

- MEDICAL REFERRAL  
- PHYSICIANS

TKA 03/05

Iri

P

TESIS

**PENGARUH KEPUASAN DOKTER  
PADA FASILITAS DAN LAYANAN RUMAH SAKIT  
TERHADAP RUJUKAN RAWAT INAP  
DI RUMAH SAKIT TNI AD  
MALANG**



**GUNAWAN IRIANTO**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2004**

**PENGARUH KEPUASAN DOKTER  
PADA FASILITAS DAN LAYANAN RUMAH SAKIT  
TERHADAP RUJUKAN RAWAT INAP  
DI RUMAH SAKIT TNI AD  
MALANG**

TKA 03 / 05  
Iri  
P

**TESIS**

Untuk memperoleh Gelar Magister  
dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh :

**GUNAWAN IRIANTO**  
NIM 090110258L

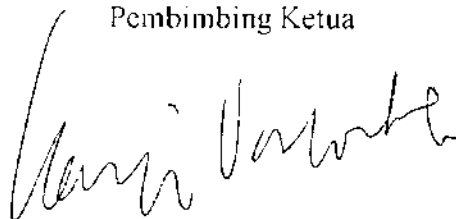
**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2004**

Lembar Pengesahan

**TESIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 31 AGUSTUS 2004**

Oleh

Pembimbing Ketua



Prof.H. Karjadi Wirjoatmodjo, dr, SpAn.KIC  
NIP : 130 178 036

Pembimbing



Widodo J. Pudjirahardjo, dr, MS, MPH, Dr.PH  
NIP : 130 610 101

**UCAPAN TERIMA KASIH**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karuniaNya, sehingga memberi kekuatan lahir dan batin kepada hamba Nya yang emah, untuk menyelesaikan tesis ini.

Selesainya tesis ini tidak terlepas dari kesabaran , yang kami hormati, kami cintai dan kami banggakan pembimbing utama Bapak Prof.H. Karjadi Wirjoatmodjo, dr, SpAn.KIC, yang penuh ke- Bapakan, arif bijaksana dan telaten membimbing, mendorong dan mengkritisi karya ilmiah ini dengan penuh perhatian. Tentunya, Bapak Widodo J. Pudjirahardjo, dr., MS., MPH., Dr PII., selaku pembimbing, dengan segala jerih payah, ketelatenan, penuh kesabaran dan pengorbanan baik waktu maupun tenaga, juga mempunyai andil yang cukup besar, sehingga tesis ini dapat disusun dengan baik. Oleh karenanya kami ucapkan terima kasih yang tak terhingga, dan penghargaan yang setinggi tingginya dari lubuk hati yang paling dalam untuk beliau berdua, dengan iringan do'a semoga Allah senantiasa melindunginya.

Kami menyadari bahwa selesainya tesis ini atas bantuan dan jasa baik dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Med. Puruhito, Dr, SpBK.  
Rektor Universitas Airlangga, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister.
2. Bapak Prof. Dr Mohammad Amin, dr.  
Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga, atas kesempatan yang diberikan kepada kami untuk menjadi mahasiswa Program Magister.
3. Ibu Dr. Nyoman Anita D, drg, MS  
Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Airlangga, atas kesempatan yang diberikan kepada kami untuk menjadi mahasiswa Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
4. Semua dosen dan staf Minat Studi Administrasi Rumah Sakit Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Airlangga yang telah banyak memberikan ilmu dan bimbingan selama proses pendidikan sampai terselesainya tesis ini.
5. Bapak Kolonel CKM dr H. Zulkarnaen Pohan.  
Kepala Rumah sakit TNI AD Malang yang telah memberi ijin dan membantu menyelesaikan tesis ini.
6. Semua senior dan teman sejawat, staf dan Karyawan Rumah Sakit TNI AD Malang yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

Semua teman sesama mahasiswa MARS, utamanya angkatan 2001-2002, yang telah bersama sama saling membantu dan mendorong, yang merupakan kekuatan dalam menyelesaikan tesis ini.

Demikian pula kepada keluarga, kami ucapkan syukur dan terimakasih yang mendalam kepada istri kami, Esty Puspitaningsih, dan dua anak kami, Satria Wira Sakti dan Aditya Putra Ramadhan, dan saudara kami, yang dengan penuh kasih sayang, kesabaran dan pengertian telah menemani kami menyelesaikan tesis ini

Surabaya, Agustus 2004

Gunawan Irianto

## **RINGKASAN**

## RINGKASAN

### **Pengaruh Kepuasan Dokter Pada Fasilitas dan Pelayanan Rumah Sakit Terhadap Rujukan Rawat Inap di Rumah Sakit TNI AD Malang**

Gunawan Irianto

Rumah sakit TNI AD melayani penderita masyarakat umum didasari filosofi memanfaatkan kapasitas lebih untuk membantu pemerintah dalam menyediakan fasilitas pelayanan rumah sakit. Pelayanan masyarakat umum dapat membantu secara finansial kemampuan rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan anggota TNI dan keluarganya yang kebutuhannya semakin meningkat. Diharapkan dokter rumah sakit dapat menggunakan rumah sakit TNI AD Malang sebagai rumah sakit rujukan bagi pasien yang memerlukan rawat inap dari tempat prakteknya. Sampai saat ini rujukan dari dokter rumah sakit, masih rendah.

Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan rujukan rawat inap dengan cara mengukur tingkat kepuasan dokter terhadap fasilitas dan pelayanan rumah sakit, yang terdiri dari faktor ; kinerja perawat, fasilitas alat kesehatan, fasilitas ruang perawatan, pelayanan gizi, pelayanan administrasi, tarif, kompensasi, dukungan manajemen dan sarana telepon; dan mengidentifikasi pengaruh tingkat kepuasan atas faktor tersebut terhadap rujukan. Sebagai pembanding, dilakukan uji beda penilaian dokter spesialis terhadap rumah sakit sendiri dan rumah sakit pembanding yang paling sering digunakan merawat pasien.

Penelitian dilakukan selama 6 bulan, mulai bulan September 2003 sampai dengan Februari 2004, dengan cara *cross sectional study*, dengan sampel 45 dokter yang berdinasi dan dokter tamu di rumah sakit TNI AD Malang, dengan analisis kepuasan melalui tehnik harapan – penilaian, uji beda T test dan Wilcoxon, serta analisis pengaruh dengan regresi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokter belum puas terhadap 9 faktor dalam rumah sakit, tertinggi adalah pada kinerja perawat dan peralatan kesehatan, terendah adalah pada tarif dan pelayanan administrasi. Pada uji pengaruh, faktor kinerja perawat, sarana telepon, alat kesehatan dan ruang perawatan secara berturut turut berpengaruh secara signifikan terhadap rujukan.

Analisis uji beda, hampir semua dari 9 faktor yang diteliti, berbeda secara signifikan kecuali faktor dukungan manajemen. Perbedaan nilai yang berpengaruh adalah kinerja perawat dan kompensasi.

Berdasarkan hasil penelitian, faktor perawat merupakan faktor yang paling strategis, karena dokter belum puas terhadap faktor ini dan berpengaruh terhadap rujukan, serta pada uji beda terdapat perbedaan dan faktor ini berpengaruh terhadap rujukan. Oleh karena itu peningkatan kinerja perawat harus dilakukan bila ingin meningkatkan rujukan. Hasil *Focus Group Discussion (FGD)* menunjukkan ada bahwa ada faktor luar rumah sakit yang memengaruhi rendahnya rujukan.



## **ABSTRACT**

## **ABSTRACT**

### **The Influence of the Satisfaction of Physicians Pertaining to Hospital Facilities and Services on Inpatient Referrals to Indonesian Army Hospital in Malang**

Gunawan Irianto

The Indonesian Army Hospital (IAH) in Malang provides services for the public and for Indonesian Army personnel and their family members whose needs are increasing. It is expected that resident physicians of the hospital, at their private practices, refer their patients to IAH in Malang for inpatient care. To-date, referrals made by resident physicians of the hospital falls short of expectations. The objective of this research was to increase the referrals made by physicians by identifying the factors effecting in the low rate of referrals.

The research was an observational design, conducted cross sectionally from September 2003 to February 2004, on 45 resident physicians and visiting physicians at IAH. Using an analysis on satisfaction via an expectation– assessment technique, a T-test and Wilcoxon differential test, as well as a regressive correlation analysis.

Research revealed that the physicians who were dissatisfied concerning the nine factors pertaining to the hospital, the highest level of dissatisfaction was found in pertaining to nurse's performance and medical equipment factors, and the lowest level of dissatisfaction was found in pertaining to tariffs and administrative services factors. In a correlation test, nurse's performance, telephone facilities, medical equipment, and therapy wards factors, at a significant level, were found to sequentially influence referrals made. In a differential test analysis, nearly all of the nine factors were found to be significantly different, with the exception of the management support factor. The differences in levels of assessment pertaining to nurse's performance and compensation factors were those found to be of influence.

With reference to the research results, it is compulsory to improve nurses' performance to be able to increase inpatients referrals. Focus Group Discussion (FGD) was held hospital manager identify another factors that influence patient referral and identify the root cause of the dissatisfactory nurse's performance condition.

Key words: physician, internal customer, satisfaction, patient referral

## **DAFTAR ISI**

## DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan .....	i
Sampul Dalam.....	ii
Prasyarat Gelar.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Penetapan Panitia .....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
Ringkasan.....	viii
<i>Summary</i> .....	ix
<i>Abstract</i> .....	xi
DAFTAR ISI .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR GAMBAR .....	xix
DAFTAR SINGKATAN .....	xx
DAFTAR LAMPIRAN .....	xxi
<b>Bab 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Faktor Penyebab Masalah .....	7
1.2.1 Faktor Internal Rumah Sakit .....	9
1. Perawat .....	9
2. Fasilitas Peralatan Medis .....	10
3. Fasilitas Ruang Perawatan .....	11
4. Pelayanan Gizi .....	11
5. Pelayanan Administrasi .....	12
6. Kompensasi .....	12
7. Tarif .....	13
8. Dukungan Manajemen .....	13
9. Lain lain .....	14
1.2.2 Faktor Dokter dan Faktor Eksternal .....	14
1.3 Rumusan Masalah .....	15
1.4 Tujuan Penelitian.....	16
1.4.1 Tujuan Umum .....	16
1.4.2 Tujuan Khusus .....	16
1.5 Manfaat Penelitian .....	17
1.5.1 Manfaat Bagi Manajemen Rumah Sakit .....	17
1.5.2 Manfaat Bagi Peneliti .....	18
1.5.3 Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan .....	18
<b>Bab 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>19</b>
2.1 Konsep Rumah Sakit .....	19
2.2 Konsep Pelayanan Kesehatan .....	19

2.3	Dokter sebagai <i>Provider, Advisor</i> dan <i>Customer</i> .....	20
2.4	Konsep Kepuasan .....	21
2.5	Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan .....	25
2.6	Arti Mutu dari Beberapa Sudut Pandang .....	26
2.7	Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan .....	27
2.8	Nilai Mutu dari Pendekatan Sistem .....	29
2.9	Perilaku Konsumen .....	30
2.10	Konsep Rujukan .....	32
2.11	<i>Focus Group Discussion (FGD)</i> .....	32
2.11.1	Pengertian .....	32
2.11.2	Penggunaan <i>FGD</i> .....	33
2.11.3	Karakteristik <i>FGD</i> .....	33
2.11.4	Pelaksanaan <i>FGD</i> .....	34
<b>Bab 3 KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>		<b>37</b>
<b>Bab 4 METODE PENELITIAN .....</b>		<b>39</b>
4.1	Rancangan Penelitian .....	39
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	39
4.3	Populasi dan Sampel Penelitian .....	39
4.4	Variabel Penelitian .....	39
4.5	Kerangka Operasional .....	43
4.6	Definisi Operasional .....	45
4.7	Instrumen Penelitian .....	47
4.8	Uji Validitas dan Uji Reliabilitas .....	48
4.9	Jenis Data .....	49
4.10	Metode Pengumpulan Data .....	49
4.11	Pengolahan Data .....	50
<b>Bab 5. ANALISIS HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>52</b>
5.1	Gambaran Umum Rumah Sakit TNI AD Malang .....	52
5.2	Karakteristik Responden .....	55
5.3	Penilaian Dokter terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD Malang .....	59
5.4	Harapan Dokter terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD Malang .....	61
5.5	Kepuasan Dokter terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD Malang .....	64
5.5.1	Kepuasan Dokter terhadap Kinerja Perawat .....	68
5.5.2	Kepuasan Dokter terhadap Fasilitas Peralatan Medis .....	73
5.5.3	Kepuasan Dokter terhadap Fasilitas Ruang Perawatan .....	76
5.5.4	Kepuasan Dokter terhadap Pelayanan Gizi .....	78
5.5.5	Kepuasan Dokter terhadap Pelayanan Administrasi .....	81
5.5.6	Kepuasan Dokter terhadap Tarif rumah sakit .....	83
5.5.7	Kepuasan Dokter terhadap Kompensasi .....	85
5.5.8	Kepuasan Dokter terhadap Dukungan Manajemen .....	87
5.5.9	Kepuasan Dokter terhadap Sarana Telepon .....	90

5.6	Penilaian Dokter Spesialis Terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD Malang dan Rumah sakit Lain .....	93
5.7	Jumlah Rujukan Yang Dikirim Dari Tempat Praktek Dokter Antara September Tahun 2003 sampai Februari Tahun 2004 .....	96
5.8	Pengaruh Kepuasan Dokter pada Fasilitas dan Layanan Rumah sakit Terhadap Rujukan Penderita Rawat Inap .....	98
5.9	Pengaruh Beda Hasil Penilaian pada Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD dengan Rumah sakit Lain Terhadap Rujukan Penderita Rawat Inap .....	104
5.10	Hasil <i>Focus Group Discussion</i> dengan Dokter dan Perawat.....	111
5.10.1	Pelaksanaan <i>Focus Group Discussion</i> .....	112
5.10.2	Kesimpulan Hasil <i>Focus Group Discussion</i> .....	120
5.10.3	Pembahasan Hasil <i>Focus Group Discussion</i> ... ..	122
5.11	Rekomendasi Untuk Pimpinan Rumah sakit .....	124
Bab 6.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	127
6.1	Kesimpulan .....	127
6.2	Saran .....	128
	<b>KEPUSTAKAAN</b> .....	130
	<b>LAMPIRAN</b> .....	133

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Jumlah Dokter di Rumah Sakit TNI AD Malang Tahun 2003 ....	3
Tabel 1.2 Data Pasien Umum dan asal rujukan di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2003.....	4
Tabel 4.1 Aspek Yang Diukur dan Indikator Pengukuran Harapan dan Penilaian Dokter Terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit...	40
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Status Kedinasan Dokter Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	55
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Dokter Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	56
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Jarak Tempat Praktek Dokter ke Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	57
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Bidang Spesialisai Dokter Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	57
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Umur Dokter Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.....	58
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Rumah sakit Rujukan yang Paling Sering Digunakan Selain Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	58
Tabel 5.7 Penilaian Dokter Terhadap Fasilitas dan layanan Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.....	59
Tabel 5.8 Harapan Dokter Terhadap Fasilitas dan Layanan Rawat Inap Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	61
Tabel 5.9 Kepuasan Dokter terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	64
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Kinerja Perawat Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	68
Tabel 5.11 Rerata Skor Ketidak Puasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Kinerja Perawat Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	69

Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Fasilitas Peralatan Medis di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	74
Tabel 5.13 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Peralatan Medis di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.....	75
Tabel 5.14 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Fasilitas Ruang Perawatan di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	76
Tabel 5.15 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Ruang Perawatan di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.....	77
Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Pelayanan Gizi di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 ....	79
Tabel 5.17 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Pelayanan Gizi di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.....	80
Tabel 5.18 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Pelayanan Administrasi di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	81
Tabel 5.19 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Pelayanan Administrasi di rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.....	82
Tabel 5.20 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Tarif di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	83
Tabel 5.21 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Tarif di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	84
Tabel 5.22 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Kompensasi Yang Diberikan oleh Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	85
Tabel 5.23 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Kompensasi di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.....	86
Tabel 5.24 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Dukungan Manajemen di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	88



Tabel 5.25	Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Dukungan Manajemen Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	89
Tabel 5.26	Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Sarana Telepon yang Tersedia di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	91
Tabel 5.27	Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Sarana Telepon di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 ...	92
Tabel 5.28	Perbedaan Hasil Penilaian Dokter Spesialis Terhadap Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004 .....	94
Tabel 5.29	Uji Normalitas Distribusi Data Hasil Penilaian Dokter Terhadap Rumah sakit TNI AD Malang dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004.....	95
Tabel 5.30	Uji Beda Hasil Penilaian 16 Responden Dokter Spesialis Terhadap Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004 .....	96
Tabel 5.31	Jumlah Rujukan Penderita Rawat Inap yang Dirujuk Dokter Rumah Sakit TNI AD Malang Bulan September 2003 – Februari Tahun 2004 .....	97
Tabel 5.32	Hasil Analisis Pengaruh Kepuasan Dokter Terhadap Rujukan Penderita Rawat Inap di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	98
Tabel 5.33	Pengaruh Tiap Item Indikator Kinerja Perawat Terhadap Rujukan Penderita di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	100
Tabel 5.34	Pengaruh Tiap Item Indikator Sarana Telepon Terhadap Rujukan Penderita di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	101
Tabel 5.35	Pengaruh Tiap Item Indikator Peralatan Medis Terhadap Rujukan Penderita di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun2004 .....	101
Tabel 5.36	Pengaruh Tiap item Indikator Variabel Ruang Perawatan Terhadap Rujukan Penderita di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun2004 .....	103

Tabel 5.37 Analisis Pengaruh Perbedaan Hasil Penilaian Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain Terhadap Rujukan Penderita Rawat inap di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.....	105
qTabel 5.38 Beda Skor Pada Setiap Indikator Kinerja Perawat Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004 .....	107
Tabel 5.39 Beda Skor Pada Setiap Indikator Kompensasi di Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004 .....	108
Tabel 5.40 Gambaran Lengkap Pengaruh Kepuasan Dokter dan Uji Beda Terhadap Rujukan Rawat Inap di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004 .....	110

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1: Identifikasi Faktor Penyebab Masalah .....	8
Gambar 2.1: Pengukuran Kepuasan Model Stimuli, Penilaian, Respons...	21
Gambar 2.2: Kepuasan dari perspektif harapan dan layanan .....	22
Gambar 2.3: Proses pembelian dan faktor yang mempengaruhi .....	31
Gambar 3.1: Kerangka Konseptual .....	37
Gambar 4.1: Kerangka Operasional .....	43

## DAFTAR SINGKATAN

1.	AC	:	<i>Air Conditioner</i>
2.	BTLS	:	<i>Basic Training Live Support</i>
3.	Des	:	Desember
4.	DIII	:	Diploma III
5.	Dr	:	Dokter
6.	Dx	:	Diagnosis
7.	Feb	:	Februari
8.	FGD	:	<i>Focus Group Discussion</i>
9.	ICCU	:	<i>Intensive Cardiac Care Unit</i>
10.	ICU	:	<i>Intensive Care Unit</i>
11.	Jan	:	Januari
12.	MRS	:	Masuk rumah sakit
13.	Nop	:	Nopember
14.	Okt	:	Oktober
15.	PNS	:	Pegawai Negeri Sipil
16.	Purna	:	Purnawirawan
17.	RS	:	Tumah Sakit
18.	RSAD	:	Rumah Sakit Angkatan Darat
19.	S1	:	Strata 1
20.	Sept	:	September
21.	Sig	:	<i>Significance</i>
22.	Stan Dev	:	Standar deviasi
23.	Stand	:	<i>Standardized</i>
24.	Std	:	Standar
25.	THR	:	Tunjangan Hari Raya
26.	TNI	:	Tentara Nasional Indonesia
27.	TNI AD	:	Tentara Nasional Indonesia Angkatan Darat
28.	TQM	:	<i>Total Quality Management</i>
29.	TT	:	Tempat Tidur
30.	TV	:	Televisi
31.	Tx	:	Terapi
32.	UGD	:	Unit Gawat Darurat
33.	VIP	:	<i>Very Important Person</i>

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit TNI sebelumnya hanya melayani anggota TNI, pegawai negeri sipil TNI dan keluarganya. Tahun 1978 didasari filosofi membantu pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kebutuhan atas rumah sakit semakin meningkat, sementara ada kapasitas lebih tempat tidur rumah sakit, maka Panglima TNI mengizinkan penggunaan kapasitas lebih rumah sakit untuk digunakan melayani masyarakat umum dengan memungut biaya perawatan.

Anggaran kesehatan TNI AD berasal dari negara melalui Markas besar TNI AD, sebagian diantaranya berasal dari potongan gaji anggota TNI AD. Anggaran ini tidak mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AD dan keluarganya. Pelayanan kesehatan masyarakat umum yang dilaksanakan rumah sakit diharapkan dapat membantu memenuhi kebutuhan biaya operasional rumah sakit TNI AD sendiri, sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan bagi anggota TNI dan keluarganya. Rumah sakit TNI AD, dengan anggaran yang tersedia mendapat tugas memberikan pelayanan kesehatan masyarakat TNI dengan sebaik baiknya tanpa dipungut biaya.

Dengan semakin meningkatnya perkembangan fasilitas jasa pelayanan kesehatan, rumah sakit TNI AD dihadapkan pada dunia persaingan untuk mendapatkan pelanggan. Oleh karena itu Visi dan Misi rumah sakit TNI AD Malang berorientasi pada pencapaian tugas pokok dan sekaligus memenangkan persaingan jasa pelayanan kesehatan. Visi rumah sakit TNI AD Malang adalah :

Mampu memberikan pelayanan kesehatan yang sebaik baiknya kepada anggota TNI dan keluarganya tanpa dipungut biaya.

Dengan misi sebagai berikut:

1. Memanfaatkan segala sumber daya rumah sakit dengan sebaik baiknya agar dapat memberikan layanan kesehatan yang bermutu tinggi kepada anggota TNI, pegawai sipil TNI AD dan keluarganya tanpa dipungut biaya.
2. Menempatkan rumah sakit TNI AD yang mampu menjadi kebanggaan masyarakat TNI AD khususnya bagi anggota kesehatan TNI AD sebagai rumah sakit yang berkualitas.
3. Menempatkan Rumah sakit TNI AD sebagai rumah sakit pilihan bagi masyarakat untuk memanfaatkan jasa pelayanan rumah sakit agar mendapat kemampuan untuk tercapainya visi rumah sakit serta memberikan kesejahteraan bagi anggota rumah sakit sendiri.
4. Meningkatkan kemampuan diri masing masing anggota, dan organisasi dengan budaya belajar secara terus menerus, agar mempunyai sumberdaya manusia yang handal.

Secara geografi rumah sakit TNI AD Malang berada di bagian selatan kota Malang, tepatnya di jalan Supriadi. Rumah sakit lain yang berdekatan adalah rumah sakit Panti Waluyo, atau lebih dikenal RKZ dan rumah sakit Islam Malang yang jaraknya tidak lebih dari 2-3 km. Rumah sakit TNI AD Malang adalah rumah sakit tingkat II, setingkat rumah sakit tipe B dengan kapasitas tempat tidur 300 TT melayani anggota TNI, pegawai negeri sipil TNI dan keluarganya di daerah Jawa timur.

Dokter yang bekerja di rumah sakit TNI AD Malang ada 46 orang dokter, terdiri dokter yang masih dinas aktif dan dokter yang sudah purna tugas sebagai dokter tamu. Data jumlah dokter yang bekerja di Rumah sakit TNI AD Malang terlihat pada tabel 1.2.

Tabel 1.2 Jumlah Dokter di Rumah Sakit TNI AD Malang Tahun 2003.

No	Medis	Dokter Militer	Dokter PNS	Dokter Kontrak	Dokter Tamu		Jumlah
					Purna	Lain	
1	Dokter umum	3	8	8	0	0	19
2	Dokter spesialis	8	6	0	9	4	27
	<b>Jumlah</b>	11	9	14	8	4	46

Sumber : Data bagian Administrasi rumah sakit TNI AD Malang tahun 2003.

Dokter yang masih aktif dinas adalah dokter militer, pegawai negeri sipil TNI AD dan dokter kontrak. Dokter tamu di rumah sakit TNI AD Malang adalah dokter purnawirawan TNI AD dan 4 dokter pegawai negeri sipil departemen kesehatan yang pernah diperbantukan ke rumah sakit TNI AD Malang dan sekarang kembali ke departemen kesehatan. Rumah sakit TNI AD Malang tidak *open house* artinya tidak membuka diri untuk semua dokter sebagai dokter tamu. Dokter yang masih dinas aktif, baik yang dokter militer maupun dokter sipil TNI AD, terdiri dari dokter umum dan dokter spesialis, sedangkan dokter kontrak semuanya adalah dokter umum, sementara dokter tamu yang ada di rumah sakit adalah dokter spesialis semua. Semua dokter tersebut, pada penelitian ini disebut dokter rumah sakit TNI AD Malang. Penderita rawat inap di rumah sakit TNI AD tidak hanya dirawat oleh dokter spesialis saja, dokter umum juga diijinkan untuk merawat penderita rawat inap. Dokter yang merawat penderita rawat inap dari masyarakat umum mendapat jasa medis.



Penderita masyarakat umum yang masuk rawat inap di rumah sakit TNI AD berasal dari masyarakat yang datang sendiri melalui poliklinik atau UGD dan penderita rawat inap yang dirujuk oleh dokter. Penderita yang dirujuk oleh dokter berasal dari rujukan rumah sakit lain dan dari tempat praktek dokter. Diharapkan dari tempat praktek dokter umum maupun dokter spesialis ini, dapat memberi kontribusi yang besar terhadap peningkatan penderita rawat inap masyarakat umum di rumah sakit TNI AD Malang. Ternyata rujukan yang diharapkan dari dokter belum optimal, data jumlah penderita rawat inap dan asal rujukan penderita di rumah sakit TNI AD Malang pada tahun 2003 terlihat pada tabel 1.3.

Tabel 1.3 Data Pasien Umum dan asal rujukan di Rumah sakit TNI AD Malang, tahun 2003.

No	Tahun 2003	Jumlah Pasien	Asal Rujukan			
			UGD/ Poliklinik	Dokter RS TNI AD	RS Lain	Puskesmas
1	Januari	193,00	170,00	18,00	5,00	10,00
2	Februari	189,00	161,00	14,00	3,00	11,00
3	Maret	223,00	187,00	17,00	8,00	13,00
4	April	232,00	189,00	22,00	6,00	15,00
5	Mei	207,00	184,00	13,00	5,00	5,00
6	Juni	198,00	170,00	15,00	6,00	7,00
7	Juli	216,00	172,00	18,00	12,00	14,00
8	Agustus	211,00	177,00	15,00	9,00	10,00
9	Sept	215,00	182,00	16,00	8,00	9,00
10	Okt	226,00	191,00	13,00	12,00	10,00
11	Nop	231,00	198,00	15,00	8,00	10,00
12	Des	204,00	172,00	17,00	9,00	5,00
	<b>Rerata</b>	<b>212,08</b>	<b>179,42</b>	<b>16,08</b>	<b>7,58</b>	<b>9,92</b>

Sumber: Data bagian Administrasi rumah sakit TNI AD Malang tahun 2003.

Pada tabel terlihat bahwa kontribusi rujukan pasien dari dokter rumah sakit TNI AD sendiri yang dikirim dari tempat praktek masih rendah, yaitu rata rata 16,08 pasien tiap bulan, atau 7,359 % dari total penderita yang dirawat.

Kalau dibandingkan dengan 46 orang jumlah dokter rumah sakit TNI AD, setiap dokter hanya mengirim penderita 0,34 pasien atau satu pasien setiap 3 bulan.

Dokter mempunyai hak pribadi untuk menentukan rumah sakit mana yang digunakan merawat pasiennya. Menurut Feldstein (1983) menyatakan bahwa dokter dalam melaksanakan profesinya memerankan tiga peran sekaligus yaitu sebagai *provider*, *advisor* dan *customer*. Sebagai *customer*, dokter akan memilih rumah sakit yang fasilitas maupun layanannya mampu memenuhi harapan, sehingga dokter dapat bekerja melayani penderita dengan segenap kemampuan profesinya dengan nyaman dan tenang. Sebagai *advisor*, dokter akan memberikan *advis* kepada penderita yang dirawatnya untuk menggunakan rumah sakit yang menurut persepsi dokter baik bagi penderita dan baik bagi dokternya. Dengan demikian dokter mempunyai peran strategis untuk meningkatkan penggunaan fasilitas jasa pelayanan rumah sakit, termasuk untuk rawat inap. Oleh karena itu perlu mengetahui kinerja rumah sakit dari sudut pandang dokter, sehingga kekurangan dapat diketahui dan dilakukan perbaikan.

Menurut Churchill (1998) menyatakan bahwa *perception value* yang dirasakan saat menggunakan jasa atau produk dapat mempengaruhi *loyalty*. Pada *high value* maka akan terjadi *satisfaction* yang akan menumbuhkan *loyalty* sampai terjadi *long term relationship*.

Rumah sakit sebagai penyedia jasa, maka pemanfaatan rendah terhadap fasilitas dan layanan jasa yang disediakan rumah sakit oleh dokter sebagai *customer* yang menggunakan jasa tersebut untuk melaksanakan profesinya, menunjukkan adanya suatu masalah, diantaranya kemungkinan adanya ketidakpuasan terhadap fasilitas dan layanan yang disediakan rumah sakit.

Dokter yang sebagian besar masih dinas aktif atau pernah dinas di rumah sakit dan mengetahui fasilitas dan kemampuan rumah sakit, merupakan sumber informasi yang sangat baik apabila dapat diperoleh secara obyektif.

Selain di rumah sakit TNI AD Malang, dokter spesialis juga merawat penderita di rumah sakit lain. Membandingkan pendapat dokter tersebut antara fasilitas dan layanan rumah sakit lain dengan rumah sakit TNI AD Malang, sangat berguna untuk mengetahui posisi rumah sakit TNI AD dalam persaingan.

Supriyanto (2002) menyatakan satu satunya cara agar karyawan rumah sakit memberikan pelayanan yang sebaik baiknya adalah dengan memperlakukan mereka sedemikian sehingga mereka lebih penting dari pasiennya. Sedang Spinelli (2000) pada penelitiannya terhadap tamu hotel membuktikan bahwa kepuasan karyawan mempengaruhi kepuasan tamu hotel. Dalam pandangan ini apabila dokter dianggap sebagai karyawan maka kepuasan dokter akan sangat berguna, tidak hanya dalam hal pelayan terhadap penderita, tetapi dapat sebagai kekuatan memajukan rumah sakit secara keseluruhan.

Karena itu, sangat penting mengetahui tingkat kepuasan dokter sebagai *customer internal* dan pengaruhnya terhadap kontribusi dokter dalam mengirim penderita dari tempat praktek pribadinya untuk rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang. Sebagai perbandingan perlu juga mengetahui perbedaan penilaian dokter spesialis terhadap rumah sakit TNI AD dibandingkan rumah sakit lain, dan apakah perbedaan yang ada berpengaruh terhadap rujukan rawat inap dari tempat praktek.

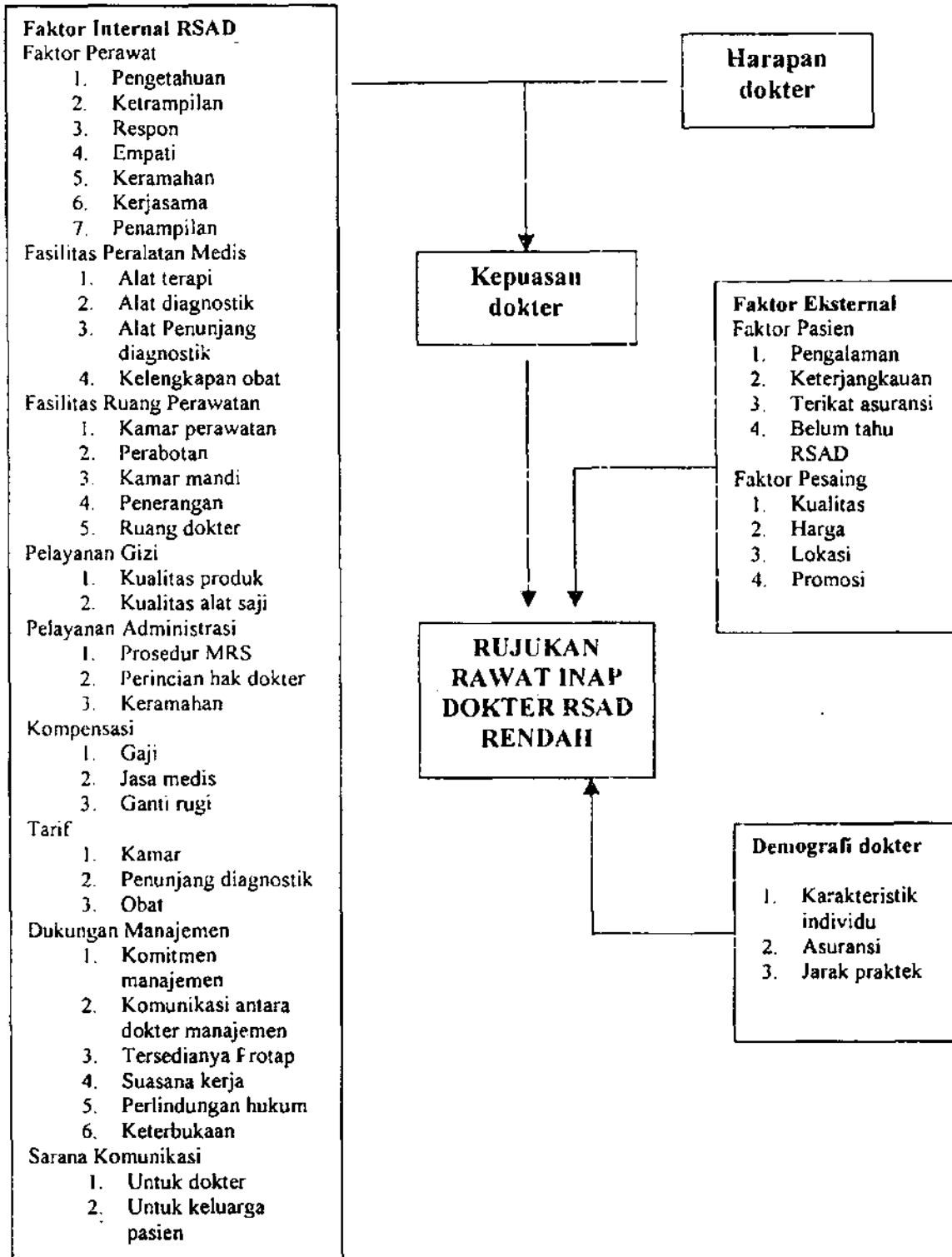
Faktor rumah sakit, khususnya kepuasan dokter adalah faktor penting, tetapi bukan satu satunya penyebab rujukan penderita rawat inap dari tempat praktek

dokter rendah, terdapat faktor lain yang mungkin dapat menyebabkan masalah tersebut. Untuk mendapatkan gambaran lebih luas diperlukan identifikasi kemungkinan penyebab masalah.

## **1.2 Identifikasi Faktor Penyebab Masalah**

Dengan adanya masalah tersebut perlu diketahui faktor yang menjadi penyebab rendahnya rujukan penderita rawat inap dari dokter. Secara garis besar terdapat dua faktor, yaitu faktor internal rumah sakit dan faktor eksternal rumah sakit. Faktor luar rumah sakit, antara lain karakteristik individu dokter, misalnya dokter spesialis kandungan pasiennya relatif lebih banyak memerlukan fasilitas rawat inap dibandingkan dengan dokter spesialis mata. Demikian pula faktor jumlah pasien dokter serta jarak komunitas yang dilayani dokter dari tempat praktek ke rumah sakit. Faktor lain adalah faktor pasien sendiri, misalnya pengalaman perawatan sebelumnya, keterjangkauan jarak, terikat asuransi atau yang lainnya. Faktor rumah sakit pesaing, terutama kualitas dan harga. Faktor eksternal tidak dapat diintervensi oleh rumah sakit, oleh karena itu faktor internal rumah sakit menjadi sangat penting. Faktor internal antara lain adalah faktor perawat, peralatan medis, ruang perawatan, pelayanan gizi, pelayanan administrasi, tarif, kompensasi, dukungan manajemen dan faktor lain misalnya, keamanan, parkir, telepon. Untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas dapat digambarkan dengan pendekatan sistem, seperti terlihat pada gambar berikut.

## Skema Faktor Penyebab Masalah



Gambar 1.1: Identifikasi Faktor Penyebab Masalah

### 1.2.1 Faktor Internal Rumah Sakit

Rumah sakit yang mampu memuaskan pengguna layanan jasa akan mampu meningkatkan penggunaan fasilitas rumah sakit. Dokter dalam peranannya sebagai pengguna fasilitas rumah sakit akan sangat strategis untuk meningkatkan tingkat hunian rumah sakit, karena struktur budaya masyarakat dalam hubungannya pelayanan kesehatan menempatkan dokter sebagai *advisor* yang masih dominan dalam menentukan dimana penderita harus dirawat. Oleh karena itu rumah sakit harus menyadari betul situasi tersebut. Dalam kaitannya dengan pelayanan perawatan penderita di rumah sakit terdapat faktor penting yang dipersepsikan dokter yang mempengaruhi keputusan dokter untuk mengirim atau tidak pasiennya ke rumah sakit yaitu, penilaiannya terhadap (1) perawat, (2) fasilitas peralatan medis, (3) fasilitas ruang perawatan, (4) pelayanan gizi, (5) dukungan manajemen, (6) administrasi, (7) kompensasi, (8) Lain lain misalnya parkir, keamanan.

#### 1. Perawat

Perawat adalah tulang punggung rumah sakit. Hampir seluruh waktu perawatan penderita berhubungan dengan perawat. Kemampuan, ketrampilan, sikap dan penampilan perawat sangat berpengaruh terhadap hasil akhir jasa pelayanan kesehatan rumah sakit khususnya rawat inap. Perawat dalam hal ini sebagai bagian dari rumah sakit tidak hanya menyediakan jasa kepada penderita dalam menjalankan profesinya, tetapi juga menyediakan jasa kepada dokter sebagai rekan kerja. Dengan demikian harus ada kerjasama yang harmonis yang akan menghasilkan kinerja bersama yang baik. Ini sesuai dengan hasil penelitian Pherson (1996) yang menyatakan kelompok kooperatif (yang dapat terbuka dan

dapat bekerjasama) akan mempercepat penyelesaian tugas sehingga meningkatkan efektivitas organisasi.

Penilaian atau persepsi dokter terhadap apa yang dapat dilakukan perawat terhadap penderita yang dipercayakan kepadanya akan menyebabkan rasa aman pada diri dokter. Ini sesuai dengan teori kebutuhan Maslow pada Koontz (1984) pada tingkat kebutuhan level kedua yaitu rasa aman. Dengan demikian keputusan dokter untuk mengirim atau tidak penderitanya tergantung mampu tidaknya rumah sakit memenuhi kebutuhan tersebut.

Variabel ini termasuk variabel yang diteliti.

## **2. Fasilitas Peralatan Medis**

Dokter dalam melaksanakan profesinya melalui tiga tahap yaitu diagnosa, pengobatan, penanganan dampak pengobatan termasuk pencegahan dan penanganan kecacatan. Ketersediaan peralatan kesehatan baik diagnostik maupun terapeutik akan sangat mempengaruhi kemudahan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Ini sesuai apa yang disampaikan Vincent dalam Wijono (1999) bahwa dimensi mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tersedianya sarana pendukung. Disamping itu pada jasa pelayanan kesehatan ada dua dimensi mutu yaitu dimensi klinis dan dimensi yang dipersepsikan oleh pengguna jasa. Oleh karena itu dokter membutuhkan sarana untuk memenuhi dua dimensi mutu tersebut, dan itu memerlukan sarana. Penilaian dokter terhadap ketersediannya peralatan medis tersebut mempengaruhi keputusan dokter dalam memutuskan penderita dikirim ke rumah sakit tersebut atau tidak (Wijono, 1999).

Termasuk variabel yang diteliti

### **3. Fasilitas Ruang Perawatan**

Fasilitas ruang perawatan meliputi kondisi kamar atau ruangan secara umum, kondisi tempat tidur, seprei, bantal, lemari, tempat duduk, kamar mandi, penerangan, air dan kebersihan umum. Dilihat dari perspektif pelayanan, rumah sakit pada dasarnya memberikan pelayanan kepada penderita dan kepada dokter. Dari perspektif hubungan dokter dengan penderita, dokter sebagai penyedia jasa dan *advisor* (Feldstein, 1983), akan menilai pelayanan dan fasilitas yang tersedia di rumah sakit untuk memberikan *advice* dan pelayanan terbaik agar pasien tetap loyal. Adanya keluhan tentang ruang perawatan akan mempengaruhi kualitas total layanan dokter terhadap pasien, yang akan mengancam loyalitas pasien terhadap dokter. Oleh karena itu penilaian ruangan termasuk strategis, variabel ini diteliti.

Fasilitas ruang perawatan di rumah sakit TNI AD Malang tergantung kelas perawatan. Ruang perawatan VIP dengan fasilitas TV, AC, kulkas, sofa duduk/tidur untuk penunggu, telepon, 1 kamar 1 pasien. Klas IA dengan fasilitas TV, AC, sofa tunggu, tanpa kulkas dan telepon, 1 kamar satu pasien. Klas IB dengan fasilitas TV, AC, sofa tunggu, satu kamar dua pasien. Klas IIA dengan fasilitas satu kamar 2 pasien, tanpa AC, TV. Klas IIB dengan fasilitas satu kamar 4 pasien tanpa AC, TV. Klas III dengan fasilitas bangsal.

### **4. Pelayanan Gizi**

Pelayanan gizi sebagai penunjang perawatan penderita rawat inap tidak dapat diabaikan. Pada kasus tertentu gizi justru memegang peran yang paling penting. Ketepatan produk, baik bentuk sajian maupun kandungan gizi merupakan ukuran utama kualitas pelayanan gizi. Perlengkapan dan cara penyajian merupakan bagian yang melengkapi kualitas pelayanan, karena tempat penyajian yang tidak



baik dapat mengganggu selera makan. Variabel ini termasuk yang diteliti, dengan indikator pengukuran (1) kesesuaian dengan permintaan, (2) kelayakan alat saji.

## **5. Pelayanan Administrasi**

Pelayanan administrasi merupakan pendukung pelayanan medis. Kemudahan prosedur penerimaan maupun saat pulang sangat mempengaruhi kualitas pelayanan total bagi penderita dan keluarganya. Ketidaknyamanan bagi pasien akan menjadi pertimbangan dokter untuk mengirimkan pasiennya. Demikian pula pelayanan administrasi untuk dokter sendiri dalam memperoleh haknya tidak tertutup kemungkinan menyebabkan dokter tidak mau mengirim penderitanya. Kemudahan prosedur penerimaan dan proses pulang penderita, kemudahan mendapatkan informasi, kecepatan pengurusan administrasi dan sikap petugas, adalah beberapa hal yang dapat berpengaruh terhadap kepuasan dokter terhadap layanan administrasi. Variabel ini diteliti.

## **6. Kompensasi**

Meskipun menurut Herzberg (Koontz, 1985) kompensasi finansial masuk dalam kategori *hygiene faktor*, banyak peneliti di Indonesia yang membuktikan bahwa faktor finansial masih merupakan *motivator*, salah satunya penelitian Anwar Kusuma di RS Delta Surya Sidoarjo tahun 2001. Koontz (1985) dalam bukunya masih memasukkan uang sebagai *motivator*, meskipun pada urutan terbawah. Sedang Simamora (2001) menyampaikan bahwa kompensasi *financial* pada kelompok tertentu masih sangat efektif sedang pada kelompok lain tidak. Kompensasi *non financial* adalah imbalan yang bukan berupa barang tetapi dirasakan yang dapat menimbulkan kepuasan. Secara umum adalah imbalan

pengembangan karier seperti kesempatan mengikuti pendidikan lebih tinggi, jenjang karir yang jelas, dan imbalan sosial seperti kenyamanan kerja, pujian, pengakuan eksistensi dokter keterlibatan pengambilan putusan. (Dessler G, 1984).

Kompensasi *financial* di rumah sakit TNI AD berupa gaji tetap dari negara ditambah jasa dokter sesuai penderita yang dirawat serta *insentif* lain misalnya THR, tunjangan *functional*. Kepuasan terhadap kompensasi menurut persepsi dokter perlu diketahui, khususnya gaji, jasa medis, potongan jasa medis. Kompensasi non financial khususnya sebagai karyawan rumah sakit, antara lain pengembangan karier, kenyamanan suasana kerja dan keterlibatan pengambilan keputusan, yang pada penelitian ini dimasukkan pada variabel dukungan manajemen. Variabel kompensasi diteliti dengan indikator pengukuran gaji, jasa medis, potongan jasa medis, ganti rugi untuk pasien.

## **7. Tarif atau Harga**

Tarif tidak terkait langsung ke dokter, tetapi ke penderita. Dalam perspektif pelayanan kesehatan hubungan dokter penderita salah satunya adalah sebagai *advisor*. Oleh karena itu dokter dalam mengirimkan penderita ke rumah sakit akan mempertimbangkan kemampuan penderita. Dalam perspektif penderita, harga adalah pengorbanan yang diberikan untuk mendapatkan sesuatu (Supriyanto, 2002). Dokter sebagai *advisor* yang baik akan melindungi kliennya dari pengorbanan yang tidak perlu. Termasuk variabel yang diteliti.

## **8. Dukungan Manajemen**

Komitmen pimpinan terhadap mutu pelayanan di rumah sakit sangat penting untuk meningkatkan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Kurangnya komitmen

pimpinan akan mempengaruhi seluruh anggota organisasi (Sihombing, 2000; Chiavenato, 2001).

Keterbukaan manajemen akan memudahkan semua pihak untuk menganalisis dan memberikan kontribusi bagi kebaikan rumah sakit. Suasana kerja yang nyaman, tersedianya aturan atau protap untuk kelancaran dan keamanan kerja, termasuk bantuan perlindungan hukum bila diperlukan. Pada variabel ini yang diteliti komitmen manajemen, komunikasi dokter manajemen, tersedianya prosedur tetap untuk kelancaran dan keamanan pelaksanaan tugas, suasana kerja, perlindungan hukum keterbukaan manajemen.

## **9. Lain lain**

Meskipun terlihat sederhana sering faktor lain seperti parkir, keamanan, telepon yang tidak tersedia menyebabkan dokter enggan untuk mengirimkan pasiennya, baik yang menyangkut kepentingan dokter sendiri maupun kepentingan pasiennya. Akses telepon yang tidak lancar akan mengganggu dokter dalam memantau perkembangan penderita, atau memberikan pesan kepada perawat. Pada variabel ini hanya sarana telepon yang diteliti karena sarana ini sangat penting untuk kepentingan dokter dalam memonitor penderita yang dirawatnya. Termasuk sarana telepon untuk keluarga penderita.

### **1.2.2 Faktor Dokter dan Faktor Eksternal**

Selain faktor internal rumah sakit, faktor demografi dokter secara pribadi seperti spesialisasi, jumlah pasien ditempat praktek, terikat asuransi, serta jarak tempat praktek dapat mempengaruhi rujukan penderita ke rumah sakit TNI AD Malang. Dengan pertimbangan bahwa variabel tersebut tidak mungkin diintervensi

oleh manajemen untuk meningkatkan rujukan maka pada penelitian ini tidak secara khusus diteliti. Faktor pasien termasuk variable penting, khususnya kepuasan pasien, namun karena luasnya faktor ini dipertimbangkan untuk dilakukan penelitian tersendiri. Sedang faktor rumah sakit pesaing, khusus untuk dokter spesialis, dilakukan analisis perbedaan penilaian terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit. Pengukuran perbedaan penilaian dokter rumah sakit TNI AD Malang antara rumah sakit sendiri dengan rumah sakit lain dilakukan dengan variabel yang sama.

### **1.3 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana penilaian dokter umum dan dokter spesialis terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang yang diterima selama ini?
2. Bagaimana tingkat harapan dokter umum dan dokter spesialis terhadap fasilitas dan pelayanan di rumah sakit TNI AD Malang agar dapat melaksanakan profesi pelayanan medis bagi penderita yang dirawatnya?
3. Bagaimana tingkat kepuasan dokter terhadap fasilitas dan layanan yang disediakan oleh rumah sakit TNI AD Malang ?
4. Bagaimana penilaian dokter spesialis rumah sakit TNI AD terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit lain?
5. Apakah ada perbedaan hasil penilaian dokter spesialis terhadap fasilitas dan layanan antara rumah sakit TNI AD dengan rumah sakit lain?
6. Apakah tingkat kepuasan dokter atas fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD mempengaruhi rujukan dokter untuk rawat inap ke rumah sakit TNI AD Malang?

7. Apabila ada perbedaan hasil penilaian dokter spesialis atas fasilitas dan layanan antara rumah sakit TNI AD dengan rumah sakit lain, apakah mempengaruhi rujukan rawat inap?

#### **1.4 Tujuan Penelitian.**

##### **1.4.1 Tujuan Umum**

Menganalisis tingkat kepuasan dokter terhadap fasilitas dan pelayanan rumah sakit untuk meningkatkan rujukan pasien rawat inap dari tempat praktek dokter Rumah Sakit TNI AD Malang.

##### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi penilaian dokter umum dan dokter spesialis terhadap fasilitas dan layanan yang diberikan oleh rumah sakit TNI AD Malang.
2. Mengidentifikasi harapan dokter umum dan dokter spesialis terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang untuk menjalankan profesi pelayanan medis pada penderita rawat inap.
3. Menganalisis tingkat kepuasan dokter Rumah sakit TNI AD terhadap layanan dan fasilitas rumah sakit berdasarkan penilaian dan harapan dokter.
4. Mengidentifikasi penilaian dokter spesialis terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit lain.
5. Menganalisis perbedaan hasil penilaian dokter spesialis terhadap fasilitas dan layanan antara rumah sakit TNI AD dengan rumah sakit lain.
6. Menganalisis pengaruh kepuasan dokter atas fasilitas dan pelayanan rumah sakit terhadap rujukan penderita rawat inap di rumah sakit TNI AD.

7. Menganalisis pengaruh perbedaan hasil penilaian dokter spesialis atas fasilitas dan layanan antara rumah sakit TNI AD dengan rumah sakit lain terhadap rujukan penderita rawat inap, bila ada perbedaan penilaian.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat Bagi Manajemen Rumah sakit**

1. Dari hasil penelitian dapat diketahui beberapa variabel yang tidak memuaskan dokter, dengan demikian dapat diketahui posisi rumah sakit dari sudut pandang dokter sebagai customer internal.
2. Dari hasil penelitian dapat diketahui variabel yang mempengaruhi rujukan rawat inap, dengan demikian berdasarkan tingkat kepuasan dan pengaruhnya terhadap rujukan dapat ditentukan prioritas yang harus dilakukan perbaikan.
3. Dari analisis sub variabel dapat diketahui bagian yang terpenting dari variabel yang dokter belum puas dan ternyata berpengaruh terhadap rujukan, sehingga perbaikan lebih terfokus.
4. Dapat diketahui adanya perbedaan hasil penilaian terhadap rumah sakit sendiri dengan rumah sakit lain, sehingga dapat diketahui posisi rumah sakit dalam dunia persaingan dan letak kekurangan rumah sakit sendiri.
5. Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan yang sangat berharga dalam menyusun program perbaikan kinerja rumah sakit, sehingga prioritas dan alokasi dana lebih efisien.

6. Membuka peluang dan arah yang lebih lebih jelas bagi rumah sakit untuk melakukan penelitian, atau minimal survei, demi perkembangan rumah sakit.

### **1.5.2 Manfaat Bagi Peneliti**

1. Dari penelitian ini dapat diperoleh pengalaman yang sangat besar bagi peneliti dalam rangka merencanakan dan melakukan penelitian.
2. Dapat digunakan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan program Pascasarjana di Universitas Airlangga Surabaya.
3. Memperluas wawasan dan pengetahuan tentang berbagai faktor yang mempengaruhi kepuasan dokter dalam perannya sebagai *customer internal* dan *advisor* penderitanya.
4. Bisa mendapat gambaran lebih jelas tentang apa yang bisa diaplikasikan dalam pengelolaan rumah sakit, khususnya penelitian sederhana yang dalam industri perumahan sakitan.

### **1.5.3 Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan**

1. Dari hasil penelitian dapat digunakan menambah khasanah ilmu pengetahuan, khususnya tentang bidang kepuasan *customer internal*.
2. Dapat digunakan sebagai *referensi* bagi peneliti yang memerlukan data sebagai pembandingan maupun pengembangan lebih jauh.

**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Rumah Sakit

Rumah sakit adalah instalasi yang melaksanakan pelayanan kesehatan bersifat dasar, spesialisik, subspecialistik, yang mngemban tugas utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan pasien. Rumah sakit mempunyai fungsi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, asuhan keperawatan, rujukan, pendidikan latihan, penelitian pengembangan dan administrasi (Aditama, 2002).

Rumah sakit terdiri dari sub sistem yang saling terkait meskipun melaksanakan fungsi yang berbeda, tetapi mempunyai satu kesatuan tujuan. Sebagai sistem, rumah sakit, masukan atau inputnya adalah *resources*, pengguna jasa dan *supplier*; prosesnya adalah pelayanan medis dan non pelayanan medis; dengan keluaran kepuasan *stakeholder*, mutu pelayanan, kesehatan masyarakat serta informasi (termasuk berbagai indikator rumah sakit). Seluruh proses yang terjadi di rumah sakit dipengaruhi lingkungan eksternal (Wijono, 1999).

#### 2.2 Konsep Pelayanan Kesehatan.

Ada perbedaan sifat pelayanan jasa dan barang. Pelayanan jasa tak nyata tampak, tidak bisa diproduksi untuk disimpan, dijual dulu baru diproduksi, dan proses produksi melibatkan pengguna jasa. Konsep jasa pelayanan kesehatan mempunyai beberapa ciri lebih khusus (Feldstein, 1983; Kotler, 1989; Supriyanto, 2002), yaitu:

1. *Variability*, tidak seragam setiap individu maupun jenis penyakit.

2. *Intangible output*, hasilnya tidak nyata terlihat.
3. *Inseparability*, proses produksi dirasakan langsung oleh penderita.
4. Kedudukan *provider* dengan penderita tak seimbang, *provider* lebih dominan.
5. Penderita dalam keadaan terpaksa dan tak bisa memilih produk jasa yang disenanginya.
6. Ada otonomi tenaga medis yang sangat luas.
7. Dalam hal hubungan dokter dengan penderita, dokter memerankan dua peran sekaligus yaitu sebagai *service provider* dan *advisor*.

### 2.3 Dokter Sebagai *Provider*, *Advisor* dan *Customer*

Hubungan antara dokter dengan rumah sakit, dokter sebagai *customer*, yang keduanya mempunya *customer* yaitu pasien. Interaksi antara dokter, rumah sakit dan pasien seharusnya merupakan hubungan simbiosis mutualis ( Aditama, 2002). Pada kenyataannya arah interaksi ditentukan oleh kekuatan daya tawar dari ketiga bagian yang berinteraksi. Menurut Feldstein (1983) pada pelayanan jasa kesehatan, kedudukan dokter dan pasien tidak seimbang. Penentuan pabrik obat yang dipakai, laboratorium yang dipilih, rumah sakit rujukan yang digunakan, peran dokter lebih dominan. Dalam memberikan layanan kesehatan, khususnya rawat inap, dokter memerlukan rumah sakit sebagai tempat rujukan. Dokter akan memanfaatkan fasilitas dan layanan yang tersedia di rumah sakit, jadi dokter termasuk *customer* rumah sakit. Pada kedudukan demikian dokter menjadi lebih kuat, oleh karena itu agar dokter dapat bekerja lebih baik dan memuaskan pasien, yang berdampak pada kepuasan pasien terhadap rumah sakit, maka kepuasan dokter menjadi sangat penting.

## 2.4 Konsep Kepuasan

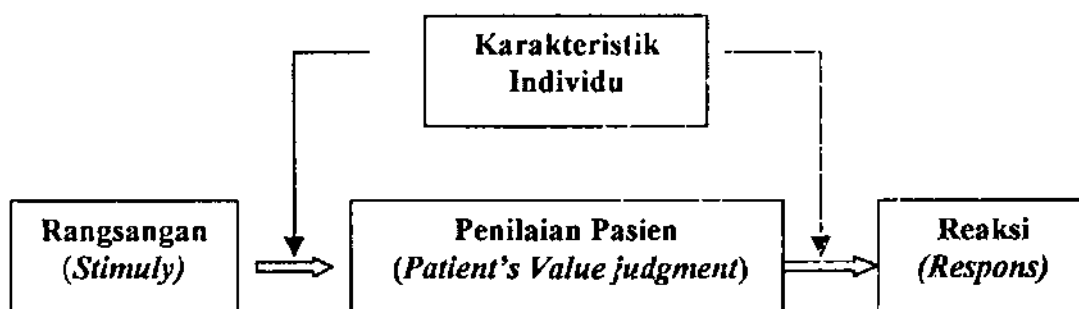
Kepuasan menurut Kotler (1989) adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapannya.

Jadi merupakan fungsi perbedaan antara penampilan yang dirasakan dengan harapannya. Menurut Daniel (1992) kepuasan pengguna produk atau jasa adalah yang terpenting agar pengguna jasa menjadi pelanggan yang *loyal* dan bahkan menjadi *advocator* terhadap produk yang dipakainya.

Menurut Supriyanto (2002) ada 2 model pengukuran kepuasan yaitu (1) model stimuli- penilaian- respons, (2) model kesenjangan antara harapan dan kenyataan.

### 1. Model Stimuli- Penilaian- Respons

Pada model ini ada empat komponen yang membentuk yaitu, stimuli, penilaian, respon, perbedaan karakteristik individu. Pada jasa pelayanan kesehatan maka stimuli adalah pelayanan kesehatan itu sendiri, yang diterima, dirasakan selama proses pelayanan. Rangsangan ini dinilai (*value judgment*) oleh pengguna. Pada proses ini dipengaruhi karakteristik individu. Dalam skema dapat digambarkan sebagai berikut :



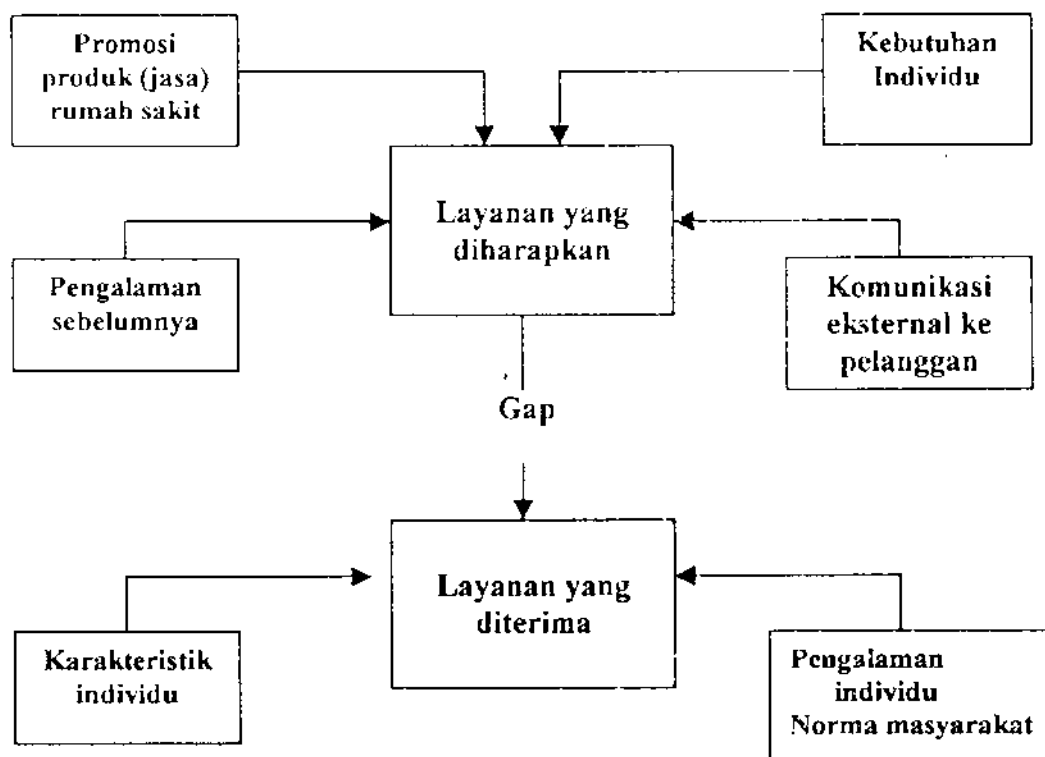
Sumber: Supriyanto 2002

Gambar 2.1: Pengukuran Kepuasan Model Stimuli, Penilaian, Respons

## 2. Model Kesenjangan

Model ini membandingkan harapan terhadap kenyataan. Bila produk yang diterima dibawah harapan, pelanggan tidak puas, bila sesuai harapan pelanggan puas dan bila melebihi harapan pelanggan sangat puas. Harapan pelanggan merupakan keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli sebuah produk, yang dijadikan sebagai standar untuk menilai kinerja produk tersebut. Harapan dipengaruhi faktor *provider* yaitu promosi dan komunikasi ke pelanggan dan faktor pelanggan sendiri yaitu kebutuhan pelayanan dan pengalaman.

Kenyataan yang dirasakan dipengaruhi oleh karakteristik individu, pengalaman individu dan norma masyarakat. Secara skema dapat digambarkan sebagai berikut:



Sumber: Supriyanto 2002

Gambar 2.2: Kepuasan dari perspektif harapan dan layanan

Menurut Rust et al dalam Tjiptono (2000) menyatakan bahwa harapan pelanggan dapat berupa tiga macam tipe yaitu:

1. *Will expectation* : yaitu tingkat kinerja yang diprediksi atau diperkirakan konsumen yang akan diterimanya, berdasarkan informasi yang diketahuinya. Tipe ini merupakan tingkat harapan yang paling sering dimaksudkan oleh konsumen sewaktu menilai kepuasan terhadap produk yang dikonsumsinya.
2. *Should expectation* : yaitu tingkat kinerja yang dianggap sudah sepatasnya diterima konsumen. Biasanya tuntutan dari apa yang seharusnya terjadi jauh lebih tinggi dari apa yang diperkirakan akan terjadi.
3. *Ideal expectation* : yaitu tingkat kinerja optimum atau yang terbaik yang diharapkan dapat diterima konsumen.

Kepuasan atau ketidakpuasan akan sangat menentukan perilaku pembelian berikutnya bila pelanggan memerlukan jasa dikemudian hari. Kepuasan pelanggan akan membawa manfaat bagi penyedia jasa antara lain:

1. Hubungan penyedia produk dan pelanggan menjadi baik
2. Memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang.
3. Dapat mendorong terciptanya loyalitas pelanggan.
4. Membentuk rekomendasi dari mulut ke mulut yang menguntungkan.
5. Reputasi penyedia jasa menjadi semakin baik.
6. Laba meningkat.

Menurut Sheth, et al dalam Tjiptono (2000) respons terhadap kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan ada tiga kemungkinan yang akan dilakukan.

Tiga kemungkinan yang akan dilakukan tersebut adalah:

1. *Customer exit* : konsumen memutuskan untuk tidak memakai produk itu lagi.
2. *Customer voice (complaining)* : konsumen menyampaikan ketidakpuasannya.
3. *Customer loyalty* : konsumen memutuskan untuk memakai produk tersebut lagi.

Pada *customer voice*, terdapat tiga reaksi yang mungkin dilakukan terhadap ketidakpuasan produk, yaitu :

1. *Voice response*, yaitu bila *customer* yang tidak puas menyampaikan keluhannya kepada *provider* yang bersangkutan. Respon ini menguntungkan *provider*, karena dapat dilakukan perbaikan.
2. *Private response*, yaitu apabila *customer* yang tidak puas menyampaikannya kepada orang lain seperti, kolega, teman, keluarga. Respon ini merugikan *provider*, karena akan berdampak pada citra *provider*, meskipun pada kalangan terbatas.
3. *Third party response*, yaitu apabila *customer* yang tidak puas menyampaikan keluhan kepada media masa atau badan hukum. Respon ini sangat merugikan citra *provider* secara luas.

Ada tiga faktor utama konsumen melakukan komplain atau tidak berkaitan dengan ketidakpuasan terhadap produk yang dikonsumsi.

1. *Dissatisfaction silence*, yaitu bila ketidakpuasan dihubungkan dengan derajat kepentingan produk. Ketidakpuasan yang kecil atau produk yang dikonsumsi tidak terlalu penting, mungkin komplain tidak dilakukan.
2. *Atribut to the Marketer*, yaitu bila ketidakpuasan tersebut ada atribut atau bagian dari rantai sampai produk yang disajikan, ada yang dapat disalahkan, terutama bila kemungkinan ada perbaikan. Bila menganggap bahwa ketidakpuasan akibat kesalahan sendiri keluhan mungkin tidak dilakukan. Demikian pula bila konsumen berkeyakinan bahwa keluhan tidak akan ada perbaikan, mereka akan menganggap bahwa keluhan sebagai hal yang tidak ada gunanya.
3. *Customer's Personality Traits*, yaitu bahwa untuk menyampaikan keluhan ketidakpuasan memerlukan keberanian.

Terlihat bahwa konsumen tidak puas belum tentu menyampaikan keluhan atau ketidakpuasan. Salah besar bila perusahaan merasa berhasil karena tidak ada keluhan.

Pada penelitian ini penilaian kepuasan dengan menggunakan pendekatan model kesenjangan.

## **2.5 Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan**

Pengertian mutu ada bermacam-macam. Menurut Juran dalam Wijono (1999) mutu adalah keistimewaan produk yang memenuhi kebutuhan pelanggan dan bebas dari kekurangan. Sedang *American Society for Quality Control* memberi pengertian mutu sebagai totalitas wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa yang

didalamnya terkandung pengertian rasa aman dan pemenuhan kebutuhan para pengguna.

Demikian pula pengertian mutu pelayanan kesehatan atau mutu pelayanan rumah sakit banyak pengertian yang disampaikan oleh penulis buku.

Donabedian dalam Wijono (1999) menilai mutu pelayanan kesehatan adalah sifat yang dimiliki dan suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan, yang berdasarkan tingkat dimana pelayanan memberikan kontribusi terhadap *outcomes*. Proses pelayanan sendiri terdiri dari dua komponen utama yaitu teknis medis dan manajemen hubungan interpersonal antara praktisioner dan klien.

Menurut Aniroen dalam Aditama (2002) mutu pelayanan rumah sakit adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan dari masyarakat konsumen terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumberdaya yang tersedia dirumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat.

## **2.6 Arti Mutu dari Beberapa Sudut Pandang**

Pada Jasa pelayanan kesehatan arti mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa sudut pandang yaitu dari sudut pandang ; pasien, petugas kesehatan, manajer atau administrator.

### **2.6.1 Sudut Pandang Pasien**

Mutu dari sudut pandang pasien tidak hanya kemandirian dalam pengobatan, tetapi termasuk bagaimana proses pengobatan atau penyembuhan tersebut



disampaikan. Bagaimana dokternya, perawatnya, ruangnya, tersedianya peralatan yang diperlukan, ketersedianya obat di rumah sakit. Dari semuanya itu selain kesembuhan, jalinan hubungan antar manusia memegang peran penting dalam menentukan mutu dari sudut pandang penderita. Sifat pelayanan kesehatan, khususnya yang rawat inap, konsumen yang dilayani tidak hanya penderita, tetapi juga orang di sekitar penderita, terutama keluarga yang justru paling dapat merasakan layanan rumah sakit (Wijono, 1999).

### **2.6.2 Sudut Pandang Petugas Kesehatan**

Mutu pelayanan berarti otoritas yang seluas luasnya dalam melaksanakan profesinya, ketersedianya sarana yang dapat mendukung pelaksanaan profesinya secara optimal, dan dukungan manajemen untuk pengaturan yang mudah diluar pelaksanaan teknis medis (Wijono, 1999).

### **2.6.3 Sudut Pandang Manajemen**

Mutu pelayanan kesehatan berarti tersedianya sumberdaya yang optimal khususnya tenaga profesional dan alat kesehatan yang bisa memenuhi standar mutu teknis dan harapan pelanggan (Wijono, 1999).

## **2.7 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan**

Menurut Parasuraman et al (1988) menyatakan bahwa ada lima penentu dalam *Services Quality*, sebagai berikut:

1. *Reliability*, kemampuan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan.
2. *Responsiveness*, yaitu daya tanggap para karyawan untuk memberikan pelayanan.

3. *Assurance*, yaitu kepercayaan yang dimiliki oleh pelanggan karena mampu dilayani secara aman, bebas bahaya atau terbebas dari keraguan.
4. *Emphaty*, kemampuan untuk memahami atas kebutuhan individu pelanggan.
5. *Tangible*, yaitu beberapa hal yang tampak sebagai fasilitas fisik, penampilan pegawai.

Menurut Brown, et al dalam (Wiyono, 1999) menyatakan bahwa mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan *multi facet*.

Ada delapan dimensi mutu yang perlu mendapat perhatian:

1. Kompetensi teknis, yaitu bagaimana petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal kehandalan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*), dan konsistensi (*consistency*).
2. Akses terhadap pelayanan, yaitu keterjangkauan baik geografis, ekonomis, dan budaya misalnya bahasa.
3. Efektivitas, yaitu tercapainya tujuan pengobatan dengan teknologi, waktu dan tempat yang tepat untuk kasus yang ditangani.
4. Hubungan antar manusia, yaitu bagaimana hubungan antara petugas kesehatan, pasien, manajer dan masyarakat, antar petugas kesehatan sendiri bisa efektif dan memuaskan pengguna jasa.
5. Efisiensi, yaitu bagaimana sumber daya yang dimiliki dapat dioptimalkan untuk bisa memberikan pelayanan yang sebaik baiknya
6. Kelangsungan pelanggan, yaitu kelangsungan pelayanan kesehatan tanpa tersela, artinya terdapat akses riwayat penderita sebelumnya agar proses pelayanan berlanjut berjenjang tanpa mengulang ulang dari awal lagi. Misalnya disertakannya status rawat jalan penderita saat penderita masuk rawat inap.

7. Keamanan, yaitu tingkat resiko mendapatkan cedera atau penyakit tambahan saat menjalani perawatan, misalnya nosokomial.
8. Kenyamanan dan kenikmatan, yaitu sesuatu yang dirasakan saat pelayanan kesehatan yang tidak terkait dengan teknis medis langsung, misalnya ruangan, kebersihan, kamar mandi.

Gronroos (1990) menyatakan bahwa kualitas total jasa terdiri tiga komponen utama. Pertama, *technical quality* yang berkaitan dengan kualitas *output* jasa yang dipersepsikan oleh pelanggan. Kedua *functional quality* berkaitan dengan kualitas cara penyampaian jasa. Ketiga *corporate image* yang merupakan citra umum penyedia layanan jasa.

## 2.8 Nilai Mutu dari Pendekatan Sistem

Donabedian dalam Wijono (1999) menilai mutu pelayanan kesehatan dengan pendekatan sistem dari rumah sakit yaitu:

1. Struktur sebagai *input*, meliputi penilaian terhadap perlengkapan dan instrumen yang tersedia untuk pelayanan. Selain fisik peralatan dan ruangan struktur dimaksudkan termasuk kelengkapan administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi petugas kesehatan.
2. Proses, meliputi penilaian semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan termasuk interaksi petugas kesehatan dengan penderita, keluarga dan masyarakat.
3. *Outcome*, meliputi penilaian terhadap hasil termasuk kesembuhan dan kepuasan penderita dan keluarga.

## 2.9 Perilaku Konsumen

Seperti telah disampaikan pada bab terdahulu, dokter rumah sakit TNI AD Malang dalam melaksanakan profesinya memerankan beberapa peran, salah satunya adalah penyedia jasa pelayanan kesehatan. Untuk melaksanakan profesi tersebut memerlukan sarana dan prasarana yang terdapat di rumah sakit. Oleh karena itu dalam hal ini dokter dapat dianggap sebagai *customer*, lebih tepatnya *customer internal* bila sekaligus memerankan perannya sebagai karyawan rumah sakit. Demikian pula sebagai *advisor*, dokter membantu menentukan pilihan terbaik bagi kliennya. Untuk memahami keinginan konsumen adalah penting mengetahui perilaku konsumen dan faktor yang mempengaruhi

Menurut Kotler (1989), Daniel (1992), Churchill Jr (1998), ada beberapa tahapan dalam proses pengambilan keputusan untuk melakukan pembelian, yaitu:

### **Pertama, Tahap pengenalan kebutuhan**

Pada tahap ini dipengaruhi stimuli internal dan eksternal sehingga menumbuhkan gap antara rasa yang diinginkan dengan apa yang ada saat ini.

### **Kedua, Tahap pengumpulan informasi**

Tahap ini konsumen mengumpulkan informasi tentang apa dan di mana serta bagaimana bisa memenuhi kebutuhannya. Beberapa informasi yang terekam sebelumnya dalam memori secara tidak lengkap akan dilengkapi dengan tambahan informasi baru secara aktif untuk mengembangkan alternatif pemenuhan kebutuhan.

### **Ketiga, Tahap evaluasi keputusan**

Tahap ini konsumen dihadapkan pada beberapa alternatif pemenuhan kebutuhan dengan informasi kelebihan dan kekurangan dari alternatif yang bisa

memenuhi kebutuhan. Dari alternatif yang banyak, dipersempit yang akhirnya pada satu pilihan keputusan.

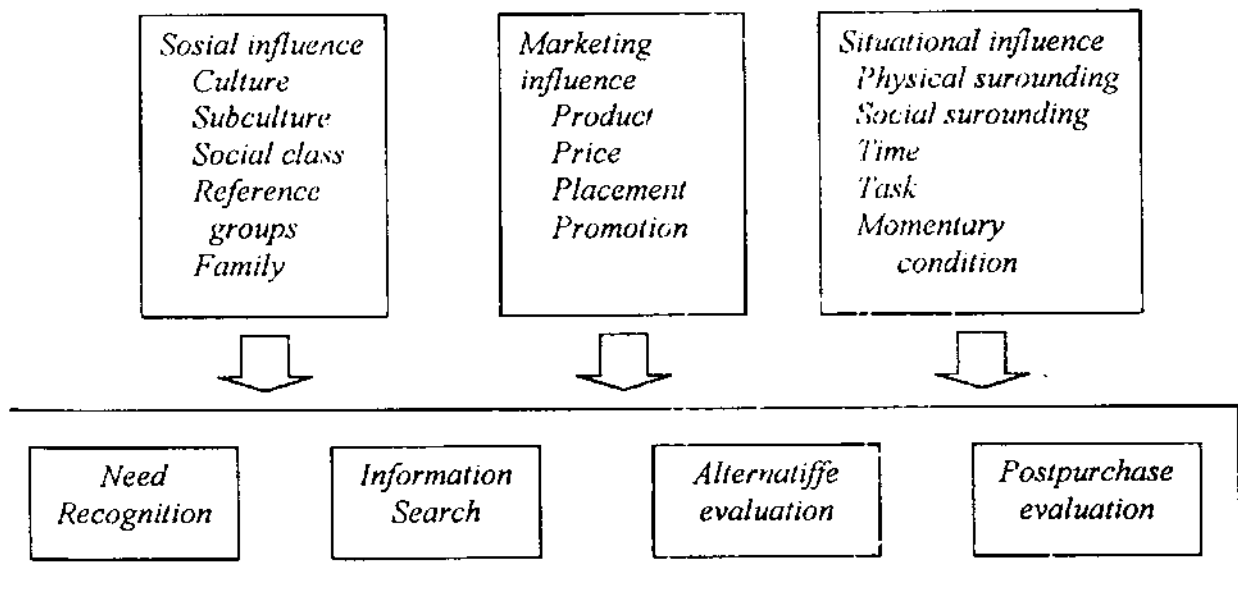
#### **Keempat, Tahap pengambilan keputusan**

Tahap ini keputusan telah diambil, selanjutnya aktifitas pembelian dilaksanakan.

#### **Kelima, Tahap pasca pembelian**

Tahap ini diawali selesainya pemakaian produk jasa yang dibeli. Evaluasi terhadap pembelian ini yang menentukan puas tidaknya pembeli setelah mengkonsumsi produk tersebut. Evaluasi ini sangat menentukan perilaku pembeli pada waktu yang akan datang saat memerlukan lagi produk tersebut.

Proses pembelian tersebut tidak berjalan sendiri, tetapi dipengaruhi beberapa faktor luar. Churchil (1992) mengidentifikasi tiga pengaruh besar seperti terlihat pada gambar skema.



Sumber : Churchil (1999)

Gambar 2.3 : Proses pembelian dan faktor yang mempengaruhi pembelian

Setiap kelompok besar terdiri sub bagian:

1. Pengaruh Sosial, antara lain budaya, tingkat sosial, *reference groups*, *family*.
2. Pengaruh pemasaran produk, antara lain produk, harga, promosi, lokasi.
3. Pengaruh situasional, antara lain keadaan phisik, psikis, waktu, tugas, memori.

Dalam hubungan dokter dengan penderita dimana dokter sebagai *advisor* maka kedudukan dokter sangat strategis dalam memutuskan penderita harus dirawat dimana.

## **2.10 Konsep Rujukan**

Rujukan berasal dari kata rujuk yang berarti melihat lebih lanjut. Pengertian lebih lanjut dalam hal ini adalah untuk mengetahui mendetail tentang sesuatu hal. Rujukan juga berarti pangkal atau pedoman, seperti pemakaian rujukan buku, rujukan ilmu (Idrus, 1996). Sedang rujukan upaya kesehatan adalah upaya yang mengatur pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik mengenai masalah upaya kesehatan baik secara vertikal maupun horizontal (Wijono, 1997). Dengan demikian pengiriman penderita dari tempat praktek kerumah sakit untuk rawat inap termasuk dalam istilah rujukan, sebagai yang didefinisikan pada penelitian ini.

## **2.11. Focus Group Discussion ( FGD)**

### **2.11.1 Pengertian**

*Focus Group Discussion (FGD)* adalah merupakan salah satu teknik pengumpulan data kualitatif. Dalam forum tersebut sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan seorang mederator (Qomarudin, 1998).

### 2.11.2 Penggunaan *FGD*

Pada umumnya *FGD* digunakan untuk kegiatan, antara lain:

1. Pengumpulan data sebelum melaksanakan program, misalnya sebagai bahan untuk menyusun perencanaan.
2. Mengevaluasi program yang sedang berjalan.
3. Merancang suatu kuesioner survei.
4. Membuat hipotesa suatu penelitian.
5. Memberi informasi yang lebih mendalam mengenai pengetahuan, sikap dan persepsi peserta diskusi.

### 2.11.3 Karakteristik *FGD*

Qomarudin (1998) menyatakan bahwa *FGD* mempunyai beberapa karakteristik antara lain:

1. Jumlah kelompok diskusi tidak terlalu banyak, sebaiknya antara 5 – 8 orang, sehingga memungkinkan setiap peserta mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya. Selain itu diharapkan mendapat pandangan yang bervariasi dari peserta diskusi.
2. *FGD* adalah suatu proses pengumpulan data, yaitu bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai persepsi terhadap sesuatu, misalnya tentang pelayanan rumah sakit, tetapi tidak untuk mencari konsensus mengenai tindakan yang harus diambil terhadap masalah yang di bahas.
3. *FGD* mengumpulkan data kualitatif, yaitu memberikan data yang mendalam mengenai persepsi, pandangan peserta diskusi dengan memberikan pertanyaan

terbuka. Peserta dapat memberikan jawaban disertai penjelasan, moderator berfungsi sebagai pengarah, pendengar, pengamat, dan menganalisis data sesuai dengan tujuan diskusi. *FGD* menggunakan diskusi yang terfokus, topik ditentukan lebih dulu dan diatur berurutan.

#### **2.11.4 Pelaksanaan *FGD***

##### **1. Persiapan *FGD***

Sebelum *FGD* dilaksanakan ada beberapa persiapan yang harus dilaksanakan, antara lain; mempersiapkan undangan, mempersiapkan moderator, notulen, mempersiapkan tempat serta perlengkapannya. Tempat sebaiknya diatur sedemikian rupa sehingga memungkinkan moderator dapat langsung bertatap muka dengan peserta diskusi.

##### **2. Pembukaan *FGD***

Pada waktu pembukaan *FGD*, moderator menjelaskan tujuan diadakannya *FGD* dan memperkenalkan diri serta memperkenalkan notulen. Harus dijelaskan bahwa pertemuan bukan untuk ceramah tetapi untuk mengumpulkan pendapat peserta. Ditekankan bahwa pendapat peserta sangat penting, peserta bebas mengeluarkan pendapatnya. Selanjutnya dimohon peserta memperkenalkan diri dan moderator sedapat mungkin mengingat nama semua peserta *FGD*. Pertemuan dibuka dengan pertanyaan yang sifatnya umum yang tidak berkaitan dengan topik diskusi.



### **3. Pelaksanaan *FGD***

Beberapa teknik yang dapat digunakan pada waktu melaksanakan *FGD*, yakni:

- a. Klarifikasi, yaitu moderator mengulangi jawaban peserta diskusi dalam bentuk pertanyaan, untuk mengklarifikasi maksud jawaban atau untuk mendapat penjelasan lebih lanjut.
- b. Reorientasi, yaitu menggunakan jawaban peserta diskusi, untuk ditanyakan kepada peserta lain, dengan tujuan diskusi lebih hidup dan menarik.
- c. Kompetensi, yaitu dengan mendatangkan seorang ahli dibidang materi diskusi.
- d. Partisipatif, yaitu teknik mengendalikan peserta diskusi agar tidak ada yang terlalu dominan dan ada yang tidak aktif atau diam.
- e. Penggunaan audiovisual, agar lebih menarik minat peserta untuk aktif.

### **4. Penutupan *FGD***

Moderator menutup dengan menyatakan bahwa pertemuan sudah selesai, dan memberi ucapan terimakasih kepada peserta. Moderator dan notulen mengadakan pertemuan untuk melengkapi hasil diskusi.

Berdasarkan beberapa teori diatas, ada beberapa konsep yang dapat digunakan sebagai landasan pendekatan permasalahan.

Pertama, konsep Kotler (1989) dan Churchil (1998), dalam perilaku konsumen menyebutkan bahwa kepuasan customer akan menyebabkan pemakaian ulang terhadap produk tersebut bila suatu saat memerlukan produk yang sama.

Kedua, konsep Parasuraman (1988) tentang *Servis Quality*, dimana terdapat lima penentu dalam pelayanan jasa, antara lain *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance*, *Emphaty* dan unsur *Tangible*. Konsep ini digunakan sebagai sudut pandang pada 9 variabel yang diteliti.

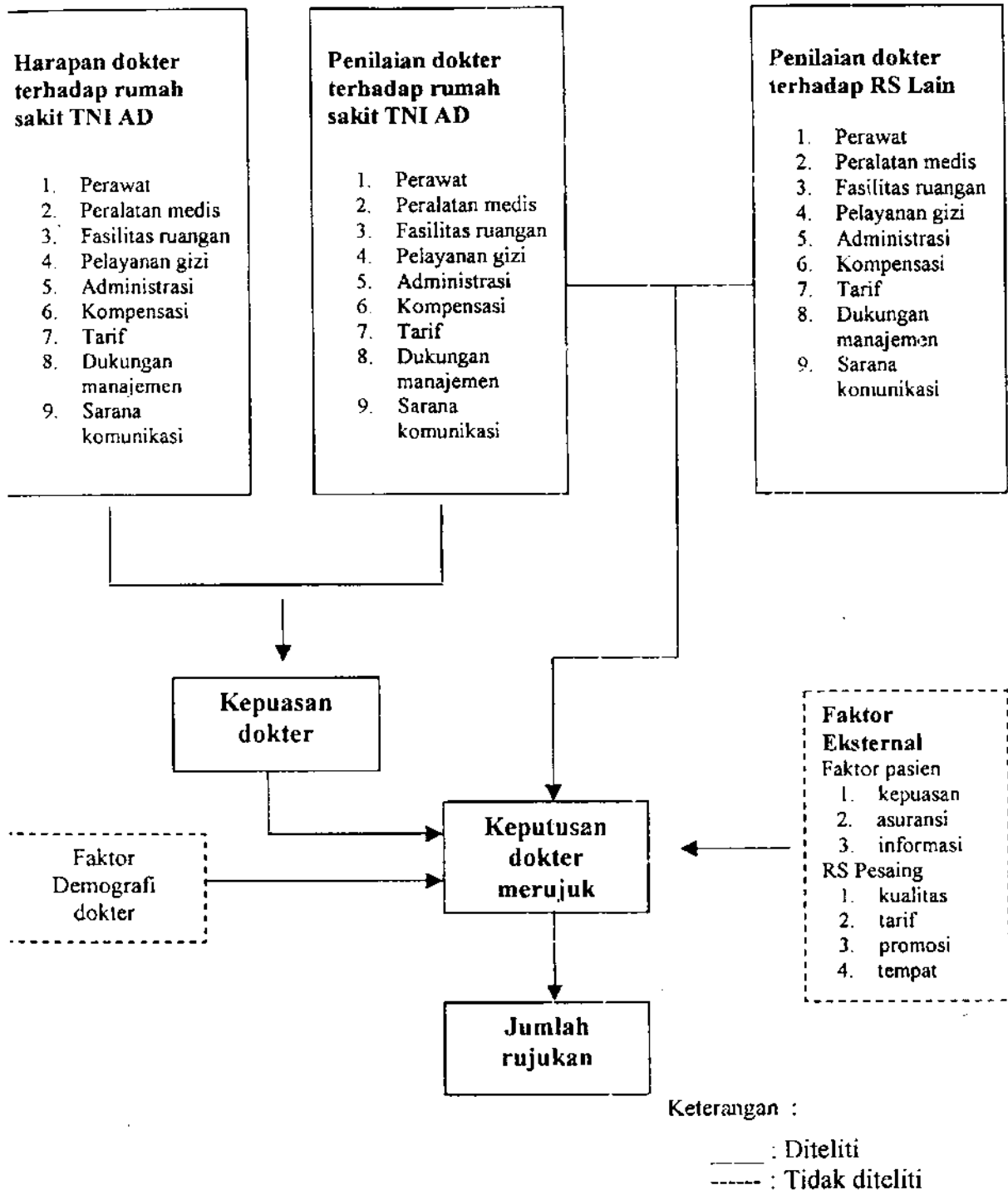
Ketiga, konsep Feldstein (1983) yang menyebutkan bahwa dokter pada industri pelayanan jasa kesehatan dapat berperan sebagai *provider*, *advisor*, maupun *customer* dalam hubungan antara dokter, pasien dan rumah sakit. Konsep ini digunakan sebagai landasan berpikir pendekatan masalah rendahnya rujukan penderita rawat inap di rumah sakit.

Dokter TNI AD, baik yang sedang dinas aktif maupun dokter tidak tetap atau dokter tamu purnawirawan, pernah bertugas di rumah sakit TNI AD Malang dan pernah merawat penderita rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang. Sebagai dokter yang berdinas atau pernah dinas sehari hari di rumah sakit TNI AD maka dapat digunakan sebagai sumber informasi tentang kinerja rumah sakit diluar dokternya sendiri.

Dengan memodifikasi tiga konsep tersebut dan menempatkan dokter sebagai responden, diajukan kerangka konsep sebagai terlihat pada bab 3.

### BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 3.1: Kerangka konseptual ( Modifikasi Kotler, Parasuraman, Feldstein)

Masalah yang diajukan pada penelitian ini adalah, rendahnya rujukan penderita rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang yang berasal dari tempat praktek dokter. Banyak faktor yang mempengaruhi, secara garis besar ada faktor eksternal rumah sakit dan faktor internal rumah sakit. Faktor eksternal antara lain; (1) faktor demografi dokter, termasuk di dalamnya jenis spesialisasi dokter, jarak dari tempat praktek, jumlah pasien, (2) pesaing, termasuk didalamnya kualitas pelayanan, tarif, promosi dari rumah sakit pesaing, (3) faktor pasien, termasuk di dalamnya kepuasan pasien. Faktor internal rumah sakit sendiri secara kumulatif akan mempengaruhi kualitas pelayanan total. Faktor tersebut antara lain, kinerja dokter, kinerja perawat, peralatan medis, fasilitas ruang perawatan, pelayanan gizi, pelayanan administrasi, tarif, kompensasi, dukungan manajemen dan sarana komunikasi. Kepuasan dokter terhadap sembilan variabel tersebut diukur melalui penilaian dan harapan dengan dimensi *service quality* sebagai dasar sudut pandang.

Menurut Kotler (1989) pembelian ulang suatu produk sangat dipengaruhi oleh pembelian sebelumnya. Bila puas maka bila memerlukan produk tersebut maka akan memakai produk yang sama yang pernah dikonsumsi, bahkan kepuasan dapat menyebabkan seseorang merekomendasikan pada kerabat atau teman yang memerlukan produk yang sama. Feldstein (1983) melihat bahwa pola hubungan dokter dengan pasien, posisi dokter masih lebih dominan, sementara masih menurut Feldstein, pada industri rumah sakit dokter dapat sebagai *provider* pelayanan kesehatan maupun sebagai *advisor*. Pada dimensi hubungan dokter dengan rumah sakit dokter juga merupakan *customer* internal. Dengan demikian secara teoritis akan mempengaruhi dokter dalam menentukan rujukan.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian dilaksanakan secara observasional dengan *cross sectional study* dan bersifat analitik.

#### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah sakit TNI AD Malang, dilakukan penelitian selama 6 bulan yaitu bulan September 2003 sampai dengan Februari 2004.

#### 4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah 46 orang dokter rumah sakit TNI AD Malang, terdiri dari 19 dokter umum dan 27 dokter spesialis. Dokter umum terdiri 3 dokter umum militer aktif, 8 dokter umum pegawai negeri sipil TNI AD aktif, 8 dokter umum kontrak. Dokter spesialis terdiri dari 8 dokter spesialis militer aktif, 6 dokter spesialis pegawai negeri sipil TNI AD aktif, 9 dokter spesialis purnawirawan dan 4 dokter spesialis dari departemen kesehatan yang pernah diperbantukan di rumah sakit TNI AD Malang.

Direncanakan seluruh populasi diambil datanya (*total sampling*), tetapi pada saat penelitian dilaksanakan, 1 orang dokter umum militer bertugas ke lain daerah sehingga responden yang dapat diambil datanya berjumlah 45 orang.

#### 4.4 Variabel Penelitian

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah jumlah rujukan penderita rawat inap dari tempat praktek dokter. Variabel bebas adalah kepuasan dokter terhadap

fasilitas dan layanan rumah sakit terdiri dari kepuasan terhadap: kinerja perawat, fasilitas peralatan kesehatan, fasilitas ruangan, pelayanan gizi, pelayanan administrasi, tarif yang diberlakukan, kompensasi, dukungan manajemen, sarana telepon.

Pengukuran terhadap sembilan variabel menggunakan sudut pandang *service quality*, namun tidak setiap variabel terdapat unsur *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*, *tangible*. Dengan memperhatikan kenyataan tersebut, disusun aspek yang diukur pada setiap variabel seperti terlihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Aspek Yang Diukur dan Indikator Pengukuran Harapan dan Penilaian Dokter Terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit

No	Variabel	Atribut	Indikator
1	Perawat	Pengetahuan	Pengetahuan asuhan keperawatan Penguasaan kondisi penderita
		Ketrampilan	Ketrampilan sesuai bidang tugas dan kapasitasnya
		Daya tanggap	Daya tanggap terhadap tindakan terhadap pasien yang perlu dilaporkan ke dokter Daya tanggap terhadap keperluan pasien yang perlu bantuan Respon terhadap keperluan dokter visite
		Tanggung jawab	Tanggung jawab perawat terhadap tugasnya
		Empati	Kemauan memahami penderita dalam keadaan Kesusahan
		Kerjasama	Kemampuan bekerjasama dengan sejawat Kemampuan bekerjasama dengan dokter
		Keramahan Penampilan	Keramahan perawat dalam pelayanan Penampilan diri saat bertugas
2.	Peralatan medis	Alat terapi	Kelengkapan alat medis terapi Kualitas alat medis terapi
		Alat diagnostik	Kelengkapan alat diagnostik canggih Kelengkapan alat medis sesuai kelas rumah sakit

No	Variabel	Atribut	Indikator
3.	Ruang Perawatan	Penunjang diagnostik	Kelengkapan alat penunjang diagnostik sesuai kelas rumah sakit Akurasi hasil alat penunjang diagnostik
		Obat	Ketersediaannya obat yang diperlukan
		Kamar perawatan Perabotan	Tata letak ruangan Perawatan bangunan Kelayakan perabotan, tempat tidur, kasur, sprei, Almari
		Kamar mandi Penerangan Ruang dokter	Jumlah sesuai dengan jumlah tempat tidur Kelayakan kamar mandi Kelayakan penerangan sesuai luas ruangan Kelayakan ruang dokter
4.	Pelayanan gizi	Produknya Alat sajinnya	Kesuaian produk Kelayakan alat saji
5.	Pelayanan Administrasi	Prosedur MRS Hak dokter  Perilaku	Kemudahan prosedur MRS yang dirujuk Kelengkapan perincian hak dokter Akurasi pencatatan hak dokter Keperluan administrasi lain untuk dokter Keramahan
6.	Tarif	Ruangan Penunjang diagnostik Obat	Mahal tidaknya Mahal tidaknya  Mahal tidaknya
7.	Kompensasi	Materi  Ganti rugi	Gaji Jasa medik Potongan jasa medik Ganti rugi untuk penderita
8.	Dukungan Manajemen	Komitmen Hub dokter manajemen  Protap Suasana kerja Perlindungan hukum Keterbukaan	Komitmen terhadap kualitas pelayanan Adanya forum diskusi dokter manajemen Peran pengambilan keputusan Kesempatan mendapat informasi, umpan balik Tersedianya protap Kenyamanan suasana kerja Perlindungan hukum terhadap dokter Keterbukaan manajemen

No	Variabel	Atribut	Indikator
9.	Sarana Komunikasi	Sarana telepon	Sarana telepon ke ruang perawatan untuk dokter Sarana telepon untuk keluarga pasien

Pada tabel terlihat bahwa setiap variabel diukur dengan menggunakan beberapa indikator. Sekelompok indikator digunakan untuk mengukur aspek *service quality*, meskipun tidak sama persis, atau dengan beberapa modifikasi. Terlihat bahwa variabel yang paling memenuhi semua aspek dalam *service quality* menurut Parasuraman hanyalah variabel perawat.

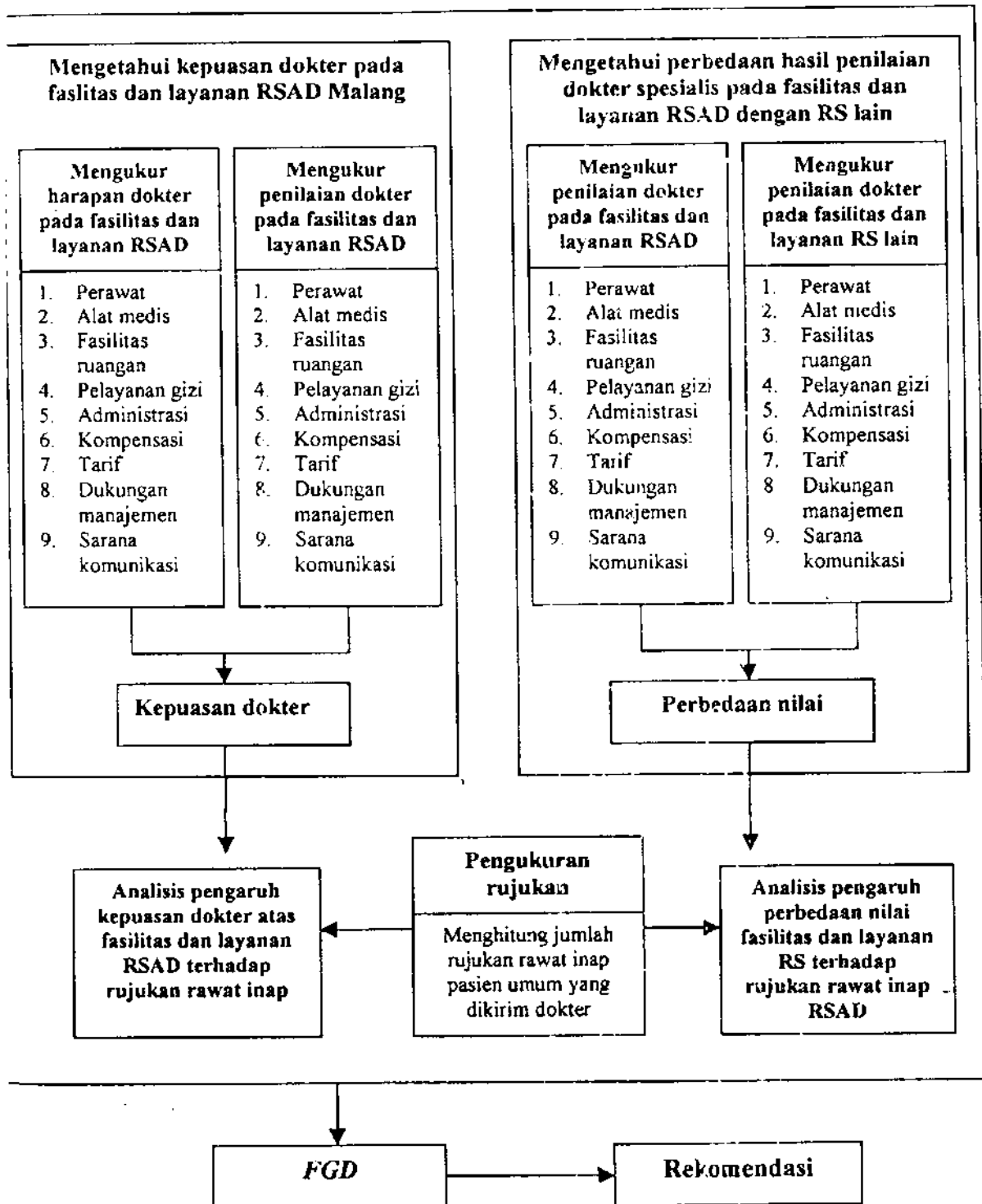
Pada penelitian ini, pada setiap aspek dari setiap variabel dilakukan analisis kepuasan, analisis beda dan uji pengaruh terhadap rujukan rawat inap. Khusus untuk dokter spesialis, selain penilaian terhadap fasilitas dan layanan di rumah sakit TNI AD, dilakukan pengukuran penilaian terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit lain yang paling sering digunakan untuk merawat penderita rawat inap selain dirumah sakit TNI AD Malang.

Terdapat 16 dokter spesialis yang menggunakan rumah sakit yang sama sebagai tempat merawat penderita selain di rumah sakit TNI AD Malang, yaitu rumah sakit Panti Waluyo Sawahan Malang atau lebih dikenal rumah sakit RKZ. Pada 16 responden dokter spesialis tersebut dilakukan pengukuran perbedaan hasil penilaian terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD dan rumah sakit Panti Waluyo Sawahan.



#### 4.5 Kerangka Operasional

Berdasarkan kerangka konsep dan metode penelitian, dapat digambarkan urutan kegiatan, yang secara skematis terlihat pada kerangka Operasional sebagai berikut:



Gambar 4.1: Kerangka Operasional

Gambar di atas memperlihatkan urutan kegiatan penelitian, dimulai dengan pengukuran harapan dan penilaian dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit yang terdiri dari 9 variabel, hasil pengukuran berupa skor. Kepuasan diukur dengan menganalisis gap antara harapan dan penilaian, hasil berupa skor, dikonversikan ke tingkat kepuasan. Analisis kepuasan dilakukan sampai tingkat item indikator setiap variabel.

Dilakukan pengukuran jumlah rujukan rawat inap dari dokter dengan menghitung jumlah penderita yang dikirim dokter setiap bulan, selama 6 bulan penelitian.

Dilakukan analisis pengaruh tingkat kepuasan dokter pada setiap variabel fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang terhadap rujukan penderita rawat inap. Variabel yang secara signifikan berpengaruh, dilakukan uji lebih lanjut ketinggian item indikator variabel tersebut.

Untuk mengetahui perbedaan hasil penilaian dokter terhadap rumah sakit TNI AD Malang dan rumah sakit lain terpilih, diambil 16 responden dokter spesialis yang menggunakan rumah sakit lain yang sama, sebagai rumah sakit rujukan alternatif selain rumah sakit TNI AD Malang. Hasil pengukuran berupa skor, dilakukan analisis uji beda pada setiap variabel. Variabel yang secara signifikan berbeda, dilakukan uji pengaruh terhadap rujukan pasien rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang.

Dari hasil analisis, dilakukan FGD untuk mendapatkan data kualitatif, selanjutnya diajukan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit.

#### 4.6 Definisi Operasional Variabel

1. Harapan dokter adalah sesuatu yang menurut persepsi dokter seharusnya ada atau diterima ketika memanfaatkan rumah sakit untuk merawat pasiennya agar lancar, aman, nyaman dan berkualitas. Diukur dengan kuisisioner pada bagian II, tentang harapan dokter, pendekatan skala likert 6 skala, dengan hasil pengukuran skor.
2. Penilaian dokter adalah penilaian yang timbul setelah menggunakan fasilitas dan layanan rumah sakit untuk merawat penderitanya. Diukur dengan kuesioner bagian III, tentang penilaian dokter, pendekatan skala likert 6 skala, dengan hasil pengukuran skor.
3. Kepuasan dokter atas rumah sakit adalah suatu tingkat perasaan yang dirasakan dokter setelah menggunakan jasa layanan rumah sakit. Diukur dengan membandingkan harapan dan kenyataan layanan yang diterimanya. Hasil pengukuran berupa skor.
4. Kinerja perawat adalah totalitas tampilan dan hasil kerja pada saat merawat penderita maupun membantu dan bekerjasama dengan dokter menolong penderita. Diukur dengan memberikan kuesioner ke dokter, metode skala likert, pertanyaan no 1.1 sampai 1.12. Hasil pengukuran berupa skor.
5. Fasilitas alat kesehatan adalah semua sarana berupa alat medis, penunjang medis, penunjang diagnostik, maupun obat yang digunakan untuk merawat penderita. Dilihat dari sisi kelengkapan, kualitas, jumlah . Diukur dengan memberikan kuesioner ke dokter, metode skala likert, pertanyaan no 2.1 sampai 2.7, hasil pengukuran skor.

6. Fasilitas ruang perawatan diantaranya adalah kelayakan ruangan, kelayakan perabot, kelayakan kamar mandi, kelayakan penerangan. Diukur dengan memberikan kuesioner ke dokter, metode skala likert, pertanyaan no 3.1 sampai 3.7, hasil pengukuran skor.
7. Pelayanan Gizi adalah pelayanan makanan penderita sesuai dengan permintaan dokter, kelayakan alat saji. Diukur dengan kuesioner, metode skala likert, pertanyaan no 4.1 sampai 4.2, hasil pengukuran skor.
8. Pelayanan Administrasi adalah pelayanan pendukung perawatan berupa pencatatan, pelaporan, informasi, baik untuk dokter maupun untuk penderita dan keluarganya. Meliputi aspek kejelasan informasi, kemudahan prosedur, ketelitian dan ketepatan pencatatan. Diukur dengan kuesioner, metode skala likert, pertanyaan no 5.1 sampai 5.5, hasil pengukuran skor.
9. Harga adalah mahal tidaknya jumlah rupiah yang harus dibayar oleh penderita untuk biaya pelayanan sewa kamar, biaya penunjang diagnostik, obat. Diukur dengan kuesioner, metode skala likert, pertanyaan no 6.1 sampai 6.3, hasil pengukuran skor.
10. Kompensasi adalah besarnya hak dokter berupa honor maupun hak penderita mendapatkan ganti rugi. Hak dokter antara lain, kelayakan gaji, besarnya jasa medis, besarnya potongan jasa medis. Untuk pasien, kesempatan minta ganti rugi. Diukur dengan kuesioner, metode skala likert, pertanyaan no 7.1 sampai 7.4, hasil pengukuran skor.
11. Dukungan manajemen adalah kebijakan pimpinan yang memungkinkan dokter bekerja dengan nyaman, seperti kejelasan tujuan, komitmen pimpinan untuk tercapainya tujuan, tersedianya protap, suasana kerja yang nyaman, tersedianya

perlindungan hukum, Diukur dengan kuesioner, metode skala likert, pertanyaan no 8.1 sampai 8.8.

12. Sarana komunikasi adalah tersedianya sarana telpon yang disediakan rumah sakit, baik dari atau ke rumah sakit untuk dokter maupun untuk keluarga penderita. Diukur dengan kuesioner, metode skala likert, pertanyaan no 9.1 sampai 9.2. Hasil pengukuran skor.
13. Rujukan penderita rawat inap adalah pasien masyarakat umum yang rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang, baik yang langsung rawat inap maupun yang ditentukan rawat inap setelah di UGD atau poliklinik, yang dikirim dari tempat praktek oleh dokter umum atau dokter spesialis rumah sakit TNI AD baik dinas aktif, purnawirawan maupun dokter tamu. Diukur dengan mengambil data jumlah rujukan di *medical record*. Dihitung rujukan perdokter perbulan.
14. Dokter rumah sakit TNI AD adalah semua dokter umum dan dokter spesialis rumah sakit TNI AD Malang baik yang dinas aktif militer, sipil, kontrak, purnawirawan maupun dokter tamu dari insatansi lain.

#### **4.7 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner dengan pertanyaan tertutup, digunakan untuk mengukur harapan dan penilaian dokter terhadap fasilitas dan pelayanan rumah sakit. Instrumen ini digunakan dengan pertimbangan :

1. Mudah dikerjakan oleh responden sehingga tidak banyak mengganggu waktu dan kesibukan responden.
2. Memudahkan pengolahan data.

Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner dengan pertanyaan tertutup, metode skala likert 6 skala, dengan alasan untuk menghindari pemusatan jawaban di tengah. Kuesioner terlampir pada lampiran 1.

Pengukuran rujukan dokter adalah dengan menggunakan data sekunder *medical record* rumah sakit, dan dihitung ulang untuk menjaga validitas, pada 6 bulan terakhir waktu penelitian.

#### 4.8 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Instrumen penelitian yang berupa kuesioner, sebelum digunakan untuk meneliti harus dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Arikunto (2002) mengatakan bahwa validitas ialah sejauhmana suatu alat ukur mampu mengukur apa yang harus diukur. Reliabilitas adalah istilah yang dipakai untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur menghasilkan pengukuran yang relatif konstan bila diulang. Uji coba dilakukan di rumah sakit TNI AD Surabaya, jumlah responden 13 orang terdiri dokter umum dan dokter spesialis. Uji validitas dan reliabilitas dengan tehnik uji statistik Cronbach alpha. Dikatakan *reliable* bila nilai Cronbach alpha > 0,6. Validitasnya diketahui dengan membandingkan dengan r pada tabel (Ghozali,2001).

Hasil uji terdapat beberapa item pertanyaan yang tidak valid. Setelah dilakukan konsultasi, terdapat dualisme pertanyaan atau bahasanya kurang tepat, sehingga ada pertanyaan yang dibuang dan ada yang dilakukan perbaikan bahasa. Dilakukan perbaikan kuesioner sebelum digunakan. Analisis validitas dan reliabilitas pada lampiran 2.

#### **4.9 Jenis Data**

Data yang diambil pada penelitian ini digolongkan sebagai berikut :

Berdasarkan sumbernya:

1. Data primer, yaitu data berupa keterangan responden, diperoleh dari hasil kuisisioner yang dibagikan ke responden.
2. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari pengumpulan atau pengolahan data pihak lain, misalnya data rumah sakit.

Berdasarkan sifatnya:

1. Data kuantitatif, yaitu data berupa angka.
2. Data kualitatif, yaitu data berupa non numerik.

#### **4.10 Metode Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Wawancara, yaitu tehnik pengumpulan data dengan cara melakukan tanya jawab secara lisan dengan manajemen rumah sakit untuk mendapatkan data atau informasi yang diperlukan. Terutama digunakan pada persiapan penelitian.
2. Observasi, yaitu tehnik pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan langsung, yang dapat berupa dokumen maupun kepada obyek yang diteliti.
3. Penyebaran Kuesioner, yaitu tehnik pengumpulan data dengan cara menyebar daftar pertanyaan kepada responden yang akan diteliti untuk diisi. Kuesioner pada penelitian ini adalah kuisisioner tertutup, tanpa nama, diberi kode.

4. Pengukuran harapan dan penilaian fasilitas layanan rumah sakit, baik Rumah sakit TNI AD maupun rumah sakit lain terpilih adalah dengan pendekatan skala likert enam tingkat harapan maupun penilaian, diklasifikasikan:

Sangat rendah	: Skor 1,00 - 1,99
Rendah	: Skor 2,00 - 2,99
Cukup	: Skor 3,00 - 3,99
Agak tinggi	: Skor 4,00 - 4,99
Tinggi	: Skor 5,00 - 6,00.

5. Jumlah rujukan diukur dengan, menghitung jumlah rujukan yang masuk pada 6 bulan terakhir penelitian. Dihitung jumlah rujukan setiap dokter setiap bulan. Hasil pengukuran berupa angka rujukan perbulan. Dari 46 responden yang direncanakan, 45 responden dapat diambil datanya, satu orang tidak bisa diambil datanya karena penugasan ke lain daerah.

#### 4.11 Pengolahan Data

1. Hasil pengambilan data, dilakukan tabulasi, responden nomor urut 1 sampai 18 adalah dokter umum, responden nomor urut 19 sampai dengan nomor 45 adalah dokter spesialis. Terdapat 16 dokter spesialis yang selain menggunakan rumah sakit TNI AD Malang, menggunakan rumah sakit rujukan lain yang sama, yaitu rumah sakit Panti Waluyo atau RKZ. Responden ini dipilih untuk dilakukan uji beda hasil penilaian rumah sakit TNI AD Malang dan rumah sakit lain dan di tempatkan pada responden nomor urut 19 sampai dengan nomor 34. Pengelompokan ini dimaksudkan untuk memudahkan analisis data.
2. Setelah ditabulasi, dilakukan analisis statistik deskriptif, untuk setiap sub variabel yaitu rerata dan standar deviasi, baik penilaian maupun harapan.



3. Analisis kepuasan dokter dilakukan dengan membandingkan skor penilaian dan skor harapan dokter terhadap fasilitas layanan rumah sakit. Skor yang diperoleh, dikonversikan ke kategori tingkat kepuasan sebagai berikut:

Selisih antara (- 4,00) – (- 6,00)	: Sangat tidak puas
Selisih antara (- 2,00) – (- 3,99)	: Tidak puas
Selisih antara (- 0,01) – (- 1,99)	: Kurang puas
Selisih 0	: Cukup puas
Selisih antara 0,01 - 1,99	: Puas
Selisih antara 2,00 - 3,99	: Lebih dari puas
Selisih antara 4,00 – 6,00	: Sangat puas

4. Analisis pengaruh kepuasan dokter atas fasilitas dan layanan rumah sakit terhadap jumlah rujukan menggunakan teknik Uji regresi ( $\alpha=0,05$ ), karena variabel tergantung yaitu jumlah rujukan, satu macam, skala pengukuran ratio, variabel bebas yaitu kepuasan lebih dari satu, skala pengukuran ratio.
5. Analisis perbedaan hasil penilaian atas fasilitas dan layanan rumah sakit antara rumah sakit TNI AD dengan rumah sakit lain menggunakan uji t bila distribusi normal atau uji wilcoxon bila distribusi tidak normal. Uji tersebut dipilih karena skala pengukuran ratio berupa skor, sampel berpasangan, dan jumlah dua kali pengukuran.
6. Analisis pengaruh perbedaan penilaian rumah sakit dengan jumlah rujukan dengan uji regresi ( $\alpha=0,05$ ). Alasan jumlah variabel tergantung (jumlah rujukan) satu, skala pengukuran ratio, sedang variabel bebas jumlah satu, skala pengukuran ratio berupa skor.

**BAB 5**  
**ANALISIS HASIL PENELITIAN**  
**DAN PEMBAHASAN**

## BAB 5

### ANALISIS HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit TNI AD Malang

Rumah sakit TNI AD Malang mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan kesehatan terhadap anggota TNI, sipil TNI dan keluarganya tanpa dipungut biaya. Rumah sakit TNI AD Malang adalah rumah sakit tingkat II atau setara dengan tipe B, dengan bidang spesialisasi lengkap, memiliki fasilitas pelayanan kesehatan rawat jalan, rawat inap, penunjang medis dan penunjang non medis, serta tersedia unit khusus pelayanan pemeriksaan kesehatan (*general check up*).

Dengan jumlah kapasitas tempat tidur terpasang 300 tempat tidur, masih ada sisa kapasitas tempat tidur yang tidak terpakai. Semula kapasitas lebih ini dimanfaatkan untuk membantu pemerintah dalam menyediakan fasilitas layanan rumah sakit bagi masyarakat umum. Tidak ada pembatasan berapa persen kapasitas tempat tidur untuk masyarakat umum, tetapi harus selalu tersedia tempat tidur 10% sewaktu waktu diperlukan, sehingga selalu tersedia tempat tidur bagi penderita anggota TNI dan keluarganya bila memerlukan perawatan.

Saat ini, disamping untuk membantu masyarakat akan fasilitas layanan kesehatan rumah sakit, kesehatan TNI AD memanfaatkan untuk menambah kemampuan finansial dalam rangka pencapaian tugas pokok. Semakin banyak masyarakat umum memanfaatkan jasa pelayanan, semakin besar peluang untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi penderita anggota TNI dan keluarganya.

Sumber rawat inap masyarakat umum selama ini berasal dari rujukan rawat jalan (UGD dan Poliklinik) masyarakat yang datang sendiri, rujukan dari dokter

rumah sakit TNI AD, rujukan dari rumah sakit lain atau dokter luar rumah sakit TNI AD. Kontribusi rujukan dari dokter rumah sakit TNI AD sendiri dirasa belum optimal.

Jumlah perawat 229 orang, operasional di rawat inap 164 orang, dengan tingkat pendidikan 32 (20%) DIII keperawatan, 131 (80%) sekolah perawat. Tidak semua perawat sudah pegawai negeri, 53 (32%) diantaranya adalah pegawai kontrak. Rekrutmen perawat pegawai negeri tidak dilakukan sendiri oleh rumah sakit, sedang untuk pegawai kontrak rekrutmen dilakukan sendiri oleh rumah sakit. Sistem asuhan keperawatan yang diterapkan adalah sistem tim, dibagi tiga waktu dinas, pagi, siang dan malam. Pelatihan secara periodik yang direncanakan belum berjalan maksimal. Materi pelatihan yang pernah dilakukan antara lain tehnik asuhan keperawatan, kendali mutu, TQM, BTLS. Disamping perawat terdapat siswa Akademi perawat yang praktek di rumah sakit TNI AD Malang.

Peralatan kesehatan utama yang tersedia berasal dari pengadaan supra sistem, pengadaan alat kesehatan oleh rumah sakit terbatas pada kemampuan financial rumah sakit sendiri. Peralatan medis yang tersedia untuk setiap departemen masih terbatas pada peralatan medis konvensional. Belum ada alat medis terapi canggih, misalnya pemecah batu ginjal, peralatan bedah thorax, bedah vaskuler dan bedah syaraf. Alat bantu diagnostik canggih seperti CT Scan belum tersedia. Demikian pula untuk pemeriksaan laboratorium gas darah, masih dikirim ke laboratorium lain. Untuk alat kesehatan ICU dan ICCU cukup tersedia, permasalahan mungkin pada tingkat kecanggihannya. Alat fisioterapi konvensional tersedia.

Fasilitas ruangan Klas VIP dengan fasilitas TV, AC, kulkas, sofa duduk/tidur untuk penunggu, telepon, 1 kamar 1 pasien, jumlah 12 kamar. Klas IA dengan fasilitas TV, AC, sofa tunggu, tanpa kulkas dan telepon, 1 kamar satu pasien. Klas IB dengan fasilitas TV, AC, sofa tunggu, satu kamar dua pasien. Klas IIA dengan fasilitas satu kamar 2 pasien, tanpa AC, TV. Klas IIB dengan fasilitas satu kamar 4 pasien tanpa AC, TV. Klas III dengan fasilitas bangsal.

Pelayanan gizi, menu terjadwal mingguan, bentuk sesuai permintaan dokter, pasien tidak bisa memesan menu, demikian pula penunggu tidak bisa memesan makanan ke instalasi gizi rumah sakit. Alat saji untuk VIP dan Klas I menggunakan piring mangkuk dengan tudung saji, Klas II menggunakan melamin dan klas III menggunakan nampan cekung steenles atau ompreng.

Pelayanan administrasi menggunakan komputerisasi terbatas, khususnya bidang keuangan, sementara untuk rekam medis meskipun telah menggunakan komputer tetapi belum terintegrasi.

Dokter yang merawat pasien umum mendapat jasa pelayanan medis, yang besarnya 90 % dari yang ditagihkan ke pasien atau dipotong 10 % untuk rumah sakit. Untuk dokter dinas aktif mendapat gaji bulanan dari negara dan dokter kontrak gaji bulanan dari rumah sakit.

Kompensasi bagi pasien yang dirugikan biasanya dilihat per kasus, sebagian besar berupa pembebasan biaya atau potongan biaya. Sedang kasus ke pengadilan baik perdata maupun pidana sampai sekarang belum pernah terjadi.

Hasil wawancara dengan manajemen, dukungan manajemen untuk kelancaran dan kenyamanan kerja, dari sudut pandang manajemen dianggap cukup, seperti tersedianya protap, pertemuan manajemen staf dan dokter tiap bulan.

Sarana telepon terdapat 4 nomor telepon, 2 nomor telepon khusus untuk kegiatan pelayanan medis. Satu nomor untuk staf dan satu nomor khusus untuk kepala rumah sakit. Sarana telepon umum tidak semua ruangan tersedia, ada wartel di area depan rumah sakit yang buka sampai jam 24.00, satu wartel di area dalam rumah sakit berada dikantin buka sampai jam 18.00.

## 5.2 Karakteristik Responden

Responden adalah semua dokter umum dan dokter spesialis, baik dokter kontrak, dinas aktif maupun yang telah purna tugas sebagai dokter tamu serta dokter tamu lain, jumlah 45 orang. Rumah sakit TNI AD Malang tidak secara luas *open house*, artinya tidak semua dokter spesialis diundang sebagai dokter tamu. Dokter tamu terbatas purnawirawan dan 4 dokter sipil yang secara historis bekerja lama di rumah sakit TNI AD Malang. Dokter yang dinas dan dokter tamu selanjutnya kita sebut dokter rumah sakit TNI AD Malang. Karakteristik responden terlihat pada beberapa tabel berikut.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Status Kedinasan Dokter Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Status Dinas	Umum	%	Spesialis	%	Jumlah	%
1	Militer	2	4,44	8	17,78	10	22,22
2	PNS TNI AD	8	17,78	6	13,33	14	31,11
3	Kontrak	8	17,78	0	0,00	8	17,78
4	Tamu Depkes	0	0,00	4	8,89	4	8,89
5	Tamu Purna tugas	0	0,00	9	20,00	9	20,00
	<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>40,00</b>	<b>27</b>	<b>60,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Responden sebagian besar masih dinas aktif yaitu 32 orang (71,11%), terdiri dokter militer, dokter pegawai negeri sipil TNI AD dan dokter kontrak. Dokter

tamu hanya 13 orang (29,99%), terdiri dokter tamu purnawirawan dan dokter tamu dari Departemen Kesehatan.

Jumlah dokter terbanyak masih dinas aktif, oleh karena itu menguntungkan karena secara psikologis seharusnya merasa ikut bertanggung jawab terhadap kemajuan rumah sakit. Pimpinan rumah sakit secara struktural dapat menghimbau atau memerintahkan menggunakan rumah sakit TNI AD sebagai rumah sakit rujukan rawat inap penderita dari tempat praktek para dokter. Namun demikian praktek dokter adalah hak pribadi, oleh karena itu dokter dan calon penderita rawat inap dapat menentukan sendiri rumah sakit yang menjadi tempat rujukan. Dokter yang dinas aktif relatif lebih banyak kontak dengan isi rumah sakit, kekurangan yang ada di rumah sakit mudah dilihat dan dirasakan setiap hari. Hal demikian dapat menyebabkan dokter lebih senang merujuk ke tempat lain, apalagi jika tidak terdapat kesempatan atau keberanian untuk melakukan perbaikan.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Dokter Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

	Jenis kelamin	Frekuensi	%
1	Laki laki	26	57,78
2	Perempuan	19	42,22
	<b>Jumlah</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Mayoritas dokter yang ada di rumah sakit TNI AD Malang adalah laki laki. Melihat komposisi banyak laki laki, sementara organisasi TNI AD mempunyai kegiatan luar yang relatif sering dan menggunakan dokter laki laki untuk aktivitas tersebut, menyebabkan aktivitas praktek dokter terganggu. Secara tidak langsung bisa mempengaruhi rujukan karena jumlah pasien yang tidak banyak.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Jarak Tempat Praktek Dokter ke Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

	Jarak TempatPraktek	Frekuensi	%
1	<5 km	3	6,57
2	5 – 10 km	29	64,44
3	>10 km	13	28,89
	<b>Jumlah</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Sebagian besar jarak tempat praktek dokter dari rumah sakit antara 5 sampai 10 km. Terlihat bahwa faktor jarak, tidak terlalu jauh dari rumah sakit, dengan demikian jarak bukan merupakan hambatan bagi dokter untuk mengirim penderita rawat inap.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Bidang Spesialisai Dokter Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

	Spesialisasi	Frekuensi	%
1	Bedah Umum	3	11,11
2	Badah Tulang	1	3,70
3	Bedah mulut	1	3,70
4	Kandungan	3	11,11
5	Penyakit Dalam	3	11,11
6	Jantung	2	7,41
7	Paru	1	3,70
8	Syaraf	2	7,41
9	Mata	2	7,41
10	Kulit Kelamin	2	7,41
11	THT	2	7,41
12	Penyakit Anak	2	7,41
13	Anestesi	1	3,70
14	Jiwa	2	7,41
	<b>Jumlah</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Dokter spesialis terdistribusi hampir merata, dokter spesialis bedah, kandungan, anak dan penyakit dalam adalah bidang yang biasanya relatif banyak memerlukan fasilitas rawat inap.



Berdasarkan distribusi keahlian sebenarnya terdapat potensi untuk mengirimkan penderita rawat inap dari tempat praktek.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Umur Dokter Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

	Umur	Frekuensi	%
1	25-30 th	4	8,89
2	30 - 35 th	6	13,33
3	35 - 40 th	5	11,11
4	40 - 45 th	9	24,44
5	45 - 50 th	10	26,67
6	50 - 55 th	2	8,89
7	>55 th	9	6,67
	<b>Jumlah</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Mayoritas usia dokter rumah sakit TNI AD Malang diatas 40 tahun, merupakan usia produktif dan mapan. Kalau diasumsikan sebagai lamanya masa praktek berarti cukup lama sudah menjalankan praktek pribadi, yang artinya praktek pribadi mulai berjalan dengan stabil. Namun faktor rotasi tugas merupakan kerugian yang mempengaruhi lamanya praktek ditempat yang sama.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Rumah sakit Rujukan yang Paling Sering Digunakan Selain Rumah sakit TNI AD Malang Tahun 2004

	Tujuan Rujukan	Frekuensi	%
1	RKZ	16	59,26
2	RSI	4	14,81
3	PANTI NIRMALA	3	11,11
4	LAVALET	2	7,41
5	RS BERSALIN MUH	1	3,70
6	Lain	1	3,70
	<b>Jumlah</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Selain merawat di rumah sakit TNI AD Malang, berdasarkan hasil tabulasi dari kuesioner yang dikembalikan responden, rumah sakit RKZ merupakan rumah

pertimbangan, selain keinginan pasien sendiri. Dengan demikian terlihat bahwa rumah sakit RKZ merupakan rumah sakit pesaing potensial.

### 5.3 Penilaian Dokter terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD Malang

Pengukuran penilaian dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang menggunakan kuesioner, menilai 9 variabel yang dianggap penting yaitu perawat, peralatan medis, ruang perawatan, pelayanan gizi pasien, pelayanan administrasi, tarif yang diberlakukan, kompensasi yang diberikan ke dokter, dukungan manajemen, sarana telepon. Setiap variabel diukur dengan beberapa item pertanyaan, hasil nilai berupa skor antara satu sampai dengan enam. Hasil pengukuran penilaian dokter terhadap 45 responden yang terdiri 18 dokter umum dan 27 dokter spesialis diperoleh hasil seperti terlihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Penilaian Dokter Terhadap Fasilitas dan layanan Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Sub variabel	Dokter Umum n=18		Dokter Spesialis n=27		Total n=45	
		Mean	ST Deviasi	Mean	ST Deviasi	Mean	ST Deviasi
1	Kinerja Perawat	3,343	0,635	3,349	0,612	3,346	0,621
2	Peralatan medis	3,032	0,607	3,217	0,573	3,143	0,594
3	Fasilitas Ruangan	3,738	0,680	3,656	0,596	3,689	0,639
4	Pelayanan Gizi	3,889	0,533	3,741	0,589	3,8	0,571
5	Administrasi	4,211	0,516	4,222	0,513	4,218	0,561
6	Tarif	3,315	0,606	3,704	0,461	3,548	0,576
7	Kompensasi	3,181	0,586	3,148	0,634	3,161	0,618
8	Duk Manajemen	3,778	0,667	3,949	0,734	3,881	0,724
9	Sarana telepon	3,889	0,689	3,741	0,702	3,806	0,698
	<b>Jumlah</b>	<b>32,376</b>	<b>5,519</b>	<b>32,727</b>	<b>5,414</b>	<b>32,592</b>	<b>5,602</b>
	<b>Mean</b>	<b>3,597</b>	<b>0,613</b>	<b>3,636</b>	<b>0,602</b>	<b>3,621</b>	<b>0,622</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel terlihat bahwa responden secara keseluruhan, baik dokter umum maupun dokter spesialis, menilai cukup terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit yaitu nilai mean 3,621 (nilai cukup pada range 3,00-3,99). Nilai tertinggi pada pelayanan administrasi (4,218) dan nilai terendah pada fasilitas peralatan medis (3,143). Pada responden dokter umum saja, penilaian tertinggi pada pelayanan administrasi (4,211) dan penilaian terendah pada peralatan medis (3,032). Pada responden khusus dokter spesialis, penilaian tertinggi pada pelayanan administrasi dan penilaian terendah pada kompensasi (3,148). Hasil penilaian responden terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang secara terinci pada lampiran 3.

Penilaian responden dari kelompok dokter spesialis dan dokter umum terhadap 9 variabel fasilitas dan layanan rumah sakit terdapat perbedaan. Menurut Churchill (1992), Kotler (1985) dan Supriyanto (2000) menyatakan bahwa penilaian terhadap suatu produk dipengaruhi oleh karakteristik individu, pengalaman individu dan norma masyarakat. Karakteristik dokter umum dan dokter spesialis mempunyai kesamaan dan perbedaan, demikian pula pengalaman dan norma atau nilai yang tertanam pada pribadi setiap kelompok dokter tersebut. Pada tarif misalnya, dokter spesialis yang relatif berpenghasilan lebih baik, dan pengalamannya di rumah sakit lain menganggap tarif rumah sakit TNI AD relatif murah dibandingkan bila yang menilai dokter umum. Demikian pula tentang fasilitas ruangan, pelayanan gizi dan sarana telepon, karena pengalaman ditempat lain, nilai yang diyakini menyebabkan penilaian terhadap variabel tersebut relatif lebih rendah dibandingkan bila yang menilai dokter umum.

Data tentang hasil penilaian dokter ini akan lebih baik bila dipadukan dengan harapan dokter sehingga dapat diperoleh informasi tingkat kepuasan dokter.

#### 5.4 Harapan Dokter terhadap Fasilitas dan Layanan Rawat Inap Rumah sakit TNI AD Malang

Pengukuran harapan dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang menggunakan kuesioner, menilai 9 variabel yang dianggap penting yaitu kinerja perawat, peralatan medis yang disediakan, ruang perawatan, pelayanan gizi pasien, pelayanan administrasi, tarif yang diberlakukan, kompensasi yang diberikan ke dokter, dukungan manajemen, sarana telepon. Setiap variabel diukur dengan beberapa item pertanyaan. Hasil nilai berupa skor antara satu sampai dengan enam. Hasil pengukuran penilaian dokter terhadap 45 responden yang terdiri 18 dokter umum dan 27 dokter spesialis diperoleh hasil seperti terlihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Harapan Dokter Terhadap Fasilitas dan Layanan Rawat Inap Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Sub variabel	Dokter Umum n=18		Dokter Spesialis n=27		Total n=45	
		Mean	ST Deviasi	Mean	ST Deviasi	Mean	ST Deviasi
1	Kinerja Perawat	5,611	0,403	5,660	0,417	5,641	0,418
2	Peralatan medis	5,183	0,469	5,543	0,451	5,429	0,526
3	Fasilitas Ruangan	5,175	0,507	5,180	0,509	5,178	0,505
4	Pelayanan Gizi	5,222	0,459	5,259	0,427	5,244	0,437
5	Administrasi	5,200	0,476	5,148	0,512	5,169	0,502
6	Tarif	4,352	0,486	4,420	0,633	4,393	0,587
7	Kompensasi	4,639	0,652	4,500	0,633	4,556	0,648
8	Duk Manajcmen	5,285	0,548	5,292	0,554	5,289	0,550
9	Sarana telepon	5,228	0,459	5,185	0,462	5,222	0,477
	<b>Jumlah</b>	<b>45,895</b>	<b>4,459</b>	<b>46,187</b>	<b>4,598</b>	<b>46,121</b>	<b>4,650</b>
	<b>Mean</b>	<b>5,099</b>	<b>0,495</b>	<b>5,132</b>	<b>0,511</b>	<b>5,125</b>	<b>0,517</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel terlihat bahwa harapan responden secara keseluruhan (dokter umum dan spesialis) adalah tinggi yaitu pada skor 5,125 (klasifikasi tinggi skor antara 5,00-5,99). Harapan tertinggi pada variabel perawat (5,641), terendah pada variabel tarif (4,393). Pada responden dokter umum saja, harapan tertinggi pada variabel perawat (5,611) dan harapan terendah pada variabel tarif (4,352). Pada responden dokter spesialis saja, harapan tertinggi pada variabel perawat (5,641) dan terendah pada variabel tarif (4,420). Terdapat variabel yang perbedaan skor harapan antara dokter umum dan dokter spesialis cukup tinggi (selisih 0,246), yaitu pada variabel peralatan medis.

Menurut Churchill (1998), Kotler (1985), Supriyanto (2002) menyatakan bahwa harapan dibangun berdasarkan informasi yang diterima tentang suatu produk, pengalaman yang pernah diterimanya di tempat lain dan yang terpenting adalah kebutuhan individu. Teori kebutuhan Maslow dalam Koontz (1984) menyebutkan salah satu kebutuhan adalah adanya rasa aman. Dokter sebagai *customer* rumah sakit ingin menitipkan pasiennya, maka memerlukan jaminan rasa aman dari rumah sakit bahwa pasiennya akan mendapat perawatan yang optimal, karena sebagai *provider* pelayanan kesehatan dokter pasti ingin memberikan yang terbaik bagi pasiennya. Dokter sebagai penyedia layanan kesehatan memerlukan dukungan sarana pendukung baik berupa sumberdaya manusia maupun sumberdaya peralatan medis serta pelayanan lain yang diperlukan dalam rangka memberikan layanan terbaik bagi pelanggannya.

Dengan demikian harapan tertinggi pada perawat ini dapat dipahami karena hampir sebagian besar waktu pelayanan rawat inap rumah sakit, pasien berada pada pengawasan langsung perawat. Menurut Griffith (1987) tugas perawat bidang

perawatan klinik, antara lain adalah pelayanan perawatan personal terhadap pasien, komunikator antara dokter dengan pasien dan keluarganya, pelayanan kenyamanan pasien. Dengan tugas demikian perawat sangat penting untuk pelayanan kesehatan rawat inap.

Menurut Wijono (1999) menyatakan bahwa mutu dari sudut pandang petugas kesehatan berarti otoritas yang seluas luasnya dalam melaksanakan profesinya, ketersedianya sarana yang dapat mendukung terlaksananya profesinya secara optimal. Peralatan medis adalah sarana yang sangat terkait dengan kelancaran, akurasi baik diagnosis maupun terapi, sehingga tidak berlebihan bila dokter menaruh harapan yang cukup tinggi pada variabel ini.. Dokter spesialis skor harapan terhadap peralatan medis relatif lebih tinggi dari dokter umum. Hal ini dapat dipahami karena dokter spesialis lebih sering melakukan tindakan medis yang lebih beresiko daripada dokter umum. Kualitas dan kelengkapan peralatan medis sangat diharapkan untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal dan profesional.

Harapan terendah adalah pada tarif dan kompensasi, adalah bahwa dokter dalam hubungannya dengan rumah sakit dapat sebagai *customer* tetapi juga sebagai anggota atau bagian dari rumah sakit, sementara hubungan dengan pasien bisa sebagai *advisor*. Dengan dua peran tersebut dokter dapat dimengerti apa bila tidak menaruh harapan terlalu tinggi terhadap tarif rumah sakit maupun kompensasi.

Konsekuensi harapan yang tinggi akan menyebabkan potensial terjadinya ketidakpuasan, apalagi bila ternyata yang diperoleh lebih rendah dari yang diharapkan, sehingga akan mempengaruhi penggunaan produk tersebut.

### 5.5. Kepuasan Dokter terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD Malang

Analisis kepuasan dokter pada penelitian ini dilakukan dengan pendekatan mengukur selisih skor harapan dokter dengan skor hasil penilaian dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang. Metode ini dipilih dengan pertimbangan untuk mengurangi beban psikologis responden yang mungkin menjadi hambatan bila menggunakan metode pengukuran kepuasan langsung. Analisis dilakukan terhadap 9 variabel hasil pengukuran harapan dan penilaian. Hasil analisis berupa skor, kemudian diinterpretasikan ke tingkat kepuasan, mulai dari sangat puas sampai ke sangat tidak puas. Hasil analisis kepuasan dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang terhadap 9 variabel yang dianalisis terlihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Kepuasan Dokter terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Sub variabel	Dokter Umum n=18		Dokter Spesialis n=27		Total n=45	
		Mean	ST Deviasi	Mean	ST Deviasi	Mean	ST Deviasi
1	Kinerja Perawat	- 2,227	0,733	- 2,340	0,748	- 2,294	0,752
2	Peralatan medis	- 2,151	0,778	- 2,376	0,702	- 2,286	0,789
3	Fasilitas Ruang	- 1,437	0,826	- 1,524	0,776	- 1,489	0,797
4	Pelayanan Gizi	- 1,333	0,534	- 1,519	0,610	- 1,444	0,586
5	Administrasi	- 0,989	0,693	- 0,926	0,735	- 0,951	0,717
6	Tarif	- 1,037	0,748	- 0,716	0,741	- 0,844	0,789
7	Kompensasi	- 1,458	0,869	- 1,352	0,908	- 1,394	0,906
8	Duk Manajemen	- 1,507	0,775	- 1,343	0,835	- 1,408	0,823
9	Sarana telepon	- 1,389	0,771	- 1,444	0,772	- 1,422	0,767
	<b>Jumlah</b>	<b>- 3,528</b>	<b>6,726</b>	<b>- 13,539</b>	<b>6,827</b>	<b>- 13,534</b>	<b>6,926</b>
	<b>Mean</b>	<b>- 1,503</b>	<b>0,747</b>	<b>- 1,504</b>	<b>0,759</b>	<b>- 1,504</b>	<b>0,770</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel diatas terlihat bahwa tingkat kepuasan responden dokter umum dan dokter spesialis terhadap 9 variabel yang diteliti adalah pada tingkat kurang

puas, yaitu pada skor 1,504 (klasifikasi kurang puas skor -1,00 -1,99). Ketidakpuasan tertinggi pada variabel perawat (skor -2,294), ketidakpuasan terendah pada variabel tarif (skor -0,844). Terdapat 2 variabel yang skor ketidakpuasannya tinggi yaitu variabel perawat (skor -2,294) dan peralatan medis (skor -2,286).

Ada beberapa hal menarik yang bisa kita amati, pertama skor penilaian kinerja perawat bukan skor terendah, tetapi ternyata skor ketidakpuasannya justru tertinggi. Ternyata harapan dokter terhadap kinerja perawat paling tinggi, sehingga ketidakpuasannya tertinggi. Kedua pada kompensasi meskipun pada penilaian tergolong rendah, ternyata skor ketidakpuasannya tidak terlalu tinggi. Hal tersebut terjadi pula pada ruang perawatan, dukungan manajemen dan sarana telepon meskipun skor penilaian cukup tinggi ternyata ketidakpuasannya tergolong menengah.

Kepuasan sangat berhubungan erat dengan kualitas produk yang dikonsumsi. Gronroos (1990) menyatakan bahwa kualitas total jasa terdiri tiga komponen. Pertama *technical quality*, yang berkaitan dengan kualitas *output* jasa yang dikonsumsi, kedua *functional quality*, berkaitan dengan kualitas cara penyampaian jasa, ketiga *corporate image* yang merupakan citra umum penyedia layanan jasa.

Menurut Feldstein (1983) menyatakan bahwa dokter di rumah sakit dapat sebagai *provider*, *advisor* dan *customer*. Dokter sebagai *customer* dan *advisor*, *technical* berarti kualitas teknis keperawatan, kualitas teknis pelayanan gizi, kualitas teknis laboratorium dalam membantu proses penyembuhan penderita yang dirawatnya. *Functional quality* yang penting adalah kualitas perawat dalam berinteraksi dengan dokter dan penderita atau keluarganya pada saat memberikan



pelayanan kepada penderita sehingga dapat memenuhi harapan dokter, penderita dan keluarganya. Dokter sebagai *provider*, kualitas teknis medis memerlukan prasarana maupun sarana yang mendukung tercapainya teknis medis yang optimal dalam memberikan pelayanan kepada penderita yang dirawat. Dari sudut pandang ini maka unsur pendukung langsung pelayanan kesehatan agar dokter dapat memberikan pelayanan yang optimal menjadi sangat penting, misalnya perawat, peralatan medis dan pelayanan gizi. Unsur ini terkait erat dengan upaya penyembuhan sebagai bisnis utama pelayanan rumah sakit khususnya rawat inap. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokter belum puas terhadap variabel tersebut.

Ketidakpuasan ini merupakan bagian pertimbangan dokter dalam menentukan rumah sakit rujukan penderita rawat inap dari tempat praktek. Pada hasil analisis ternyata tingkat ketidakpuasan semua responden baik dokter umum maupun dokter spesialis yang paling tinggi adalah pada kinerja perawat dan peralatan medis, berikutnya adalah ruang perawatan, pelayanan gizi, dan sarana telepon, sedang yang terendah adalah pada tarif.

Melihat tingkat ketidakpuasan responden, ternyata banyak variabel strategis yang responden belum puas, sebagian besar adalah variabel yang akan menentukan kualitas pelayanan medis, yang merupakan bisnis utama rumah sakit, sedang yang berkaitan dengan kepentingan dokter maupun rumah sakit, ketidakpuasan responden relatif lebih kecil. Terlihat bahwa bagaimanapun besarnya pengaruh bisnis, responden masih menganggap profesionalisme pelayanan medis yang paling utama.

Melihat skor ketidakpuasan pada variabel yang strategis, yang terkait langsung dengan profesionalisme teknis medis, konsekuensinya tentu terhadap

penggunaan fasilitas rumah sakit yang ditawarkan. Menurut Aditama (2002) yang menyatakan bahwa bisnis utama pada pelayanan kesehatan rumah sakit, khususnya rawat inap adalah penyembuhan penyakit.

Menurut Sheth, et al dalam Tjiptono (2000) menyatakan bahwa respon terhadap kepuasan atau ketidak puasan pelanggan, terdapat tiga kemungkinan :

1. *Customer exit*, *customer* memutuskan tidak memakai produk itu lagi sebagai reaksi terhadap ketidak puasan.
2. *Customer voice*, *customer* menyampaikan ketidak puasan, sebagai reaksi ketidak puasan terhadap produk yang dikonsurnsi.
3. *Customer loyalty*, *customer* memutuskan untuk memakai lagi produk tersebut bila memerlukan.

Pada *customer voice*, terdapat tiga reaksi yang mungkin dilakukan terhadap rasa tidak puasny, yaitu: *voice response* apa bila *customer* menyampaikan keluhannya kepada *provider* yang bersangkutan, *private response* apa bila *customer* menyampaikan keluhannya kepada orang lain, *third party response*, apa bila *customer* yang tidak puas menyampaikan keluhan kepada media masa atau badan hukum.

Berdasarkan konsep diatas, terdapatnya ketidak puasan dokter terhadap rumah sakit dapat membawa dampak terhadap keputusan yang akan diambil bila dokter akan merawat penderitanya untuk rawat inap di rumah sakit. Dampak pertama adalah dokter akan tidak memanfaatkan rumah sakit TNI AD untuk merawat pasien rawat inap dari tempat praktek dengan atau tanpa persetujuan pasiennya. Dampak kedua, yang lebih buruk, adalah bila dokter sebagai *advisor* menganjurkan baik pada sejawatnya maupun pasiennya untuk tidak rawat inap di rumah sakit tersebut,

sebagai ujud *customer voice* negatif terhadap rumah sakit. Dampak ketiga, yang merupakan peluang rumah sakit untuk dapat melakukan perbaikan, adalah bila dokter mau menyampaikan keluhan kepada rumah sakit. Mekanisme penyampaian dapat melalui forum formal maupun informal, tergantung kesempatan dan gaya manajemen yang diterapkan oleh pimpinan rumah sakit. Apa bila terdapat kultur yang kurang kondusif, karena terdapat hambatan baik psikologis maupun waktu, sehingga dokter tidak dapat menyampaikan keluhan, maka survei melalui kuesioner adalah jalan keluar yang sangat baik untuk memberi peluang *voice response* terhadap keluhan dokter melalui sistem jempot bola. Penelitian ini adalah salah satu upaya untuk mengatasi hambatan tersebut, apa bila memang ada.

Untuk mendapatkan gambaran lebih jelas dilakukan analisis kepuasan lebih mendalam terhadap setiap variabel sampai ketingkat item indikator.

### 5.5.1 Kepuasan Dokter Terhadap Kinerja Perawat

Dilakukan analisis kepuasan dokter secara keseluruhan, dokter umum saja dan dokter spesialis saja terhadap kinerja perawat. Hasil berupa skor dikonversikan ke tingkat kepuasan, terlihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Kinerja Perawat Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Skor	Kepuasan	dr Umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
		Frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
0,01- 1,99	Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0	Cukup Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
(-0,01) - (-1,99)	Kurang puas	3	16,67	2	7,41	5	11,11
(-2,00) - (-3,99)	Tidak puas	15	83,33	25	92,59	40	88,89
(-4,00) - (-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel terlihat bahwa tingkat kepuasan sebagian besar responden terhadap kinerja perawat berada pada tingkat tidak puas (88,89%), sebagian kecil pada tingkat kurang puas (11,11%). Frekuensi pada tingkat yang tidak puas, dokter spesialis (92,59%) relatif lebih banyak dibandingkan dengan dokter umum (83,33%). Jumlah dokter spesialis lebih banyak dari dokter umum, jumlah dokter spesialis yang tidak puas lebih banyak, konsekuensinya dapat mempengaruhi keputusan rujukan yang dikirim kerumah sakit.

Untuk lebih jelas mengetahui bagian apa dari perawat yang responden tidak puas, dilakukan analisis terhadap setiap item yang disusun sebagai indikator untuk mengetahui kinerja perawat. Tabel 5.11 memperlihatkan rerata skor tingkat kepuasan dokter terhadap item pertanyaan kinerja perawat.

Tabel 5.11 Rerata Skor Ketidak Puasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Kinerja Perawat Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Item	Mean skor		
	Semua dokter n=45	dr umum n=18	dr spesialis n=27
Pengetahuan asuhan keperawatan	- 2,800	- 2,833	- 2,778
Penguasaan kondisi penderita	- 2,889	- 2,889	- 2,889
Ketrampilan	- 2,711	- 2,556	- 2,815
Respon lapor ke dokter bila diperlukan	- 2,889	- 3,111	- 2,741
Respon terhadap keperluan visite	- 2,600	- 2,333	- 2,778
Tanggung jawab terhadap tugas	- 2,400	- 2,556	- 2,296
Emphati terhadap pasien	- 2,622	- 2,389	- 2,778
Respon membantu pasien	- 1,622	- 1,667	- 1,593
Bekerjasama dengan sejawat	- 2,067	- 2,056	- 2,074
Bekerjasama dengan dokter	- 1,622	- 1,389	- 1,778
Penampilan diri	- 1,578	- 1,444	- 1,667
Keramahan	- 1,733	- 1,500	- 1,889
<b>Jumlah</b>	<b>- 27,533</b>	<b>- 26,722</b>	<b>- 28,074</b>
<b>Rerata</b>	<b>- 2,294</b>	<b>- 2,227</b>	<b>- 2,340</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Pada semua responden, baik dokter spesialis maupun dokter umum, skor ketidakpuasan yang paling besar adalah pada penguasaan perkembangan kondisi setiap pasien (-2,889) dan kemampuan menentukan kapan harus melapor kondisi penderita (-2,889). Ketidakpuasan yang cukup tinggi juga terjadi pada pengetahuan perawat (-2,800) dan ketrampilan perawat (-2,711), serta empati terhadap pasien (-2,622) dan respon terhadap keperluan dokter saat visite (-2,600). Pada variabel penampilan diri, keramahan dan kemauan untuk membantu penderita yang memerlukan bantuan, tingkat ketidakpuasan responden meskipun cukup tinggi, tetapi relatif lebih kecil, namun demikian secara keseluruhan ketidakpuasan terhadap variabel perawat cukup tinggi (mean -2,294)

Parasuraman (1988) menyaranakan bahwa penentu *servis quality* pada industri pelayanan jasa, terdiri beberapa aspek, antara lain *reliability*, *responsivness*, *assurance*, *emphaty* dan unsur *tangible*. Konsep ini digunakan sebagai sudut pandang variabel penelitian yang terlibat pelayanan kesihatan khususnya pelayanan rawat inap rumah sakit, termasuk variabel perawat.

Pada variabel perawat, hampir semua aspek *servis quality*, terdapat dalam variabel tersebut. Aspek *reliability* perawat, adalah bahwa dokter ataupun penderita mendapat keyakinan bahwa perawat akan bekerja sesuai dengan tugas dan profesinya dengan sebaik baiknya. Dengan demikian sebetulnya aspek reliabilitas pada variabel perawat di rumah sakit menggambarkan kinerja total perawat merujuk tentang janji dan tugas perawat secara umum. Pada penelitian skor rata rata variabel perawat masih rendah yaitu (-2,294), artinya aspek *reliability* masih kurang..

Pada aspek *responsivness* perawat, dari tiga pertanyaan yang diajukan ke dokter, yaitu respon untuk melaporkan ke dokter tentang kondisi penderita bila memerlukan, respon terhadap keperluan dokter waktu visite dan respon terhadap penderita yang memerlukan bantuan, skornya masih rendah, terendah pada respon untuk lapor dokter (-2,889). Masalah ini menjadi penting karena, perawat selain menjalankan asuhan keperawatan, juga merupakan mata dan telinga dokter selama dokter tidak berada di dekat pasien. Dokter memerlukan informasi perkembangan setiap waktu untuk menentukan langkah selanjutnya dari perawatan penderita. Respon lapor ke dokter sangat terkait dengan pengetahuan dan penguasaan kondisi setiap pasien oleh perawat, sehingga secara tepat dapat menentukan kapan dan apa saja yang perlu dilaporkan ke dokter. Laporan yang tepat waktu dan tepat data dapat membantu dokter menentukan kondisi penderita secara benar dan dapat menentukan tindakan yang benar pula. Pada aspek *responsivness* perawat, belum memuaskan.

Dokter sebagai *customer* akan menitipkan penderita yang rawat inap di rumah sakit, salah satu diantaranya mempercayakan perawatan penderita pada perawat. Aspek *assurance*, dalam hal ini dokter mendapat jaminan bahwa penderitanya akan mendapat perawatan yang benar, ditangani perawat yang berkualitas dan dapat bekerja dengan baik. Oleh karena itu pengetahuan dan ketrampilan teknis keperawatan, kemampuan perawat mengetahui kondisi perkembangan penderita dan tanggung jawab terhadap tugasnya adalah sangat penting. Pada penelitian ketidakpuasan terhadap tiga hal tersebut masih tinggi, skor pengetahuan (-2,800), skor ketrampilan (-2,711), skor penguasaan kondisi pasien (-2,889), skor tanggung

jawab (-2,607). Pada aspek ini terlihat bahwa responden belum puas terhadap kinerja perawat.

Pendekatan penyembuhan orang sakit harus komprehensif, yaitu meliputi bio, psiko, sosio, spiritual (Aditama, 2002). Salah satu aspek psikologi pada proses penyembuhan penderita adalah terciptanya hubungan yang nyaman antara perawat dan penderita. Perawat yang memahami dan menyadari bahwa penderita dan keluarganya adalah orang yang sedang kesusahan, yang datang untuk mencari pertolongan, dan salah satu yang dipercaya adalah perawat. Perawat yang mampu memahami hal tersebut akan tumbuh rasa empati dan dapat mendatangkan rasa nyaman dan tenang bagi penderita. Informasi tentang sikap perawat ini akan sangat ideal bila didapat dari penderita atau keluarganya, namun demikian dokter sebagai bagian rumah sakit dan berinteraksi dengan perawat, penderita dan keluarganya, dan berperan pula sebagai *advisor* bagi penderita, dapat digunakan sebagai sumber informasi tentang hubungan perawat penderita secara psikologis. Pada penelitian tingkat kepuasan pada variabel empati masih rendah (-2,622).

Pada aspek *tangible* perawat, yang terpenting adalah penampilan diri. Meskipun tidak terkait langsung dengan penyembuhan penderita, penampilan perawat yang kurang baik akan berpengaruh terhadap kepercayaan terhadap kemampuan perawat. Skor kepuasan dokter terhadap perawat pada aspek *tangible* masih rendah yaitu -1,578.

Pada hasil penelitian ketidakpuasan dokter terhadap variabel perawat yang cukup tinggi, adalah pada variabel yang sangat strategis karena berkaitan langsung dengan kualitas pelayanan medis dan keselamatan pasien. Kesadaran akan hak penderita, menyebabkan pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit, lebih khusus

lagi masalah mal praktek mendapat perhatian masyarakat luas, termasuk masyarakat hukum. Pengetahuan, ketrampilan, penguasaan kondisi penderita dan kemauan untuk melaporkan secara tepat, baik waktu maupun kelengkapan datanya, sangat menentukan aspek *assurance* dokter dalam merawat penderita.

Informasi tingkat kepuasan dokter terhadap perawat, merupakan informasi yang menguntungkan bagi manajemen rumah sakit, di samping dapat tersalurkannya keluhan, spesifikasi masalah kepuasan terhadap perawat bisa lebih terlihat, sehingga intervensi akan lebih spesifik dan terarah.

Ketidakpuasan dokter terhadap kinerja perawat merupakan gambaran kinerja perawat yang belum baik, minimal dari sudut pandang dokter. Kinerja perawat yang rendah merupakan bagian masalah sendiri, karena merupakan gejala dari sebab yang lebih hulu. Banyak faktor yang menyebabkan kinerja perawat yang belum baik. Untuk mengetahuinya diperlukan kajian tersendiri agar didapat gambaran lebih jelas tentang perawat, sehingga intervensi lebih mendasar dapat dilakukan. Dari penelitian Anwar Kusuma di rumah sakit Delta Surya, salah satu penyebabnya adalah kompensasi, namun demikian setiap rumah sakit mempunyai kekhasan sendiri. Untuk mendapatkan data lebih mendalam khususnya data kualitatif, dilakukan *Focus Group Discussion (FGD)* dengan perawat, yang akan dibahas pada bagian selanjutnya.

### **5.5.2 Kepuasan Dokter Terhadap Fasilitas Peralatan Medis**

Dilakukan analisis kepuasan dengan mengukur selisih harapan dan penilaian dokter terhadap fasilitas peralatan medis yang disediakan rumah sakit. Analisis dilakukan terhadap responden dokter umum, dokter spesialis dan dokter secara keseluruhan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.12.



Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Fasilitas Peralatan Medis di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Skor	Kepuasan	dr Umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
		frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
0,1 – 1,99	Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0	Cukup puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
(-0,01)-(-1,99)	Kurang puas	6	33,33	3	11,11	9	20,00
(-2,00)-(-3,99)	Tidak puas	12	66,67	24	88,89	36	80,00
(-4,00)-(-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Pada 45 responden, sebagian besar responden pada tingkat tidak puas (80,00%), sebagian kecil pada tingkat kurang puas (20,00%). Pada kelompok responden yang tidak puas, dokter spesialis lebih banyak (88,89%) dari pada dokter umum (66,67%). Konsekuensinya, rujukan dari dokter spesialis akan lebih sedikit dibandingkan dokter umum bila tidak ada faktor lain yang mempengaruhi. Dibandingkan dengan ketidakpuasan terhadap kinerja perawat, frekuensi yang tidak puas terhadap variabel peralatan medis sedikit lebih kecil (perawat 88,89%; peralatan medis 80,00%).

Untuk mengetahui lebih jauh tingkat ketidakpuasan dokter terhadap variabel peralatan medis, dilakukan analisis lebih lanjut pada item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator untuk mengukur tentang peralatan medis. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.13

Tabel 5.13 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Peralatan Medis di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Item	Mean skor		
	Semua dr n=45	dr umum n=18	dr spesialis n=27
Kelengkapan alat terapi	-2,378	-2,500	-2,296
Kualitas alat terapi	-2,822	-3,056	-2,667
Alat bantu diagnosa canggih	-2,689	-1,778	-3,296
Alat diagnostik sesuai kelas rumah sakit	-2,267	-2,333	-2,222
Akurasi alat penunjang diagnostik	-2,578	-2,611	-2,556
Kecepatan hasil penunjang diagnostik	-2,000	-1,778	-2,148
Ketersediaan obat yang diperlukan	-1,267	-1,000	-1,444
<b>Jumlah</b>	<b>-16,000</b>	<b>-15,056</b>	<b>-16,630</b>
<b>Rerata</b>	<b>-2,286</b>	<b>-2,151</b>	<b>-2,376</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Hasil analisis terhadap keseluruhan responden ternyata ketidakpuasan yang paling besar adalah pada kualitas alat terapi (-2,822). Pada responden dokter spesialis saja, ketidakpuasan tertinggi adalah pada alat bantu diagnosis canggih (-3,296), responden dokter umum saja ketidakpuasan terbesar adalah pada kualitas alat terapi (-3,056). Pada item indikator lainnya, ketidakpuasan baik pada dokter spesialis maupun dokter umum skor cukup tinggi, kecuali penyediaan obat.

Mutu dari sudut pandang tenaga kesehatan adalah otoritas yang seluas luasnya dalam melaksanakan profesinya dan tersedianya sarana yang dapat mendukung pelaksanaan profesinya secara optimal (Wijono, 1999). Peralatan medis adalah sumber daya yang sangat penting setelah sumber daya manusia. Pelayanan medis rumah sakit, khususnya rawat inap, memerlukan standar alat yang memungkinkan dokter dapat bekerja dan mampu mengaplikasikan seluruh kemampuan profesionalnya sesuai bidang keahlian, sehingga tercapai kualitas teknik seperti yang disampaikan Gronroos (1990) dalam dimensi mutu total suatu jasa. Pada jasa pelayanan kesehatan, semakin lengkap dan semakin canggih peralatan medis yang tersedia secara logika makin menjamin keamanan dan

kenyamanan dokter dalam bekerja. Pada dimensi mutu menurut Parasuraman (1988), maka peralatan medis dalam pelayanan jasa kesehatan ikut menentukan kepuasan pada aspek *assurance* dan *tangible*. Ketidakpuasan dokter terhadap variabel ini secara teoritis berpengaruh terhadap keputusan untuk merujuk pasiennya ke rumah sakit.

Di rumah sakit TNI AD kebijakan pengadaan peralatan medis utama, seperti meja bedah, alat radiologi sangat tergantung supra sistem, rumah sakit hanya mengajukan kebutuhan. Rumah sakit hanya mampu melakukan perawatan dan pengadaan peralatan medis kecil. Oleh karena itu intervensi terhadap variabel ini hanya pada peralatan medis bukan utama.

### 5.5.3 Kepuasan Dokter Terhadap Fasilitas Ruang Perawatan

Dilakukan analisis kepuasan dengan mengukur selisih harapan dan penilaian dokter terhadap fasilitas yang disediakan rumah sakit. Analisis dilakukan terhadap responden dokter umum, dokter spesialis dan dokter secara keseluruhan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Fasilitas Ruang Perawatan di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Skor	Kepuasan	dr Umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
			Frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
1	0,01-1,99	Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	0	Cukup puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	(-0,01)-(-1,99)	Kurang puas	15	83,33	24	88,89	39	86,67
4	(-2,00)-(-3,99)	Tidak puas	3	16,67	3	11,11	6	13,33
5	(-4,00)-(-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Ternyata sebagian besar dari 45 responden berada pada tingkat kurang puas (86,67%) terhadap fasilitas ruang perawatan yang disediakan rumah sakit dan sebagian kecil pada tingkat tidak puas (13,33%). Dibandingkan dengan dua variabel sebelumnya, yaitu perawat dan peralatan medis, variabel ruang perawatan relatif lebih baik, karena mayoritas responden pada tingkat kurang puas. Pada kelompok yang kurang puas, dokter spesialis sedikit lebih banyak (88,89%) dari pada dokter umum (88,33%). Jumlah dokter spesialis lebih banyak dari pada dokter umum, konsekuensinya dapat terjadi rujukan dari dokter spesialis menjadi lebih kecil dibanding dari dokter umum.

Untuk mengetahui lebih jauh tingkat ketidakpuasan dokter terhadap fasilitas ruang perawatan, dilakukan analisis lebih lanjut pada item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator untuk mengukur tentang fasilitas ruang perawatan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.15.

Tabel 5.15 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Ruang Perawatan di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Item	Mean skor		
	Semua dr n=45	dr umum n=18	dr spesialis n=27
Tata ruang	-1,578	-1,556	-1,593
Perawatan bangunan	-1,622	-1,611	-1,630
Kelayakan tempat tidur, kasur, sprei	-1,511	-1,556	-1,481
Jumlah kamar mandi	-1,800	-1,889	-1,741
Kualitas kamar mandi	-1,800	-1,722	-1,852
Kelayakan intensitas penerangan	-1,200	-0,944	-1,370
Kelayakan ruang kerja dokter	-0,911	-0,778	-1,000
<b>Jumlah</b>	<b>-10,422</b>	<b>-10,056</b>	<b>-10,667</b>
<b>Rerata</b>	<b>-1,489</b>	<b>-1,437</b>	<b>-1,524</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004.

Ternyata dari hasil analisis terhadap semua responden ketidak puasan tertinggi adalah pada jumlah kamar mandi (-1,800) dan kualitas kamar mandi (-1,800), sedang yang terendah adalah ruang dokter (-0,911). Selain dua indikator tersebut, pada variabel ruang perawatan masih terdapat ketidak puasan pada indikator lain. Pada analisis terpisah antara dokter umum dan dokter spesialis, tingkat ketidak puasan tertingginya sama, yaitu pada jumlah dan kualitas kamar mandi.

Ruang perawatan pada dimensi pelayanan jasa Parasuraman (1988) merupakan aspek *tangible*. Kamar mandi tidak terkait langsung dengan penyembuhan, tetapi kamar mandi merupakan cerminan kebersihan secara umum. Perawatan penderita tertentu, khususnya terdapatnya luka, apalagi luka bersih, memerlukan ruang perawatan maupun sekelilingnya yang terjamin kebersihannya, untuk menjamin luka dapat sembuh secara perprimam. Pada dimensi kualitas jasa menurut Gronroos (1990), akan mengurangi kualitas dalam *technical quality*. Dengan demikian tidak hanya kepentingan pasien saja tetapi kepentingan profesionalisme dokter bisa terganggu. Akibatnya dapat menurunkan rujukan penderita ke rumah sakit, khususnya penderita yang perawatan pasca operasi.

#### **5.5.4 Kepuasan Dokter Terhadap Pelayanan Gizi**

Dilakukan analisis kepuasan dengan mengukur selisih harapan dan penilaian dokter terhadap pelayanan yang disediakan rumah sakit. Analisis dilakukan terhadap responden dokter umum, dokter spesialis dan dokter secara keseluruhan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.16.

Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Pelayanan Gizi di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Skor	Kepuasan	dr Umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
			frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
1	0,01-1,99	Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	0	Cukup puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	(-0,01)-(-1,99)	Kurang puas	14	77,78	18	66,67	32	71,11
4	(-2,00)-(-3,99)	Tidak puas	4	22,22	9	33,33	13	28,89
5	(-4,00)-(-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Ternyata sebagian besar dari 45 responden berada pada tingkat kurang puas (71,11%) terhadap pelayanan gizi yang disediakan rumah sakit dan sebagian kecil pada tingkat tidak puas (28,89%). Pada kelompok responden yang tingkat tidak puas, dokter spesialis lebih banyak dibandingkan dengan umum (dokter spesialis 33,33; dokter umum 22,22). Frekuensi yang tidak puas terhadap pelayanan gizi, lebih tinggi dibandingkan dengan fasilitas ruang perawatan, tetapi lebih rendah dari kinerja perawat dan alat kesehatan.

Untuk mengetahui lebih jauh tingkat ketidakpuasan dokter terhadap variabel pelayanan gizi, dilakukan analisis lebih lanjut pada item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator untuk mengukur tentang pelayanan gizi. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.17.

Tabel 5.17 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Pelayanan Gizi di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Item	Mean skor		
	Semua dr n=45	dr umum n=18	dr spesialis n=27
Ketepatan produk pesanan dokter	- 1,444	- 1,278	- 1,556
Kelayakan alat saji	- 1,444	- 1,389	- 1,481
Jumlah	- 2,889	- 2,667	- 3,037
Rerata	- 1,444	- 1,333	- 1,519

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Hasil analisis terlihat bahwa ketidak puasan pada dua pertanyaan yang diajukan sebagai indikator pelayanan gizi adalah sama, yaitu pada skor 1,444. Pada responden dokter spesialis saja, skor ketidak puasan lebih tinggi pada ketepatan produk dari pada alat saji. Pada analisis dokter umum saja, skor ketidak puasan lebih tinggi pada alat saji.

Pada pelayanan gizi, semua aspek penentu kualitas pelayanan jasa menurut Parasuraman (1988) ada pada variabel ini, tetapi pada penelitian lebih ditekankan pada pertanyaan aspek *assurance*, yaitu kesesuaian produk dan aspek *tangible*, yaitu kelayakan alat saji, yang dianggap paling penting berkaitan hubungan dokter, pelayanan gizi dan penderita.

Salah satu tujuan pelayanan gizi di rumah sakit adalah agar penderita yang di rawat memperoleh makanan yang sesuai dengan kebutuhan gizinya dan dapat mempercepat penyembuhan penyakitnya dan memperpendek hari perawatan (Moehji, 1996). Dengan tujuan tersebut maka peran gizi dalam profesionalisme pelayanan medis menjadi penting, karena secara komprehensif akan menentukan *technical quality* pelayanan rumah sakit secara total. Pada analisis terlihat bahwa ketidak puasan dokter, khususnya dokter spesialis adalah pada ketepatan produk, yang merupakan inti pelayanan gizi rawat inap. Konsekuensi dari hal tersebut bisa

mengurangi keinginan dokter untuk merawat penderita, khususnya pada penderita yang memerlukan perhatian serius pada dietnya. Pada dokter umum, karena permintaan gizi relatif lebih sederhana dibandingkan dokter spesialis, maka ketidakpuasan terhadap alat saji menjadi lebih besar dibandingkan terhadap ketepatan produk.

### 5.5.5 Kepuasan Dokter Terhadap Pelayanan Administrasi

Dilakukan analisis kepuasan dengan mengukur selisih harapan dan penilaian dokter terhadap pelayanan administrasi yang diberikan rumah sakit. Analisis dilakukan terhadap responden dokter umum, dokter spesialis dan dokter secara keseluruhan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.18.

Tabel 5.18 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Pelayanan Administrasi di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Skor	Kepuasan	dr Umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
			frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
1	0,01-1,99	Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	0	Cukup puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	(-0,01)-(-1,99)	Kurang puas	18	100,00	27	100,00	45	100,00
4	(-2,00)-(-3,99)	Tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5	(-4,00)-(-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Ternyata semua responden (100%) berada pada tingkat kurang puas terhadap pelayanan administrasi rumah sakit. Dengan demikian relatif lebih baik dibandingkan dengan beberapa variabel sebelumnya, karena tidak ada responden yang pada tingkat tidak puas.

Untuk mengetahui lebih jauh tingkat ketidakpuasan dokter terhadap variabel pelayanan administrasi, dilakukan analisis lebih lanjut pada item pertanyaan yang



digunakan sebagai indikator untuk mengukur variabel pelayanan administrasi.

Hasil analisis terlihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Pelayanan administrasi di rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004

Item	Mean skor		
	Semua dr n=45	dr umum n=18	dr spesialis n=27
Kemudahan Prosedur MRS	- 0,956	- 0,944	- 0,963
Kelengkapan perincian hak jasa dokter	- 1,444	- 1,667	- 1,296
Akurasi pencatatan jasa dokter dan biaya pasien	- 1,156	- 1,222	- 1,111
Pelayanan pembayaran pajak dokter	- 0,644	- 0,611	- 0,667
Sikap petugas administrasi	- 0,556	- 0,500	- 0,593
<b>Jumlah</b>	<b>- 4,756</b>	<b>- 4,944</b>	<b>- 4,630</b>
<b>Rerata</b>	<b>- 0,951</b>	<b>- 0,989</b>	<b>- 0,926</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Ternyata dari hasil analisis terhadap 45 responden ketidakpuasan tertinggi adalah pada kelengkapan perincian hak jasa dokter (-1,444), sedang yang terendah adalah sikap petugas (0,556). Pada analisis secara terpisah antara dokter umum dan dokter spesialis, tingkat ketidakpuasan tertinggi pada keduanya sama, yaitu pada kelengkapan perincian hak jasa dokter. Dilihat dari skor, tingkat kurang puasnya masih lebih baik dibanding terhadap variabel yang lain.

Administrasi secara sempit adalah ketatausahaan, atau yang lebih teknisnya adalah pencatatan dan pelaporan (Wijono, 1997). Unsur penting pencatatan adalah ketepatan dan kelengkapan apa saja yang perlu dicatat atau dilaporkan. Arti yang sedikit lebih luas adalah tentang prosedur dan tata cara suatu kegiatan atau pelayanan. Pada analisis kepuasan meskipun relatif lebih baik diantara beberapa variabel yang lain, tetapi masalah kelengkapan perincian dan akurasi masih belum memuaskan. Masalah ini akan menjadi hambatan psikologis yang tidak terungkap karena alasan etika atau kesopanan. Seperti disampaikan oleh

Sheth pada Tjiptono (2000) bahwa salah satu respon ketidak puasan adalah *exit respon*, atau tanpa menyampaikan keluhan pindah ke *provider* lain. Respon ketidak puasan semacam ini merugikan *provider*, apalagi bila responnya lebih jauh sampai advokasi negatif kepada sejawat dokter. Survei dengan menggunakan kuesioner merupakan salah satu metode untuk mendapatkan data yang karena hambatan psikologis tidak dapat tersampaikan.

### 5.5.6 Kepuasan Dokter Terhadap Tarif di Rumah sakit

Dilakukan analisis kepuasan dengan mengukur selisih harapan dan penilaian dokter terhadap tarif yang diberlakukan di rumah sakit. Analisis dilakukan terhadap responden dokter umum, dokter spesialis dan dokter secara keseluruhan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.20.

Tabel 5.20 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Tarif di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Skor	Kepuasan	dr umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
			Frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
1	0,01-1,99	Puas	0	0,00	1	3,70	1	2,22
2	0	Cukup puas	1	5,56	2	7,41	3	6,67
3	(-0,01)-(-1,99)	Kurang puas	15	83,33	24	88,89	39	86,67
4	(-2,00)-(-3,99)	Tidak puas	2	11,11	0	0,00	2	4,44
5	(-4,00)-(-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Sebagian besar dari 45 responden berada pada tingkat kurang puas (86,67%). Ternyata pada variabel ini terdapat responden yang puas satu orang (2,22%) dari responden dokter spesialis, dan terdapat responden pada tingkat cukup puas tiga

orang (6,67%), dua dari responden dokter spesialis dan satu orang dari dokter umum. Terlihat bahwa ketidak puasan responden terdistribusi lebih lebar.

Untuk mengetahui lebih jauh tingkat ketidak puasan dokter terhadap variabel tarif, dilakukan analisis lebih lanjut pada item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator untuk mengukur tarif. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.21.

Tabel 5.21 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Tarif di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Item	Mean skor		
	Semua dr n=45	dr umum n=18	dr spesialis n=27
Tarif ruang perawatan	- 0,533	- 0,556	- 0,519
Tarif penunjang diagnostik	- 1,222	- 1,833	- 0,815
Tarif obat	- 0,778	- 0,722	- 0,815
<b>Jumlah</b>	<b>- 2,533</b>	<b>- 3,111</b>	<b>- 2,148</b>
<b>Rerata</b>	<b>- 0,844</b>	<b>- 1,037</b>	<b>- 0,716</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Ternyata dari hasil analisis terhadap semua responden ketidak puasan tertinggi adalah pada tarif penunjang diagnostik (-1,222), sedang yang terendah adalah tarif ruang perawatan (-0,533). Pada tarif penunjang diagnostik ketidak puasan dokter umum relatif lebih tinggi dari pada dokter spesialis.

Analisis kepuasan dilakukan dengan mengukur gap antara harapan dan penilaian. Harapan maupun penilaian dipengaruhi karakteristik individu, yang salah satu diantaranya adalah kemampuan finansial dokter spesialis dan dokter umum yang berbeda, sehingga mempengaruhi cara pandang setiap kelompok terhadap obyek yang sama. Tarif yang diberlakukan di rumah sakit yang menurut dokter umum dianggap masih mahal, menurut dokter spesialis mungkin dianggap tidak.

Disamping itu, dokter yang dalam hal ini sebagai bagian dari rumah sakit sekaligus sebagai *provider* dan *advisor* bagi pasiennya akan mempertimbangkan

secara rasional tentang kepentingan pasien dan kepentingan rumah sakit. Dilihat dari besarnya skor, tingkat kurang puasnya hampir sama dengan variabel pelayanan administrasi dan skornya relatif kecil. Meskipun relatif kecil, ketidakpuasan pada tarif ini, khususnya pada penunjang diagnostik, merupakan penyebab potensial dikirimnya pemeriksaan penunjang diagnostik penderita rawat inap keluar rumah sakit, apa lagi tingkat ketidakpuasan terhadap kualitas alat penunjang diagnostik cukup tinggi (-2,578). Penunjang diagnostik merupakan salah satu sasaran yang diharapkan dapat memberi keuntungan dari penderita rawat inap. Oleh karena itu meskipun tingkat ketidakpuasanya relatif rendah harus mendapat perhatian.

### 5.5.7 Kepuasan Dokter Terhadap Kompensasi Yang Diberikan Rumah sakit

Dilakukan analisis kepuasan dengan mengukur selisih harapan dan penilaian dokter terhadap kompensasi yang diberikan rumah rumah sakit. Analisis dilakukan terhadap responden dokter umum, dokter spesialis dan dokter secara keseluruhan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.22.

Tabel 5.22 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Kompensasi Yang Diberikan oleh Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Skor	Kepuasan	dr umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
			frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
1	0,01-1,99	Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	0	Cukup puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	(-0,01)-(-1,99)	Kurang puas	17	94,44	24	88,89	41	91,11
4	(-2,00)-(-3,99)	Tidak puas	1	5,56	3	11,11	4	8,89
5	(-4,00)-(-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004.

Pada tabel terlihat bahwa sebagian besar dari 45 responden berada pada tingkat kurang puas (91,11%), dan sebagian kecil pada tingkat tidak puas (8,89%).

Pada responden yang tidak puas, dokter spesialis lebih banyak dibandingkan dokter umum (dokter spesialis -11,11%; dokter umum -55,56%). Pada responden yang kurang puas, dokter umum relatif lebih banyak dibandingkan dokter spesialis (dokter umum -94,44%; dokter spesialis -88,89%).

Untuk mengetahui lebih jauh tingkat ketidakpuasan dokter terhadap variabel kompensasi, dilakukan analisis pada item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator mengukur variabel kompensasi. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.23.

Tabel 5.23 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Kompensasi di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Item	Mean skor		
	Semua dr n=45	dr umum n=18	dr spesialis n=27
Besarnya jasa gaji dari pemerintah	- 1,756	- 2,000	- 1,593
Besarnya jasa medis	- 1,733	- 1,556	- 1,852
Potongan jasa medis	- 0,756	- 0,611	- 0,852
Ganti rugi kepada pasien	- 1,333	- 1,667	- 1,111
<b>Jumlah</b>	<b>- 5,578</b>	<b>- 5,833</b>	<b>- 5,407</b>
<b>Rerata</b>	<b>- 1,394</b>	<b>- 1,458</b>	<b>- 1,352</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Hasil analisis terhadap keseluruhan responden, ternyata ketidakpuasan tertinggi adalah pada besarnya gaji dari pemerintah (skor-1,756) dan jasa medis yang ditetapkan rumah sakit (-1,733). Apabila dilakukan analisis terpisah, dokter umum lebih tidak puas pada besarnya gaji dari pemerintah (skor-2,000), sedang dokter spesialis lebih tidak puas terhadap besarnya jasa medis (skor-1,852).

Menurut Simamora (2001), kepuasan adalah istilah evaluatif yang menggambarkan suatu sikap suka atau tidak suka. Kepuasan bayaran oleh karenanya, mengacu pada sikap suka atau tidak suka terhadap sistem kompensasi. Kepuasan gaji akan mempengaruhi keputusan karyawan tentang seberapa keras

karyawan akan bekerja. Pada penelitian ini kompensasi yang dimaksud lebih dititik beratkan kepada kompensasi financial dan lebih khusus lagi pada honor.

Menurut Herzberg dalam Koonzt (1984), dalam hubungan karyawan dan kepuasan kerja terdapat faktor yang menyebabkan ketidak puasan (*hygiene factor*) dan faktor yang menyebabkan kepuasan (*motivator*). Salah satu faktor yang menyebabkan ketidak puasan adalah gaji.

Pada penelitian responden belum puas terhadap kompensasi yang diterimanya, meskipun tingkat ketidak puasannya tidak besar. Namun demikian sesuai yang disampaikan Simamora, konsekuensi hal tersebut di atas akan mempengaruhi seberapa besar kontribusi yang akan diberikan kepada rumah sakit, yang salah satunya adalah rujukan penderita rawat inap.

Gaji dan jasa medis merupakan pendapatan langsung atas pengabdian dan imbalan penghormatan terhadap profesinya (*gain sharing*). Jasa medis lebih strategis karena makin banyak yang dirawat, jumlah yang diterima semakin besar. Konsekuensi dari hal tersebut akan mempengaruhi seberapa banyak pasien akan dirawat di rumah sakit.

#### **5.5.8 Kepuasan Dokter Terhadap Dukungan Manajemen**

Dilakukan analisis kepuasan dengan mengukur selisih harapan dan penilaian dokter terhadap pelayanan administrasi yang diberikan rumah sakit. Analisis dilakukan terhadap responden dokter umum, dokter spesialis dan dokter secara keseluruhan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.24.

Tabel 5.24 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Dukungs  
Manajemen di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Skor	Kepuasan	dr umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
			frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
1	0,01-1,99	Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	0	Cukup puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	(-0,01)-(-1,99)	Kurang puas	17	94,44	26	96,30	43	95,56
4	(-2,00)-(-3,99)	Tidak puas	1	5,56	1	3,70	2	4,44
5	(-4,00)-(-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel terlihat bahwa sebagian besar dari 45 responden berada pada tingkat kurang puas (95,56%) dan sebagian kecil yang tidak puas (4,44%) terhadap variabel dukungan manajemen di rumah sakit. Frekuensi yang tidak puas relatif lebih rendah dibandingkan dengan ketidakpuasan terhadap variabel kompensasi. Pada kelompok responden yang tingkat kurang puas, dokter spesialis sedikit lebih banyak dibandingkan dokter umum.

Untuk mengetahui lebih jauh tingkat ketidakpuasan dokter terhadap variabel dukungan manajemen, dilakukan analisis lebih lanjut pada item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator untuk mengukur variabel dukungan manajemen. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.25.

Tabel 5.25 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Dukungan Manajemen Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004

Item	Mean skor		
	Semua dokter	dr umum	dr spesialis
Komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan	- 1,711	- 1,889	- 1,593
Forum diskusi manajemen dengan dokter	- 1,156	- 1,111	- 1,185
Keterlibatan dokter menentukan kebijakan	- 0,600	- 0,611	- 0,593
Kesempatan mendapat informasi umpan balik	- 2,222	- 2,556	- 2,000
Ketersediaan protap	- 1,444	- 1,444	- 1,444
Suasana kerja	- 1,022	- 1,167	- 0,926
Perlindungan hukum	- 1,533	- 1,278	- 1,704
Keterbukaan manajemen	- 1,578	- 2,000	- 1,296
<b>Jumlah</b>	<b>- 11,267</b>	<b>- 12,056</b>	<b>- 10,741</b>
<b>Rerata</b>	<b>- 1,408</b>	<b>- 1,507</b>	<b>- 1,343</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Hasil analisis terhadap semua responden, ketidakpuasan tertinggi adalah pada item kesempatan untuk mendapat informasi umpan balik (skor-2,222), dan yang paling rendah adalah pada keterlibatan dokter dalam menentukan kebijakan (skor-0,600). Skor kepuasan pada setiap indikator juga belum memuaskan.

Mutu dari sudut pandang tenaga kesehatan adalah, otoritas yang seluas luasnya dibidang profesi dan tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung profesionalisme yang optimal (Wijono, 2001). Peralatan medis merupakan perangkat keras, maka diperlukan sarana perangkat lunak yang dapat mendukung pelaksanaan profesi secara optimal. Kebijakan manajemen rumah sakit, khususnya tentang pelayanan kepada penderita, adanya umpan balik dari manajemen terhadap dokter dan kesempatan untuk ikut dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pelayanan medis akan sangat menentukan terbentuknya perangkat lunak yang dapat diterima, dapat dilaksanakan dan dapat melindungi dokter dalam bekerja. Menurut Kitab Undang Undang Hukum Pidana pasal 359 (Sugandhi, 1981) menyebutkan bahwa barang siapa karena kelalaian menyebabkan seseorang



meninggal dunia dapat dipidana penjara selama lamanya 5 tahun. Unsur kelalaian yang dimaksud termasuk di dalamnya adalah tidak dijalkannya terhadap prosedur yang berlaku, oleh karena itu prosedur tetap atau standar operational menjadi sangat penting untuk menghindarkan unsur kelalaian seperti yang dimaksud dalam undang undang tersebut. Dengan demikian masalah perlindungan hukum juga menjadi relevan sebagai bagian dukungan manajemen terhadap dokter yang bekerja.

Dari hasil penelitian terlihat bahwa forum diskusi masih dianggap belum efektif, karena disamping masih ada kekurang puasan, materi belum sebaik yang diharapkan dokter, yaitu adanya umpan balik. Hal lain yang perlu mendapat perhatian adalah komitmen terhadap mutu pelayanan, yang sebaiknya lebih dikomunikasikan sehingga komitmen yang sudah ada dapat dipahami oleh dokter maupun anggota rumah sakit yang lain. Sementara ketersediaan protap perlu dikomunikasikan dengan komite medis, karena kalau ada yang kurang dapat dilakukan perbaikan atau dapat dilengkapi.

Pada hasil penelitian, meskipun tingkat ketidak puasannya relatif rendah, namun perlu dioptimalkan agar dokter merasa nyaman merawat dan bekerja di rumah sakit. Dengan demikian dapat diharapkan dokter mau merawat penderitanya di rumah sakit TNI AD.

#### **5.5.9 Kepuasan Dokter Terhadap Sarana Telepon**

Dilakukan analisis kepuasan dengan mengukur selisih harapan dan penilaian dokter terhadap variabel sarana komunikasi telepon yang ada di rumah sakit, baik yang disediakan untuk dokter maupun untuk penderita dan keluarganya. Analisis

dilakukan terhadap responden dokter umum, dokter spesialis dan dokter secara keseluruhan. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.26.

Tabel 5.26 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Dokter Terhadap Sarana Telepon yang Tersedia di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

No	Skor	Kepuasan	dr umum n=18		dr Spesialis n=27		Umum + Spesialis	
			frekuensi	%	frekuensi	%	frekuensi	%
1	0,01-1,99	Puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	0	Cukup puas	0	0,00	1	3,70	1	2,22
3	(-0,01)-(-1,99)	Kurang puas	15	83,33	18	66,67	33	73,33
4	(-2,00)-(-3,99)	Tidak puas	3	16,67	8	29,63	11	24,44
5	(-4,00)-(-6,00)	Sangat tidak puas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel terlihat bahwa sebagian besar dari 45 responden berada pada tingkat kurang puas (73,33%) dan sebagian lain pada tingkat tidak puas (24,44%) terhadap variabel sarana telepon rumah sakit, tetapi ada 1 orang (2,22%) yang berada pada tingkat cukup puas. Frekuensi yang tidak puas relatif lebih tinggi dibandingkan dengan variabel kompensasi ataupun dukungan manajemen. Pada kelompok responden yang tingkat tidak puas, dokter spesialis sedikit lebih banyak dibandingkan dokter umum.

Untuk mengetahui lebih jauh tingkat ketidakpuasan dokter terhadap variabel sarana telepon, dilakukan analisis lebih lanjut pada item pertanyaan yang digunakan sebagai indikator untuk mengukur variabel sarana telepon. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.27.

Tabel 5.27 Rerata Skor Kepuasan Dokter Terhadap Item Indikator Variabel Sarana Telepon di Rumah sakit TNJ AD Malang, Tahun 2004

Item	Mean skor		
	Semua dokter	dr umum	dr spesialis
Kemudahan akses telepon ke RS bagi dokter	- 1,400	- 1,444	- 1,370
Sarana telepon umum untuk pasien dan keluarga	- 1,444	- 1,333	- 1,519
<b>Jumlah</b>	<b>- 2,844</b>	<b>- 2,778</b>	<b>- 2,889</b>
<b>Rerata</b>	<b>- 1,422</b>	<b>- 1,389</b>	<b>- 1,444</b>

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Pada analisis pada semua responden, tingkat ketidakpuasan terhadap variabel sarana telepon, baik untuk dokter umum maupun untuk dokter spesialis tidak berbeda (skor-1,44). Pada analisis secara terpisah antara dokter umum dan dokter spesialis, tingkat ketidakpuasan dokter umum yang tertinggi adalah pada sarana telepon untuk dokter, sedang dokter spesialis sebaliknya, tetapi perbedaan tersebut sangat kecil.

Menurut Griffith (1987) tugas perawat bidang perawatan klinik, selain perawatan personal (*personal nursing care*), juga sebagai komunikator antara dokter dengan pasien dan keluarganya. Sebagai komunikator, sarana telepon menjadi sangat penting karena dokter tidak setiap saat dapat langsung berhadapan dengan pasien karena suatu sebab. Dampak bagi penderita, akan tidak tertangani secara baik, dan kalau keadaan perlu penanganan segera akan sangat merugikan penderita. Dampak bagi dokter maupun perawat, sarana telepon yang kurang lancar akan menyebabkan ketegangan, baik bagi dokter maupun perawat di rumah sakit, apalagi pada suasana yang memerlukan tindakan segera. Ketegangan menyebabkan ketidaknyamanan, sekaligus menghambat pelayanan yang profesional di bidang medis.

Analisis kepuasan sarana telepon bagi pasien atau keluarganya yang penilaiannya dilakukan oleh dokter, adalah dalam kapasitas dokter sebagai advisor. Ada beberapa hal yang harus dikomunikasikan keluarga pasien dengan keluarga yang di rumah, baik untuk menunjang perawatan maupun sekedar mengurangi beban psikologis penunggu pasien. Sarana telepon bagi keluarga penderita, meskipun tidak sepenting sarana telepon bagi dokter, tetapi akan sangat mengganggu apabila ada keputusan segera yang harus mendapat persetujuan keluarga, sementara keluarga yang berhak memutuskan belum ada di rumah sakit, dan waktu berkunjung dokter terbatas, komunikasi tidak lancar. Dari hasil diatas terlihat bahwa kepuasan pada sarana telepon masih kurang, konsekuensinya akan dapat mengurangi keinginan dokter untuk mengirim penderita rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang.

#### **5. 6 Penilaian Dokter Spesialis Terhadap Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain.**

Pada 27 responden dokter spesialis, terdapat 16 responden yang menggunakan rumah sakit yang sama diluar rumah sakit TNI AD sebagai tempat merawat penderita. Untuk mendapatkan gambaran posisi rumah sakit TNI AD Malang dibandingkan rumah sakit lain menurut pandangan dokter spesialis, dilakukan pengukuran dengan terhadap 9 variabel yaitu kinerja perawat, peralatan medis, ruang perawatan, pelayanan gizi, pelayanan administrasi, tarif, kompensasi yang diberikan ke dokter, dukungan manajemen, sarana telepon. Setiap variabel diukur dengan beberapa item pertanyaan. Hasil pengukuran dalam bentuk skor seperti terlihat pada tabel 5.28.

Tabel 5.28 Perbedaan Hasil Penilaian Dokter Spesialis Terhadap Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004.

No	Sub variabel	RS Lain n = 16		RS Sendiri n = 16		Perbedaan
		Mean	ST Deviasi	Mean	ST Deviasi	
1	Kinerja Perawat	- 5,016	0,593	- 3,354	0,611	1,662
2	Peralatan medis	- 4,768	0,619	- 3,304	0,603	1,464
3	Fasilitas Ruangan	- 4,446	0,602	- 3,732	0,587	0,714
4	Pelayanan Gizi	- 5,063	0,488	- 3,625	0,547	1,438
5	Administrasi	- 4,775	0,538	- 4,175	0,532	0,600
6	Tarif	- 3,417	0,722	- 3,688	0,504	-0,271
7	Kompensasi	- 3,979	0,565	- 3,125	0,646	0,854
8	Duk Manajemen	- 4,156	0,619	- 4,023	0,723	0,133
9	Sarana telepon	- 4,563	0,539	- 3,656	0,745	0,907
	<b>Jumlah</b>	<b>- 40,183</b>	<b>5,285</b>	<b>- 32,682</b>	<b>5,498</b>	<b>7,501</b>
	<b>Rerata</b>	<b>- 4,465</b>	<b>0,587</b>	<b>- 3,631</b>	<b>0,611</b>	<b>0,833</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Secara keseluruhan variabel, perbedaan skor nilai antara rumah sakit TNI AD dan rumah sakit pembandingan tidak banyak berbeda (perbedaan mean 0,833), bahkan pada variabel tarif, lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit lain. Perbedaan yang relatif lebih besar terlihat pada kinerja perawat (1,66), peralatan medis (1,464) dan pelayanan gizi (1,438).

Terlihat bahwa perbedaan skor secara umum tidak terlalu besar, tetapi pada variabel tertentu terlihat berbeda cukup besar, dan terjadi pada variabel yang strategis, yaitu kinerja perawat, peralatan medis, pelayanan gizi. Variabel ini menentukan kualitas total perawatan penderita rawat inap.

Untuk mengetahui apakah perbedaan tersebut signifikan secara statistik dilakukan analisis uji beda. Untuk itu dilakukan uji normalitas terhadap hasil penilaian tersebut. Hasil uji normalitas terlihat pada tabel 5.29.

Tabel 5.29 Uji Normalitas Distribusi Data Hasil Penilaian Dokter Terhadap Rumah sakit TNI AD Malang dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004.

No	Variabel	N Statistic	Mean Statistic	Skewness Statistic	Std. Error
1	Perawat RSAD	16	5,016	-0,616	0,564
2	Perawat RS Lain	16	3,354	0,417	0,564
3	Peralatan medis RSAD	16	4,768	-0,278	0,564
4	Peralatan medis RS Lain	16	3,304	0,240	0,564
5	Ruangan RSAD	16	4,446	0,030	0,564
6	Ruangan RS Lain	16	3,732	0,752	0,564
7	Gizi RSAD	16	5,063	0,627	0,564
8	Gizi RS Lain	16	3,625	0,182	0,564
9	Administrasi RSAD	16	4,775	-0,254	0,564
10	Administrasi RS Lain	16	4,175	-0,244	0,564
11	Tarif RSAD	16	3,417	0,828	0,564
12	Tarif RS Lain	16	3,688	-0,074	0,564
13	Kompensasi RSAD	16	3,979	-0,185	0,564
14	Kompensasi RS Lain	16	3,125	-0,465	0,564
15	Duk jemen RSAD	16	4,156	-0,317	0,564
16	Duk jemen RS Lain	16	4,023	-0,677	0,564
17	Akses telepon RSAD	16	4,563	-0,277	0,564
18	Akses telepon RS Lain	16	3,656	1,104	0,564
19	Valid N (listwise)	16			

Sumber : data primer, Maret tahun 2004

Menurut Ghozali (2001), normalitas distribusi suatu data dapat dilihat dari nilai *skewness statistic*, apabila nilainya mendekati nol maka berdistribusi normal, bila mendekati satu maka berdistribusi tidak normal. Dari tabel terlihat bahwa ada data yang terdistribusi secara normal dan ada yang tidak.

Untuk melihat apakah ada perbedaan yang signifikan hasil penilain rumah sakit TNI AD dan rumah sakit lain dilakukan uji beda. Dilakukan uji *T test* untuk yang terdistribusi normal, dan *Wilcoxon test* untuk yang tidak terdistribusi normal. Hasil uji terlihat pada tabel 5.30.

Tabel 5. 30 Uji Beda Hasil Penilaian 16 Responden Dokter Spesialis Terhadap Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004.

No	Variabel	Uji beda n = 16	Sig	Kesimpulan
1	Perawat	Wilcoxon	0,000	Berbeda
2	Peralatan medis	T tes	0,000	Berbeda
3	Ruang Perawatan	Wilcoxon	0,000	Berbeda
4	Pelayanan Gizi	Wilcoxon	0,000	Berbeda
5	Pelayanan Administrasi	T tes	0,000	Berbeda
6	Tarif	Wilcoxon	0,015	Berbeda
7	Kompensasi	T tes	0,000	Berbeda
8	Duk Manajemen	T tes	0,142	Tidak berbeda
9	Akses telepon	Wilcoxon	0,001	Berbeda

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Dari hasil analisis ternyata hampir semua variabel menunjukkan hasil penilaian yang berbeda secara signifikan, kecuali dukungan manajemen. Konsekuensi dari perbedaan ini menjadi alasan apabila rumah sakit lain lebih menjadi pilihan dibandingkan rumah sakit sendiri.

### 5.7. Jumlah Rujukan Penderita Yang Dikirim Dari Tempat Praktek Dokter

Untuk mengetahui apakah perbedaan nilai ini mempengaruhi rujukan penderita dilakukan analisis lebih lanjut. Dilakukan penghitungan jumlah status pasien umum yang dirawat dirumah sakit. Dari jumlah tersebut dihitung rujukan yang berasal dari tempat praktek dokter rumah sakit TNI AD Malang. Untuk memudahkan analisis dilakukan pencatatan menurut kelompok dokter umum dan dokter spesialis. Pencatatan nomor urut satu sampai dengan 18 adalah responden dokter umum, nomor urut 19 sampai dengan 45 adalah dokter spesialis, nomor urut 19 sampai dengan 34, adalah 16 responden dokter spesialis yang dilakukan analisis uji beda. Tabel 5.31 menunjukkan jumlah rujukan pasien rawat inap masyarakat umum yang dikirim dokter rumah sakit TNI AD Malang.

Tabel 5.31. Jumlah Rujukan Penderita Rawat Inap yang Dirujuk Dokter Rumah Sakit TNI AD Malang Bulan September 2003 - Februari Tahun 2004.

No Responden	Rujukan						Jumlah
	Sept	Okt	Nop	Des	Jan	Feb	
1	0	0	0	1	0	1	2
2	0	0	0	0	2	1	3
3	0	0	1	0	1	1	3
4	0	0	0	0	1	1	2
5	1	0	0	0	1	1	3
6	0	0	1	1	0	0	2
7	0	0	0	0	0	0	0
8	1	0	0	1	0	1	3
9	0	0	1	0	1	1	3
10	1	1	1	0	0	1	4
11	0	1	0	1	0	1	3
12	1	0	0	0	0	1	2
13	0	1	0	1	0	0	2
14	1	1	1	0	0	0	3
15	1	0	0	1	0	0	2
16	0	1	0	1	0	1	3
17	2	0	1	0	1	1	5
18	0	0	1	0	0	0	1
19	0	0	0	0	1	1	2
20	0	1	0	0	0	1	2
21	0	0	0	0	1	1	2
22	0	1	0	0	0	1	2
23	0	0	1	1	1	0	3
24	1	0	0	1	1	0	3
25	0	0	0	1	1	1	3
26	0	0	0	1	1	0	2
27	0	0	1	1	0	0	2
28	0	0	0	1	1	1	3
29	0	1	0	0	0	1	2
30	1	1	0	0	0	0	2
31	0	1	0	0	1	1	3
32	1	0	1	0	0	0	2
33	1	1	0	0	1	0	3
34	0	0	0	1	1	1	3
35	0	1	0	0	1	0	2
36	0	0	1	0	1	1	3
37	1	0	1	1	0	0	3
38	0	0	0	1	1	0	2
39	0	0	1	1	0	0	2
40	0	0	0	0	0	0	0
41	0	0	0	0	0	0	0
42	1	0	0	0	0	1	2
43	1	1	0	0	0	0	2
44	0	0	1	0	1	0	2
45	1	0	1	0	0	0	2

Sumber: data primer, Maret tahun 2004



### 5.8 Pengaruh Kepuasan Dokter pada Fasilitas dan Layanan Rumah sakit Terhadap Rujukan Penderita Rawat Inap.

Telah dilakukan analisis kepuasan dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit yang diperinci dalam sembilan variabel, hasil berupa skor. Telah dilakukan pengukuran rujukan penderita rawat inap yang dikirim oleh dokter rumah sakit TNI AD Malang. Dilakukan analisis pengaruh kepuasan atas fasilitas dan layanan rumah sakit terhadap rujukan penderita. Hasil analisis terlihat pada tabel 5. 32.

Tabel 5.32 Hasil Analisis Pengaruh Kepuasan Dokter Terhadap Rujukan Penderita Rawat Inap di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Model		Unstd Coefficients		Stand Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,573	0,554		15,480	0,000
	PERAWAT	-2,710	0,240	-0,865	-11,309	0,000
2	(Constant)	7,871	0,575		13,692	0,000
	PERAWAT	-2,091	0,316	-0,668	-6,614	0,000
	TELEPON	-0,504	0,183	-0,279	-2,762	0,008
3	(Constant)	8,518	0,603		14,128	0,000
	PERAWAT	-3,274	0,564	-1,045	-5,800	0,000
	TELEPON	-0,567	0,174	-0,313	-3,252	0,002
	AL MEDIS	0,944	0,382	0,435	2,469	0,018
4	(Constant)	8,271	0,593		13,944	0,000
	PERAWAT	-3,481	0,553	-1,111	-6,296	0,000
	TELEPON	-0,646	0,172	-0,357	-3,749	0,001
	AL MEDIS	1,085	0,375	0,500	2,896	0,006
	RUANGAN	0,345	0,168	0,143	2,051	0,047

a. Dependent Variable : RUJUKAN  
Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Terdapat 4 variabel dari 9 variabel yang secara signifikan mempengaruhi rendahnya rujukan, secara bertingkat yaitu kinerja perawat (sig 0,001), sarana telepon (sig 0,001), peralatan medis (sig 0,006) dan ruang perawatan (sig 0,47). Pada 4 variabel tersebut, pada analisis kepuasan berada pada tingkat ketidakpuasan

yang cukup tinggi. Tiga variabel lain yang skor ketidak puasannya tinggi tetapi tidak berpengaruh secara signifikan adalah pelayanan gizi, dukungan manajemen dan kompensasi.

Dilihat dari dua perspektif tersebut maka faktor kinerja perawat dan peralatan medis menjadi sangat prioritas dalam masalah ini, karena skor ketidak puasannya tinggi (skor kepuasan terhadap kinerja perawat -2,294; peralatan medis -2,286) dan ternyata merupakan faktor yang berpengaruh terhadap rujukan. Prioritas berikutnya adalah fasilitas ruang perawatan dan sarana telepon, karena ada ketidak puasan (skor kepuasan terhadap fasilitas ruangan -1,489; sarana telepon -1,422) dan faktor ini mempengaruhi rujukan. Berikutnya pada pelayanan gizi, kompensasi dan dukungan manajemen, karena meskipun pada analisis tidak berpengaruh secara signifikan, tetapi terdapat ketidak puasan (skor kepuasan terhadap pelayanan gizi -1,444; kompensasi -1,394; dukungan manajemen -1,408). Kottler (1989), Churchill (1998), Daniel (1992) menyebutkan kepuasan secara umum akan mempengaruhi penggunaan ulang suatu produk.

Terlihat bahwa, 4 variabel yang berpengaruh tersebut merupakan sarana atau rekan kerja yang sangat strategis bagi dokter untuk dapat mengaplikasikan profesinya secara optimal, yang menurut Wijono (1999) merupakan salah satu syarat untuk tercapainya mutu dari perspektif tenaga kesehatan.

Untuk mengetahui lebih jauh item apa saja dari setiap variabel yang mempengaruhi rujukan, dilakukan analisis pengaruh setiap item indikator pada 4 variabel tersebut terhadap rujukan. Secara berturut turut, sesuai tingkat pengaruhnya, dilakukan analisis terhadap item indikator setiap variabel. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.33 sampai dengan tabel 5.36.

Tabel 5. 33. Pengaruh Tiap Item Indikator Kinerja Perawat Terhadap Rujukan Penderita di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Mo del		Unstandardized Coefficients		Standardize d Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5,030	,499		10,078	,000
	P2	-,926	,169	-,641	-5,474	,000
2	(Constant)	6,258	,642		9,747	,000
	P2	-,888	,158	-,615	-5,624	,000
	P7	-,506	,183	-,503	-2,771	,008
3	(Constant)	6,654	,629		10,572	,000
	Penguasaan pasien	-,865	,150	-,599	-5,773	,000
	Empati	-,492	,173	-,295	-2,845	,007
	Respon bantu pasien	-,299	,124	-,250	-2,422	,020

a Dependent Variable: RUJUKAN

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Pada variabel perawat, item yang secara signifikan mempengaruhi rujukan adalah penguasaan perawat terhadap perkembangan pasien, empati perawat terhadap pasien, dan respon perawat membantu pasien yang perlu bantuan. .

Pada analisis kepuasan, penguasaan perkembangan kondisi pasien (skor kepuasan -2,889), rasa empati perawat terhadap pasien (skor kepuasan -2,622) dan respon membantu pasien yang memerlukan (skor kepuasan -1.622), termasuk sub variabel yang skor ketidak puasannya tinggi dan pada analisis pengaruh, subvariabel tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap rujukan. Oleh karena itu faktor ini harus mendapat perhatian prioritas. Beberapa sub variabel perawat yang lain, meskipun hasil analisis tidak mempengaruhi rujukan, tetapi karena skor ketidak puasannya tinggi, maka harus tetap mejadi perhatian.

Tabel 5.34 Pengaruh Tiap Item Indikator Sarana Telepon Terhadap Rujukan Penderita di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Mo del		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,250	,218		14,935	,000
	Sarana telepon dokter	-,639	,135	-,585	-4,734	,000

a Dependent Variable: RUJUKAN  
 Sumber: data primer Maret tahun 2004

Pada variabel sarana telepon, indikator yang berpengaruh adalah sarana telepon bagi dokter. Sarana telepon menjadi sangat penting karena dokter merawat penderita di beberapa rumah sakit, atau tugas lain yang menyebabkan dokter tidak setiap saat dapat mendampingi pasien. Oleh karena itu, peran perawat sebagai komunikator dan sarana komunikasi menjadi sangat penting agar dokter merasa tenang dalam merawat pasien di rumah sakit.

Dari analisis kepuasan skor ketidak puasan terhadap sarana telepon bagi dokter cukup tinggi (skor -1,400), sehingga perlu mendapat perhatian.

Tabel 5.35 Pengaruh Tiap Item Indikator Peralatan Medis Terhadap Rujukan Penderita di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,998	,258		15,502	,000
	AL1	-,704	,103	-,721	-6,819	,000
2	(Constant)	4,427	,318		13,906	,000
	Kelengkapan alat	-,485	,142	-,497	-3,418	,001
	Kualitas alat	-,327	,153	-,312	-2,147	,038

a Dependent Variable: RUJUKAN  
 Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Pada variabel peralatan medis, item yang berpengaruh terhadap rujukan adalah kelengkapan alat terapi yang memadai dan kualitas alat terapi. Pada analisis kepuasan, skor kepuasan terhadap kelengkapan peralatan medis -2,378, dan skor kepuasan kualitas peralatan medis -2,822. Sub variabel tersebut berpengaruh terhadap rujukan, maka bila ingin meningkatkan rujukan, maka sub variabel ini harus mendapat perhatian prioritas. Secara logika, sub variabel tersebut memang sangat diperlukan, minimal untuk dapat memberikan pengobatan yang paling standar.

Alat canggih yang pada analisis kepuasan, mendapat skor ketidak puasan tinggi (-2,689), ternyata tidak berpengaruh terhadap rujukan. Hal tersebut mungkin disebabkan dokter rumah sakit TNI AD belum ada sub spesialis seperti bedah syaraf, bedah vaskuler yang memerlukan alat canggih. Faktor lain tentang peralatan medis, hampir semua skor ketidak puasannya cukup tinggi, sehingga perlu mendapat perhatian pula dari pimpinan rumah sakit. Hambatan karena pengadaan alat utama yang berasal dari supra sistem harus diatasi, minimal harus tersedia peralatan yang sesuai standar keahlian dokter berdasarkan kelas rumah sakit atau perbaikan terhadap kualitas alat yang sudah tersedia.

Tabel 5.36 Pengaruh tiap item indikator variabel ruang perawatan terhadap rujukan penderita di rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,135	,225		13,956	,000
	RNG3	-,516	,128	-,523	-4,021	,000
2	(Constant)	3,558	,262		13,592	,000
	Perabotan	-,375	,131	-,380	-2,866	,006
	Perawatan bangunan	-,392	,145	-,358	-2,700	,010

a Dependent Variable: RUJUKAN

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Pada variabel fasilitas ruang perawatan, item yang berpengaruh terhadap rujukan adalah kelayakan perabotan tempat tidur, kasur, bantal, sprengi dan item perawatan bangunan. Sub variabel tersebut ini merupakan bagian yang selalu bersentuhan dan dilihat pasien dan keluarganya.

Pada analisis tingkat kepuasan terhadap ruang perawatan, skor ketidakpuasan terhadap ruang perawatan cukup tinggi (skor kepuasan perabotan -1,511; perawatan bangunan -1,622), meskipun bukan yang tertinggi. Konsekuensinya bila mengharapkan rujukan meningkat, faktor ruang perawatan harus menjadi perhatian.

Berdasarkan analisis kepuasan dokter pada 9 variabel dan pengaruhnya terhadap rujukan penderita rawat inap, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat variabel yang tingkat ketidakpuasannya tinggi dan variabel tersebut berpengaruh terhadap rujukan penderita rawat inap. Ini artinya yang harus mendapat prioritas perhatian manajemen rumah sakit karena dampaknya negatif terhadap upaya peningkatan penderita rawat inap yang berasal dari dokter praktek.

2. Terdapat variabel yang tingkat ketidapuasannya tinggi tetapi variabel tersebut tidak berpengaruh terhadap rujukan penderita rawat inap. Variabel ini harus mendapat perhatian manajemen, karena masih adanya ketidakpuasan. Meskipun dalam uji pengaruh tidak signifikan, tetapi harus berpegang teori pemasaran bahwa kalau tidak puas akan ditinggal pelanggan. Kalau perlu dilakukan analisis kepuasan pasien, karena ketidakpuasan responden dokter mungkin sama dengan responden pasien. Ketidakpuasan pasien berdampak pada tidak digunakannya jasa rumah sakit oleh penderita yang datang atas kemauan sendiri.
3. Terdapat variabel yang tingkat ketidapuasannya rendah tetapi variabel tersebut berpengaruh terhadap rujukan penderita rawat inap. Variabel yang demikian harus terus ditingkatkan agar kepuasan sampai ke tingkat paling tinggi, karena variabel ini berpengaruh terhadap rujukan.
4. Terdapat variabel yang tingkat ketidapuasannya rendah dan variabel tersebut tidak berpengaruh terhadap rujukan penderita rawat inap. Bila masalah lain ada yang lebih prioritas, maka perbaikan terhadap variabel ini dapat ditempatkan pada prioritas kedua.

#### **5.9 Pengaruh Beda Hasil Penilaian Pada Fasilitas dan Layanan Rumah sakit TNI AD dengan Rumah sakit Lain Terhadap Rujukan Penderita Rawat Inap**

Telah dilakukan analisis uji beda terhadap 9 variabel pada rumah sakit TNI AD dan rumah sakit lain. Hasilnya hampir semua variabel nilainya berbeda secara signifikan kecuali variabel dukungan manajemen. Untuk analisis lebih jauh dilakukan uji pengaruh terhadap rujukan penderita. Hasil analisis terlihat pada tabel 5.37.

Tabel 5.37 Analisis Pengaruh Perbedaan Hasil Penilaian Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain Terhadap Rujukan Penderita Rawat inap di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,053	,638		12,631	,000
	BEDA.P	-3,343	,380	-,920	-8,800	,000
2	(Constant)	6,543	,680		9,620	,000
	<b>Kinerja perawat</b>	<b>-1,933</b>	<b>,527</b>	<b>-,532</b>	<b>-3,670</b>	<b>,003</b>
	<b>Kompensasi</b>	<b>-,928</b>	<b>,288</b>	<b>-,468</b>	<b>-3,224</b>	<b>,007</b>

a Dependent Variable: RUJUKAN

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Hasil analisis ternyata perbedaan hasil penilaian terhadap kinerja perawat dan kompensasi, berpengaruh secara signifikan terhadap rujukan penderita rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang. Pada variabel kompensasi, yang pada uji pengaruh kepuasan dokter terhadap rujukan tidak signifikan, ternyata pada uji banding dengan rumah sakit lain hasilnya berbeda secara signifikan dan pada uji pengaruhnya terhadap rujukan juga berpengaruh secara signifikan.

Kinerja perawat ternyata paling menentukan diantara beberapa variabel yang lain, karena pada analisis kepuasan skor ketidak puasannya cukup tinggi (-2,294), dan pada analisis pengaruh terhadap rujukan, berpengaruh secara signifikan. Pada analisis beda skor (1,662), variabel perawat juga berbeda secara signifikan dan berpengaruh terhadap rujukan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa variabel perawat adalah variabel yang paling strategis.

Berdasarkan analisis kepuasan dan analisis beda pada variabel perawat dapat disimpulkan bahwa kinerja perawat belum baik. Kinerja perawat yang kurang baik adalah merupakan gejala dari suatu sebab yang lebih hulu. Untuk mengetahuinya diperlukan kajian lebih mendalam tentang penyebab kinerja perawat yang masih belum baik, baik dengan diskusi maupun penelitian. Teori kepuasan dan motivasi



kerja dapat digunakan sebagai landasan penelitian lebih lanjut. Beberapa faktor seperti kemampuan, beban kerja, kerja tim, sarana prasarana, suasana kerja, kompensasi, kepemimpinan dapat menjadi penyebab.

Pada pengamatan lebih lanjut di kedua rumah sakit, faktor yang mungkin menjadi penyebab perbedaan skor pada variabel perawat, antara lain adalah kemampuan perawat. Kemampuan, secara kasar dapat diukur dengan tingkat pendidikan perawat. Di rumah sakit TNI AD, tingkat pendidikan perawat adalah sarjana keperawatan 0%, DIII keperawatan 20%, perawat 80%, di rumah sakit pembanding, tingkat pendidikan perawat adalah sarjana keperawatan 1,3%, DIII perawat 42,6%, sekolah keperawatan 57,4%. Terlihat bahwa dari segi pendidikan terdapat perbedaan.

Beban kerja di rumah sakit TNI AD terdapat 300 TT, dengan jumlah perawat 164 atau ratio 1,7 TT/ perawat. Di rumah sakit pembanding terdapat 230 TT dan 34 boks perinatal, dengan perawat 157 atau ratio 1,58 TT/ perawat. Dari aspek beban kerja terdapat sedikit perbedaan.

Kompensasi dan pengembangan karier, di rumah sakit TNI AD, perawat yang sudah menjadi pegawai negeri, merasa sudah mapan statusnya, kemungkinan dikeluarkan relatif kecil, penjenjangan golongan hanya akan terhambat bila ada kesalahan yang besar. Pada perawat kontrak yang relatif muda dan tingkat pendidikannya sebagian besar D III keperawatan, mendapat imbalan yang relatif kecil, sementara itu untuk menjadi pegawai negeri, di lingkungan TNI, seleksi dilakukan instansi lain yang berwenang. Rekomendasi kinerja baik dari rumah sakit tidak menjadi jaminan diterima sebagai pegawai negeri. Perawat yang ingin

meningkatkan tingkat pendidikan ke D III keperawatan, biasanya atas biaya sendiri.

Mereka bertahan karena menunggu kesempatan menjadi pegawai negeri.

Di rumah sakit pembanding, pegawai dimulai dengan masa percobaan selama 1 tahun. Bila kinerjanya baik diangkat menjadi pegawai tetap, dengan imbalan sesuai standar pegawai negeri. Terdapat program pendidikan perawat ke DIII keperawatan yang dibiayai oleh rumah sakit. Dari aspek kompensasi dan pengembangan karier terdapat perbedaan pola, yang terlihat rumah sakit pembanding lebih menguntungkan perawat.

Variabel perawat dan kompensasi berbeda secara signifikan antara dua rumah sakit, dan berpengaruh terhadap rujukan. Untuk mengetahui seberapa jauh beda variabel tersebut, tabel 5.38 memperlihatkan beda skor sub variabel indikator kinerja perawat.

Tabel 5. 38 Beda Skor Pada Setiap Indikator Kinerja Perawat Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004.

Item	Perawat		
	RS Lain	RSAD	Beda
Pengetahuan asuhan keperawatan	4,938	3,125	1,813
Penguasaan kondisi penderita	5,438	2,938	2,500
Ketrampilan	4,938	3,000	1,938
Respon lapor ke dokter bila diperlukan	4,875	3,125	1,750
Respon terhadap keperluan visite	4,563	2,875	1,688
Tanggung jawab terhadap tugas	5,375	3,250	2,125
Empathi terhadap pasien	5,125	3,188	1,938
Respon membantu pasien	5,375	3,688	1,313
Bekerjasama dengan sejawat	4,688	3,625	1,063
Bekerjasama dengan dokter	4,750	3,875	0,875
Penampilan diri	4,938	3,813	1,125
Keramahan	5,563	3,313	2,250
<b>Jumlah</b>	<b>60,188</b>	<b>39,813</b>	<b>20,375</b>
<b>Rerata</b>	<b>5,016</b>	<b>3,318</b>	<b>1,698</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel terlihat bahwa sub variabel atau indikator perawat yang beda skornya cukup tinggi adalah penguasaan kondisi penderita (2,5), tanggung jawab (2,125), keramahan (2,25). Variabel lain yang cukup tinggi beda skornya adalah pengetahuan (1,813), ketrampilan (1,938), dan emphati (1,938). Terlihat bahwa skor beda sub variabel penguasaan kondisi penderita adalah yang tertinggi.

Pada analisis beda terhadap variabel kompensasi terdapat perbedaan yang signifikan antara kompensasi di kedua rumah sakit, dan perbedaan tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap rujukan. Untuk mengetahui lebih jauh dapat kita lihat besarnya beda skor setiap ub variabel yang digunakan sebagai indikator pengukuran pada variabel kompensasi, seperti terlihat pada tabel 5.39.

Tabel 5.39 Beda Skor Pada Setiap Indikator Kompensasi di Rumah sakit TNI AD dan Rumah sakit Lain, Tahun 2004.

Item	Kompensasi		
	RS Lain	RSAD	Beda
Besarnya jasa medis	4,625	3,313	1,313
Potongan jasa medis	4,563	3,5	1,063
Ganti rugi kepada pasien	2,75	2,563	0,188
<b>Jumlah</b>	<b>11,938</b>	<b>9,375</b>	<b>2,563</b>
<b>Rerata</b>	<b>3,979</b>	<b>3,125</b>	<b>0,854</b>

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel terlihat bahwa sub variabel atau indikator yang beda skornya tertinggi adalah besarnya jasa medis (1,313), sedang yang terkecil adalah ganti rugi untuk penderita (0,188).

Kompensasi yang dimaksud pada penelitian ini lebih dititik beratkan pada honor. Pada analisis kepuasan terhadap kompensasi, ditemukan adanya ketidakpuasan (skor -1,394), dan uji pengaruh tidak berpengaruh secara signifikan. Pada uji beda meskipun beda skor kecil (0,854) ternyata berbeda dan berpengaruh secara signifikan terhadap rujukan. Setelah dilihat lebih jauh ternyata pada indikator jasa medis dan potongan jasa medis terdapat perbedaan cukup tinggi, dan dua faktor tersebut sangat berhubungan erat dengan kepentingan dokter merawat penderita.

Di rumah sakit TNI AD jasa medis, baik tindakan maupun visite ditentukan oleh pihak rumah sakit, baik pasien yang diberikan oleh pihak rumah sakit maupun yang di bawa sendiri oleh dokter. Di rumah sakit pembanding meskipun ada standar jasa medis yang diberlakukan, dokter dapat menentukan sendiri besarnya jasa tindakan medis maupun visite, khususnya pasien yang dibawa atau minta dirawat oleh dokter tersebut. Dengan demikian dari segi jasa medis, rumah sakit pembanding lebih menguntungkan responden.

Berdasarkan hasil analisis kepuasan responden dan pengaruhnya terhadap rujukan, serta analisis beda dan pengaruhnya terhadap rujukan, secara keseluruhan dapat digambarkan seperti pada tabel 5.40

Tabel 5.40 Gambaran Lengkap Pengaruh Kepuasan Dokter dan Uji Beda Terhadap Rujukan Rawat Inap di Rumah sakit TNI AD Malang, Tahun 2004.

Variabel	Analisis Kepuasan			Analisis Beda		
	Tingkat Kepuasan	Pengaruh ke Rujukan	Item Strategis	Uji beda	Pengaruh ke rujukan	Item Strategis
Perawat	Tidak puas Skor < -2	Berpengaruh	1. Penguasaan Pasien 2. Emphati 3. Lapor dokter	Berbeda	Berpengaruh	1. Penguasaan pasien 2. Keramahan 3. Tanggung jawab
Peralatan Medis	Tidak puas Skor < -2	Berpengaruh	1. Kualitas alat terapi 2. Kelengkapan terapi 3. Akurasi penunjang diagnostik	Berbeda	Tidak Berpengaruh	
Ruang Perawatan	Tidak puas Skor (-2)-(-1)	Berpengaruh	1. Perabotan 2. Perawatan ruangan 3. Kamar mandi	Berbeda	Tidak Berpengaruh	
Pelayanan Gizi	Tidak puas Skor (-2)-(-1)	Tidak Berpengaruh	1. Ketepatan produk	Berbeda	Tidak Berpengaruh	
Pelayanan Administrasi	Kurang puas Skor > -1	Tidak Berpengaruh	1. Rincian 2. Akurasi pencatatan	Berbeda	Tidak Berpengaruh	
Tarif	Kurang puas Skor > -1	Tidak Berpengaruh	1. Penunjang diagnostik	Berbeda	Tidak Berpengaruh	
Kompensasi	Tidak puas Skor (-2)-(-1)	Tidak Berpengaruh	1. Jasa medis	Berbeda	Berpengaruh	1. Jasa medis 2. Porongan jasa medis
Dukungan Manajemen	Tidak puas Skor (-2)-(-1)	Tidak Berpengaruh	1. Umpan balik 2. Komitmen manajemen	Tidak Berbeda	Tidak Berpengaruh	
Sarana Telepon	Tidak puas Skor (-2)-(-1)	Berpengaruh	1. Sarana telepon ke dokter	Berbeda	Tidak Berpengaruh	

Sumber: data primer, Maret tahun 2004

Pada tabel terlihat bahwa variabel perawat adalah yang paling strategis, karena pada analisis kepuasan skornya rendah (<-2) dan berpengaruh terhadap rujukan serta pada analisis beda terdapat perbedaan dengan rumah sakit pembanding dan perbedaan tersebut berpengaruh terhadap rujukan rawat inap. Melihat hasil analisis terhadap indikator variabel, maka penguasaan perawat terhadap perkembangan kondisi penderita yang paling strategis, karena pada analisis kepuasan maupun uji beda dan pengaruhnya terhadap rujukan, indikator tersebut selalu muncul.

Masalah yang diangkat pada penelitian ini adalah rendahnya rujukan rawat inap yang dikirim dokter dari tempat praktek. Hasil penelitian kuantitatif pada faktor rumah sakit telah didapatkan, diantaranya faktor strategis adalah perawat. Untuk melengkapi hasil penelitian dilakukan pengumpulan data kualitatif melalui forum diskusi yaitu *Focus Group Discussion (FGD)*, baik dengan dokter selaku responden maupun dengan perawat.

#### **5.10 Hasil *Focus Group Discussion* Dengan Dokter dan Perawat Rumah sakit TNI AD Malang**

Dalam upaya melengkapi data kuantitatif yang telah diperoleh melalui analisis hasil kuesioner pada penelitian, maka dilakukan *Focus Group Discussion (FGD)* dengan para dokter dan perawat rumah sakit TNI AD Malang. Dari hasil analisis kuantitatif terhadap hasil penelitian, isu strategis yang diangkat adalah terdapatnya ketidakpuasan dokter terhadap kinerja perawat dan rujukan penderita dari praktek dokter yang masih rendah. Semula diskusi direncanakan dilakukan langsung bersama dokter dan perawat, tetapi atas saran wakil kepala rumah sakit, diskusi dilakukan dua sesi. Pertama bersama dokter, yang kedua bersama perawat, dengan

pertimbangan perawat dapat leluasa menyampaikan pendapatnya dan tidak mempermalukan dokter didepan perawat atau sebaliknya. *FGD* dilaksanakan di ruang rapat rumah sakit TNI AD Malang. Sesi pertama telah dilaksanakan pada hari rabu tanggal 15 september 2004 pukul 13.00 – 15.00 WIB dihadiri 4 dokter umum 7 dokter spesialis dan sesi kedua dilaksanakan hari selasa tanggal 21 september 2004 pukul 13.00 – 15.00 WIB dihadiri 12 perawat dari ruang perawatan rawat inap.

### **5.10.1 Pelaksanaan *Focus Group Discussion (FGD)***

#### **Sesi Pertama: Diskusi dengan dokter**

##### **Pertanyaan 1**

Dari hasil data penelitian, rujukan dokter untuk pasien rawat inap dari tempat praktek masih sangat sedikit, bagaimana pendapat dokter.

##### **Jawaban:**

- a. Sekarang ini pasien tidak mudah diarahkan, mereka memilih sendiri rumah sakit tempat dia dirawat. Mungkin kalau kita sudah jadi dokter terkenal dan laris, pasiennya menurut saja dimana akan dirawat. Kenyataannya kita yang butuh pasien, kalau dipaksa jangan jangan malah pindah dokter lain.
- b. Ada baiknya rumah sakit bekerjasama dengan perusahaan misalnya Bertoel atau Telkom, atau kalau sudah ada di sosialisasikan, karena pernah ada pasien karyawan Telkom yang menanyakan apa bisa opname di rumah sakit TNI AD Malang, aturannya mbayar dulu atau rumah sakit yang menagih. Sayangnya saya sendiri kurang tahu aturan mainnya, jadinya pasien minta dirawat di rumah sakit RKZ.

- c. Saya kira yang penting apa yang telah dilakukan rumah sakit, terutama perawatnya karena yang setiap hari menangani pasien rawat inap adalah perawat. Orang sakit atau keluarganya yang sedang susah biasanya sensitif, oleh karena itu disamping terampil perawat harus pandai menempatkan diri dan san membuat tentram derita atau keluarganya. Contoh sederhana, jangan sampai ada darah yang masuk selang infus karena terlambat mengganti cairan infus yang habis, hal ini membuat pasien takut dan akan mengganggu tidur karena ikut mengawasi infus yang dipasang.
- d. Citra rumah sakit yang penting, kalau rumah sakitnya baik, maksud saya termasuk dokternya, saya kira tidak perlu diarahkan akan jadi pilihan pasien, kita yang menawarkan jadi mudah. Ada pasien saya yang saya kirim, setelah saya cek ternyata tidak muncul.
- e. Pasien di tempat praktek sedikit, selama ini pasien yang rawat inap selalu saya kirim ke rumah sakit TNI AD, meskipun kadang saya khawatir tidak puas terhadap fasilitas rumah sakit, tetapi menurut saya baik atau buruk itu rumah sakit kita.
- f. Di Malang sudah terlalu banyak rumah sakit dan dokter, jadi rumah sakit kita perlu kemampuan untuk bisa bersaing.
- g. Menurut saya suasana rumah sakit kalau malam hari terlihat sepi, ruangnya terlalu besar, jarak antar bangsal agak jauh, jadinya kesannya angker, tetapi apa boleh buat kita tidak bisa mengubahnya lagi.



## Pertanyaan 2

Dari hasil penelitian yang diambil dari pendapat saudara, terdapat ketidakpuasan dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit terutama adalah kinerja perawat, alat kesehatan, ruang perawatan, sarana telepon dan kompensasi, ada komentar atau tambahan?

Jawaban:

- a. Kalau dibandingkan kondisi ideal memang belum memuaskan, tetapi sebenarnya yang penting ruang perawatannya nyaman dan perawatnya baik saya kira yang lain tidak terlalu jadi masalah.
- b. Saya tidak bermaksud menjelekkkan perawat, tetapi menurut saya, kinerja perawat memang masih kurang, terutama perawat tidak menguasai pasiennya, kalau ditanya masih buka2 status pasien, bahkan pernah pasien tensinya ngedrop tidak tahu.
- c. Saya kira TV diruang perawatan sebaiknya diambil, biar perawat tidak keasyikan nonton sinetron, karena meskipun pasien di ruang perawatan tenang, sebaiknya perawat tidak terlalu asyik nonton TV, kesannya jadi kerja tidak serius.
- d. Menurut saya kemampuan perawat untuk berinteraksi dengan pasien dan keluarganya harus lebih baik, santun, ramah dan terampil, tidak perlu pinter, yang penting perawat dapat membuat pasien dan keluarganya nyaman.
- e. Menurut saya perawat sudah kerja maksimal, mereka cuma tidak tahu apa dan bagaimana seharusnya mereka seharusnya bersikap dan bertindak. Kewajiban kita semua untuk membantu agar bekerja lebih baik.

- h. Tentang alat kesehatan, tentu saja rumah sakit TNI AD banyak ketinggalan, tetapi saya kira kondisi rumah sakit tidak akan mampu memenuhi, tetapi saya berharap dibagian saya, kamar operasi, ada penggantian peralatan yang sederhana tetapi sering mengganggu misalnya klem yang sudah tidak menggigit karena penguncinya sudah aus, sehingga sering lepas.
- i. Peralatan yang sering dilihat pasien sebaiknya diganti, misalnya bak instrumen di ruangan, kereta makan, urinal, pispot, biar tidak terlihat seperti rumah sakit tahun 60 an.
- j. Sarana telepon bagi kami sebenarnya tidak ada masalah, yang penting kalau ada sesuatu dari rumah sakit perawat dapat menghubungi kita, karena ada HP dan telepon rumah.
- k. Kalau memungkinkan gaji dokter kontrak bisa sesuai dengan kontrak di rumah sakit lain atau paling tidak tidak terlalu jauh berbeda.

#### **Sesi kedua: Diskusi dengan perawat**

##### **Pertanyaan 1**

Dari hasil kuesioner yang dikembalikan, terdapat ketidak puasaan dokter terhadap kinerja perawat, khususnya penguasaan perawat terhadap kondisi pasien.

Bagaimana menurut pendapat saudara?

Jawaban:

- a. Ya kami menyadari bahwa kami kadang tidak menguasai betul kondisi pasien, tetapi kami sudah mencoba semampu kami.

- b. Beberapa pasien yang baru kadang datanya tidak lengkap, hasil laboratnya belum masuk, kadang waktu serah terima dinas tidak dijelaskan tindakan apa dan rencana apa terhadap pasien.
- c. Kami tahu kondisi pasien, tetapi kalau pasien sedang banyak kadang suka lupa.
- d. Kalau pasien baru, tidak mungkin kita langsung hafal kondisinya, tetapi kalau pasien sudah dirawat beberapa hari otomatis kita akan hafal sendiri.

#### Pertanyaan 2

Dokter juga belum puas tentang waktu melaporkan pasien kepada dokter, bagaimana menurut saudara?

Jawaban:

- a. Saya kira kita selalu melaporkan ke dokter kalau ada pasien yang kondisinya memburuk, kalau dibilang terlambat melapor, memang pasiennya sudah jelek mau apa lagi.
- a. Kalau sering melapor nanti ada tegoran tagihan teleponnya jadi banyak, karena hampir semua dokter teleponnya adalah teleponnya adalah HP, tetapi kalau kami rasa penting, pasti kami laporkan.
- b. Yang penting dokter setiap saat bisa dihubungi, kita akan siap melaporkan.
- c. Sebaiknya di setiap ruangan ada telepon yang bisa langsung digunakan tanpa lewat central, khususnya di ICU dan Obgyn.
- d. Sebaiknya dibuat standar, apa saja yang harus dilaporkan, bila menghubungi dokter, agar adik perawat yang baru segera tahu.

### Pertanyaan 3

Dokter juga belum puas tentang pengetahuan asuhan keperawatan, menurut saudara?

Jawaban:

- a. Kalau pengetahuan asuhan keperawatan seharusnya dilakukan tes, mungkin benar mungkin tidak, kami sangat berterima kasih bila dokter mau membimbing.
- b. Saya kira pengetahuan kalau dikatakan kurang karena tidak merata, ada yang memang cuek, pokoknya kerja, instruksi dokter dilaksanakan, tetapi tidak semua begitu
- c. Mungkin kita kurang percaya diri, jadi kelihatan bodohnya.

### Pertanyaan 4

Dokter juga belum puas tentang ketrampilan perawat, pendapat saudara?

Jawaban:

- a. Memang perlu waktu dan kasus yang banyak agar kita lebih terampil, kalau mengandalkan belajar sendiri akan kurang, sebaiknya secara bergilir dilakukan pelatihan di RSUD yang kasusnya banyak.
- b. Kadang kita harus memberi kesempatan adik pelajar untuk tindakan, misalnya pasang infus, mungkin terlihat banyak tusukan, sehingga kelihatan kurang terampil, tetapi yang sulit biasanya dikerjakan perawat.
- c. Kadang yang merasa tidak mampu, tidak mau belajar, diserahkan ke yang mampu, jadinya ya tidak tambah terampil.

- d. Perawat ruang mana yang kurang terampil? seharusnya bisa ditunjukkan, sehingga kalau perlu pelatihan akan mudah menentukan prioritas, pelatihan kan perlu biaya dan kita tidak tahu kemampuan rumah sakit sampai seberapa.

#### Pertanyaan 5

Dokter juga belum puas tentang respon perawat dalam menyiapkan keperluan visite dokter, pendapat saudara?

Jawaban:

- a. Saya kira untuk keperluan visite sudah cukup, alat alat, status, resep sudah kita siapkan bila ada visite, kurangnya dimana kita tidak tahu.

#### Pertanyaan 6

Dokter juga belum puas tentang tanggung jawab perawat terhadap terhadap tugasnya, pendapat saudara?

Jawaban:

- a. Instruksi sudah dilaksanakan, kalau ada persiapan operasi juga persiapannya sudah cukup, selama ini dokternya tidak ada keluhan, mungkin hasil surveinya yang salah.
- b. Kalau kita terlihat santai, karena tugas sudah dilaksanakan.

#### Pertanyaan 7

Dokter juga belum puas terhadap kemampuan perawat memahami bahwa pasien dan keluarganya dalam keadaan kesusahan, menurut pendapat saudara ?

Jawaban:

- a. Kalau pasiennya atau keluarganya tidak minta tolong, kita tidak tahu maunya bagaimana.
- b. Kalau yang dimaksud kita bisa ketawa ketawa di ruangan, ya kita kerja kan stres juga, apa salahnya terkadang kita bercanda.
- c. Ya mungkin kita perlu introspeksi, tapi dokter tahunya darimana, kan waktunya dokter juga terbatas, mungkin kurang tahu apa yang kita lakukan diluar jam kerja.

Pertanyaan 8

Dokter belum puas terhadap penampilan saudara saat bertugas menurut pendapat saudara?

Jawaban:

- a. Dibelikan seragam yang bagus biar penampilan kelihatan keren.
- b. Kalau perawatnya memang sudah tua, bagaimana mau keren?
- c. Penampilan memang relatif, pada saat dinas malam memang penampilan kadang kurang sebaik pada dinas pagi.

Pertanyaan 9

Dokter juga belum puas terhadap keramahan saudara saat bertugas, menurut pendapat saudara?

Jawaban:

- a. Menurut saya, manusia ada pasang surutnya, kadang kita bisa amat ramah, terutama kalau suasana hati sedang baik, tetapi kalau sedang kurang baik

mungkin secara tidak sadar terlihat tidak ramah. Sebenarnya kita tahu kok kalau harus senantiasa bersikap ramah terhadap pasien, cuma namanya manusia.

- b. Kalau gajinya besar mungkin kita bisa tersenyum terus ya, tidak kepikiran mbayar sekolahnya anak.
- c. Sebaiknya rumah sakit membantu memikirkan nasib kita, yang sudah bekerja lama tetapi tidak dapat menjadi pegawai, atau paling tidak honorinya disesuaikan.

#### **5.10.2 Kesimpulan hasil *Focus Group Discussion (FGD)***

Berdasarkan hasil diskusi dengan dokter dapat disimpulkan bahwa yang mempengaruhi jumlah rujukan rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang, selain faktor dalam rumah sakit seperti telah diperoleh dari hasil analisis kuantitatif, terdapat faktor lain, diantaranya:

1. Faktor di luar rumah sakit, khususnya faktor dokter sendiri, antara lain:
  - a. Tidak semua dokter pasien di tempat prakteknya banyak, sehingga tidak banyak mengirim pasien untuk rawat inap.
  - b. Daya tawar dokter belum begitu kuat untuk mengarahkan pasien rawat inap ke rumah sakit TNI AD Malang.
  - c. Belum ada kerjasama atau tidak jelasnya aturan kerjasama bila sudah ada kerjasama dengan perusahaan yang penanggung biaya perawatan bagi karyawannya, baik bagi dokter ataupun bagi karyawan bersangkutan.
2. Suasana atau kesan umum rumah sakit yang belum mendukung, khususnya tata letak bangunan dan suasana rumah sakit pada malam hari.

3. Masih adanya ketidakpuasan dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit, faktor rumah sakit yang penting menurut dokter adalah kinerja perawat dan ruang perawatan yang nyaman.

Berdasarkan diskusi dengan perawat, tentang kepuasan dokter terhadap kinerja perawat diperoleh beberapa kesimpulan yang dapat digunakan melengkapi data kuantitatif yang telah diperoleh, antara lain:

1. Adanya penolakan beberapa bagian penilaian dokter terhadap perawat, atau minimal perbedaan persepsi antara apa yang dimau dokter dan apa yang sudah dikerjakan perawat.
2. Adanya kesadaran bahwa hasil penelitian kuantitatif, khususnya tentang perawat dapat digunakan sebagai bahan introspeksi.
3. Adanya penjelasan atau alasan yang dapat ungkap tentang kinerja perawat yang masih belum memuaskan, antara lain:
  - a. Kinerja perawat yang dinilai dokter, termasuk didalamnya perawat dan siswa perawat, sehingga dapat mengaburkan hasil sesungguhnya.
  - b. Penguasaan perkembangan kondisi pasien tergantung jumlah pasien yang dirawat, kesinambungan pergantian perawat dan kelengkapan data saat pasien masuk pertama.
  - c. Pengetahuan dan ketrampilan, menurut perawat bisa jadi karena tidak merata, ada yang sudah baik ada yang masih kurang.
  - d. Perawat sebenarnya tahu apa yang seharusnya dilakukan dalam bersikap dan berperilaku terhadap pasien dan keluarganya, perilaku perawat dipengaruhi kondisi psikologi saat bekerja.



4. Adanya beberapa masukan yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk perbaikan, antara lain:
  - a. Untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan agar lebih baik dan merata, sebaiknya dilakukan pelatihan dan pelatihan sebaiknya diluar rumah sakit TNI AD sendiri, yaitu dirumah sakit yang kasusnya banyak, misalnya di rumah sakit umum.
  - b. Kesejahteraan ditingkatkan agar secara psikologi lebih tenteram dan dapat bekerja dengan baik, salah satu diantaranya adalah honor yang memadai dan pengembangan karier yang jelas.

#### **5.10.3 Pembahasan Hasil *Focus Group Discussion***

Menurut Qomarudin (1998) *Focus Goup Discussion (FGD)* adalah teknik pengumpulan data kualitatif dengan tujuan untuk lebih memahami suatu magna atau tema. *FGD* tidak difokuskan untuk memformulasikan suatu pemecahan masalah, tetapi hasil dari *FGD* dapat digunakan sebagai bahan analisis pemechan masalah. Sebagai suatu proses, untuk menghasilkan suatu temuan biasanya dicapai melalui 3 tahapan, yaitu tahap penolakan (*denial stage*), tahap tawar menawar (*bargaining stage*), tahap penerimaan (*acceptance stage*).

Isu penting yang diajukan dalam *FGD* adalah rendahnya rujukan pasien rawat inap yang dikirim dokter dari tempat praktek dan isu kinerja perawat yang belum memuaskan. Isu rujukan yang rendah diangkat dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran data kualitatif yang lebih luas tentang beberapa faktor yang mempengaruhi rujukan tersebut, baik faktor dalam rumah sakit maupun faktor luar rumah sakit. Isu kinerja perawat diangkat dengan tujuan untuk mendapatkan data

kualitatif yang diharapkan dapat lebih memperjelas masalah kinerja perawat yang belum memuaskan.

Pada diskusi tentang rendahnya rujukan dari tempat praktek terungkap bahwa ada faktor luar rumah sakit yang ikut berperan, yaitu bahwa pasien dokter di tempat praktek tidak banyak. Data ini memang subyektif, pada sebagian dokter mungkin benar, karena perpindahan tugas menyebabkan kelangsungan prakteknya terganggu, kenyataannya banyak dokter pegawai negeri sipil yang relatif menetap, ditambah dokter tamu purnawirawan yang sudah menetap yang logikanya sudah mempunyai pelanggan. Data terbaik adalah kalau dapat mengetahui jumlah pasien di tempat praktek, berapa yang di rujuk dan berapa yang dirujuk ke rumah sakit TNI AD Malang, tetapi karena alasan etis dan teknis data tersebut tidak bisa diperoleh. Apapun datanya, pada kenyataannya faktor ini tidak dapat diintervensi oleh manajemen rumah sakit, karena praktek adalah hak pribadi dokter.

Diperoleh juga fakta bahwa pasien sudah makin menyadari haknya dan jumlah dokter yang semakin meningkat menyebabkan *bargaining position* pasien semakin kuat dalam menentukan rumah sakit mana yang menjadi tempat rawat inap. Fakta tersebut menjadikan tampilan rumah sakit secara menyeluruh baik dimata dokter maupun pasien menjadi sangat penting apa bila ingin memenangkan persaingan.

Fakta lain yang terungkap dari diskusi dengan dokter adalah, bahwa kesan rumah sakit secara umum masih terlihat menyramkan di malam hari, ini disebabkan tata letak bangsal yang agak berjauhan dan areal rumah sakit yang luas dengan fisik bangunan lama dan jumlah pasien yang tidak banyak. Pada analisis kuantitatif, hal ini tidak terungkap karena hasil penelitian hanya terfokus pada ruang perawatan rawat inap.

Pada pendalaman terhadap masalah fasilitas dan layanan rumah sakit yang belum memuaskan dokter, data yang diperoleh tidak jauh berbeda dengan data yang diperoleh dari analisis kuantitatif. Penekanan terutama pada kenyamanan ruang perawatan dan kinerja perawat, sementara untuk peralatan medis dokter tidak menuntut banyak. Khusus dokter kontrak mengharapkan honor yang lebih baik.

Pada diskusi dengan perawat tentang kinerjanya yang belum memuaskan, terdapat penolakan dan terdapat penerimaan oleh perawat terhadap hasil penelitian. Penolakan terlihat dari jawaban yang sebagian besar pembelaan diri atau mencoba menyampaikan alasannya, yang memang diharapkan dalam diskusi ini. Penerimaan terhadap hasil analisis kuantitatif terlihat dari jawaban bahwa ketidakpuasan dokter ini dapat dijadikan bahan introspeksi bagi perawat dalam memperbaiki kinerjanya. Temuan penting terhadap materi diskusi yaitu isu kinerja perawat adalah bahwa dari aspek *reliability, assurance* (indikator pengetahuan, ketrampilan, penguasaan kondisi pasien) yang pada hasil analisis kuantitatif belum memuaskan dokter disebabkan antara lain tidak meratanya kemampuan perawat. Dari aspek *responsiveness, empathy* yang berkaitan dengan interaksi perawat, dokter, pasien atau keluarganya, ternyata menurut perawat, mereka tahu yang seharusnya dilakukan, namun suasana hati saat bekerja membuat perilaku yang mereka tampilkan belum memenuhi harapan. Dari aspek *tangible* diusulkan pengadaan seragam yang menarik oleh pihak manajemen rumah sakit.

#### **5.11 Rekomendasi Untuk Pimpinan Rumah sakit**

Berdasarkan analisis dan pembahasan hasil penelitian serta hasil *FGD*, ada beberapa rekomendasi untuk manajemen rumah sakit TNI AD Malang, dalam upaya meningkatkan rujukan penderita rawat inap dari tempat praktek yaitu:

1. Meningkatkan image rumah sakit dimata masyarakat, dengan cara:
  - a. Menghilangkan kesan rumah sakit yang angker dengan menainbah taman, lampu dan mungkin kantin yang buka 24 jam dalam lingkungan rumah sakit.
  - b. Menghilangkan kesan rumah sakit tempo dulu dengan mengganti alat medis yang sering bersentuhan dengan pasien dengan alat yang lebih baru, mengganti ornamen seperti korden, kipas angin, tempat tidur agar terlihat suasana yang lebih ringan.
2. Menjalin kerjasama antara rumah sakit dengan perusahaan yang menanggung biaya perawatan kesehatan karyawan atau lebih mensosialisasikan jalinan kerjasama (bila sudah ada kerjasama) kepada dokter rumah sakit TNI AD Malang, sehingga peluang ini tidak sia sia.
3. Melakukan intervensi yang diperlukan terhadap faktor strategis yang ditemukan pada analisis kuantitatif yaitu, faktor perawat, faktor ruang perawatan, peralatan medis, kompensasi dan sarana telepon yang berpengaruh terhadap rujukan..
4. Untuk faktor perawat yang perlu dilakukan adalah:
  - a. Melakukan pelatihan perawat dirumah sakit sendiri dengan titik berat pada perilaku, khususnya terhadap tugas dan tanggung jawabnya sebagai perawat dan hubungan antara perawat, dokter, penderita dan keluarganya. Ketidakpuasan pada penguasaan kondisi perkembangan penderita dan rasa empati perawat terhadap penderita dapat digunakan sebagai acuan.
  - b. Melakukan pelatihan perawat di rumah sakit Saiful Anwar secara bergilir dengan sasaran meningkatkan dan pemeratakan pengetahuan ketrampilan perawat sesuai perkembangan ilmu keperawatan.

- c. Mengaktifkan perawat pengawas, khususnya pada hari libur dan luar jam kerja, dengan titik berat bimbingan dan membantu mengatasi kesulitan, bukan pada pengawasan.
  - d. Perlu dipertimbangkan untuk meningkatkan kesejahteraan perawat, terutama financial dan pembinaan karier dengan harapan perawat dapat bekerja lebih tenang.
5. Dilakukan inventarisasi dan penilaian kembali terhadap ketersediaan dan kualitas peralatan medis, khususnya alat terapi. Bila memungkinkan dan dapat dilakukan oleh rumah sakit, diadakan penggantian alat yang sudah tua, atau diajukan ke supra sistem.
  6. Perlu dilakukan perbaikan perabotan atau minimal pengecatan ulang dan penggantian spreii sarung bantal yang lebih pendek waktunya. Pengecatan ruangan, perhatian terhadap plafon dan atap yang bocor, jumlah kamar dan perawatan kamar mandi agar terlihat bersih dan terawat.
  7. Memisahkan sarana telepon kegiatan medis dengan perkantoran, menekankan kepada anggota penggunaan telepon seperlunya sehingga arus telepon keluar dan masuk menjadi tidak terhambat karena penggunaan yang lama.
  8. Menerapkan sistem kompensasi kompromi, artinya besarnya jasa medis ditetapkan oleh rumah sakit untuk pasien yang berasal dari rumah sakit. Untuk pasien yang dibawa sendiri oleh dokter diberi keleluasaan untuk menentukan besarnya jasa medis atas persetujuan pasien. Rumah sakit hanya memberikan rentang yang logis sehingga tidak berdampak timbulnya *image* di masyarakat bahwa tarif rumah sakit secara total menjadi mahal.

**BAB 6**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

## Bab 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan hasil penelitian serta hasil *Focus Group Discussion* dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Penilaian dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang adalah cukup, nilai tertinggi pada pelayanan administrasi dan nilai terendah pada fasilitas peralatan medis.
2. Harapan dokter terhadap fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang adalah tinggi, skor harapan tertinggi pada kinerja perawat dan skor harapan terendah adalah pada tarif rumah sakit.
3. Terdapat ketidak puasan dokter terhadap 9 variabel fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang. Tingkat ketidak puasan tertinggi adalah pada kinerja perawat, yang lebih khusus lagi terhadap penguasaan perawat terhadap kondisi perkembangan penderita, ketidak puasan terendah pada tarif.
4. Pada sembilan variabel kepuasan yang dianalisis, terdapat empat variabel yang berpengaruh secara signifikan terhadap rujukan rawat inap, yaitu kinerja perawat, sarana telepon, fasilitas peralatan medis dan fasilitas ruang perawatan.
5. Pada analisis perbedaan hasil penilaian dokter terhadap 9 variabel fasilitas dan layanan rumah sakit TNI AD Malang dengan rumah sakit lain, terdapat perbedaan yang signifikan pada semua variabel kecuali variabel dukungan manajemen.

6. Pada analisis pengaruh perbedaan nilai 9 variabel yang diteliti terhadap rujukan penderita rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang, terdapat dua variabel beda nilai yang secara signifikan berpengaruh, yaitu kinerja perawat dan kompensasi.
7. Berdasarkan hasil analisis kepuasan dokter dan pengaruhnya terhadap rujukan serta analisis perbedaan nilai rumah sakit dan pengaruhnya terhadap rujukan, variabel kinerja perawat merupakan faktor yang paling strategis, karena skor ketidak puasannya tinggi dan berpengaruh terhadap rujukan serta terdapat perbedaan nilai yang cukup besar dan berpengaruh terhadap rujukan.
8. Berdasarkan hasil analisis kualitatif dengan menggunakan teknik *Focus Group Discussion (FGD)* dapat diketahui bahwa rendahnya rujukan rawat inap di rumah sakit TNI AD Malang bukan semata disebabkan faktor dalam rumah sakit khususnya faktor perawat, tetapi terdapat faktor luar rumah sakit, yaitu kesan umum rumah sakit, *bargaining position* dokter untuk menentukan tempat rawat inap belum begitu kuat dan jumlah pasien dokter praktek tidak banyak.
9. Terdapatnya perbedaan kinerja perawat antara perawat rumah sakit TNI AD dengan rumah sakit pembanding dapat disebabkan perbedaan beban kerja, kompensasi, dan pembinaan karier yang berbeda antara dua rumah sakit.

## **6.2. Saran**

1. Perlu dilakukan penelitian, atau minimal survei kepuasan pasien terhadap rumah sakit, meliputi aspek kinerja dokter, kinerja perawat, penunjang medis, penunjang non medis serta fasilitasnya pendukungnya untuk lebih melengkapi informasi kualitas pelayanan rumah sakit guna peningkatan mutu berkelanjutan.



2. Mengingat faktor perawat merupakan faktor yang strategis, untuk melengkapi penelitian ini perlu dilakukan penelitian lebih spesifik tentang perawat dan beberapa aspek yang mempengaruhi kinerjanya.
3. Sebagai penyeimbang dapat dilakukan survei kinerja dokter dari sudut pandang perawat.
4. Rumah sakit adalah instalasi pelayanan yang sangat dinamis, oleh karena itu survei perlu dilakukan secara periodik, agar dinamika mutu pelayanan senantiasa dapat terpantau dan dapat digunakan sebagai masukan untuk perbaikan pelayanan.

## **KEPUSTAKAAN**

## KEPUSTAKAAN

- Aditama, (2002), *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Edisi kedua, Jakarta, Universitas Indonesia Press.
- Arikunto, (2002), *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi V, Jakarta, Rineka Cipta.
- Barlow, (2000), Physician Relations Programs Can Increase Referrals, *Healthcare Financial Management*, Oktober, United State of America.
- Chiavenato, (2001), Advances and challenges in human resource management in the new millennium, *Public Personal Management*, Spring, Washington.
- Churchil , G. A., (1998), *Marketing, Creating Value for Customer*, second edition, Mc Graw-Hill.
- Connellan, (2000), E service 24 ways to keep your customers, *AMACOM*, United state of America.
- Daniel, Wlamp, Hain,(1992), *Principle of Marketing*, Ohio, South Western Publishing Co.
- Dessler, G., (1984), *Human Resource Management*, Prentice Hill. Inc, Simon Schusler Company, New Jersey.
- Feldstein, P. J., (1983), *Health Care Economic*, Second edition, New York, A Wiley Medical Publication John Wiley & Sons.
- Ford, Fottler, (2000), Creating customer focused health care organization, *Health CareManagement Review*, Gaithersburg. Fall, United State of America.
- Ghozali, (2001), *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS*, Semarang, Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Griffith, (1987), *The Well Managed Community Hospital*, Michigam, Health Administration Press.
- Gronroos, C., (1990), *Service Management and Marketing : Managing The Moment of Truth in Service Competition*, Lexington Books, Lexington, Mass.
- Hartline, Ferrell, (1996), The Management of Customer Contact Service Employees : An Empirical Investigation, *Journal of Marketing*, Vol 60, October, United State of America.
- Koontz, (1984), *Management*, Eight Edition, Los Angeles, McGraw-Hill International Book Company.

- Kotler, P., (1995) *Marketing*, (alih bahasa Purwoko), Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Kotler, P., Amstrong, G., (1989), *Principle of Marketing*, Fourth Edition, London, Printice Hill International.
- Kotler, P., Amstrong, G., (1990), *Marketing An Intruduction*, Second Edition, London, Printice Hill International.
- Koys, (2001), The Effect of Employee Satisfaction, Organisational Citizenship Behavior and Turnover on Orgaizational Effectiveness, *Personal Psycologi*, Vol 54, Chicago, De Paul University.
- Marliana, Shellyana, (2001), Mengukur Persepsi Harapan dan Kualitas Jasa Konsumen Dengan Model Service Quality, *Jurnal Widya Manajemen dan Akuntansi*, Vol 1, Surabaya.
- Melvin, Irwin, (1996), Key to patient satisfaction in the emergency department: Results of multiple fasility study, *Hospital and Health Services Administrarion*, Winter, Chicago, USA.
- Moehji, (1988), *Ilmu Gizi, Pengelolaan Makanan bagi Orang Sakit di Rumah sakit*, Edisi II, Jakarta, Bratara Karya Aksara
- Nelson, Bowen, (2000), The Effect of Employee Uniforms on Employee Satisfaction, *Cornel Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, Nevada, Cornell University.
- O'Connor, Trinh, Shewchuk, (2000), Perceptual Gaps in Understanding Patient Expectations for Health Care Servis Quality, *Hcalth Care Manage Review*, Vol 25, Aspen Publishers, Inc, USA.
- Parasuraman, A.,Zeithmal, V.A., and Berry, L.L., (1988), "SERQUAL : A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality" *Journal of Retailing*, Vol 64.
- Perreault, (1995), *Intisari Pemasaran Sebuah Rancangan Manajerial Global*, Alih bahasa Maulana MSM, Edisi VI, Jakarta, Bina rupa.
- Pherson, Tjosvold, (1996), Physician and Nurse administrator relationship in the Hospital Management, *Healthcare Management Review*, Vol 21, summer, Gaithersburg, United State of America.
- Qomarudin, (1998), Fokus Group Diskusi, Pusat Penelitian Kependudukan dan Pembangunan, Lembaga Penelitian Unair, Surabaya.

- Robbins, (2001), *Perilaku Organisasi, Konsep kontroversi aplikasi*, Versi bahasa Indonesia, Edisi kedelapan, (alih bahasa Pujaatmaka), Jakarta, PT Prehalindo.
- Roberts, (2001), Managing strategic outsourcing in the healthcare industry, *Journal of Healthcare Management*, Aug, Chicago USA.
- Scott, (2001), Customer Satisfaction : Six strategies for Continuous improvement, *Journal of Healthcare Management*, Chicago USA.
- Scott, (2001), The voice of customer: Is anyone listening?, *Journal of Healthcare Management*, Aug, Chicago USA.
- Sihombing, (2001), Memelihara Komitmen dalam mengimplementasikan Strategi, *Manajemen*, Mei, Jakarta
- Simamora, (2001), *Manajemen Sumberdaya Manusia*, Edisi kedua, STIE YKPN, Yogyakarta.
- Smith, Bolton, Wagner, (1999), A Model of Customer Satisfaction with Servis Encounter Involving Failure and Recovery, *Journal of Marketing Research*, Vol XXXVI, United State of America.
- Spinelli, Canavos, (2000), Investigating the Relationship Employee Satisfaction and Guest Satisfaction, *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, Cornell University, United State of America
- Sugandhi, (1981), *Kitab Undang Undang Hukum Pidana dan Penjelasannya*, Usaha Nasional Surabaya.
- Sukirno, (2001), *Pengantar Teori Ekonomi Mikro*, Edisi Kedua, Jakarta, Raja Grafindo Persada.
- Tjiptono, F., (2000), *Perspektif Manajemen dan Pemasaran Kontemporer*, Yogyakarta, Andi Offset.
- Wijono, (1997), *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, Surabaya, Airlangga University Press.
- Wijono, (1999), *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan , Teori Strategi dan Aplikasi*, Surabaya, Airlangga University Press.

## **LAMPIRAN**

## Lampiran 1

### KUESIONER

#### BAGIAN I : DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama : (Tidak perlu diisi) No : .....
2. Jenis Kelamin : a. Laki b. Perempuan
4. Bekerja di bagian : a. Bedah b. Kebidanan c. Penyakit Dalam  
d. Penyakit anak e. Syaraf f. THT  
g. Kulit Kelamin h. Mata i. ICU  
j. Jiwa
5. Bidang Profesi : a. Dokter Umum b. Dokter spesialis
6. Status dinas : a. Dinas aktif b. Purna Tugas  
c. Dokter kontrak d. Dokter tamu insatansi  
lain
7. Membuka praktek pribadi : a. Ya b. Tidak
8. Jarak tempat praktek dari rumah sakit TNI AD Malang  
a. < 1 km b. 1 - 5 km  
c. 5 - 10 km d. > 10 km
9. Selain di rumah sakit TNI AD Malang, rumah sakit lain yang paling sering dokter gunakan untuk merawat pasien rawat inap adalah :
- a. RKZ b. RSI JIn Sulawesi  
c. RS Panti Nirmala d. RS Lavalet  
e. RS Bersalin Muhamadiyah f. RSI Dinoyo  
g. RS Bersalin Husada Bunda h. Lainnya

## **BAGIAN II : HARAPAN DOKTER**

### **Petunjuk :**

1. Bagian ini dimaksudkan untuk mengetahui harapan saudara terhadap kualitas dan fasilitas yang seharusnya disediakan oleh sebuah rumah sakit agar saudara sebagai dokter profesional dan sebagai advisor memutuskan untuk menggunakan sebuah rumah sakit sebagai rujukan merawat penderita.
2. Ada sembilan bagian pokok, masing masing dengan beberapa pertanyaan yang harap saudara isi.
3. Pendapat dokter sangat penting bagi manajemen untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi rumah sakit.
4. Berilah tanda silang pada pilihan jawaban (a, b, c, d, e, f) yang tersedia pada semua pertanyaan berikut.



## 1. Kinerja Perawat

1. Pengetahuan perawat rumah sakit tentang asuhan perawatan 
  - a. Sangat tidak diharapkan
  - b. Tidak diharapkan
  - c. Kurang diharapkan
  - d. Agak diharapkan
  - e. Diharapkan
  - f. Sangat diharapkan
2. Penguasaan perawat tentang kondisi dan perkembangan setiap penderita sehingga mampu menjawab bila dokter memerlukan informasi penderita atau perlu dilaporkan ke dokter 
  - a. Sangat tidak diharapkan
  - b. Tidak diharapkan
  - c. Kurang diharapkan
  - d. Agak diharapkan
  - e. Diharapkan
  - f. Sangat diharapkan
3. Ketrampilan perawat untuk melakukan tindakan sesuai kapasitas dan tempat tugasnya 
  - a. Sangat tidak diharapkan
  - b. Tidak diharapkan
  - c. Kurang diharapkan
  - d. Agak diharapkan
  - e. Diharapkan
  - f. Sangat diharapkan
4. Kemauan perawat untuk segera melapor ke dokter perkembangan kondisi penderita, misalnya perlu tindakan atau kondisinya memburuk 
  - a. Sangat tidak diharapkan
  - b. Tidak diharapkan
  - c. Kurang diharapkan
  - d. Agak diharapkan
  - e. Diharapkan
  - f. Sangat diharapkan
5. Kemauan perawat menyiapkan keperluan dokter untuk visite, misalnya, alat kesehatan yang diperlukan, status penderita 
  - a. Sangat tidak diharapkan
  - b. Tidak diharapkan
  - c. Kurang diharapkan
  - d. Agak diharapkan
  - e. Diharapkan
  - f. Sangat diharapkan
6. Rasa tanggung jawab perawat terhadap tugasnya 
  - a. Sangat tidak diharapkan
  - b. Tidak diharapkan
  - c. Kurang diharapkan
  - d. Agak diharapkan
  - e. Diharapkan
  - f. Sangat diharapkan
7. Kemauan perawat untuk memahami pasien yang dirawat dalam keadaan kesusahan 
  - a. Sangat tidak diharapkan
  - b. Tidak diharapkan
  - c. Kurang diharapkan
  - d. Agak diharapkan
  - e. Diharapkan
  - f. Sangat diharapkan
8. Daya tanggap perawat untuk membantu penderita yang memerlukan bantuan, misalnya menuntun ke kamar mandi 
  - a. Sangat tidak diharapkan
  - b. Tidak diharapkan
  - c. Kurang diharapkan
  - d. Agak diharapkan
  - e. Diharapkan
  - f. Sangat diharapkan

9. Kemampuan perawat untuk bekerjasama dengan sejawat, misalnya pembagian tugas, saling membantu
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
10. Kemampuan perawat untuk bekerjasama dengan dokter
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
11. Penampilan diri perawat, misalnya kerapihan, kebersihan diri, rambut
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
12. Keramahan perawat terhadap pasien dan keluarganya
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan

## II. Fasilitas Alat Kesehatan

1. Ketersediaannya alat terapi yang memadai agar dokter dapat secara maksimal mengaplikasikan semua kemampuan profesi yang dimiliki
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
2. Kualitas alat medis terapiutik (misalnya alat bedah) yang disediakan pihak rumah sakit untuk menjamin kualitas layanan
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
3. Ketersediaannya alat bantu diagnostik canggih, misalnya CT Scan, MRI untuk menunjang ketepatan dan kualitas pelayanan
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
4. Ketersediannya alat diagnostik sesuai standar kelas rumah sakit untuk kelancaran tugas profesi dokter
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan

5. Akurasi hasil alat penunjang diagnostik yang tersedia di rumah sakit sesuai bidang profesi saudara
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan            d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                      f. Sangat diharapkan
6. Kecepatan penyampaian hasil pemeriksaan penunjang diagnostik
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan            d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                      f. Sangat diharapkan
7. Ketersediaan obat yang diperlukan dokter untuk terapi sesuai bidang profesi dokter
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan            d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                      f. Sangat diharapkan

### III. Ruang Perawatan

1. Tata ruang perawatan yang nyaman , misalnya tata letak perabot, sirkulasi udara, warna cat tembok
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan            d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                      f. Sangat diharapkan
2. Perawatan bangunan, misalnya atap ruangan, cat tembok, jendela, pintu
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan            d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                      f. Sangat diharapkan
3. Kelayakan perabotan tempat tidur, kasur, bantal, sprej, selimut, almari
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan            d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                      f. Sangat diharapkan
4. Jumlah kamar mandi sesuai kapasitas tempat tidur ruangan berdasar kelas perawatan
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan            d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                      f. Sangat diharapkan
5. Kualitas kamar mandi sesuai kelas perawatan
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan            d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                      f. Sangat diharapkan

6. Kelayakan intensitas penerangan ruangan sesuai fungsi ruangan
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

7. Kelayakan ruang kerja dokter
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

#### IV. Pelayanan Gizi

1. Kemampuan unit gizi memberikan pelayanan sesuai permintaan baik kandungan maupun bentuknya
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

2. Kelayakan alat saji yang digunakan untuk menghidangkan makanan sesuai kelas perawatan
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

#### V. Pelayanan Administrasi

1. Kemudahan prosedur MRS bagi penderita yang dokter kirim untuk rawat inap
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

2. Kelengkapan perincian hak jasa dokter seperti jumlah pasien yang dokter rawat, jumlah hari perawatan, jumlah rupiah
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

3. Akurasi pencatatan administrasi hak jasa dokter maupun perincian biaya perawatan pasien yang dokter rawat
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

4. Kemudahan pelayanan administrasi lain seperti pembayaran pajak, persyaratan ijin praktek atau yang lain
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
5. Keramahan petugas administrasi melayani dokter
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan

## VI. Tarif

1. Rumah sakit menetapkan tarif ruang perawatan yang murah sesuai kelas perawatan dan fasilitas yang tersedia diruang perawatan
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
2. Rumah sakit menetapkan tarif penunjang diagnostik yang murah, misalnya tarif laboratorium
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
3. Rumah sakit menetapkan harga obat yang tidak mahal
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan

## VII. Kompensasi

1. Pemberian gaji tetap yang layak
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
2. Pemberian jasa medis yang layak untuk perawatan rawat inap
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan
3. Potongan jasa medis ditiadakan
- a. Sangat tidak diharapkan      b. Tidak diharapkan  
c. Kurang diharapkan              d. Agak diharapkan  
e. Diharapkan                        f. Sangat diharapkan

4. Pemberian ganti rugi atau santunan kepada penderita yang dirugikan akibat kesalahan rumah sakit
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

### VIII Dukungan Manajemen

1. Komitmen manajemen rumah sakit terhadap kualitas pelayanan untuk kepuasan penderita dan keluarganya
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |
2. Tersedianya forum diskusi antara manajemen dan dokter, untuk perbaikan pelayanan
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |
3. Keterlibatan dokter dalam penentuan kebijakan rumah sakit khususnya tentang pelayanan kesehatan
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |
4. Kesempatan untuk mendapat informasi atau umpan balik dari manajemen misalnya tentang kualitas pelayanan seperti hasil angket kepuasan penderita
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |
5. Tersedianya protap untuk kelancaran dan keamanan kerja
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |
6. Suasana kerja yang nyaman
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |
7. Dukungan perlindungan hukum terhadap dokter yang mendapat masalah hukum dalam menjalankan profesinya di rumah sakit
- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

**IX. Sarana Komunikasi**

1. Kemudahan akses telepon dari dan ke ruang perawatan untuk memantau atau melaporkan perkembangan penderita yang dirawat

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

2. Fasilitas telepon umum yang disediakan bagi pasien dan keluarganya

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| a. Sangat tidak diharapkan | b. Tidak diharapkan  |
| c. Kurang diharapkan       | d. Agak diharapkan   |
| e. Diharapkan              | f. Sangat diharapkan |

### **BAGIAN III : PENDAPAT DOKTER TERHADAP RUMAH SAKIT**

**Petunjuk :**

1. Bagian ini dimaksudkan untuk mengetahui pendapat saudara mengenai kualitas dan pelayanan yang telah diberikan rumah sakit TNI AD Malang kepada pasien yang saudara rawat maupun kepada dokter sendiri dalam melaksanakan profesinya.
2. Ada sembilan bagian pokok yang dinilai, setiap bagian terdiri beberapa pertanyaan yang mohon diisi.
3. Silahkan beri penilaian dengan menjawab pertanyaan berikut dengan menulis huruf (a, b, c, d, e, f) pada kotak yang telah disediakan.
4. Penilaian saudara sangat penting untuk evaluasi dan perbaikan manajemen rumah sakit, oleh karena itu mohon berikan penilaian yang seobyektif mungkin



## Kinerja Perawat

1. Pengetahuan perawat rumah sakit tentang asuhan perawatan
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
2. Penguasaan perawat tentang kondisi dan perkembangan setiap penderita sehingga mampu menjawab bila dokter memerlukan informasi penderita atau perlu dilaporkan ke dokter
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
3. Ketrampilan perawat untuk melakukan tindakan sesuai kapasitas dan tempat tugasnya
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
4. Kemauan perawat untuk segera melapor ke dokter perkembangan kondisi penderita, misalnya perlu tindakan atau kondisinya memburuk
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
5. Kemauan perawat menyiapkan keperluan dokter untuk visite, misalnya, alat kesehatan yang diperlukan, status penderita
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
6. Rasa tanggung jawab perawat terhadap tugasnya
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
7. Kemauan perawat untuk memahami pasien yang dirawat dalam keadaan kesusahan
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
8. Daya tanggap perawat untuk membantu penderita yang memerlukan bantuan, misalnya menuntun ke kamar mandi
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik

9. Kemampuan perawat untuk bekerjasama dengan sejawat, misalnya pembagian tugas, saling membantu
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
10. Kemampuan perawat untuk bekerjasama dengan dokter
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
11. Penampilan diri perawat, misalnya kerapihan, kebersihan diri, rambut
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
12. Keramahan perawat terhadap pasien dan keluarganya
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik

**1. Fasilitas Alat Kesehatan**

1. Ketersediaannya alat terapi yang memadai agar dokter dapat secara maksimal mengaplikasikan semua kemampuan profesi yang dimiliki
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
2. Kualitas alat medis terapiutik (misalnya alat bedah) yang disediakan pihak rumah sakit untuk menjamin kualitas layanan
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
3. Ketersediaannya alat bantu diagnostik canggih, misalnya CT Scan, MRI untuk menunjang ketepatan dan kualitas pelayanan
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik
4. Ketersediannya alat diagnostik sesuai standar kelas rumah sakit untuk kelancaran tugas profesi dokter
- a. Sangat kurang                      b. Kurang  
c. Agak kurang                      d. Agak baik  
e. Baik                                      f. Sangat baik



6. Kelayakan intensitas penerangan ruangan sesuai fungsi ruangan [ ]
- a. Sangat kurang                      b. Kurang
- c. Agak kurang                         d. Agak baik
- e. Baik                                      f. Sangat baik
7. Kelayakan ruang kerja dokter [ ]
- a. Sangat kurang                      b. Kurang
- c. Agak kurang                         d. Agak baik
- e. Baik                                      f. Sangat baik

#### IV. Pelayanan Gizi

1. Kemampuan unit gizi memberikan pelayanan sesuai permintaan baik kandungan maupun bentuknya [ ]
- a. Sangat kurang                      b. Kurang
- c. Agak kurang                         d. Agak baik
- e. Baik                                      f. Sangat baik
2. Kelayakan alat saji yang digunakan untuk menghidangkan makanan sesuai kelas perawatan [ ]
- a. Sangat kurang                      b. Kurang
- c. Agak kurang                         d. Agak baik
- e. Baik                                      f. Sangat baik

#### V. Pelayanan Administrasi

1. Kemudahan prosedur MRS bagi penderita yang dokter kirim untuk rawat inap [ ]
- a. Sangat kurang                      b. Kurang
- c. Agak kurang                         d. Agak baik
- e. Baik                                      f. Sangat baik
2. Kelengkapan perincian hak jasa dokter seperti jumlah pasien yang dokter rawat, jumlah hari perawatan, jumlah rupiah [ ]
- a. Sangat kurang                      b. Kurang
- c. Agak kurang                         d. Agak baik
- e. Baik                                      f. Sangat baik
3. Akurasi pencatatan administrasi hak jasa dokter maupun perincian biaya perawatan pasien yang dokter rawat [ ]
- a. Sangat kurang                      b. Kurang
- c. Agak kurang                         d. Agak baik
- e. Baik                                      f. Sangat baik

4. Kemudahan pelayanan administrasi lain seperti pembayaran pajak, persyaratan ijin praktek atau yang lain

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |

5. Keramahan petugas administrasi melayani dokter

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |

## VI. Tarif

1. Tarif ruang perawatan rawat inap yang diberlakukan rumah sakit di setiap kelas perawatan berdasarkan fasilitas yang tersedia diruang perawatan

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| a. Sangat mahal | b. Mahal        |
| c. Agak mahal   | d. Agak murah   |
| e. Murah        | f. Sangat murah |

2. Tarif penunjang diagnostik yang diberlakukan di rumah sakit, misalnya tarif laboratorium

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| a. Sangat mahal | b. Mahal        |
| c. Agak mahal   | d. Agak murah   |
| e. Murah        | f. Sangat murah |

3. Harga obat yang diberlakukan di rumah sakit

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| a. Sangat mahal | b. Mahal        |
| c. Agak mahal   | d. Agak murah   |
| e. Murah        | f. Sangat murah |

## VII Kompensasi

1. Kelayakan gaji yang diberikan pemerintah terhadap dokter

- |                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| a. Sangat tidak layak | b. Tidak layak   |
| c. Kurang layak       | d. Lumayan layak |
| e. Layak              | f. Sangat layak  |

2. Besarnya jasa medis perawatan penderita masyarakat umum yang diberlakukan di rumah sakit

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| a. Terlalu kecil | b. Kecil         |
| c. Agak kecil    | d. Lumayan besar |
| e. Besar         | f. Sangat besar  |

3. Potongan jasa medis yang diberlakukan di rumah sakit
- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| a. Terlalu besar | b. Besar        |
| c. Agak besar    | d. Agak kecil   |
| e. Kecil         | f. Sangat kecil |
4. Pemberian ganti rugi atau santunan kepada penderita yang dirugikan akibat kesalahan rumah sakit
- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |

## VII Dukungan Manajemen

1. Komitmen manajemen rumah sakit terhadap kualitas pelayanan untuk kepuasan penderita dan keluarganya
- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |
2. Tersedianya forum diskusi antara manajemen dan dokter, untuk perbaikan pelayanan
- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |
3. Keterlibatan dokter dalam penentuan kebijakan rumah sakit khususnya tentang pelayanan kesehatan
- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |
4. Kesempatan untuk mendapat informasi atau umpan balik dari manajemen misalnya tentang kualitas pelayanan seperti hasil angket kepuasan penderita
- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |
5. Tersedianya protap untuk kelancaran dan keamanan kerja
- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |
6. Suasana kerja yang nyaman
- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |

7. Dukungan perlindungan hukum terhadap dokter yang mendapat masalah hukum dalam menjalankan profesinya di rumah sakit

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |

#### IX. Sarana Komunikasi

1. Kemudahan akses telepon dari dan ke ruang perawatan untuk memantau atau melaporkan perkembangan penderita yang dirawat

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |

2. Fasilitas telepon umum yang disediakan bagi pasien dan keluarganya

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| a. Sangat kurang | b. Kurang      |
| c. Agak kurang   | d. Agak baik   |
| e. Baik          | f. Sangat baik |

Lampiran 2

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X1.1.1	5,8462	,3755	13,0
2.	X1.1.2	5,7692	,4385	13,0
3.	X1.1.3	5,6154	,5064	13,0
4.	X1.1.4	5,4615	,6602	13,0
5.	X1.1.5	5,5385	,5189	13,0
6.	X1.1.6	5,7692	,4385	13,0
7.	X1.1.7	5,7692	,4385	13,0
8.	X1.1.8	5,1538	,5547	13,0
9.	X1.1.9	5,9231	,2774	13,0
10.	X1.1.10	5,7692	,4385	13,0
11.	X1.1.11	5,7692	,4385	13,0
12.	X1.1.12	5,7692	,4385	13,0
13.	X1.1.13	5,9231	,2774	13,0
14.	X1.1.14	5,8462	,3755	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	79,9231	13,4103	3,6620	14

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.1.1	74,0769	10,9103	,9509	.	,8135
X1.1.2	74,1538	10,9744	,7722	.	,8201
X1.1.3	74,3077	11,0641	,6204	.	,8285
X1.1.4	74,4615	15,2692	-,4448	.	,9114
X1.1.5	74,3846	11,9231	,3399	.	,8480
X1.1.6	74,1538	10,9744	,7722	.	,8201
X1.1.7	74,1538	11,4744	,5869	.	,8316
X1.1.8	74,7692	11,3590	,4663	.	,8400
X1.1.9	74,0000	12,1667	,6030	.	,8356
X1.1.10	74,1538	11,1410	,7095	.	,8240
X1.1.11	74,1538	10,9744	,7722	.	,8201
X1.1.12	74,1538	11,1410	,7095	.	,8240
X1.1.13	74,0000	12,1667	,6030	.	,8356
X1.1.14	74,0769	12,2436	,3903	.	,8428

Reliability Coefficients 14 items

Alpha = ,8473

Standardized item alpha = ,8847



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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X1.2.1	5,6923	,4204	13,0
2.	X1.2.2	5,5385	,5189	13,0
3.	X1.2.3	5,0000	,9129	13,0
4.	X1.2.4	5,7692	,4325	13,0
5.	X1.2.5	5,6154	,5064	13,0
6.	X1.2.6	5,6923	,4864	13,0
7.	X1.2.7	5,6154	,5364	13,0
8.	X1.2.8	5,6923	,4204	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	44,6154	8,7564	2,9591	8

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.2.1	38,9231	6,4103	,5696	,9081	,7537
X1.2.2	39,0769	6,9103	,5781	,5856	,7900
X1.2.3	39,6154	6,4231	,3242	,4552	,8639
X1.2.4	38,8462	7,4744	,4545	,8524	,8065
X1.2.5	39,0000	6,5000	,7746	,9374	,7640
X1.2.6	38,9231	7,2436	,4958	,7359	,8012
X1.2.7	39,0000	7,1667	,4918	,9250	,8014
X1.2.8	38,9231	6,9103	,6396	,6065	,7835

Reliability Coefficients 8 items

Alpha = ,8166 Standardized item alpha = ,5509

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X1.3.1	5,2308	,4385	13,0
2.	X1.3.2	5,4615	,5189	13,0
3.	X1.3.3	5,3077	,4804	13,0
4.	X1.3.4	5,2308	,4385	13,0
5.	X1.3.5	5,3846	,5064	13,0
6.	X1.3.6	5,3077	,4804	13,0
7.	X1.3.7	5,1538	,6887	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	37,0769	8,2436	2,8712	7

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.3.1	31,8462	6,6410	,6240	,7833	,9012
X1.3.2	31,6154	6,4231	,5898	,5873	,9054
X1.3.3	31,7632	6,1923	,7615	,9097	,8870
X1.3.4	31,8462	6,8077	,5434	,7833	,9085
X1.3.5	31,6923	5,7308	,9307	,9552	,8671
X1.3.6	31,7692	6,0256	,8426	,8796	,8783
X1.3.7	31,9231	5,2436	,8007	,7658	,8861

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = ,9054 Standardized item alpha = ,9076

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X1.4.1	5,6923	,4304	13,0
2.	X1.4.2	5,4615	,5189	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	11,1538	,8077	,8987	2

X1.5.2	19,3846	4,2564	,6386	,6950	,7912
X1.5.3	19,3846	4,2564	,6386	,6950	,8434

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.4.1	5,4615	,2692	,6172	,3810	.
X1.4.2	5,6923	,2308	,6172	,3810	.

Reliability Coefficients 2 items

Alpha = ,7619 Standardized item alpha = ,7633

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. X1.5.1	4,8462	,6887	13,0
2. X1.5.2	4,8462	,5547	13,0
3. X1.5.3	4,8462	,6927	13,0
4. X1.5.4	4,8462	,6887	13,0
5. X1.5.5	4,8462	,5547	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	24,2308	6,0256	2,4547	5

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.5.1	19,3846	3,4231	,8351	,7997	,7241
X1.5.2	19,3846	4,2564	,6386	,6950	,7912
X1.5.3	19,3846	4,2564	,4556	,3374	,8434
X1.5.4	19,3846	3,7564	,6723	,6019	,7782
X1.5.5	19,3846	4,4231	,5550	,4733	,8116

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = ,8271 Standardized item alpha = ,8290

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X1.6.1	5,1538	,6867	13,0
2.	X1.6.2	5,1538	,5547	13,0
3.	X1.6.3	5,2308	,5991	13,0
Statistics for Scale				
	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	15,5385	2,7692	1,6641	3

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.6.1	10,3846	1,2564	,6726	,5209	,9388
X1.6.2	10,3846	1,4231	,7647	,7917	,8288
X1.6.3	10,3077	1,2308	,8672	,8444	,7292

Reliability Coefficients 3 items

Alpha = ,8819 Standardized item alpha = .8901

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X1.7.1	5,5385	,5189	13,0
2.	X1.7.2	5,3846	,5064	13,0
3.	X1.7.3	4,6154	1,1209	13,0
4.	X1.7.4	4,6923	1,1094	13,0
Statistics for Scale				
	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	20,2308	6,6923	2,5869	4

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.7.1	14,6923	4,8974	,6543	,5612	,6597
X1.7.2	14,8462	4,8077	,7332	,6325	,6400
X1.7.3	15,6154	3,5897	,4347	,2022	,7661
X1.7.4	15,5385	3,1026	,6036	,4832	,6384

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,7331

Standardized item alpha = ,8193

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. X1.8.1	5,6923	,4804	13,0
2. X1.8.2	5,4615	,3189	13,0
3. X1.8.3	5,5385	,5189	13,0
4. X1.8.4	5,6154	,5064	13,0
5. X1.8.5	5,6923	,4804	13,0
6. X1.8.6	5,6154	,5064	13,0
7. X1.8.7	5,6923	,4804	13,0
8. X1.8.8	5,5385	,5189	13,0
9. X1.8.9	5,7692	,4385	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	50,6154	10,5897	3,2542	9

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.8.1	44,9231	8,2436	,7669	,9666	,8691
X1.8.2	45,1538	8,1410	,7361	,7519	,8711
X1.8.3	45,0769	8,9103	,4553	,6131	,8946
X1.8.4	45,0000	8,3333	,6841	,9699	,8756
X1.8.5	44,9231	9,2436	,3818	,7876	,8988
X1.8.6	45,0000	8,3333	,6841	,9699	,8756
X1.8.7	44,9231	8,2436	,7669	,9306	,8691
X1.8.8	45,0769	8,0769	,7607	,7619	,8689
X1.8.9	44,8462	8,8077	,6108	,9783	,8817

Reliability Coefficients 9 items

Alpha = ,8907 Standardized item alpha = ,9909

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X1.9.1	5,6923	,4804	13,0
2.	X1.9.2	5,5385	,5189	13,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	11,2308	,8590	,9268	Variables
				2

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X1.9.1	5,5385	,2692	,7201	,5185	.
X1.9.2	5,6923	,2308	,7201	,5185	.

Reliability Coefficients 2 items

Alpha = ,8358 Standardized item alpha = ,8373

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X2.1.1	3,5385	,7763	13,0
2.	X2.1.2	3,0769	,7596	13,0
3.	X2.1.3	3,6154	,7679	13,0
4.	X2.1.4	4,2308	,8321	13,0
5.	X2.1.5	3,3846	,7679	13,0
6.	X2.1.6	3,3077	,6304	13,0
7.	X2.1.7	3,0769	,4935	13,0
8.	X2.1.8	3,5385	,5189	13,0
9.	X2.1.9	4,0769	,8623	13,0
10.	X2.1.10	3,4615	,6602	13,0
11.	X2.1.11	4,0769	,4935	13,0
12.	X2.1.12	4,3846	,5064	13,0
13.	X2.1.13	3,2308	,5991	13,0
14.	X2.1.14	3,6154	,8637	13,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	50,6154	48,5897	6,9706	Variables
				14

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.1.1	47,0769	39,5769	,8611	.	,9149
X2.1.2	47,5385	39,6026	,8797	.	,9143
X2.1.3	47,0000	44,5000	,3416	.	,9332
X2.1.4	46,3846	44,4231	,3132	.	,9354
X2.1.5	47,2308	44,0256	,3900	.	,9316
X2.1.6	47,3077	40,5641	,9499	.	,9135
X2.1.7	47,5385	43,6026	,7278	.	,9215
X2.1.8	47,0769	45,0769	,4655	.	,9274
X2.1.9	46,5385	39,2692	,7936	.	,9175
X2.1.10	47,1538	41,4744	,7855	.	,9182
X2.1.11	46,5385	43,1026	,8091	.	,9196
X2.1.12	46,2308	43,0256	,7990	.	,9197
X2.1.13	47,3846	41,4231	,8827	.	,9160
X2.1.14	47,0000	40,1667	,6954	.	,9215

Reliability Coefficients 14 items

Alpha = ,9272 Standardized item alpha = ,9364

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. X2.2.1	4,0769	,7596	13,0
2. X2.2.2	3,3077	,4804	13,0
3. X2.2.3	4,1538	,6887	13,0
4. X2.2.4	3,2308	,5991	13,0
5. X2.2.5	3,3846	,7679	13,0
6. X2.2.6	4,1538	,6887	13,0
7. X2.2.7	3,6154	,5064	13,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	25,9231	13,2436	3,6392	Variables
				7

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.2.1	21,8462	8,9744	,8113	,8045	,8811
X2.2.2	22,6154	10,9231	,6581	,6138	,9000
X2.2.3	21,7692	9,6923	,7175	,7391	,8921
X2.2.4	22,6923	10,0641	,7420	,7974	,8897
X2.2.5	22,5385	9,4359	,6821	,7216	,8984
X2.2.6	21,7692	9,3590	,8093	,7594	,8811
X2.2.7	22,3077	10,7308	,6802	,8076	,8975

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = ,9058 Standardized item alpha = ,9094

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. X2.3.1	4,0769	,7596	13,0
2. X2.3.2	3,3077	,4804	13,0
3. X2.3.3	4,1538	,6887	13,0
4. X2.3.4	3,2308	,5991	13,0
5. X2.3.5	3,3846	,7679	13,0
6. X2.3.6	4,1538	,6887	13,0
7. X2.3.7	3,6154	,5064	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	25,9231	13,2436	3,6392	7

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.3.1	21,8462	8,9744	,8113	,8045	,8811
X2.3.2	22,6154	10,9231	,6581	,6138	,9000
X2.3.3	21,7692	9,6923	,7175	,7391	,8921
X2.3.4	22,6923	10,0641	,7420	,7974	,8897
X2.3.5	22,5385	9,4359	,6821	,7216	,8984
X2.3.6	21,7692	9,3590	,8093	,7594	,8811
X2.3.7	22,3077	10,7308	,6802	,8076	,8975



Reliability Coefficients 7 items

Alpha = ,9058 Standardized item alpha = ,9094

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X2.4.1	4,2308	,5991	13,0
2.	X2.4.2	4,3846	,6504	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	8,6154	1,2564	1,1209	2

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.4.1	4,3846	,4231	,6086	,3704	.
X2.4.2	4,2308	,3590	,6086	,3704	.

Reliability Coefficients 2 items

Alpha = ,7551 Standardized item alpha = ,7567

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X2.5.1	4,7692	,4365	13,0
2.	X2.5.2	2,8462	,5547	13,0
3.	X2.5.3	4,5385	,5189	13,0
4.	X2.5.4	4,5385	,5189	13,0
5.	X2.5.5	4,6923	,4804	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	21,3846	3,7564	1,9381	5

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.5.1	16,6154	2,4231	,8356	,9981	,7407
X2.5.2	18,5385	2,4359	,5849	,8568	,8070
X2.5.3	16,8462	2,4744	,6205	,5994	,7945
X2.5.4	16,8462	2,4744	,6205	,5994	,7945
X2.5.5	16,6923	2,7308	,5007	,3031	,8263

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = ,8276 Standardized item alpha = ,8332

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. X2.6.1	3,6154	,5064	13,0
2. X2.6.2	2,7692	,4365	13,0
3. X2.6.3	3,1538	,8006	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	9,5385	2,1026	1,4500	3

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.6.1	5,9231	1,0769	,7319	,6030	,4524
X2.6.2	6,7692	1,3590	,5392	,4833	,6792
X2.6.3	6,3846	,7564	,5063	,3283	,8136

Reliability Coefficients 3 items

Alpha = ,7226 Standardized item alpha = ,7763

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X2.7.1	2,7692	,5991	13,0
2.	X2.7.2	3,0769	,6405	13,0
3.	X2.7.3	4,1538	,6887	13,0
4.	X2.7.4	3,2308	,5991	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	13,2308	4,0256	2,0064	4

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.7.1	10,4615	2,4359	,6581	,5597	,7342
X2.7.2	10,1538	2,3077	,6720	,5397	,7250
X2.7.3	9,0769	2,5769	,4406	,2701	,8433
X2.7.4	10,0000	2,3333	,7284	,5344	,7005

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,8025 Standardized item alpha = ,8089

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	X2.8.1	4,0000	,5774	13,0
2.	X2.8.2	3,0769	,6405	13,0
3.	X2.8.3	4,7692	,4385	13,0
4.	X2.8.4	3,0769	,4935	13,0
5.	X2.8.5	4,0000	,5774	13,0
6.	X2.8.6	3,6154	,5064	13,0
7.	X2.8.7	4,6923	,4804	13,0
8.	X2.8.8	3,6923	,6304	13,0
9.	X2.8.9	2,6923	,4804	13,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	33,6154	11,7564	3,4288	9

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.8.1	29,6154	8,4231	,8952	,9880	,8315
X2.8.2	30,5385	8,4359	,7822	,9534	,8424
X2.8.3	28,8462	9,8077	,6395	,6431	,8590
X2.8.4	30,5385	9,4359	,6850	,9215	,8540
X2.8.5	29,6154	9,4231	,5642	,9426	,8645
X2.8.6	30,0000	9,5000	,6407	,9401	,8575
X2.8.7	28,9231	9,5769	,6554	,9617	,8568
X2.8.8	29,9231	10,2436	,2764	,4129	,8940
X2.8.9	30,9231	10,0769	,4750	,8469	,8710

Reliability Coefficients 9 items

Alpha = ,8735 Standardized item alpha = ,8780

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. X2.9.1	4,0769	,6405	13,0
2. X2.9.2	3,3077	,4804	13,0
Statistics for Scale	Mean 7,3846	Variance 1,0897	Std Dev 1,0139
			N of Variables 2

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
X2.9.1	3,3077	,2308	,7292	,5317	.
X2.9.2	4,0769	,4103	,7292	,5317	.

Reliability Coefficients 2 items

Alpha = ,8235 Standardized item alpha = ,8434

Lampiran 3

Analisis Deskriptif Setiap Indikator Variabel

Penilaian Dokter Terhadap Rumah Sakit TNI AD

Perawat

N	Mean	Std Dev	N	Mean	Std Dev	N	Mean	Std Dev
45	3,089	0,596	18	2,944	0,639	27	3,185	0,557
	3,000	0,477		3,056	0,236		2,963	0,587
	3,178	0,650		3,167	0,707		3,185	0,622
	3,022	0,621		2,889	0,676		3,111	0,577
	3,044	0,673		3,111	0,676		3,000	0,679
	3,178	0,614		3,167	0,618		3,185	0,622
	3,200	0,548		3,278	0,575		3,148	0,534
	3,644	0,609		3,667	0,686		3,630	0,565
	3,556	0,503		3,500	0,514		3,593	0,501
	3,756	0,830		3,667	0,840		3,815	0,834
	3,889	0,682		4,000	0,767		3,815	0,622
	3,600	0,654		3,667	0,636		3,556	0,641
	40,156	7,455		40,111	7,621		40,185	7,342
	3,346	0,621		3,343	0,635		3,349	0,612

Peralatan Medis

N	Mean	Std Dev	N	Mean	Std Dev	N	Mean	Std Dev
45	3,378	0,777	16	3,111	0,758	27	3,556	0,751
	3,022	0,783		2,833	0,618		3,148	0,864
	1,200	0,405		1,222	0,428		1,185	0,396
	3,400	0,580		3,222	0,647		3,519	0,509
	3,156	0,475		3,111	0,471		3,185	0,483
	3,600	0,495		3,500	0,514		3,667	0,480
	4,244	0,645		4,222	0,808		4,259	0,526
	22,000	4,160		21,222	4,246		22,519	4,009
	3,143	0,594		3,032	0,607		3,217	0,573

Ruang Perawatan

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std Dev
45	3,911	0,701	18	4,000	0,767	27	3,852	0,662
	3,844	0,601		3,833	0,786		3,852	0,456
	3,867	0,661		3,889	0,583		3,852	0,718
	3,267	0,618		3,111	0,583		3,370	0,629
	3,489	0,757		3,611	0,979		3,407	0,572
	3,978	0,583		4,222	0,548		3,815	0,557
	3,467	0,548		3,500	0,514		3,444	0,577
	25,822	4,470		26,167	4,760		25,593	4,173
	3,689	0,639		3,738	0,680		3,656	0,596

**Pelayanan Gizi**

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	3,933	0,539	18	4,111	0,471	27	3,815	0,557
	3,667	0,603		3,667	0,594		3,667	0,620
	7,600	1,142		7,778	1,065		7,481	1,177
	3,800	0,571		3,889	0,535		3,741	0,589

**Pelayanan Administrasi**

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	4,600	0,495	18	4,611	0,502	27	4,593	0,501
	3,378	0,716		3,000	0,594		3,630	0,688
	4,667	0,477		4,611	0,502		4,704	0,465
	4,067	0,539		4,278	0,669		3,926	0,385
	4,378	0,576		4,556	0,616		4,259	0,526
	21,089	2,803		21,056	2,882		21,111	2,564
	4,218	0,561		4,211	0,576		4,222	0,513

**Penetapan Tarif**

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	3,822	0,490	18	3,611	0,502	27	3,963	0,437
	3,422	0,621		2,944	0,539		3,741	0,447
	3,400	0,618		3,389	0,778		3,407	0,501
	10,644	1,729		9,944	1,818		11,111	1,384
	3,548	0,576		3,315	0,606		3,704	0,461

**Kompensasi**

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	2,911	0,668	18	2,833	0,618	27	2,963	0,706
	3,556	0,725		3,722	0,752		3,444	0,698
	3,622	0,576		3,722	0,461		3,556	0,641
	2,556	0,503		2,444	0,511		2,630	0,492
	12,644	2,471		12,722	2,342		12,593	2,537
	3,161	0,618		3,181	0,586		3,148	0,634

**Dukungan Manajemen**

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	3,844	0,767	18	3,722	0,826	27	3,926	0,730
	4,222	0,704		4,222	0,732		4,222	0,698
	4,000	0,674		3,833	0,618		4,111	0,698
	3,111	0,804		2,833	0,707		3,296	0,823
	3,933	0,618		4,000	0,594		3,889	0,641
	4,378	0,535		4,333	0,485		4,407	0,572
	4,000	0,853		4,222	0,732		3,852	0,907
	3,556	0,841		3,056	0,639		3,889	0,801
	31,044	5,795		30,222	5,334		31,593	5,870
	3,881	0,724		3,778	0,667		3,949	0,734

Sarana Telepon

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	4,311	0,701	18	4,444	0,784	27	4,222	0,641
	3,289	0,695		3,333	0,594		3,259	0,764
	7,600	1,396		7,778	1,378		7,481	1,405
	3,800	0,698		3,889	0,689		3,741	0,702

Harapan Dokter Terhadap Rumah Sakit TNI AD

Perawat

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	5,889	0,318	16	5,889	0,323	27	5,889	0,320
	5,889	0,318		5,889	0,323		5,889	0,320
	5,889	0,318		5,833	0,383		5,926	0,267
	5,911	0,288		6,000	0,000		5,852	0,362
	5,644	0,484		5,556	0,511		5,704	0,465
	5,578	0,499		5,667	0,485		5,519	0,509
	5,822	0,387		5,722	0,461		5,889	0,320
	5,267	0,447		5,333	0,485		5,222	0,424
	5,622	0,490		5,611	0,502		5,630	0,492
	5,378	0,490		5,222	0,428		5,481	0,509
	5,467	0,505		5,389	0,502		5,519	0,509
	5,333	0,477		5,222	0,428		5,407	0,501
	67,689	5,021		67,333	4,831		67,926	4,999
	5,641	0,418		5,611	0,403		5,660	0,417

Peralatan Medis

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	5,756	0,435	18	5,611	0,502	27	5,852	0,362
	5,844	0,367		5,889	0,323		5,815	0,396
	3,889	0,959		3,000	0,594		4,481	0,643
	5,667	0,477		5,556	0,511		5,741	0,447
	5,733	0,447		5,722	0,461		5,741	0,447
	5,600	0,495		5,278	0,461		5,815	0,396
	5,511	0,506		5,222	0,428		5,704	0,465
	38,000	3,685		36,278	3,280		39,148	3,155
	5,429	0,526		5,183	0,469		5,593	0,451

Ruang Perawatan

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	5,489	0,506	18	5,556	0,511	27	5,444	0,506
	5,467	0,505		5,444	0,511		5,481	0,509
	5,378	0,535		5,444	0,511		5,333	0,555
	5,067	0,393		5,000	0,343		5,111	0,424
	5,289	0,458		5,333	0,485		5,259	0,447
	5,178	0,490		5,167	0,514		5,185	0,483
	4,378	0,650		4,278	0,669		4,444	0,641
	36,244	3,536		36,222	3,546		36,259	3,564
	5,178	0,505		5,175	0,507		5,180	0,509

Pelayanan Gizi

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	5,378	0,490	18	5,389	0,502	27	5,370	0,492
	5,111	0,383		5,056	0,416		5,148	0,362
	10,489	0,873		10,444	0,918		10,519	0,854
	5,244	0,437		5,222	0,459		5,259	0,427

Pelayanan Administrasi

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	5,556	0,503	18	5,556	0,511	27	5,556	0,506
	4,822	0,535		4,667	0,485		4,926	0,550
	5,822	0,387		5,833	0,383		5,815	0,396
	4,711	0,589		4,889	0,583		4,593	0,572
	4,933	0,495		5,056	0,416		4,852	0,534
	25,844	2,508		26,000	2,379		25,741	2,558
	5,169	0,502		5,200	0,475		5,148	0,512

Penetapan Tarif

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	4,356	0,743	18	4,167	0,707	27	4,481	0,753
	4,644	0,484		4,778	0,428		4,556	0,506
	4,178	0,535		4,111	0,323		4,222	0,641
	13,178	1,762		13,056	1,458		13,259	1,900
	4,393	0,587		4,352	0,486		4,420	0,633

Kompensasi

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	4,667	0,477	18	4,833	0,383	27	4,556	0,506
	5,289	0,458		5,278	0,461		5,296	0,465
	4,378	0,747		4,333	0,686		4,407	0,797
	3,889	0,910		4,111	1,079		3,741	0,764
	18,222	2,593		18,556	2,609		18,600	2,533
	4,556	0,648		4,639	0,652		4,500	0,633



Dukungan Manajemen

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	5,556	0,503	18	5,611	0,502	27	5,519	0,509
	5,378	0,490		5,333	0,485		5,407	0,501
	4,600	0,580		4,444	0,511		4,704	0,609
	5,333	0,477		5,389	0,502		5,296	0,465
	5,378	0,650		5,444	0,616		5,333	0,679
	5,400	0,539		5,500	0,618		5,333	0,480
	5,533	0,505		5,500	0,514		5,556	0,506
	5,133	0,661		5,056	0,639		5,185	0,681
	42,311	4,404		42,278	4,387		42,333	4,431
	5,289	0,550		5,285	0,548		5,292	0,554

Sarana Telepon

N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev	N	Mean	Std. Dev
45	5,711	0,458	18	5,889	0,323	27	5,593	0,501
	4,733	0,495		4,667	0,594		4,778	0,424
	10,444	0,954		10,556	0,917		10,370	0,924
	5,222	0,477		5,278	0,459		5,185	0,462

Analisis Kepuasan Dokter terhadap Rumah sakit TNI AD Malang

Perawat

N	Mean	Std Dev
45	2,800	0,661
	2,889	0,611
	2,711	0,727
	2,889	0,745
	2,600	0,837
	2,400	0,780
	2,622	0,535
	1,622	0,747
	2,067	0,618
	1,622	0,984
	1,578	0,917
	1,733	0,863
	27,533	9,025
	2,294	0,752

N	Mean	Std Dev
18	2,833	0,707
	2,889	0,323
	2,556	0,784
	3,111	0,676
	2,333	0,840
	2,556	0,784
	2,389	0,502
	1,667	0,840
	2,056	0,539
	1,389	0,850
	1,444	1,097
	1,500	0,857
	26,722	8,800
	2,227	0,733

N	Mean	Std Dev
27	2,778	0,641
	2,889	0,751
	2,815	0,681
	2,741	0,764
	2,778	0,801
	2,296	0,775
	2,778	0,506
	1,593	0,694
	2,074	0,675
	1,778	1,050
	1,667	0,784
	1,889	0,847
	28,074	8,970
	2,340	0,748

Alat Kesehatan

N	Mean	Std Dev
45	2,378	0,912
	2,822	0,860
	2,689	0,996
	2,267	0,618
	2,578	0,621
	2,000	0,707
	1,267	0,809
	16,000	5,523
	2,286	0,789

N	Mean	Std Dev
18	2,500	0,985
	3,056	0,725
	1,778	0,647
	2,333	0,686
	2,611	0,698
	1,778	0,732
	1,000	0,970
	15,056	5,443
	2,151	0,778

N	Mean	Std Dev
27	2,296	0,869
	2,667	0,920
	3,296	0,669
	2,222	0,577
	2,556	0,577
	2,148	0,662
	1,444	0,641
	16,630	4,915
	2,376	0,702

Ruangan		
N	Mean	Std Dev
45	1,578	0,753
	1,622	0,806
	1,511	0,895
	1,800	0,694
	1,800	0,757
	1,200	0,726
	0,911	0,949
	10,422	5,581
	1,489	0,797

N	Mean	Std Dev
18	1,556	0,784
	1,611	0,850
	1,556	0,922
	1,889	0,676
	1,722	0,958
	0,944	0,725
	0,778	0,878
	10,056	5,794
	1,437	0,828

N	Mean	Std Dev
27	1,593	0,747
	1,630	0,792
	1,481	0,893
	1,741	0,712
	1,852	0,602
	1,370	0,688
	1,000	1,000
	10,667	5,433
	1,524	0,776

Pelayanan Gizi		
N	Mean	Std Dev
45	1,444	0,586
	1,444	0,586
	2,889	1,172
	1,444	0,586

N	Mean	Std Dev
18	1,278	0,461
	1,389	0,608
	2,667	1,069
	1,333	0,534

N	Mean	Std Dev
27	1,556	0,641
	1,481	0,580
	3,037	1,220
	1,519	0,610

Pelayanan Administrasi		
N	Mean	Std Dev
45	0,956	0,767
	1,444	0,841
	1,156	0,638
	0,644	0,645
	0,556	0,693
	4,756	3,584
	0,951	0,717

N	Mean	Std Dev
18	0,944	0,725
	1,667	0,686
	1,222	0,647
	0,611	0,698
	0,500	0,797
	4,944	3,463
	0,989	0,693

N	Mean	Std Dev
27	0,963	0,808
	1,296	0,912
	1,111	0,641
	0,667	0,620
	0,593	0,694
	4,630	3,674
	0,926	0,735

Penetapan Tarif		
N	Mean	Std Dev
45	0,533	0,757
	1,222	0,876
	0,778	0,735
	2,533	2,368
	0,844	0,789

N	Mean	Std Dev
18	0,556	0,784
	1,833	0,707
	0,722	0,752
	3,111	2,243
	1,037	0,748

n	Mean	Std Dev
27	0,519	0,753
	0,815	0,736
	0,815	0,736
	2,148	2,224
	0,716	0,741

Kompensasi		
n	Mean	Std Dev
45	1,756	0,830
	1,733	0,986
	0,756	0,830
	1,333	0,977
	5,578	3,623
	1,394	0,906

n	Mean	Std Dev
18	2,000	0,686
	1,556	0,984
	0,611	0,778
	1,667	1,029
	5,833	3,476
	1,458	0,869

n	Mean	Std Dev
27	1,593	0,888
	1,852	0,989
	0,852	0,864
	1,111	0,892
	5,407	3,632
	1,352	0,908

Dukungan Manajemen		
N	Mean	Std Dev
45	1,711	0,920
	1,156	0,737
	0,600	0,618
	2,222	0,795
	1,444	0,813
	1,022	0,723
	1,533	0,944
	1,578	1,033
	11,267	6,583
	1,408	0,823

N	Mean	Std Dev
18	1,889	0,832
	1,111	0,676
	0,611	0,608
	2,556	0,705
	1,444	0,856
	1,167	0,786
	1,278	0,826
	2,000	0,907
	12,056	6,197
	1,507	0,775

N	Mean	Std Dev
27	1,593	0,971
	1,185	0,786
	0,593	0,636
	2,000	0,784
	1,444	0,801
	0,926	0,675
	1,704	0,993
	1,296	1,031
	10,741	6,677
	1,343	0,835

Sarana Telepon		
N	Mean	Std Dev
45	1,400	0,809
	1,444	0,725
	2,844	1,534
	1,422	0,767

N	Mean	Std Dev
18	1,444	0,856
	1,333	0,686
	2,778	1,542
	1,389	0,771

N	Mean	Std Dev
27	1,370	0,792
	1,519	0,753
	2,889	1,545
	1,444	0,772

Lampiran 4

a. Analisis statistik Pengaruh Kepuasan Dokter terhadap Rujukan Rawat inap.

**Regression**

Variables Entered/Removed(a)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	PERAWAT		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
2	TELEPON		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
3	ALKES		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
4	RUANGAN		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a Dependent Variable: RUJUKAN

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,865(a)	,748	,743	,44808
2	,887(b)	,787	,777	,41708
3	,903(c)	,815	,801	,39338
4	,912(d)	,832	,815	,37933

a Predictors: (Constant), PERAWAT

b Predictors: (Constant), PERAWAT, TELEPON

c Predictors: (Constant), PERAWAT, TELEPON, ALKES

d Predictors: (Constant), PERAWAT, TELEPON, ALKES, RUANGAN

## ANOVA(e)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	25,678	1	25,678	127,896	,000(a)
	Residual	8,633	43	,201		
	Total	34,311	44			
2	Regression	27,005	2	13,503	77,622	,000(b)
	Residual	7,306	42	,174		
	Total	34,311	44			
3	Regression	27,950	3	9,317	60,055	,000(c)
	Residual	6,361	41	,155		
	Total	34,311	44			
4	Regression	28,555	4	7,139	49,513	,000(d)
	Residual	5,756	40	,144		
	Total	34,311	44			

a Predictors: (Constant), PERAWAT

b Predictors: (Constant), PERAWAT, TELEPON

c Predictors: (Constant), PERAWAT, TELEPON, ALKES

d Predictors: (Constant), PERAWAT, TELEPON, ALKES, RUANGAN

e Dependent Variable: RUJUKAN

## Coefficients(a)

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
2	(Constant)	8,573	,554		15,480	,000
	PERAWAT	-2,710	,240	-.865	-11,309	,000
	(Constant)	7,871	,575		13,692	,000
3	PERAWAT	-2,091	,315	-.668	-3,614	,000
	TELEPON	-,504	,183	-.279	-2,762	,008
	(Constant)	8,518	,603		14,128	,000
4	PERAWAT	-3,274	,564	-1,045	-5,800	,000
	TELEPON	-,567	,174	-.313	-3,252	,002
	ALKES	,944	,382	,435	2,469	,018
	(Constant)	8,271	,593		13,944	,000
	PERAWAT	-3,481	,553	-1,111	-6,296	,000
	TELEPON	-,646	,172	-.357	-3,749	,001
	ALKES	1,085	,375	,500	2,896	,006
	RUANGAN	,345	,168	,142	2,051	,047

a Dependent Variable: RUJUKAN

b. Analisis Pengaruh sub variabel perawat terhadap rujukan rawat inap.

## Regression

Variables Entered/Removed(a)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	P2		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to- enter <= ,050, Probability -of-F-to- remove >= ,100).
2	P7		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to- enter <= ,050, Probability -of-F-to- remove >= ,100).
3	P8		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to- enter <= ,050, Probability -of-F-to- remove >= ,100).

a Dependent Variable: RJKP

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,641(a)	,411	,397	,68574
2	,708(b)	,502	,478	,63799
3	,751(c)	,564	,532	,60397

a Predictors: (Constant), P2

b Predictors: (Constant), P2, P7

c Predictors: (Constant), P2, P7, P8

## ANOVA(d)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14,091	1	14,091	29,965	,000(a)
	Residual	20,220	43	,470		
	Total	34,311	44			
2	Regression	17,216	2	8,608	21,148	,000(b)
	Residual	17,095	42	,407		
	Total	34,311	44			
3	Regression	19,355	3	6,452	17,687	,000(c)
	Residual	14,956	41	,365		
	Total	34,311	44			

a Predictors: (Constant), P2

b Predictors: (Constant), P2, P7

c Predictors: (Constant), P2, P7, P8

d Dependent Variable: RJKP

## Coefficients(a)

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5,030	,499		10,078	,000
	P2	-,926	,169	-,641	-5,474	,000
2	(Constant)	6,258	,642		9,747	,000
	P2	-,888	,158	-,615	-5,624	,000
	P7	-,506	,183	-,303	-2,771	,008
3	(Constant)	6,654	,629		10,512	,000
	P2	-,865	,150	-,599	-5,773	,000
	P7	-,492	,173	-,295	-2,845	,007
	P8	-,299	,124	-,250	-2,422	,020

a Dependent Variable: RJKP

c. Analisis Pengaruh sub variabel sarana telepon terhadap tujuan rawat inap

## Regression

## Variables Entered/Removed(a)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	TLP1		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-enter <= ,050, Probability -of-F-to-remove >= ,100).

a Dependent Variable: RJKTLP

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,585(a)	,343	,327	,72426

a Predictors: (Constant), TLP1

### ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	11,756	1	11,756	22,411	,000(a)
	Residual	22,556	43	,525		
	Total	34,311	44			

a Predictors: (Constant), TLP1

b Dependent Variable: RJKTLP

### Coefficients(a)

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
	(Constant)	3,250	,218		14,935	,000
	TLP1	-,639	,135	-,595	-4,734	,000

a Dependent Variable: RJKTLP

- d. Analisis pengaruh sub variabel peralatan medis terhadap rujukan rawat inap.

## Regression

### Variables Entered/Removed(a)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	AL1		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-enter <= ,050, Probability -of-F-to-remove >= ,100).
2	AL2		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-enter <= ,050, Probability -of-F-to-remove >= ,100).

a Dependent Variable: RJKALK



**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,721(a)	,520	,508	,61915
2	,753(b)	,567	,546	,59469

a Predictors: (Constant), AL1

b Predictors: (Constant), AL1, AL2

**ANOVA(c)**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	17,827	1	17,827	46,504	,000(a)
	Residual	16,484	43	,383		
	Total	34,311	44			
2	Regression	19,457	2	9,729	27,508	,000(b)
	Residual	14,854	42	,354		
	Total	34,311	44			

a Predictors: (Constant), AL1

b Predictors: (Constant), AL1, AL2

c Dependent Variable: RJKALK

**Coefficients(a)**

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
2	(Constant)	3,998	,258		15,502	,000
	AL1	-,704	,103	-,721	-6,919	,000
	(Constant)	4,427	,318		13,906	,000
	AL1	-,485	,142	-,497	-3,418	,001
	AL2	-,327	,153	-,312	-2,147	,038

a Dependent Variable: RJKALK

- e. Analisis pengaruh sub variabel ruang perawatan terhadap tujuan rawat inap.

## Regression

Variables Entered/Removed(a)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	RNG3		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to- enter <= ,050, Probability -of-F-to- remove >= ,100).
2	RNG2		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to- enter <= ,050, Probability -of-F-to- remove >= ,100).

a Dependent Variable: RJKRNG

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,523(a)	,273	,256	,76151
2	,617(b)	,381	,351	,71125

a Predictors: (Constant), RNG3

b Predictors: (Constant), RNG3, RNG2

### ANOVA(c)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9,375	1	9,375	16,167	,000(a)
	Residual	24,936	43	,520		
	Total	34,311	44			
2	Regression	13,064	2	6,532	12,913	,000(b)
	Residual	21,247	42	,505		
	Total	34,311	44			

a Predictors: (Constant), RNG3

b Predictors: (Constant), RNG3, RNG2

c Dependent Variable: RJKRNG

**Coefficients(a)**

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
2	(Constant)	3,135	,225		13,956	,000
	RNG3	-,516	,128	-,523	-4,021	,000
	(Constant)	3,558	,262		13,592	,000
	RNG3	-,375	,131	-,380	-2,866	,006
	RNG2	-,392	,145	-,358	-2,700	,010

a. Dependent Variable: RJKRNG

f. Analisis distribusi normal.

**Descriptives**

No	Variabel	N Statistic	Mean Statistic	Skewness Statistic	Std. Error
1	Perawat RSAD	16	5,016	-0,616	0,564
2	Perawat RS Lain	16	3,354	0,417	0,564
3	Alkes RSAD	16	4,768	-0,278	0,564
4	Alkes RS Lain	16	3,304	0,24	0,564
5	Ruangan RSAD	16	4,446	0,03	0,564
6	Ruangan RS Lain	16	3,732	0,752	0,564
7	Gizi RSAD	16	5,063	0,627	0,564
8	Gizi RS Lain	16	3,625	0,132	0,564
9	Administrasi RSAD	16	4,775	-0,254	0,564
10	Administrasi RS Lain	16	4,175	-0,244	0,564
11	Tarif RSAD	16	3,417	0,828	0,564
12	Tarif RS Lain	16	3,688	-0,074	0,564
13	Kompensasi RSAD	16	3,979	-0,185	0,564
14	Kompensasi RS Lain	16	3,125	-0,465	0,564
15	Duk jemen RSAD	16	4,156	-0,317	0,564
16	Duk jemen RS Lain	16	4,023	-0,677	0,564
17	Akses telepon RSAD	16	4,563	-0,277	0,564
18	Akses telepon RS Lain	16	3,656	1,104	0,564
19	Valid N (listwise)	16			

- g. Analisis beda hasil penilaian rumah sakit TNI AD dengan rumah sakit lain.

## NPar Tests Wilcoxon Signed Ranks Test

### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
P.RS2 - P.RS1	Negative Ranks	16(a)	8,50	136,00
	Positive Ranks	0(b)	,00	,00
	Ties	0(c)		
	Total	16		

a P.RS2 < P.RS1

b P.RS2 > P.RS1

c P.RS2 = P.RS1

### Test Statistics(b)

	P.RS2 - P.RS1
Z	-3,522(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

## T-Test

### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ALK.RS 1	4,7679	16	,42338	,10505
	ALK.RS 2	3,3036	16	,31677	,07919

### Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ALK.RS1 & ALK.RS2	16	-,261	,323

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	ALK.RS1 - ALK.RS2	1,4643	,59132	,14783	1,1492	1,7794	9,905	15	,000

## NPar Tests Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
RU.RS2 - RU.RS1	Negative Ranks	16(a)	8,50	136,00
	Positive Ranks	0(b)	,00	,00
	Ties	0(c)		
	Total	16		

- a RU.RS2 < RU.RS1  
 b RU.RS2 > RU.RS1  
 c RU.RS2 = RU.RS1

### Test Statistics(b)

	RU.RS2 - RU.RS1
Z	-3,526(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a Based on positive ranks.  
 b Wilcoxon Signed Ranks Test

## NPar Tests Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
GZ.RS2 - GZ.RS1	Negative Ranks	16(a)	8,50	136,00
	Positive Ranks	0(b)	,00	,00
	Ties	0(c)		
	Total	16		

- a GZ.RS2 < GZ.RS1  
 b GZ.RS2 > GZ.RS1  
 c GZ.RS2 = GZ.RS1

### Test Statistics(b)

	GZ.RS2 - GZ.RS1
Z	-3,551(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a Based on positive ranks.  
 b Wilcoxon Signed Ranks Test

## T-Test

### Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
ADM.RS1	4,7750	16	,24083	,06021
ADM.RS2	4,1750	16	,19149	,04767

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	ADM.RS1 & ADM.RS2	16	,390	,135

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	ADM.RS1 - ADM.RS2	,6000	,24221	,06055	,4709	,7251	9.909	15	,000

**NPar Tests**

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TRF.RS2 - TRF.RS1	Negative Ranks	2(a)	4,25	8,50
	Positive Ranks	10(b)	6,95	69,50
	Ties	4(c)		
	Total	16		

- a TRF.RS2 < TRF.RS1
- b TRF.RS2 > TRF.RS1
- c TRF.RS2 = TRF.RS1

**Test Statistics(b)**

	TRF.RS2 - TRF.RS1
Z	-2,435(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,015

- a Based on negative ranks.
- b Wilcoxon Signed Ranks Test

**T-Test**

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	KOM.RS1 & KOM.RS2	16	,253	,344

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
							Lower	Upper	
Pair 1	KOM.RS1 - KOM.RS2	,8542	,43833	,10958	,6206	1,0877	7,795	15	,000

### T-Test

#### Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	JMN.RS1 & JMN.RS2	16	,142	,599

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
							Lower	Upper	
Pair 1	JMN.RS1 - JMN.RS2	,1328	,34299	,08575	-,0500	,3156	1,549	15	,142

### NPar Tests

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

##### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TLP.RS2 - TLP.RS1	Negative Ranks	14(a)	9,21	129,00
	Positive Ranks	2(b)	3,50	7,00
	Ties	0(c)		
	Total	16		

a TLP.RS2 < TLP.RS1

b TLP.RS2 > TLP.RS1

c TLP.RS2 = TLP.RS1

##### Test Statistics(b)

		TLP.RS2 - TLP.RS1
Z		-3,194(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)		,001

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

h. Analisis pengaruh beda nilai terhadap rujukan rawat inap .

## Regression

Variables Entered/Removed(a)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	BEDA.Prwt		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to- enter <= ,050, Probability -of-F-to- remove >= ,100).
2	BEDA.Komp		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to- enter <= ,050, Probability -of-F-to- remove >= ,100).

a. Dependent Variable: RUJUKAN

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,920(a)	,847	,836	,36228
2	,957(b)	,915	,902	,28025

a. Predictors: (Constant), BEDA.P

b. Predictors: (Constant), BEDA.P, BEDA.KOMP

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,053	,638		12,631	,000
	BEDA.P	-3,343	,380	-,920	-8,800	,000
2	(Constant)	6,543	,680		9,620	,000
	BEDA.P	-1,933	,527	-,532	-3,670	,003
	BEDA.KOMP	-,928	,288	-,468	-3,224	,007

a. Dependent Variable: RUJUKAN

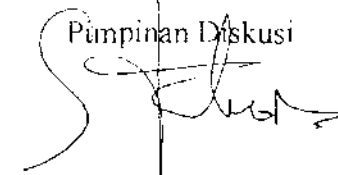


DAFTAR HADIR FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)

No	Nama	Bagian	Tanda tangan
1	Afret S. Jms.	Bedah	1. Afret
2	Nurhidayah GM	Mata	2. Nurhidayah
3	Ore SpAD	PD	3. Ore
4	Sumadi SpB		4. Sumadi
5	Tuntun Sp B	Bedah	5. Tuntun
6	Juli Kati	Anak	6. Juli
7	Supriyat SpCB	OBGYN	7. Supriyat
8	EDI K.	NEUROLOGI	8. EDI
9	Irfanida	UGD	9. Irfanida
10	Miftah	ITHT	10. Miftah
11	TRISUPTO SpAD	PD	11. Trisupto
12			12.
13			13.
14			14.
15			15.

Malang, September 2004

Pimpinan Diskusi

  
(.....)