi tersebut relatif lambat.

- e. Mutu layanan tidak berpengaruh signifikan terhadap biaya, karena fasilitas dan sarana prasarana yang menjadi tumpuan pelayanan kesehatan kurang berfokus pada pelanggan sehingga kurang dirasakan oleh para manajer akan berdampak pada biaya

### 5.5.2 Kesimpulan FGD

Dari hasil *Focus Group Discussion (FGD)*, maka beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh manajemen RS Islam Surabaya, yaitu :

1. Ada beberapa variabel karakteristik sistem penganggaran yang tidak berpengaruh signifikan terhadap motivasi manajer, yaitu :
  - a. Tingkat perhatian manajemen puncak dalam memotivasi secara intrinsik pada manajer dengan pengembangan staf yang efektif
  - b. Tingkat kesulitan anggaran yang rendah sehingga manajer kurang merasa mendapat manfaat yang dirasakan secara ekstrinsik dari anggaran yang dibuat
  - c. Tingkat kesetaraan dalam beban dan tanggung jawab, dengan derajat keadilan yang kurang dirasakan secara langsung oleh para manajer
  - d. Peran departemen anggaran juga kurang memberi dampak positif untuk memotivasi para manajer dalam peningkatan kinerja secara operasional
  - e. Pelimpahan wewenang yang *bottom up* terkendali belum dirasakan secara langsung oleh para manajer sebagai nilai tambah hasil kinerja
2. Motivasi tidak berpengaruh signifikan terhadap teknologi, disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut :

- a. Kurang canggihnya peralatan medis maupun peralatan yang bersifat non medis
  - b. Kondisi fasilitas rumah sakit yang kurang kondusif untuk fokus pada pelanggan
  - c. Kurang bisa mengaplikasikan perkembangan pengetahuan yang diperolehnya, karena kurang mendukungnya fasilitas dan prasarana rumah sakit
  - d. Menurunnya motivasi kerja para manajer karena meningkatnya keluhan pasien atas fasilitas yang disediakan rumah sakit
3. Teknologi, mutu layanan dan mutu yanmed tidak berpengaruh signifikan terhadap pendapatan, karena hal hal sebagai berikut :
- a. Kurang lengkap dan kurang canggihnya peralatan medis maupun non medis dalam pelayanan pada pasien
  - b. Kenyamanan fasilitas pelayanan yang diberikan pada pasien tidak fokus pada kebutuhan dan harapan pasien
  - c. Fasilitas pelayanan medis kurang mendukung profesionalisme yang diberikan pada pasien
4. Teknologi dan mutu layanan tidak berpengaruh signifikan terhadap biaya, karena :
- a. Teknologi peralatan dan fasilitas yang kurang mendapat perhatian sehingga kurang berpengaruh baik dalam upaya perencanaan dan pengawasan dalam pencapaian biaya yang mendukung peningkatan teknologi
  - b. Mutu layanan yang tidak fokus pelanggan kurang memberikan dampak positif pada perencanaan maupun pengawasan pencapaian biaya yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pasien sebagai pelanggan rumah sakit.

### 5.5.3 Rekomendasi *FGD*

Dari hasil *Fokus Group Discussion (FGD)*, maka dihasilkan rekomendasi sebagai berikut:

1. Dalam upaya mengefektifkan penganggaran yang terkesan semu, para manajer hanya sekedar partisipasi tanpa tahu tujuan utama penyusunan suatu anggaran, maka perlu adanya peningkatan pemahaman para manajer mengenai keuangan berupa pelatihan manajemen keuangan terutama tentang anggaran.
2. Perlu dibuat anggaran dengan target yang jelas dan terkendali tidak lagi sekedar anggaran yang longgar dan mudah pencapaiannya, sehingga dapat memotivasi manajer baik secara intrinsik maupun ekstrinsik, dalam upaya peningkatan kinerja.
3. Dalam evaluasi kinerja, manajemen puncak juga hendaknya memasukkan anggaran sebagai salah satu pengukur kinerja dan motivasi manajer, dengan memadukan antara kinerja operasional dan kinerja finansial yang berfokus pada kebutuhan dan harapan pelanggan.
4. Dalam upaya peningkatan kinerjanya, manajemen RS Islam Surabaya, hendaknya memperhatikan dan memprioritaskan peningkatan terkait dengan motivasi ekstrinsik karyawan secara umum dan manajer secara khusus, pengembangan teknologi yang digunakan dalam pelayanan, dan peningkatan mutu layanan yang bersifat non medis sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien sebagai pelanggan rumah sakit

# **B A B VI**

## **PEMBAHASAN**

## Bab 6

### PEMBAHASAN

Pembahasan dalam penelitian ini, pada dasarnya bertumpu pada hasil analisis kuantitatif dengan menggunakan pendekatan teoritis. Artinya hasil analisis kuantitatif dipandang sebagai petunjuk awal untuk menelusuri beberapa permasalahan dan fenomena. Pada akhirnya, dengan mendayagunakan data yang tersedia dan didialogkan dengan teori serta hasil analisis kuantitatif, maka akan diperoleh suatu jawaban yang lebih komprehensif tentang permasalahan. Dari hasil penelitian didapatkan sebagai berikut :

#### 6.1 Pengaruh Karakteristik Sistem Penganggaran terhadap Motivasi Manajer

##### A. Pengaruh Partisipasi dalam Proses Penganggaran terhadap Motivasi Manajer

1. Pada hipotesis H1a menyatakan bahwa partisipasi dalam proses penganggaran mempunyai pengaruh positif terhadap motivasi intrinsik dapat diterima, karena C.R yang telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,336; p < 0,05$ ), dan pengaruh langsung yang kuat ( $0,095$ ). Hubungan positif dan searah artinya, apabila tingkat partisipasi penganggaran ditingkatkan, maka motivasi intrinsik akan meningkat kuat dan sebaliknya. Besarnya pengaruh tingkat partisipasi dalam penganggaran dapat dipahami, karena manajer selalu diikutsertakan dalam proses anggaran, dimana hal itu akan memotivasi secara intrinsik pada manajer untuk selalu berusaha meningkatkan kinerjanya. Selain itu dengan keikutsertaan manajer dalam penyusunan anggaran, akan menimbulkan rasa tanggung jawab yang tinggi dan menerima anggaran secara penuh.

2. Pengaruh partisipasi dalam proses penganggaran terhadap motivasi ekstrinsik pada hipotesis H1b, dapat diterima karena C.R melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,672, p < 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat kuat ( $0,178$ ). Hubungan positif dan searah artinya jika partisipasi penganggaran ditingkatkan, maka motivasi ekstrinsik akan meningkat dengan sangat tajam dan sebaliknya. Motivasi timbul karena anggaran yang realistis, karena didasarkan atas negosiasi manajemen puncak dan manajer selaku pelaksana. Anggaran yang realistis akan menimbulkan rasa percaya diri untuk mencapainya. Dan diharapkan dengan adanya partisipasi aktif dari para manajer secara esensial dan bukan semu, artinya para manajer dilibatkan secara riil dilibatkan dalam proses penganggaran, maka mereka akan menerima dan melaksanakan secara penuh tanggung jawab atas anggaran yang disusun, sehingga akan dapat mempengaruhi prestasi kerjanya.

Signifikan serta pengaruh positif partisipasi dalam proses penganggaran terhadap motivasi baik intrinsik maupun ekstrinsik mengindikasikan bahwa partisipasi dalam proses penganggaran cukup penting dalam memberikan dampak positif terhadap motivasi intrinsik maupun ekstrinsik. Didukung secara statistik dekriptif partisipasi yang diberikan dalam proses penganggaran relatif tinggi, meskipun pengaruh itu tidak terlalu kuat secara total terhadap motivasi intrinsik tapi cukup kuat total pengaruhnya terhadap motivasi ekstrinsik

Secara teoritis, keterlibatan dan keterkaitan manajemen puncak dengan manajer pusat pertanggungjawaban dalam suatu perencanaan dan pengendalian finansial, berhubungan langsung dengan keyakinan bahwa mereka semua mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi sepenuhnya hal-hal yang terjadi di kemudian hari,

baik itu hal-hal yang bersifat finansial maupun operasional. Jajaran manajemen semuanya baik pimpinan maupun manajer harus yakin bahwa tujuan organisasi yang nyata dapat berkembang dimasa yang akan datang dan harus sadar akan pentingnya rasa keterikatan semuanya untuk mencapai tujuan tersebut.

Dengan cukup tingginya partisipasi tersebut, manajer selaku pelaksana anggaran diharapkan dapat menciptakan komunikasi lancar antara manajer dengan pimpinan, maupun dengan bawahan di unitnya masing-masing. Karena dengan komunikasi yang lancar ini akan dapat meningkatkan proses pengembangan tujuan organisasi, sesuai dengan prioritas dalam perencanaan rumah sakit untuk peningkatan kinerja operasional baik secara internal maupun eksternal untuk kepuasan pasien sebagai pelanggan rumah sakit. Bila dalam memahami tujuan dan tanggung jawab antara pimpinan dan bawahan selaras, maka anggaran bisa sebagai alat komunikasi yang baik.

## **B. Pengaruh Tingkat Kesulitan Anggaran terhadap Motivasi Manajer**

1. Pada hipotesis H2a menyatakan bahwa tingkat kesulitan anggaran mempunyai pengaruh positif terhadap motivasi intrinsik diterima, karena C.R yang telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $-0,344$ ;  $p < 0,05$ ), meskipun menghasilkan arah yang berlawanan dengan yang dihipotesakan dan pengaruh langsung cukup kuat dan negatif ( $-0,094$ ). Hubungan positif dan berlawanan arah artinya, apabila tingkat kesulitan anggaran ditingkatkan, maka motivasi intrinsik akan menurun cukup kuat dan sebaliknya. Hal ini bisa diasumsikan bahwa dengan meningkatnya tingkat kesulitan anggaran, maka manajer akan merasa tertekan beban

yang cukup berat, sementara pemahaman tentang anggaran sangat minim, sehingga akan menurunkan motivasi untuk meningkatkan kinerjanya.

Karena pada dasarnya manajer cenderung lebih menyukai pekerjaan yang memberikan kesempatan untuk menggunakan keahlian dan kemampuan dalam mencapai target yang ditentukan. Tetapi karena di rumah sakit mayoritas manajernya keahlian dan kemampuannya bidang medis, maka peningkatan tingkat kesulitan anggaran merupakan sesuatu yang menambah beban sehingga akan menurunkan motivasi intrinsiknya untuk mengembangkan diri.

2. Pengaruh tingkat kesulitan anggaran terhadap motivasi ekstrinsik pada hipotesis H2b, tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan (0,024,  $p < 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat lemah (0,006). Tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah, artinya jika tingkat kesulitan anggaran ditingkatkan, maka tidak berpengaruh apapun terhadap motivasi ekstrinsik, hal itu juga disebabkan pemahaman dan pengetahuan yang sangat minim mengenai masalah keuangan, sehingga anggaran yang ada tingkat kesulitannya relatif rendah dan sederhana. Apabila sasaran anggaran mempunyai tingkat kesulitan yang rendah dan mudah dicapai, maka kondisi ini tidak memberikan tantangan dalam pencapaian sasaran dan hanya memberi efek motivasi yang rendah pada pelaksanaan anggaran. Artinya anggaran tersebut bukan sebagai alat motivasi, sehingga manajer tidak dapat menunjukkan kinerja yang lebih tinggi.

Konsisten dengan pengujian pengaruh partisipasi dalam proses penganggaran, melalui dampak dari motivasi intrinsik dan ekstrinsik terhadap kinerja baik kinerja operasional maupun kinerja finansial, dimana peneliti

memberikan argumentasi bahwa dengan harapan adanya partisipasi yang tinggi dari para manajer, maka tingkat kesulitan anggaran oleh manajemen puncak dibuat mudah dalam pencapaiannya dengan katagori anggaran cukup longgar, dan hal ini ditunjukkan oleh statistik deskriptif yang relatif rendah dalam tingkat kesulitan pencapaian anggaran, dengan lebih dari 60% manajer menilai rendah dalam tingkat kesulitannya.

Tetapi rendahnya tingkat kesulitan anggaran dengan partisipasi aktif dalam proses penganggaran menunjukkan bahwa penyusunan anggaran difokuskan pada tingkat sumber daya *input* dan *output*, penentuan target biaya dan target pendapatan pada departemen masing-masing manajer, dan bukan pada proses. Dengan demikian manajer memahami suatu target anggaran, hanya pada perencanaan saja, tetapi tidak pada pengendalian, dengan kata lain bagaimana cara mencapai target anggaran, bukan bagaimana upaya pengendalian untuk memperoleh keuntungan di unit masing-masing.

Seperti yang dikemukakan oleh Steward (1995), bahwa kalau fokus utama anggaran adalah sumber daya *input* dan *output*, yaitu dalam hal penentuan target biaya dan target pendapatan departemen yang bersangkutan, maka hal itu akan memberikan acuan kepada manajer untuk mengontrol biaya dan pendapatan operasional saja tanpa mempedulikan seberapa besar keuntungan yang diperoleh di departemennya (dalam Rahayu, 1997)

Demikian juga pengaruh tingkat kesulitan anggaran tidak signifikan mempengaruhi secara positif motivasi ekstrinsik, karena manajer tidak mengendalikan biaya yang dibuatnya, karena pengendalian lebih didominasi oleh

manajemen puncak dan menengah, sehingga dampak ini akan mempengaruhi kinerja manajer baik secara operasional maupun finansial, terutama level kepala unit ke bawah.

### **C. Pengaruh Tingkat Perhatian Manajemen Puncak terhadap Motivasi Manajer**

1. Pada hipotesis H3a menyatakan bahwa tingkat perhatian manajemen puncak mempunyai pengaruh positif terhadap motivasi intrinsik tidak dapat diterima, karena C.R yang belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $0,012$ ;  $p > 0,05$ ), dan pengaruh langsung sangat lemah ( $0,003$ ). Tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah artinya tingkat perhatian manajemen puncak tidak berpengaruh apapun terhadap motivasi intrinsik. Hal ini kemungkinan karena kurangnya perhatian manajemen dalam menindak lanjuti realisasi anggaran, sehingga manajer menganggap hal itu tidak penting dalam proses penganggaran. Ketika manajer termotivasi secara intrinsik untuk berprestasi, manajemen kurang memberikan perhatian dan dorongan moril untuk menghargainya, sehingga hal itu dalam jangka waktu tertentu akan menurunkan kinerja manajer.
2. Pengaruh tingkat perhatian manajemen puncak terhadap motivasi ekstrinsik pada hipotesis H3b, dapat diterima karena melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,898$ ,  $p < 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat kuat ( $0,224$ ). Hubungan positif dan searah artinya jika tingkat perhatian manajemen puncak ditingkatkan, maka motivasi ekstrinsik akan meningkat dengan sangat tajam dan sebaliknya. Hal ini perlu menjadi pertimbangan bahwa jika manajemen puncak tidak memberikan tindak lanjut atas apa yang dicapai oleh manajer, maka manajer akan merasa bahwa jerih payah yang dikerahkan demi tercapainya target atau sasaran anggaran tidak dihargai. Kondisi ini akan mempengaruhi psikologis manajer sebagai

pelaksana anggaran, sehingga terbentuk anggapan bahwa upaya yang dilakukan tidak menghasilkan sesuatu seperti yang diharapkan. Dengan demikian manajer tidak akan termotivasi untuk menunjukkan kinerja tertinggi yang dimiliki.

Interpretasi atas hasil diatas adalah bahwa manajer memang memandang penting adanya perhatian manajemen puncak dalam proses penyusunan anggaran, walaupun dengan partisipasi yang tinggi dan tingkat kesulitan anggaran yang rendah, karena sebatas tingkat perencanaan anggaran saja. Kemungkinan tingginya perhatian manajemen puncak dalam proses penganggaran, seperti yang terlihat pada tabel 5.6 yaitu bahwa manajer menilai tingkat perhatian manajemen puncak lebih dari 70% dengan mean yang tinggi dan standar deviasi yang relatif kecil, adalah karena erat sekali hubungannya dengan siklus pengendalian yang didominasinya, dan manajer menganggap itu penting dalam kepentingan evaluasi perencanaan anggaran mereka.

Kemungkinan besar maksud dari perhatian yang tinggi manajemen puncak dalam proses penganggaran, adalah untuk mengevaluasi manajer agar bertanggung jawab atas biaya yang dapat dikendalikannya, yaitu fokus pada sumber daya *input*, dan target pendapatan dengan fokus pada *output*.

#### **D. Pengaruh Derajat Keadilan terhadap Motivasi Manajer**

1. Pada hipotesis H4a menyatakan bahwa derajat keadilan mempunyai pengaruh positif terhadap motivasi intrinsik tidak dapat diterima, karena C.R yang telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( 0,360;  $p < 0,05$ ), dan pengaruh langsung kuat (0,117). Hubungan positif dan searah artinya, apabila derajat keadilan ditingkatkan, maka motivasi intrinsik akan meningkat dengan sangat tajam, dan sebaliknya. Hal itu sangat wajar, karena kesetaraan dalam tugas dan

wewenang akan menumbuhkan motivasi untuk pengembangan kinerja dan karier para manajer. Sesuai yang dikemukakan oleh Anthony, Dearden dan Bedford (1993), bahwa pertimbangan penting persepsi penyusun anggaran mengenai rasa keadilan dalam mencapai anggaran harus seimbang diantara para penyusun anggaran, karena mereka akan merasa puas dalam melaksanakan anggaran, sehingga keadaan ini akan memotivasi manajer dalam melaksanakan anggaran

2. Pengaruh derajat keadilan terhadap motivasi ekstrinsik pada hipotesis H4b, tidak dapat diterima karena C.R belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $0,063$ ,  $p > 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat lemah ( $0,019$ ). Tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah, artinya derajat keadilan tidak berpengaruh apapun terhadap motivasi ekstrinsik, karena motivasi ini timbul jika secara riil bisa dirasakan. Keadilan dalam penganggaran harus dimiliki dari bawah ke atas, setelah itu dinilai dan disahkan oleh manajemen puncak. Proses penilaian dan pengesahan anggaran harus penuh pertimbangan dengan kebijakan yang benar

Arah yang positif, dan signifikan pengaruh derajat keadilan terhadap motivasi intrinsik, dilain pihak arah yang negatif, tidak signifikan pengaruh derajat keadilan terhadap motivasi ekstrinsik dan pengaruh yang lemah motivasi baik intrinsik maupun ekstrinsik terhadap kinerja operasional maupun kinerja finansial, mengindikasikan hal yang selaras dengan tingkat kesulitan anggaran, dalam hal ini peneliti memberikan argumentasi bahwa tingkat kesetaraan dibuat tinggi artinya setara dalam peran dan wewenang dalam proses penganggaran dengan keterlibatan yang tinggi dari pimpinan, kemudahan dalam pencapaian target anggaran dan keseimbangan dalam upaya pencapaian target dan beban tugas. Hal ini ditunjukkan

oleh statistik deskriptif yang mendukung, dimana lebih dari 60% manajer menilai derajat keadilan dalam proses penganggaran cukup tinggi, hal ini bisa diinterpretasikan bahwa karena partisipasi aktif dari pelaksana anggaran, maka keterlibatan dan kesetaraan dalam tugas dan tanggung jawab relatif sama, agar manajer lebih mudah dalam mengevaluasi target anggarannya, selain itu pimpinan juga lebih mudah dalam melaksanakan pengendalian

#### **E. Pengaruh Peran Departemen Anggaran terhadap Motivasi Manajer**

1. Pada hipotesis H5a menyatakan bahwa peran departemen anggaran mempunyai pengaruh positif terhadap motivasi intrinsik, dapat diterima, karena C.R yang telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,369; p < 0,05$ ), dan pengaruh langsung kuat ( $0,100$ ). Hubungan positif dan searah, artinya jika peran departemen anggaran ditingkatkan, maka motivasi intrinsik akan meningkat kuat. Hal ini memang suatu hal yang wajar, karena peran aktif departemen anggaran untuk mendorong pengembangan kinerja para manajer. Peran departemen anggaran, adalah bertindak sebagai fasilitator yang membantu manajer dalam menjalankan proses penyusunan anggaran, sehingga jika departemen anggaran dapat menjalankan perannya secara efektif, maka akan memotivasi manajer untuk meningkatkan kinerjanya.
2. Pengaruh peran departemen anggaran terhadap motivasi ekstrinsik pada hipotesis H5b, tidak dapat diterima karena belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $0,067, p > 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat lemah dan negatif ( $-0,017$ ). Tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah, artinya peran aktif departemen anggaran tidak berpengaruh apapun terhadap motivasi ekstrinsik, karena peran tersebut tidak bisa dirasakan dampaknya secara riil, sedangkan

motivasi ekstrinsik terkait dengan kondisi pekerjaan secara riil. Peran departemen anggaran adalah menyediakan bantuan bagi para manajer dalam penyusunan anggaran. Besarnya pengaruh peran departemen anggaran terhadap kinerja, karena departemen anggaran memegang peran sangat penting dalam proses penganggaran.

Interpretasi atas hasil ini adalah bahwa peran departemen anggaran memang penting, dan hal ini ditunjukkan oleh statistik deskriptif yang relatif tinggi, yaitu lebih dari 50% manajer menilai peran departemen anggaran cukup rendah dengan *mean* agak rendah dan standard deviasi yang relatif kecil.

Meskipun partisipasi aktif manajer, peran departemen anggaran dalam hal ini hanya sekedar sebagai fasilitator administrasi dari umpan balik manajemen puncak dalam proses penganggaran, yang hanya berpengaruh terhadap motivasi intrinsik saja sebagai dukungan moral spiritual pimpinan dalam mendorong pelaksana anggaran. Sedangkan terhadap motivasi ekstrinsiknya tidak berpengaruh, sehingga secara tidak langsung peran departemen anggaran tidak berpengaruh terhadap kinerja operasional maupun kinerja finansial, motivasi tidak hanya dari motivasi intrinsik saja, tetapi harus didukung motivasi ekstrinsik yang secara riil dapat dirasakan oleh manajer sebagai pelaksana anggaran

#### **F. Pengaruh Pelimpahan Wewenang terhadap Motivasi Manajer**

1. Pada hipotesis H6a menyatakan bahwa pelimpahan wewenang mempunyai pengaruh positif terhadap motivasi intrinsik, dapat diterima, karena C.R yang telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $-0,264$ ;  $p < 0,05$ ), tetapi menghasilkan arah yang berlawanan dengan yang dihipotesakan, dan pengaruh langsung cukup kuat ( $-0,063$ ). Hubungan positif dan berlawanan arah, artinya jika

pelimpahan wewenang secara *bottom-up*, maka motivasi intrinsik akan meningkat cukup kuat. Dengan sistem penganggaran dengan pelimpahan wewenang *bottom-up*, para manajer akan termotivasi untuk mengembangkan kinerjanya. Dalam organisasi dengan tingkat desentralisasi rendah (lebih tersentralisasi) manajer akan merasa dirinya sedikit dilibatkan dalam perencanaan anggaran, dan mengalami tekanan dari atasan, sehingga manajer akan memandang anggaran sebagai sesuatu yang membatasi keleluasaan mereka (Brownell, 1982a). Dengan demikian manajer akan lebih produktif dan termotivasi untuk mencapai kinerja yang optimal.

2. Pengaruh derajat keadilan terhadap motivasi ekstrinsik pada hipotesis H6b, dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan (0,496,  $p < 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat kuat (0,112). Hubungan positif dan searah artinya jika derajat keadilan ditingkatkan, maka motivasi ekstrinsik akan meningkat dengan cukup kuat dan sebaliknya. Sesuai yang dikemukakan Brun's dan waterhouse (1975), bahwa manajer dalam organisasi yang lebih terdesentralisasi akan merasa dirinya lebih berpengaruh dan lebih partisipasi dalam proses penganggaran dan merasa dipuaskan dengan kegiatan yang berhubungan dengan anggaran.

Terkait dengan partisipasi aktif manajer dalam proses penganggaran, pelimpahan wewenang dalam hal ini adalah tipe *bottom up* yaitu usulan dari bawah, dengan keputusan dibuat bersama. Dengan tipe pelimpahan wewenang *bottom up*, artinya manajer cenderung mempunyai pengaruh yang besar dan lebih banyak berpartisipasi dalam proses penganggaran, karena pelimpahan wewenang tersebut sangat penting dalam memberikan dampak positif terhadap motivasi

intrinsik maupun ekstrinsik, hal itu juga diperkuat dengan hasil statistik deskriptif pelimpahan wewenang *bottom up*.

Hal ini bisa disimpulkan bahwa rumah sakit menyatakan pelimpahan wewenang *bottom up* dalam proses penganggarannya, artinya manajer diminta usulan dan masukan, dan usulan dan masukan tersebut banyak berpengaruh dalam hasil keputusan. Sesuai yang dikemukakan Bruns dan Waterhouse (1975), bahwa manajer dalam organisasi yang lebih terdesentralisasi akan merasa dirinya lebih berpengaruh, lebih berpartisipasi dalam proses penganggaran, dan merasa dipuaskan dengan kegiatan yang berhubungan dengan anggaran, dalam arti selalu dilibatkan dalam proses penganggaran. Dengan demikian manajer akan lebih produktif dan termotivasi untuk mencapai kinerja yang optimal.

## **6.2 Pengaruh Motivasi Manajer terhadap Kinerja Operasional**

### **A. Pengaruh Motivasi Intrinsik terhadap Kinerja Operasional**

1. Pada hipotesis bahwa motivasi intrinsik berpengaruh positif terhadap teknologi (H7a), tidak dapat diterima karena belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $-0,121$ ;  $p > 0,05$ ), dengan pengaruh langsung sangat lemah dan negatif ( $-0,023$ ). Hubungan negatif dan berlawanan arah artinya jika motivasi intrinsik ditingkatkan, maka tidak berpengaruh apapun terhadap peningkatan teknologi. Hal ini kemungkinan ketika, manajer termotivasi secara intrinsik untuk mengembangkan kemampuannya, mengalami kesulitan dalam aplikasi pengetahuan itu karena kurangnya teknologi dari fasilitas yang disediakan rumah sakit.

2. Motivasi intrinsik berpengaruh positif terhadap mutu layanan (H7b), dapat diterima karena telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,322$ ;  $p < 0,05$ ), dengan pengaruh langsung yang sedang ( $0,061$ ). Hubungan positif dan searah, artinya jika motivasi intrinsik ditingkatkan maka mutu layanan akan meningkat tetapi tidak begitu kuat dan sebaliknya. Dengan meningkatnya motivasi secara intrinsik, maka akan diikuti oleh upaya peningkatan hasil kerja yang terkait dengan mutu layanan, sehingga akan terwujud peningkatan kinerja yang optimal.
3. Motivasi intrinsik berpengaruh positif terhadap mutu yanmed (H7c), dapat diterima karena telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,466$ ;  $p < 0,05$ ) dengan pengaruh langsung yang kuat ( $0,109$ ). Hubungan positif dan searah, artinya jika motivasi intrinsik ditingkatkan maka mutu yanmed akan meningkat dengan kuat dan sebaliknya. Seiring dengan peningkatan motivasi terkait dengan pengembangan karier secara professional, maka ketika manajer termotivasi secara intrinsik untuk meningkatkan profesionalisme medis, maka mutu pelayanan medis sesuai standart pelayanan yang baku akan teraplikasi dengan tertib dan lancar.
4. Motivasi intrinsik berpengaruh positif terhadap efisiensi atau tarif (H7d), dapat diterima karena telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan, meskipun menghasilkan arah berlawanan dari yang dihipotesakan ( $-0,796$ ;  $p < 0,05$ ), serta pengaruh langsung sangat kuat dengan nilainya negatif ( $-0,252$ ). Hubungan positif dan berlawanan arah, artinya jika motivasi intrinsik ditingkatkan maka efisiensi dalam hal ini tariff akan menurun tajam, karena sangat efisien, dan sebaliknya. Peningkatan motivasi intrinsik terkait dengan upaya pengendalian biaya untuk optimalisasi sumber daya, akan berakibat yang cukup signifikan bagi tarif layanan

yang dibebankan ke pasien., karena dengan peningkatan efisiensi oleh pelaksana operasional, maka akan mewujudkan nilai tambah bagi organisasi maupun pasien sebagai pelanggan rumah sakit.

Hasil ini bisa diinterpretasikan bahwa motivasi yang tinggi dari manajer dalam proses penganggaran, seperti yang ditunjukkan dalam statistik deskriptif yaitu lebih dari 70% para manajer RS Islam Surabaya memiliki motivasi intrinsik yang tinggi, meliputi kemauan berprestasi, keinginan untuk mengembangkan kemampuan, bekerja lebih baik, dengan *mean* cukup tinggi dan standar deviasi yang relatif kecil, dengan motivasi tersebut pengaruh langsungnya terhadap kinerja operasional relatif kuat terutama pada mutu layanan medis dan efisiensi, meskipun terhadap teknologi sangat kecil pengaruhnya, karena teknologi lebih banyak dipengaruhi kepentingan internal dan bukan kebutuhan pasien.

Hal ini kemungkinan besar disebabkan teknologi yang digunakan di RS Islam Surabaya kurang bisa memenuhi harapan dan kebutuhan manajer pelaksana yang terkait dengan motivasi intrinsiknya yang tinggi, tetapi tidak didukung fasilitas yang memadai. Selain itu latar belakang wawasan, pengetahuan dan pengalaman manajer-manajer yang ada terutama manajer medis yang kebanyakan tidak memahami banyak mengenai sistem penganggaran, juga di rumah sakit sistem penganggaran kurang mendapat perhatian dari manajemen puncak

## **B. Pengaruh Motivasi Ekstrinsik terhadap Kinerja Operasional**

1. Pada hipotesis bahwa motivasi ekstrinsik berpengaruh positif terhadap teknologi (H8a), tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $-0,070$ ;  $p>0,05$ ), dengan pengaruh langsung yang sangat lemah

dan negatif (-0,038). Hubungan negatif dengan pengaruh yang sangat lemah artinya motivasi ekstrinsik tidak berpengaruh apapun terhadap teknologi. Hal itu dimungkinkan karena motivasi ekstrinsik yang secara riil dirasakan oleh manajer, sangat minim untuk bisa meningkatkan upaya peningkatan teknologi yang digunakan untuk layanan, tanpa didukung oleh motivasi yang kuat dan secara riil dibuktikan oleh pengembangan teknologi fasilitas pendukung layanan yang diberikan.

2. Motivasi ekstrinsik berpengaruh positif terhadap mutu layanan (H8b), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan (0,576;  $p < 0,05$ ), dan menghasilkan arah yang berlawanan dengan yang dihipotesakan, disertai pengaruh langsung yang kuat meskipun negatif (0,130) Hubungan positif dan berlawanan arah, artinya peningkatan motivasi ekstrinsik tidak diimbangi secara riil peningkatan mutu layanan, melainkan sangat minim dan bahkan menurunkan mutu layanan. Hal ini disebabkan, ketika manajer termotivasi untuk meningkatkan kinerjanya, menjadi berbalik sangat kecewa, ketika tidak didukung oleh teknologi yang relevan sesuai perkembangan teknologi kesehatan yang berkembang.
3. Motivasi ekstrinsik berpengaruh positif terhadap mutu yanmed (H8c), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan (-0,390;  $p < 0,05$ ) meskipun menghasilkan arah yang berlawanan dengan yang dihipotesakan, dengan pengaruh langsung cukup kuat dan juga negatif (-0,091). Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya peningkatan motivasi ekstrinsik tidak diimbangi peningkatan mutu pelayanan medis yang signifikan, bahkan bisa

menurunkan mutu pelayanan medis yang diberikan. Seperti halnya mutu layanan, kemungkinan hal itu disebabkan kurangnya perhatian manajemen puncak atas peningkatan profesionalisme petugas dalam bidang medis. Sehingga ketika meningkat motivasi manajer oleh kondisi manajemen, tanpa didukung oleh fasilitas dan kemudahan dalam pengembangan pengetahuan dan ketrampilan yang didukung fasilitas yang memadai, justru akan menurunkan motivasi tersebut yang akhirnya akan menurunkan kinerjanya.

4. Motivasi ekstrinsik berpengaruh positif terhadap efisiensi atau tariff (H8d), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan, (0,386;  $p < 0,05$ ), serta pengaruh langsung motivasi ekstrinsik terhadap efisiensi cukup kuat, (0,089). Hubungan positif dan searah, artinya bahwa peningkatan pada motivasi ekstrinsik cukup kuat akan meningkatkan efisiensi, dan sebaliknya. Ketika manajer termotivasi secara ekstrinsik akan meningkatkan kinerja yang secara otomatis dengan peningkatan kinerja tersebut efisiensi akan meningkat pula, karena perencanaan dan pengendalian berjalan efektif.

Hasil ini bisa diinterpretasikan bahwa motivasi yang sangat tinggi dari manajer dalam proses penganggaran, seperti yang ditunjukkan dalam statistik deskriptif yaitu lebih dari 80% para manajer RS Islam, meliputi hubungan kerja dengan atasan, hubungan kelompok kerja dan penghargaan dari pimpinan, dengan *mean* tinggi dan standar deviasi yang sangat kecil, menunjukkan bahwa motivasi ekstrinsiknya tinggi, meskipun dari segi pengaruh terhadap kinerja operasional dalam proses penganggaran tidak signifikan dan sangat lemah.

Hal ini kemungkinan besar disebabkan budaya kekeluargaan yang tinggi di RS Islam Surabaya, dan juga karena latar belakang wawasan, pengetahuan dan pengalaman manajer-manajer yang ada, terutama manajer medis yang kebanyakan tidak memahami banyak mengenai sistem penganggaran, serta seperti kebanyakan rumah sakit, bahwa sistem penganggaran kurang mendapat perhatian dari manajemen puncak.

### **6.3 Pengaruh Kinerja Operasional terhadap Kinerja Finansial**

#### **A. Pengaruh Teknologi terhadap Kinerja Finansial**

1. Pada hipotesis bahwa teknologi berpengaruh positif terhadap pendapatan (H9a), tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $-0,070$ ;  $p > 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat lemah dan negatif ( $-0,038$ ). Tidak signifikan dan sangat lemahnya pengaruh, artinya peningkatan teknologi tidak berpengaruh apapun terhadap pendapatan, karena kurangnya perhatian manajemen puncak atas pengembangan teknologi pelayanan, sehingga manajer kesulitan dalam memprediksi target yang harus dicapai, apalagi dalam hal pengendalian, kurang mendapat perhatian sehingga dalam pelaksanaannya kurang efektif.
2. Pada hipotesis bahwa teknologi berpengaruh positif terhadap biaya (H10a), dapat diterima karena melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,165$ ;  $p < 0,05$ ), tetapi pengaruh langsungnya lemah ( $0,084$ ). Hubungan positif dan searah, artinya jika teknologi ditingkatkan maka akan meningkatkan biaya untuk keperluan pengembangan teknologi tersebut, dan sebaliknya. Peningkatan teknologi

sebenarnya membawa dua dampak yang sama, yaitu peningkatan pendapatan atau peningkatan biaya, untuk itu perlu pertimbangan yang matang jika akan investasi teknologi, terutama dalam bidang layanan kesehatan. Investasi dalam bidang kesehatan sangat tinggi, untuk itu perlu analisa yang cermat dan relevan untuk memutuskan investasi teknologi tersebut.

3. Pada hipotesis bahwa teknologi berpengaruh positif terhadap laba ( $H_{11a}$ ), dapat diterima karena C.R telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $-0,321$ ;  $p < 0,05$ ), meskipun menghasilkan arah yang berlawanan dengan yang dihipotesakan, serta pengaruh langsungnya kuat dan negatif ( $-0,089$ ). Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika teknologi ditingkatkan maka akan menurunkan laba cukup kuat, karena adanya investasi baru yang membutuhkan biaya yang akan mengurangi laba periode yang bersangkutan. Atau dengan perkataan lain peningkatan teknologi yang tinggi, bisa pula akan mendatangkan laba yang tidak signifikan dengan peningkatan teknologi, bahkan bisa mengalami kerugian.

Hasil ini bisa diinterpretasikan bahwa kepuasan pasien atas teknologi peralatan yang digunakan rumah sakit adalah sangat tinggi, seperti yang ditunjukkan dalam statistik deskriptif, yaitu lebih dari 70% pasien RS Islam Surabaya menilai bahwa teknologi peralatan rumah sakit rendah, yang meliputi teknologi peralatan medis maupun non medis, tingkat keandalan dan kelengkapan serta kewajaran dalam pemanfaatan alat, dengan *mean* tinggi dan standar deviasi yang kecil, meskipun dari segi pengaruh terhadap kinerja finansial dalam proses

penganggaran sebagian tidak signifikan dan sangat lemah, yaitu pada aspek pendapatan.

Sedangkan dari sisi internal, yaitu dari penilaian penanggung jawab Ruang VIP dan Ruang Kelas III, hasil dari wawancara dengan Kepala Bagian Perawatan dan wakil, Kepala Unit Rawat Inap dan wakil, Koordinator Ruang VIP dan wakil, Koordinator Ruang D (Kelas III) dan wakil, Koordinator Ruang C (Kelas III) dan wakil, serta Koordinator Ruang Anak (Kelas III) dan wakil, adalah sebagai berikut

- a) Bahwa Inovasi peralatan pelayanan berdasarkan prioritas perencanaan rumah sakit, dimulai dari usulan unit pengguna
- b) Tingkat kecanggihan dan keandalan cukup memadai sesuai dengan standar kelas perawatan, baik dalam kecanggihan maupun kelengkapan peralatan medis maupun non medis
- c) Kewajaran dalam pemanfaatan dan pemakaian alat, cukup mendapat perhatian dari pihak manajemen, agar pasien tidak terbebani diluar yang menjadi kebutuhan pasien

Dari hasil keduanya maka dapat diinterpretasikan bahwa teknologi yang digunakan di RS Islam Surabaya, baik dari segi internal maupun eksternal cukup memuaskan dalam artian fasilitas dan pelayanan yang terkait dengan teknologi cukup memuaskan pasien sebagai pelanggan eksternal, maupun petugas terkait sebagai pelanggan internal, meskipun belum fokus pada kebutuhan pelanggan tetapi atas dasar kebutuhan unit atau petugas terkait, sehingga pengaruhnya terhadap kinerja finansial hanya pada biaya saja yang relatif kuat, dan berpengaruh positif sedangkan lainnya lemah.

**B. Pengaruh Mutu Layanan terhadap Kinerja Finansial**

1. Mutu layanan berpengaruh positif terhadap pendapatan (H9b), tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $-0,030$ ;  $p>0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat lemah dan negatif ( $-0,009$ ). Sama seperti pada teknologi, tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah mutu layanan pada pendapatan karena kurangnya pemahaman petugas bahwa peningkatan mutu layanan secara teoritis akan meningkatkan pendapatan. Dalam hal ini petugas hanya memahami operasional secara profesi medis, tanpa melaksanakan dan memahami pentingnya mutu layanan yang terkait dengan hal-hal yang bersifat non medis, yang justru akan mendatangkan keuntungan bagi layanan itu sendiri.
2. Mutu layanan berpengaruh positif terhadap biaya (H10b), tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $0,033$ ;  $p>0,05$ ), serta pengaruh langsungnya lemah ( $0,024$ ). Tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah, artinya peningkatan mutu layanan tidak berpengaruh apapun terhadap biaya, hal itu sama seperti pada pengaruh mutu layanan terhadap pendapatan, dimana keduanya merupakan dampak dari suatu output yang dihasilkan dari proses layanan yang diberikan ke pasien, kemungkinan hal tersebut karena kurangnya pemahaman petugas bahwa peningkatan mutu layanan seharusnya akan menurunkan biaya atau meningkatkan efisiensi.
3. Mutu layanan berpengaruh positif terhadap laba (H11b), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,963$ ;  $p>0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat kuat ( $0,234$ ). Hubungan positif dan searah, artinya

jika mutu layanan ditingkatkan maka akan meningkatkan laba dengan tajam, dan sebaliknya. Laba sebagai hasil akhir dari suatu proses layanan, telah difahami dan direalisasikan oleh manajer pelaksana anggaran, sehingga mutu layanan yang diberikan pada pasien sudah didasari perhitungan laba yang sangat relevan

Hasil ini bisa diinterpretasikan bahwa kepuasan pasien atas mutu layanan yang tinggi dari kinerja operasional, seperti yang ditunjukkan dalam statistik deskriptif yaitu lebih dari 80% pasien RS Islam Surabaya, menilai bahwa kepuasan terhadap mutu layanan yang bersifat non medis tinggi, meliputi kenyamanan ruangan, keramahan dan *empaty* petugas, kebersihan fasilitas fisik, dan tingkat *privacy* dalam proses pelayanan, dengan *mean* tinggi dan standar deviasi yang kecil.

Sedangkan dari sisi internal, yaitu dari penilaian penanggung jawab Ruang VIP dan Ruang Kelas III, hasil dari wawancara dengan Kepala Bagian Perawatan dan wakil, Kepala Unit Rawat Inap dan wakil, Koordinator Ruang VIP dan wakil, Koordinator Ruang D (Kelas III) dan wakil, Koordinator Ruang C (Kelas III) dan wakil, serta Koordinator Ruang Anak (Kelas III) dan wakil, adalah sebagai berikut :

- a) Inovasi pengembangan fisik ruangan dan perlengkapan yang bersifat penunjang pelayanan berdasarkan pada prioritas perencanaan rumah sakit yang diawali dari usulan unit pengguna.
- b) Tingkat prioritas penyediaan fasilitas fisik untuk kenyamanan dan kenikmatan pasien, cukup sesuai dengan standar kelas perawatan .
- c) Tingkat pembinaan petugas terkait dengan keramahan dan *empaty* pada pasien cukup bagus dan menjadi prioritas program

Dari hasil keduanya maka dapat diinterpretasikan bahwa mutu layanan di RS Islam Surabaya, baik dari segi internal maupun eksternal cukup memuaskan dalam artian penyediaan fasilitas dan pembinaan petugas terkait dengan pelayanan pasien menjadi prioritas program, meskipun belum fokus pada kebutuhan pelanggan tetapi atas dasar melihat pesaing maupun usulan unit terkait.

### **C. Pengaruh Mutu Yanmed terhadap Kinerja Finansial**

1. Mutu yanmed berpengaruh positif terhadap pendapatan (H9c), tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $0,033; p > 0,05$ ), serta pengaruhnya sangat sangat lemah ( $0,010$ ). Tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah mutu yanmed pada pendapatan karena kurangnya pemahaman petugas bahwa peningkatan mutu layanan medis secara teoritis akan meningkatkan pendapatan. Dengan peningkatan mutu layanan medis, maka pasien akan loyal pada layanan rumah sakit, dimana hal itu akan sangat menguntungkan rumah sakit baik dari segi operasional maupun finansial.
2. Mutu yanmed berpengaruh positif terhadap biaya (H10c), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $-0,188; p < 0,05$ ), meskipun menghasilkan arah berlawanan dari yang dihipotesakan, serta pengaruh langsungnya relatif lemah dan negatif ( $-0,58$ ). Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika mutu yanmed ditingkatkan, maka biaya akan menurun meskipun tidak terlalu besar penurunannya, hal itu karena didasari pengetahuan medis bahwa mutu yanmed yang lebih profesional akan meningkatkan efisiensi atau menurunkan biaya.

3. Mutu yanmed berpengaruh positif terhadap laba (H11c), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $-0,627$ ;  $p < 0,05$ ), meskipun menghasilkan arah yang berlawanan dengan apa yang dihipotesakan, serta pengaruh langsungnya kuat dan negatif ( $-0,182$ ). Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika mutu yanmed ditingkatkan maka akan menurunkan laba cukup kuat, karena adanya biaya pengembangan staf yang akan mengurangi laba, dalam upaya peningkatan profesionalisme petugas.

Hasil ini bisa diinterpretasikan bahwa kepuasan pasien atas mutu yanmed yang tinggi dari kinerja operasional, seperti yang ditunjukkan dalam statistik deskriptif yaitu lebih dari 80% pasien RS Islam Surabaya, menilai bahwa kepuasan terhadap mutu layanan yang bersifat medis agak tinggi, meliputi profesionalisme petugas, kecermatan dan keandalan alat kesehatan maupun obat-obatan yang digunakan, serta ketepatan indikasi klinis petugas medis, dengan *mean* tinggi dan standar deviasi yang kecil. Meskipun dari segi pengaruh terhadap kinerja finansial dalam proses penganggaran tidak signifikan dan lemah, kecuali pengaruh positif terhadap laba yang konsistendan diterima dengan pengaruh yang kuat.

Sedangkan dari sisi internal, yaitu dari penilaian penanggung jawab Ruang VIP dan Ruang Kelas III, hasil dari wawancara dengan Kepala Bagian Perawatan dan wakil, Kepala Unit Rawat Inap dan wakil, Koordinator Ruang VIP dan wakil, Koordinator Ruang D (Kelas III) dan wakil, Koordinator Ruang C (Kelas III) dan wakil, serta Koordinator Ruang Anak (Kelas III) dan wakil, adalah sebagai berikut :

- a) Dalam hal peningkatan profesionalisme petugas medis, baik dalam hal peningkatan pengetahuan ataupun ketrampilan, berdasarkan prioritas

perencanaan rumah sakit, dengan diawali usulan unit terkait sesuai dengan kebutuhan

- b) Tingkat profesionalisme petugas medis yang tinggi dan sesuai dengan standar medis yang ditetapkan
- c) Tingkat keandalan dan kecermatan yang tinggi atas penggunaan peralatan medis maupun obat-obatan
- d) Tingkat ketepatan yang tinggi atas indikasi medis oleh para dokter, menambah dipercayainya profesionalisme yang diberikan

Dari hasil keduanya maka dapat diinterpretasikan bahwa mutu layanan medis di RS Islam Surabaya, baik dari segi internal maupun eksternal cukup memuaskan dalam artian peningkatan profesionalisme petugas terkait dengan pelayanan pasien menjadi prioritas program, meskipun belum fokus pada kebutuhan pelanggan tetapi atas dasar melihat pesaing maupun usulan unit atau petugas terkait.

#### **D. Pengaruh Efisiensi terhadap Kinerja Finansial**

1. Efisiensi atau tarif berpengaruh positif terhadap pendapatan (H9d), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan,  $(-0,768; p < 0,05)$ , serta pengaruh langsung motivasi ekstrinsik terhadap efisiensi sangat kuat meskipun negatif  $(-0,182)$ , dan memberikan hasil yang berlawanan dengan apa yang dihipotesakan. Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika tarif ditingkatkan, maka akan menurunkan pendapatan sangat tajam. Peningkatan tarif layanan secara otomatis akan menurunkan pendapatan, jika tidak diimbangi dengan peningkatan mutu layanan baik secara medis maupun secara non medis,

maka akan menurunkan jumlah kunjungan yang akhirnya akan menurunkan pendapatan.

2. Efisiensi berpengaruh positif terhadap biaya (H10d), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan,  $(-0,290; p<0,05)$ , serta menghasilkan arah yang berlawanan dengan apa yang dihipotesakan, dengan pengaruh langsung sedang dan negatif,  $(-0,069)$ . Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika efisiensi atau tarif ditingkatkan maka akan menurunkan biaya meskipun tidak terlalu besar. Sudah menjadi hubungan kausalitas bahwa peningkatan efisiensi akan menurunkan biaya, sehingga dicapai efektifitas dan efisiensi pelayanan yang diberikan pada pasien.
3. Efisiensi atau tarif berpengaruh positif terhadap laba (H11d), dapat diterima karena melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan,  $(0,396; p<0,05)$ , serta pengaruh langsung efisiensi terhadap cukup kuat  $(0,089)$ . Hubungan positif dan searah artinya peningkatan pada efisiensi akan secara kuat meningkatkan laba. Peningkatan efisiensi akan berakibat pada dua sisi yang saling menunjang, yaitu peningkatan pendapatan dan penurunan biaya yang pada akhirnya akan meningkatkan laba sebagai hasil akhir dari suatu kinerja finansial yang maksimal.

Hasil ini bisa diinterpretasikan bahwa kepuasan pasien atas tariff rumah sakit yang relatif tinggi dari kinerja operasional, seperti yang ditunjukkan dalam statistik deskriptif yaitu lebih dari 70% pasien RS Islam Surabaya, menilai bahwa tariff rumah sakit rendah, meliputi tariff ruang perawatan, pemanfaatan alatmedis, tindakan medis, obat-obatan dan pemeriksaan penunjang medis, dengan *mean* rendah dan standar deviasi yang relatif kecil, meskipun dari segi pengaruh terhadap

kinerja finansial dalam proses penganggaran signifikan meskipun lemah pengaruhnya.

Sedangkan dari sisi internal, yaitu dari penilaian penanggung jawab Ruang VIP dan Ruang Kelas III, hasil dari wawancara dengan Kepala Bagian Perawatan dan wakil, Kepala Unit Rawat Inap dan wakil, Koordinator Ruang VIP dan wakil, Koordinator Ruang D (Kelas III) dan wakil, Koordinator Ruang C (Kelas III) dan wakil, serta Koordinator Ruang Anak (Kelas III) dan wakil, adalah sebagai berikut : Efisiensi dalam hal ini terkait dengan upaya melaksanakan *cost containment* atas semua beban yang dikeluarkan dalam unit pelaksana, meliputi :

- a) Upaya efisiensi oleh pihak manajemen atas semua yang menjadi beban unit kerja dalam rangka penetapan tariff , dilakukan atas dasar prioritas perencanaan rumah sakit, dan biaya per unit pelayanan atau *unit cost* per hari per pasien.
- b) Tingkat pencapaian target anggaran cukup rendah untuk Ruang VIP dan tinggi untuk Ruang Kelas III, karena Kelas III pemanfaatannya sangat tinggi sedang Ruang VIP pemanfaatannya relatif rendah
- c) Atas dasar dua hal diatas, maka manajemen berupaya menekan biaya dengan meningkatkan pemanfaatan dan pendapatan, dengan demikian diharapkan dapat mencapai laba maksimal.
- d) Untuk itu diupayakan terus peningkatan kualitas pelayanan dengan pemilihan pelayanan yang paling menguntungkan untuk ditingkatkan, dan menekan atau menghapus pelayanan yang tidak menguntungkan, agar dapat mencapai target yang ditetapkan

Dari hasil keduanya maka dapat diinterpretasikan bahwa efisiensi di RS Islam Surabaya, baik dari segi internal maupun eksternal cukup memuaskan dalam artian, efisiensi terkait dengan upaya *cost containment* atas semua beban unit pelaksana menjadi prioritas program rumah sakit, meskipun belum fokus pada kemampuan bayar pelanggan, tetapi berupaya untuk menghitung biaya per unit pelayanan dalam rangka penetapan tarif rasional.

#### 6.4 Kinerja Finansial

##### A. Pendapatan

1. Pada hipotesis bahwa teknologi berpengaruh positif terhadap pendapatan (H9a), tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $-0,070$ ;  $p>0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat lemah dan negatif ( $-0,038$ ). Tidak signifikan dan sangat lemahnya pengaruh, artinya peningkatan teknologi tidak berpengaruh apapun terhadap pendapatan, karena kurangnya perhatian manajemen puncak atas pengembangan teknologi pelayanan.
2. Mutu layanan berpengaruh positif terhadap pendapatan (H9b), tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan ( $-0,030$ ;  $p>0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat lemah dan negatif ( $-0,009$ ). Sama seperti pada teknologi, tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah mutu layanan pada pendapatan karena kurangnya pemahaman petugas bahwa peningkatan mutu layanan secara teoritis akan meningkatkan pendapatan.
3. Mutu yanmed berpengaruh positif terhadap pendapatan (H9c), tidak dapat diterima karena C.R. belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan

(0,033;  $p > 0,05$ ), serta pengaruhnya sangat sangat lemah (0,010). Tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah mutu yanmed pada pendapatan karena kurangnya pemahaman petugas bahwa peningkatan mutu layanan medis secara teoritis akan meningkatkan pendapatan.

4. Efisiensi atau tarif berpengaruh positif terhadap pendapatan ( $H9d$ ), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan, (-0,768;  $p < 0,05$ ), serta pengaruh langsung motivasi ekstrinsik terhadap efisiensi sangat kuat meskipun negatif (-0,182), dan memberikan hasil yang berlawanan dengan apa yang dihipotesakan. Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika tarif ditingkatkan, maka akan menurunkan pendapatan sangat tajam. Peningkatan tarif layanan secara otomatis akan menurunkan pendapatan, jika tidak diimbangi dengan peningkatan mutu layanan baik secara medis maupun secara non medis, maka akan menurunkan jumlah kunjungan yang akhirnya akan menurunkan pendapatan.

Hasil statistik deskriptif yaitu lebih dari 70% manajer RS Islam Surabaya, menilai bahwa pencapaian pendapatan pusat pertanggungjawaban rendah, yang meliputi tingkat pencapaian realisasi target anggaran, upaya perencanaan dan penegndalian dari para manajer unit penghasil pendapatan, dengan *mean* tinggi dan standar deviasi yang relatif kecil ditunjang dengan hasil perbandingan pendapatan nominal dengan rumah sakit lain juga rendah. Hal itu kemungkinan juga adanya pengaruh dari sistem penganggaran melalui dampak motivasi dan kinerja operasional signifikan dan meskipun pengaruhnya tidak begitu kuat, tetapi cukup berpengaruh

Hal ini cukup baik dilihat dari nominal pencapaian prosentase masing-masing unit yang rata-rata dapat mencapai target anggaran, hanya beberapa item saja yang kurang mencapai anggaran. Hal ini bisa karena partisipasi yang tinggi dan signifikan berpengaruh positif terhadap pendapatan melalui kombinasi pengaruh motivasi intrinsik dan ekstrinsik tetapi tidak disertai pengaruh yang kuat dari kinerja operasional terhadap pendapatan kecuali efisiensi yang pengaruhnya cukup kuat terhadap pendapatan meskipun negatif nilainya.

### C. Biaya

1. Pada hipotesis bahwa teknologi berpengaruh positif terhadap biaya (H10a), dapat diterima karena melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan (0,165;  $p < 0,05$ ), tetapi pengaruh langsungnya lemah (0,084). Hubungan positif dan searah, artinya jika teknologi ditingkatkan maka akan meningkatkan biaya untuk keperluan pengembangan teknologi tersebut, dan sebaliknya.
2. Mutu layanan berpengaruh positif terhadap biaya (H10b), tidak dapat diterima karena belum melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan tidak signifikan (0,033;  $p > 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya lemah (0,024). Tidak signifikan dan pengaruh yang sangat lemah, artinya peningkatan mutu layanan tidak berpengaruh apapun terhadap biaya, hal itu kemungkinan karena kurangnya pemahaman petugas bahwa peningkatan mutu layanan seharusnya akan menurunkan biaya atau meningkatkan efisiensi.
3. Mutu yanmed berpengaruh positif terhadap biaya (H10c), dapat diterima karena telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan (-0,188;  $p < 0,05$ ), meskipun menghasilkan arah berlawanan dari yang dihipotesakan, serta pengaruh

langsungnya relatif lemah dan negatif (-0,58). Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika mutu yanmed ditingkatkan, maka biaya akan menurun meskipun tidak terlalu besar penurunannya, hal itu karena didasari pengetahuan medis bahwa mutu yanmed yang lebih professional akan meningkatkan efisiensi atau menurunkan biaya.

4. Efisiensi berpengaruh positif terhadap biaya (H10d), dapat diterima karena C.R. telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan, (-0,290;  $p < 0,05$ ), serta menghasilkan arah yang berlawanan dengan apa yang dihipotesakan, dengan pengaruh langsung sedang dan negatif, (-0,069). Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika efisiensi atau tarif ditingkatkan maka akan menurunkan biaya meskipun tidak terlalu besar. Sudah menjadi hubungan kausalitas bahwa peningkatan efisiensi akan menurunkan biaya, sehingga dicapai efektifitas dan efisiensi pelayanan yang diberikan pada pasien.

Hasil statistik deskriptif yaitu lebih dari 70% manajer RS Islam Surabaya, menilai bahwa realisasi pusat pertanggungjawaban rendah, yang meliputi tingkat pencapaian realisasi dari plafond anggaran, meskipun diimbangi upaya perencanaan dan pengendalian dari para manajer pusat biaya, dengan *mean* tinggi dan standar deviasi yang relatif kecil, ditunjang dari hasil perbandingan biaya nominal dari rumah sakit lain yang sejenis juga rendah. Sehingga hasil pengaruh dari sistem penganggaran melalui dampak motivasi dan kinerja operasional tidak signifikan dan sangat lemah.

Hal ini cukup baik dilihat dari nominal pencapaian prosentase masing-masing unit yang rata-rata dapat melebihi plafond anggaran, dengan diimbangi

upaya perencanaan dan pengendalian dari para manajer unit pusat biaya. Evaluasi ini juga perlu ditinjau dari sistem proses penganggarannya yang cenderung *bottom up*, sehingga tujuan utamanya dapat dicapai, yaitu adanya rasa tanggung jawab dari para pelaksana atas apa yang menjadi target anggaran dan batasan-batasan dalam proses penganggaran, yaitu dikembalikan pada fungsi anggaran sebagai evaluasi kinerja manajer pelaksana anggaran, baik kinerja operasional maupun kinerja finansial.

Hal itu didukung oleh partisipasi yang signifikan berpengaruh terhadap kombinasi motivasi manajer dan kinerja operasional yang cenderung berpengaruh terhadap kinerja finansial dalam hal ini biaya, meskipun pengaruh tersebut relatif kecil, meskipun total pengaruh relatif lemah, tetapi ada beberapa dari pos kinerja operasional yang berpengaruh cukup kuat untuk berpengaruh.

#### **D. Laba**

1. Pada hipotesis bahwa teknologi berpengaruh positif terhadap laba ( $H11a$ ), dapat diterima karena melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $-0,321$ ;  $p < 0,05$ ), meskipun menghasilkan arah yang berlawanan dengan yang dihipotesakan, serta pengaruh langsungnya kuat dan negatif ( $-0,089$ ). Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika teknologi ditingkatkan maka akan menurunkan laba cukup kuat, karena adanya investasi baru yang mengurangi laba.
2. Mutu layanan berpengaruh positif terhadap laba ( $H11b$ ), dapat diterima karena telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $0,963$ ;  $p < 0,05$ ), serta pengaruh langsungnya sangat kuat ( $0,234$ ). Hubungan positif dan searah, artinya

jika mutu layanan ditingkatkan maka akan meningkatkan laba dengan tajam, dan sebaliknya.

3. Mutu yanmed berpengaruh positif terhadap laba (H11c), dapat diterima karena telah melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan ( $-0,627$ ;  $p < 0,05$ ), meskipun menghasilkan arah yang berlawanan dengan apa yang dihipotesakan, serta pengaruh langsungnya kuat dan negatif ( $-0,182$ ). Hubungan positif tetapi berlawanan arah, artinya jika mutu yanmed ditingkatkan maka akan menurunkan laba cukup kuat, karena adanya biaya pengembangan staf yang akan mengurangi laba, dalam upaya peningkatan profesionalisme petugas.
4. Efisiensi atau tarif berpengaruh positif terhadap laba (H11d), dapat diterima karena melampaui nilai kritis  $\pm 0,147$  dan signifikan, ( $0,396$ ;  $p < 0,05$ ), serta pengaruh langsung efisiensi terhadap cukup kuat ( $0,089$ ). Hubungan positif dan searah artinya peningkatan pada efisiensi akan secara kuat meningkatkan laba. Peningkatan efisiensi akan berakibat pada dua sisi yang saling menunjang, yaitu peningkatan pendapatan dan penurunan biaya yang pada akhirnya akan meningkatkan laba sebagai hasil akhir dari suatu kinerja finansial yang maksimal.

Hasil statistik deskriptif yaitu lebih dari 70% manajer RS Islam Surabaya, menilai bahwa pencapaian laba pusat pertanggungjawaban relatif tinggi, yang meliputi tingkat pencapaian laba dari *profit center*, upaya perencanaan dan pengendalian dari para manajer unit penghasil laba, dengan *mean* tinggi dan standar deviasi yang relatif kecil, ditunjang pula dengan hasil perbandingan nilai nominal laba RS Islam Surabaya dibandingkan dengan rumah sakit lain yang sejenis tergolong tinggi. Sedangkan dari segi pengaruh dari sistem penganggaran melalui

dampak motivasi dan kinerja operasional signifikan dan meskipun pengaruhnya lemah.

Hal ini cukup baik dilihat dari nominal pencapaian prosentase masing-masing unit penghasil laba relatif tinggi, pengaruh yang cukup kuat secara tidak langsung dari partisipasi sistem penganggaran terhadap kinerja finansial yaitu laba, melalui kombinasi pengaruh positif motivasi dan kinerja operasional, dengan total pengaruh kuat, dengan berdasarkan asumsi bahwa masing-masing *profit center* bertanggung jawab penuh pada pencapaian pendapatan dan pengendalian biaya untuk mencapai laba atau *profit* maksimal.

#### **6.5 Pengaruh Karakteristik Sistem Penganggaran melalui Dampak dari Motivasi Kinerja Operasional Terhadap Kinerja Finansial**

Secara teoritis perencanaan dan pengendalian sebagai fungsi sistem penganggaran merupakan dua hal yang tidak terpisah, dimana sistem penganggaran sendiri diyakini mempunyai dampak terhadap perilaku terhadap orang-orang yang langsung terlibat di dalamnya. Dimensi perilaku yang timbul bisa positif dan negatif, perilaku positif terjadi bila tujuan dari setiap manajer sesuai dengan tujuan organisasi, dan manajer memiliki motivasi untuk mencapainya, sedangkan perilaku negatif bisa timbul bila prinsip dasar sistem penganggaran itu sendiri telah diabaikan.

Implikasi pengaruh karakteristik sistem penganggaran terhadap kinerja finansial akan membawa dampak tercapainya tujuan rumah sakit secara efektif dan efisien, karena anggaran sebagai produk akhir proses penganggaran yang berfungsi sebagai alat perencanaan dan pengendalian kegiatan. (Wesch, Hilton dan Gordon, 1996), dimana dalam penyusunan anggaran telah memperhatikan variabel- variabel yang menjadi

karakteristik anggaran, sehingga manajer dalam operasionalnya akan menganggap anggaran sebagai pedoman tentang arah kegiatan yang harus dilaksanakan untuk mencapai tujuan rumah sakit, dan bukan dianggap sebagai sesuatu yang kurang berguna dan membatasi keleluasaan mereka. Bagaimanapun juga dalam anggaran tersebut terdapat aspirasi mereka, karena mereka, karena mereka telah dilibatkan dalam proses penganggaran. Sehingga hal itu akan memberi pengaruh secara psikologis pada para manajer untuk selalu memenuhi komitmennya atas anggaran yang telah disusun

## 6.6 Rekomendasi

Dari hasil penelitian dengan analisa yang telah dilakukan, maka peneliti memberikan rekomendasi untuk bisa ditindak lanjuti oleh manajemen sebagai berikut:

1. Dalam upaya mengefektifkan penganggaran yang terkesan semu, dimana para manajer hanya sekedar partisipasi tanpa tahu tujuan utama penyusunan suatu anggaran, maka perlu adanya peningkatan pemahaman para manajer mengenai keuangan berupa pelatihan manajemen keuangan terutama tentang anggaran. Hal itu dimaksudkan agar dengan pemahaman dasar mengenai keuangan, maka manajer akan lebih termotivasi untuk lebih meningkatkan kinerjanya baik kinerja operasional maupun kinerja finansial, karena para manajer itu menjadi tahu tujuan penyusunan anggaran.
2. Perlu dibuat anggaran dengan target yang jelas dan terkendali tidak lagi sekedar anggaran yang longgar dan mudah pencapaiannya, sehingga dapat memotivasi manajer baik secara intrinsik maupun ekstrinsik, dalam upaya peningkatan kinerja. Hal itu dimaksudkan agar anggaran yang disusun tersebut menjadi suatu tantangan

bagi para manajer untuk mencapai target anggaran menjadi lebih jelas, dan akan mendorong manajer untuk lebih produktif dengan melakukan yang terbaik dalam mencapai tujuan rumah sakit

3. Dalam evaluasi kinerja, manajemen puncak hendaknya memasukkan anggaran sebagai salah satu pengukur kinerja dan motivasi manajer, dengan memadukan antara kinerja operasional dan kinerja finansial yang berfokus pada kebutuhan dan harapan pelanggan. Hal itu dimaksudkan agar dalam kinerjanya, para manajer lebih fokus pelanggan sesuai dengan visi dan misi rumah sakit, sehingga target anggaran dari kegiatan operasional maupun pusat pertanggungjawaban keuangan bisa dicapai lebih optimal.
4. Dalam upaya peningkatan kinerjanya, manajemen RS Islam Surabaya, hendaknya memperhatikan dan memprioritaskan peningkatan terkait dengan motivasi ekstrinsik manajer maupun karyawan, pengembangan teknologi yang digunakan dalam pelayanan, dan peningkatan mutu layanan yang bersifat non medis sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien sebagai pelanggan rumah sakit. Hal itu dimaksudkan bahwa dengan peningkatan motivasi ekstrinsik, terkait dengan tingkat kepuasan terhadap kondisi dan lingkungan kerja, akan memotivasi manajer untuk lebih meningkatkan kinerjanya sebagai kompensasi kondisi kerja yang kondusif. Dan dengan ditunjang adanya peningkatan teknologi peralatan pelayanan baik medis maupun non medis, maka profesionalisme petugas akan meningkat sehingga kepuasan pasien bisa ditingkatkan. Selain itu juga perlu adanya pembenahan sarana maupun prasarana terkait dengan fasilitas untuk pelayanan pasien, sehingga para manajer maupun pegawai akan merasa tenang dan nyaman dalam bekerja. Begitu pula dengan

pelayanan yang menyenangkan dari petugas dan fasilitas yang memadai, maka pasien yang dilayanipun akan merasa puas atas semua pelayanan yang diberikan, baik dari segi kenyamanan maupun keamanan rumah sakit yang disediakan untuk para pelanggannya.

5. Komitmen dan konsistensi manajemen harus selalu mengutamakan perencanaan baik dalam aspek operasional berupa perencanaan kegiatan maupun dari aspek keuangan berupa anggaran. Karena dengan kedua perencanaan tersebut, maka evaluasi kinerja akan lebih mudah dilaksanakan, sehingga para manajer akan berupaya meningkatkan prestasinya dari segi operasional maupun efisiensi keuangannya.

## **B A B VII**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RS Islam Surabaya, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Sistem penganggaran yang telah dilaksanakan di RS Islam Surabaya adalah sistem penganggaran *bottom up* sesuai dengan struktur organisasi dengan wewenang otonomi terkendali. Dan masih sederhana dalam proses penganggarnya, tetapi telah menerapkan karakteristik sistem penganggaran sehingga ada beberapa variabel yang berpengaruh terhadap kinerja. Pengaruh tersebut, meliputi kesetaraan dalam beban dan wewenang antar manajer, perhatian manajemen puncak yang cukup tinggi dalam mereview anggaran, dengan pelimpahan wewenang yang disesuaikan kemampuan manajer dibantu peran unit anggaran yang aktif.
2. Motivasi manajer RS Islam Surabaya relatif tinggi, baik motivasi intrinsik maupun motivasi ekstrinsiknya. Terkait dengan sistem penganggaran yang dilaksanakan belum seluruhnya berpengaruh signifikan, terutama terhadap motivasi ekstrinsik. Hal itu kemungkinan pemahaman yang kurang mengenai aspek keuangan terutama manfaat anggaran sebagai motivator dalam pengembangan kinerja, karena latar belakang para manajer yang dominan bidang medis.
3. Pengaruh positif motivasi manajer terhadap kinerja operasional RS Islam Surabaya, baik dari segi mutu layanan, mutu yanmed, maupun efisiensi relatif tinggi, kecuali aspek teknologi yang tidak signifikan dan tidak berpengaruh. Hal itu kemungkinan

- karena kurangnya perhatian manajemen untuk berupaya meningkatkan teknologi peralatan pelayanan yang digunakan, terutama untuk peralatan medis, sehingga para manajer sebagai pelaksana juga kurang termotivasi untuk berupaya meningkatkan teknologi pelayanan yang diberikan.
4. Kinerja operasional yang telah dilaksanakan oleh manajer sesuai fungsional masing-masing, terkait dengan kinerja finansial sebagai *outcome* dari operasional yang ada, tidak berpengaruh positif dan tidak signifikan terhadap pendapatan sebagai nominal dari *output* pelayanan. Hanya pada biaya dan laba yang berpengaruh positif dan signifikan dengan pengaruh yang cukup kuat. Hal ini kemungkinan upaya perencanaan dan pengendalian yang baik dari manajer mengenai biaya, sehingga terkesan pengendalian biaya sebagai suatu prestasi, tanpa tahu target layanan yang harus termotivasi tinggi, mulai perencanaan sampai pada pengendalian.
  5. Kinerja finansial sebagai konsekuensi akhir dari suatu perencanaan keuangan yaitu anggaran, tidak banyak dipengaruhi oleh proses sebelumnya. Kinerja finansial yang ada terkesan kurang mendapat evaluasi yang riil, selama ini evaluasi yang ada tidak dikaitkan dengan kinerja operasional sebagai *core* atau inti pelayanan rumah sakit.. Dengan demikian ada dua laporan terpisah yang sebenarnya harus dirangkai menjadi satu, yaitu laporan keuangan sebagai hasil perencanaan keuangan sampai pada kinerja finansial akhir, dengan laporan kegiatan sebagai hasil kinerja operasional.
  6. Pengaruh positif sistem penganggaran terhadap motivasi intrinsik, perlu dicermati kembali oleh manajemen RS Islam Surabaya, karena sebagian besar belum berpengaruh terhadap motivasi ekstrinsik yang secara riil bisa dirasakan oleh pelaksana anggaran, akibatnya kurang berpengaruh juga terhadap kinerja finansial

sebagai hasil akhir. Hal itu kemungkinan karena aspek teknologi yang sudah tertinggal, optimalisasi mutu layanan medis dan non medis yang kurang berorientasi pada kebutuhan dan harapan pelanggan, tetapi hanya sekedar melihat pesaing, sehingga dampak pada pendapatan tidak signifikan dan tidak berpengaruh positif, karena tidak direfleksikan pada target yang jelas.

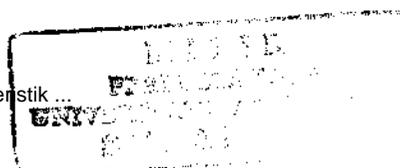
## **7.2 SARAN**

1. RS Islam Surabaya diharapkan segera membenahi sistem penganggaran yang ada dengan sistem yang terpadu antara operasional dan finansial, dengan suatu peningkatan keterlibatan dan perhatian pimpinan dan manajer yang termotivasi tinggi dalam perencanaan, proses pelaksanaan serta evaluasi kinerja yang berfokus pada pelanggan.
2. Hasil penelitian ini bisa ditindak lanjuti oleh manajemen RS Islam Surabaya, dengan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman manajer tentang manajemen keuangan rumah sakit dengan pelatihan. Hal ini dimaksudkan agar partisipasi aktif manajer lebih pada substansinya bukan sekedar partisipasi semu tanpa tahu tujuan utamanya.
3. Manajemen RS Islam Surabaya hendaknya mewaspadaai tiga aspek penting terkait dengan sistem penganggaran, yaitu motivasi ekstrinsik, teknologi berupa kecanggihan peralatan dan mutu layanan.
4. Untuk melengkapi penelitian ini, agar dilakukan penelitian lebih lanjut dalam populasi yang lebih besar, mengenai pengaruh sistem penganggaran terhadap kinerja finansial melalui motivasi manajer dan kinerja operasional dalam industri rumah sakit.

## **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisaputro, G dan Asri, M, 1992, *Anggaran Perusahaan*, BPFE, Yogyakarta
- Anthony, R.N, J. Dearden dan N.M. Bedford, *Sistem Pengendalian Manajemen*, 1993, Edisi VI, Edisi Indonesia, Jilid 2, Cetakan Pertama, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta
- Anthony, R.N dan V. Govindarajan, 1995, *Management Control System*, Eight Edition, International Student Edition, Richard D, Irwin Inc., USA
- Arikunto, Suharsimi, 1992, *Prosedur Penelitian ; Suatu Pendekatan Praktik*, Edisi Revisi, Penerbit Renelia Cipta, Jakarta
- Armstrong, M, 1999, *A Handbook of Human Resources Management*, Alih bahasa : Sofyan dan Haryanto, PT Alex Media Komputindo, Jakarta
- Bellandi, D, 1998, Information Integration, Health Networks Getting Wired, But Too Slowly, Some Say, *Journal of Modern Health Care*, 40
- Brownell, P, 1982, A Field Study Examination Of Budgetary Participation and Locus of Control, *The Accounting Review LVII (4)*, 766-777
- Broenell, P, and M, McInness, 1986, Budgetary Participation, Motivation and Manajerial Performance, *The Accounting Review LXI (4)*, 587-600
- Cahyono, D, 2000, Pengukuran Kinerja Balanced Scorecard untuk organisasi Sektor Publik, *Jurnal Bisnis dan Akuntansi 2(3)*, 283-292
- Deputi Bidang Diklat I, 1995, *Perencanaan Peningkatan Kinerja (PPK)*, Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia, Jakarta
- Effendi, S, 1995, *Prinsip-Prinsip Pengukuran Dan Penyusunan Skala*, Dalam Masri Singarimbun dan Sofian Effendi, *Metode Penelitian Survei*, LP3S, Jakarta
- Emory, W, 1990, *Business Research Methodes*, Revised Edition, Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois, USA
- Fahrianta, R.Y, dan Ghozali, I, 2002, Pengaruh Tidak Langsung Sistem Penganggaran terhadap Kinerja Manajerial ; Motivasi sebagai Variabel Intervening, *Jurnal Riset Akuntansi, Manajemen dan Ekonomi 2 (1)*, 77-112
- Ferdinand, Augusty, 2000, *Structural Equation Modeling Dalam Penelitian Manajemen*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang



- Fraser, R, and Hope, J, 2001, Feature Beyond Budgeting ; Figures of Hate ; *Journal of Strategic Finance, Harvard Business School Press, 22-25*
- Ghozali, I, 2002, *Statistik Non Parametrik ; Teori dan Aplikasi dengan Program SPSS*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang
- Govindarajan, V, 1986, *Impact of Participation in Budgeting Process on Attitudes and Performance, Universalistic and Contingency Perspective, Decisions Sciences fall, 496-516*
- Hagland, M, 1998, "But Hold The Fries...." What Group Practice Managers Can Learn About Capitation From The Fash-Food Industry, *Journal of Health management Technology, 18*
- Hansen and Mowen, 2000, *Management Accounting, 4<sup>th</sup>,ed*, International Thomson Publishing (ITP), England
- Hartadi, B, 1996, *Sistem Pengendalian Intern Dalam Hubungan Dengan Audit Dan Manajemen*, BPFE, Yogyakarta
- Hope, J and Fraser, R, 2000, Beyond Budgeting, *Journal of Strategic Finance, Harvard Business School Press, 30-35*
- Hoopwood, A.G, 1996, *Accounting and Human Behavior*, Prentice hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey
- Isaac, R.G, Zerbe, W.J, Pitt, D.C, 2001, Leadership and Motivation ; The effective Application of Expectancy Theory, *Journal of Managerial Issues XIII (2), 212-226*
- Jacobalis, S, 2002, Audit Klinis ; Isu Baru Untuk Mengukur Kinerja Rumah Sakit, *Jurnal Manajemen Administrasi dan Rumah Sakit 3 (1), 11-18*
- Joung, D.W, 1984, *Financial Control in Health Care, A Managerial Perspective*, School of Public Health, Harvard university, USA
- Juwono, I.B, 1999, Jurnal Bisnis dan Akuntansi 1 (1), 37-55 Pengaruh Komitmen Organisasi dan Ketidakpastian Lingkungan terhadap Hubungan antara Partisipasi Anggaran dengan Senjangan Anggaran, *Jurnal Bisnis dan Akuntansi 1 (1), 37-55*
- Kenis, L, 1979, Effect of Budgetary Goals Characteristic on Managerial Attitudes and Performance, *The Accounting Review LIV (4), 707-721*

- Kodyat, A.G, 1998, *Bentuk dan Jenis Anggaran Rumah Sakit, Bahan Pelatihan Analisa Biaya dan Penganggaran Rumah Sakit*, Pusdiklat Depkes RI- Mukisi, Jakarta
- Mc. Cormac et al, 2001, Improvement in Billing Processes and Information System Increase Cash Collections in Public Health Care System, *Journal of Health Care Manajer 20 (1)*, 29-36
- Mc.Leod, R, Jr (1996), *Sistem Informasi Manajemen*, Edisi Bahasa Indonesia Jilid II, PT Prenhallindo, Jakarta
- Merchant, Kenneth, A, 1981, The Design of The Corporate Budgeting System ; Influences on Managerial and Performance, *The Accounting Review LVI (4)*, 813-829
- Mia, L, 1988, Mangerial Attitude, Motivation and Effectiveness of Budget Participation, *Accounting Organization and Society, Vol. 13 No. 5*, 465-475
- Mohan et al, 1995, *Participative Budgeting, Motivation and managerial Performance*, International Management Accounting Conference, University Kebangsaan Malaysia
- Mulyadi dan Setyawan, J, 1999, *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*, Edisi I Cetakan I, Aditya Media, Yogyakarta
- Munandar, M, 1996, *Budgeting, Perencanaan – Pengkoordinasian – Pengawasan Kerja*, BPFE, Yogyakarta
- Okano, K, 2001, Live Cycle – An Approach to Life Cycle Cost Management ; A Consideration from Historical Development ; *Asia Pacific Management Review Journal 6 (3)*, 317-341
- Pudjirahardjo, W.J, 2002, *Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Terpadu Pembangunan Kesehatan Wilayah Kabupaten & Kecamatan, Prop. Sulawesi Tenggara*, Modul 1-5, Center for Health Management Vision, Makasar
- Riyadi, S, 2000, Motivasi dan Pelimpahan Wewenang sebagai Variabel Moderating dalam Hubungan antara Partisipasi Penyusunan Anggaran dan Kinerja Manajerial, *Jurnal Riset Akuntansi Indonesia 3 (2)*, 134-149
- Rosidi, 2000, Partisipasi dalam Penganggaran dan Prestasi manajer ; Pengeruh Komitmen Organisasi dan Informasi Job-relevant, *Jurnal Ekonomi dan manajemen 1 (1)*, 1-15
- Sartori, B, 2001, VHA, Delloitte & Touche Offer Strategies for Hospital and Health Care System, *Journal of Health Care Strategic Management*, 4-5

- Sekaran, Uma, 1992, *Research Methods for Business, A Skill – Building Approach*, Second Edition, John Wiley & Son, Inc., Singapore
- Sedamayanti, 2001, *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*, Penerbit Mandar maju, Bandung
- Simamora, H, 2001, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bagian Penerbitan STIE-YKPN, Yogyakarta
- Siagian, S.P, 2001, *Audit Manajemen*, PT Bumi Aksara, Jakarta
- Siegel, G and Marconi, 1989, *Behavioral Accounting*, South Western Publishing Company, Ohio
- Steele et al, 2001, Beneficiary Survey – Based Feedback on new Medicare Informational Materials, *Journal of Health Care Financing Review* 23 (1), 37-46
- Stensrud et al, 1997, Managed Care Providers Can Make Inroads by Understanding Preference and Cost – Sensitivity Issues, *Journal of Health Care Strategic Management* 13 (10), 8-17
- Supriyanto, 2000, *Metodologi Riset*, FKM – Unair, Surabaya
- Vandenbosch, B, 1997, Health care Data Exchange Cooperation ; The Ohio experiences, *Journal of Prentice Hall Inc, ISBN 0-13-6327206*, 47-55
- Waymack, P, 1999, The Search for Managed Care Systems, *Journal of Health Management Tehnology*, 26-28
- Welch, Hilton and Gordon, 1995, *Budgeting, Profit Planning and Control*, Prentice Hall Inc, New Jersey
- Wijono, Djoko, 2000, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya