

362.11  
JAH  
2 c.1

ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN UNTUK MEWUJUDKAN  
KEPUASAN PASIEN PADA RUMAH SAKIT "SITI KHODIJAH"  
PEKALONGAN

*TESIS*

*Diajukan kepada Pengelola Program Studi Magister Manajemen  
Universitas Diponegoro  
Untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh  
Derajat Sarjana - S2 Magister Manajemen*



Diajukan oleh :

Nama : Kamalina Din Jannah  
N I M : C4A099066

PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN  
PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
TAHUN 2001



## *Sertifikat*

Saya, Kamalina Din Jannah, NIM C4A099066, yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah hasil karya saya sendiri yang belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister manajemen ini ataupun pada program lainnya. Karya ini adalah milik saya, karena itu pertanggungjawabannya sepenuhnya berada di pundak saya.

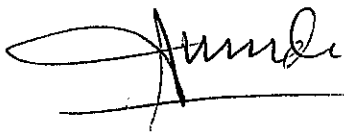
Kamalina Din Jannah,  
NIM C4A099066

## PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis berjudul :  
**ANALISIS KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN UNTUK MEWUJUDKAN  
KEPUASAN PASIEN PADA RUMAH SAKIT "SITI KHODIJAH"  
PEKALONGAN**

yang disusun oleh Kamalina Din Jannah, NIM C4A099066  
telah dipertahankan didepan Dewan Penguji pada tanggal 28 Mei 2001  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Pembimbing Utama



Drs. Mudiantono, MSc

Pembimbing Anggota



Drs. H. Sugeng Wahyudi, MM

Semarang, 28 Mei 2001  
Universitas Diponegoro  
Program Pasca Sarjana  
Program Studi Magister Manajemen  
Ketua Program



Prof. Dr. Suyudi Mangunwihardjo


## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO :

- Orang besar ialah yang berhasil bangkit kembali sesudah mengalami kegagalan.
- Kekayaan orang yang berakal adalah ilmunya dan kekayaan orang jahil adalah hartanya.
- Jangan engkau pandang seseorang dengan sinar tajammu, tetapi pandanglah dengan sinar hatimu.
- Tak guna menangi senja yang kelam, karena esok terbit mentari yang memberi harapan baru.
- Waktu adalah kesempatan, kesempatan merupakan peluang emas yang tidak boleh disia-siakan untuk meraih kesuksesan, sedangkan sang waktu tidak bisa terulang kembali.

### PERSEMBAHAN :

♥ *Kupersembahkan karya kecil ini untuk  
orang-orang yang kusayangi.  
Ayah dan Ibu... yang selalu memberikan kasih sayangnya,  
berdoa untuk keberhasilanku,  
memberikan dukungan moral maupun materiil...  
adik-adikku ... Joe, Lia, Adhe....  
juga buat someone yang selalu  
memberikan perhatian dan  
kasih sayangnya...*



## *Thank's to My Friends*

*Kebersamaan kita takkan pernah terlupakan..... kalian adalah bagian dari hari-hariku di sini... sahabat yang terkasih, seandainya aku mampu mengulur waktu ingin rasanya mengulang kebersamaan kita ... berat rasanya berpisah dengan kalian. Tapi memang kita harus berpisah ... meninggalkan sebuah kenangan semasa kita bersama-sama ... untuk menggapai masa depan.*

*Terima kasih ... buat kalian .... Sahabat-sahabatku ....*

♥ *Dewi, Rudi, Miki, Mbak Dn, Mbak Ari, Sasa, Dewi SS ....*

*Thank's atas persahabatannya ...*

♥ *Bu Retno ... makasih atas support, perhatian dan nasihat.*

♥ *Teman-teman kelas C Angkatan XD pagi ... kenangan manis dan konflik yang pernah ada nggak akan pernah terlupakan.*

♥ *Teman-teman kelas konsentrasi strategik B ... pak Bagus, Alien, Arif, Hengky, Rusli, Yayuk, Roni, Teguh, Mbak Eina, Mas Harry ... kita pernah bersama ... berjuang bersama menghadapi masa-masa akhir kuliah ... makasih atas dukungan dan kebersamaannya.*

♥ *Alien, Cimunk, Fina, Citi, Lila, Mega ... teman setiap yang selalu menemani hari-hariku 24 jam ... temen ngrumpi, temen jalan, banyak cerita yang tertinggal di sini ... ada manis, pahit, konyol, nyebelin ... tapi kalian semua teman-teman yang baik.*

♥ *Eko "Yel", Poni, Sigit, Makrus, Trisno and the Gank's makasih atas bantuannya ... dan kebaikannya selama ini .....*

♥ *Mbak Lia ... Mas Wawan ... m'kasih buku-bukunya ... support dan bimbingannya.*

♥ *Teman-teman Lina yang lain yang pernah mengisi hari-hari selama di Semarang.*

## ABSTRACT

The increasing number of private hospital that operates has caused high competition on health service. Beside, society's demand for service quality is also high. In order to achieve the maximum service. The management must have patient's option data concerning to the service quality based on three important factor that can be used to value the health service quality strategy.

This research has been analyzed to find the impact of the input, environment, and process toward the health service quality in terms of patient's satisfaction. The sample of the population is the population is the stayed care patients of Siti Khodijah Hospital in total of 115 sample of respondent based of certain criteria.

The technique of analysis is using *Structural Equation Model (SEM)* that is used to examine six hypothesis that has been developed. The result of the examination shows the positive impact between input factors toward service quality, input factor toward patient's satisfaction, environmental factor toward service quality, process factor toward service quality, process factor toward patient's satisfaction and the service quality factor toward patient's satisfaction.

The acceptable test for signification test model have done by testing goodness of fit that is GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), CFI (*Comparative Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), TLI (*Tucker Lewis Index*) and CR (*Critical Ratio*)

## ABSTRAKSI

Semakin maraknya Rumah Sakit Swasta yang beroperasi menyebabkan tingginya persaingan dalam hal pelayanan. Selain itu tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan cukup tinggi. Untuk dapat mewujudkan pelayanan maksimal pihak manajemen Rumah Sakit tentunya harus memiliki data penilaian pasien tentang kualitas pelayanannya berdasarkan 3 unsur penting yang biasa digunakan untuk menilai. Suatu kualitas pelayanan kesehatan yaitu : unsur masukan, unsur lingkungan, dan unsur proses untuk dapat menyusun konsep strategi peningkatan kualitas pelayanan dengan baik.

Pada penelitian ini telah dilakukan analisa untuk mengetahui pengaruh unsur masukan, unsur lingkungan, dan unsur proses terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang kaitannya dengan kepuasan pasien. Populasi sampel pasien rawat inap RS. Siti Khodijah dengan jumlah sampel 115 responden berdasarkan kriteria-kriteria tertentu.

Teknik analisis dengan menggunakan Structural Equation Model digunakan untuk menguji 6 hipotesis yang telah dikembangkan. Hasil pengujian hipotesis menunjukkan adanya pengaruh yang positif antara unsur masukan terhadap kualitas pelayanan kesehatan, unsur masukan terhadap kepuasan pasien, unsur lingkungan terhadap kualitas pelayanan kesehatan, unsur proses terhadap kualitas pelayanan kesehatan, unsur proses terhadap kepuasan pasien, dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien.

Hasil komputasi untuk pengujian model menunjukkan hasil yang dapat diterima dengan menggunakan Goodnes of Fit yaitu GFI (*Goodnes of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodnes of Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), TLI (*Tucker Lewis Index*) dan CR (*Critical Ratio*).

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan karuniaNya saya dapat menyelesaikan tesis guna memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro, Semarang.

Dalam tesis ini saya mencoba untuk mengangkat masalah kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit, dengan judul **Analisis Kualitas Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Kepuasan Pasien pada Rumah Sakit “Siti Khodijah” Pekalongan**. Alat analisis yang digunakan untuk menguji hipotesis dalam penelitian ini adalah program *Structural Equation Modelling*. Saya berharap hasil penelitian ini dapat menjadi sumbangan bagi kemajuan ilmu pengetahuan.

Saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu proses penyelesaian tesis ini khususnya dan juga selama menempuh pendidikan di Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang yaitu :

1. Prof. Dr. Suyudi Manguwihardjo selaku Direktur Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro.
2. Drs. Mudiantono, MSc selaku pembimbing utama yang dengan sabar membimbing, memberi petunjuk dan mengarahkan saya selama penyusunan tesis ini.

3. Drs. H. Sugeng Wahyudi, MM selaku pembimbing anggota yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan petunjuk teknis serta memberi kritik dan saran pada tesis ini.
4. Seluruh responden pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang telah bersedia meluangkan waktu dan pikiran untuk mengisi kuesioner dan mengembalikannya pada peneliti.
5. Ketua yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian pada Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
6. Direktur, staf medis dan non medis Rumah Sakit Siti Khodijah yang telah membantu banyak dalam penelitian ini.
7. Pengelola, staf pengajar, staf administrasi serta karyawan Program Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan sumbangsuhnya.
8. Teman-teman Angkatan XI Pagi khususnya kelas C dan kelas konsentrasi Strategi B.
9. Dan pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhirnya penulis berharap, agar tesis ini dapat berguna bagi pihak-pihak yang berkepentingan.

Semarang, 28 Mei 2001

Kamalina Din Jannah

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Surat Pernyataan Keaslian Tesis .....	ii
Pengesahan .....	iii
Motto dan Persembahan .....	iv
Abstract .....	v
Abstraksi .....	vi
Kata Pengantar .....	vii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Gambar .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	7
1.3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian .....	7
1.4. Metodologi .....	8
1.5. Outline Tesis .....	9
1.6. Definisi – definisi Utama .....	10
1.7. Kesimpulan .....	10
<b>BAB II TELAAH PUSTAKA DAN PENGEMBANGAN MODEL</b>	
2.1. Literature Road Map .....	11
2.2. Penelitian Terdahulu .....	12

2.3.	Telaah Pustaka	
2.3.1.	Kualitas Pelayanan (Service Quality)	13
2.3.2.	Kepuasan Pelanggan (Customer Satisfaction)	15
2.3.3.	Konsep Kualitas dalam Pelayanan Kesehatan	18
2.3.4.	Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Kesehatan.	
2.3.4.1.	Masukan (Input)	22
2.3.4.2.	Lingkungan (Environment)	24
2.3.4.3.	Proses (Process)	24
2.3.5.	Pelayanan Kesehatan yang Bermutu	25
2.3.6.	Hubungan Kualitas Pelayanan dengan Kepuasan Pasien	33
2.3.7.	Kepuasan Pasien	34
2.3.8.	Kerangka Pemikiran Teoritis	36
2.4.	Definisi Operasional Variabel	
2.4.1.	Variabel Masukan	37
2.4.2.	Variabel Lingkungan	37
2.4.3.	Variabel Proses	38
2.4.4.	Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan	38
2.4.5.	Variabel Kepuasan Pasien	39
2.4.6.	Definisi Operasional	40

### BAB III METODE PENELITIAN

#### 3.1. Jenis dan Sumber Data

3.2.1.	Data Primer .....	42
3.2.2.	Data Sekunder .....	43
3.2.3.	Sumber Data .....	43
3.2.	Populasi dan Teknik Pengambilan Sampel	
3.3.1.	Populasi .....	43
3.3.2.	Teknik Pengambilan Sampel .....	43
3.3.	Metode Pengumpulan Data	
3.4.1.	Studi Pustaka .....	45
3.4.2.	Studi Lapangan .....	45
3.4.	Teknik Analisis .....	45
3.5.	Kesimpulan .....	55

#### BAB IV ANALISIS DATA

4.1.	Uji reliabilitas dan validitas angket .....	56
4.2.	Proses dan Hasil Analisis Data	
4.2.1.	Analisis Faktor Confirmatori (Confirmatory Factor Analysis) .....	59
4.2.2.	Structural Equation Modelling .....	63
4.2.3.	Evaluasi Normalitas Data .....	67
4.2.4.	Evaluasi Outliers	
4.2.4.1.	Univariate Outliers .....	68
4.2.4.2.	Multivariate Outliers .....	69
4.2.5.	Evaluasi Atas Multicollinearity dan Singularity .....	71

4.2.6. Analisis Atas Direct Effect, Indirect Effect dan Total Effect .....	71
4.2.7. Pengujian Terhadap Nilai Residual .....	75
4.3. Pengujian Hipotesis	
4.3.1. Pengujian Hipotesis 1 .....	77
4.3.2. Pengujian Hipotesis 2 .....	78
4.3.3. Pengujian Hipotesis 3 .....	78
4.3.4. Pengujian Hipotesis 4 .....	79
4.3.5. Pengujian Hipotesis 5 .....	79
4.3.6. Pengujian Hipotesis 6 .....	80
4.4. Kesimpulan .....	80
<b>BAB V KESIMPULAN DAN IMPIKASI KEBIJAKAN</b>	
5.1. Kesimpulan Hipotesis .....	84
5.2. Kesimpulan Masalah Penelitian .....	87
5.3. Implikasi Teoritis .....	89
5.4. Implikasi Manajerial .....	90
5.5. Keterbatasan Penelitian .....	95
5.6. Agenda Penelitian Mendatang .....	95
Referensi	
Lampiran-Lampiran	
Riwayat Hidup	

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Kapastias Tempat Tidur dan BOR Rumah Sakit di Kodia Pekalongan Tahun 2000 .....	4
Tabel 1.2. Kelas Perawatan dan Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Tahun 2000 .....	4
Tabel 1.3. Tingkat Pemanfaatan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Tahun 2000 .....	5
Tabel 1.4. Indikator Kinerja Kualitas Pelayanan Medik Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tahun 2000 .....	5
Tabel 2.1. Penentuan Variabel Dependent – Independent .....	41
Tabel 2.2. Variabel dan Dimensi Penelitian .....	41
Tabel 3.1. Variabel dan Indikator Pengukuran .....	48
Tabel 3.2. Persamaan Pengukuran dan Persamaan Struktural .....	52
Tabel 4.1. Indeks Pengujian Kelayakan Model .....	59
Tabel 4.2. Indeks Pengujian Kelayakan Analisa Faktor Konfirmatori Variabel Independent .....	60
Tabel 4.3. Standardized Regresion Weight Variabel Independent .....	61
Tabel 4.4. Indeks Pengujian Kelayakan Analisa Fakor Konfirmatori Variabel Dependent .....	62
Tabel 4.5. Standardized Regresion Weight Variabel Dependent .....	63
Tabel 4.6. Tabel Evaluasi Kriteria Goodness of Fit Index .....	64
Tabel 4.7. Standardized Regresion Weight SEM .....	66

Tabel 4.8. Normalitas Data .....	67
Tabel 4.9. Descriptive Statistics .....	69
Tabel 4.10. Mahalanobis Distance .....	70
Tabel 4.11. Standardized Direct Effect .....	72
Tabel 4.12. Standardized Indirect Effect .....	73
Tabel 4.13. Standardized Total Effect .....	74
Tabel 4.14. Hasil Data Observasi Outliers .....	76

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1. Outline Tesis .....	9
Gambar 2.1. Literatur Road Map .....	11
Gambar 2.2. Kerangka Pemikiran Tesis .....	36
Gambar 2.3. Variabel Masukan .....	37
Gambar 2.4. Variabel Lingkungan .....	37
Gambar 2.5. Variabel Proses .....	38
Gambar 2.6. Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan .....	39
Gambar 2.7. Variabel Kepuasan Pasien .....	39
Gambar 3.1. Outline Bab III .....	42
Gambar 3.2. Diagram Alur Pengujian Model Penelitian .....	50
Gambar 4.1. Outline Bab IV.....	56
Gambar 4.2. Analisa Faktor Konfirmatori Unsur Masukan, Unsur Lingkungan dan Unsur Proses .....	59
Gambar 4.3. Analisa Faktor Konfirmatori Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien .....	61
Gambar 4.4. Structural Equation Model .....	65
Gambar 5.1. Outline Bab V .....	81

## BAB I

### - PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Rumah Sakit muncul sebagai institusi pelayanan kesehatan modern sejalan dengan perkembangan profesi kesehatan khususnya profesi kedokteran seiring dengan perkembangan perumahsakitannya di Indonesia dimana persaingan semakin menajam. Rumah Sakit milik swasta secara nyata akan menghadapi berbagai kendala dan tantangan pada masa yang akan datang, khususnya semakin tingginya tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan. Oleh karena itu perlu pemikiran yang tepat yang berkaitan dengan efisiensi dan efektifitas pelayanan yang sekaligus mampu memberikan pelayanan yang dapat memuaskan pelanggan (*customer*), pemberi pelayanan (*provider*), dan pemilik Rumah Sakit (*owner*).

Proses perubahan yang terjadi di lingkungan Rumah Sakit baik internal maupun eksternal saat ini cukup pesat, terutama perubahan permintaan masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu manajemen Rumah Sakit harus membuka diri untuk menerima perubahan ataupun pergerakan yang menyangkut sudut pandang (Paradigma), pengembangan strategi, pengembangan struktur dan peningkatan kompetisi.

Perubahan utama yang perlu dilakukan secara meningkat adalah perubahan tentang penilaian kualitas pelayanan kesehatan, dimana pola lama ditentukan oleh penyedia pelayanan kesehatan sedangkan pola baru kualitas

pelayanan kesehatan ditentukan oleh dasar tata nilai penerima pelayanan (pasien).

Agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, banyak syarat yang harus dipenuhi. Syarat yang dimaksud paling tidak mencakup delapan hal pokok yaitu tersedia (*Available*), wajar (*Appropriate*), berkesinambungan (*Continue*), dapat diterima (*Acceptable*), dapat dicapai (*Accesible*), dapat dijangkau (*Affordable*), efisien (*Efficient*) serta bermutu (*Quality*).

Kedelapan syarat pelayanan kesehatan ini sama pentingnya namun pada akhir-akhir ini, dengan makin majunya ilmu dan teknologi kedokteran, serta makin baiknya tingkat pendidikan serta keadaan sosial ekonomi masyarakat, nampaknya syarat mutu makin bertambah penting. Mudah dipahami karena apabila pelayanan kesehatan yang bermutu dapat diselenggarakan, bukan saja akan memperkecil timbulnya berbagai resiko karena penggunaan kemajuan ilmu dan teknologi, tetapi sekaligus juga akan dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan masyarakat yang semakin meningkat.

Untuk mewujudkan harapan pasien jasa pelayanan kesehatan pihak manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah harus memiliki data tentang penilaian pasien, tentang kualitas pelayanan kesehatan yang diharapkan, untuk dapat menyusun konsep strategi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dari pelaksanaan manajemen tersebut baik struktural maupun fungsional.

Rumah Sakit masa depan harus lebih progresif, mampu melakukan penyempurnaan secara terus menerus secara kontinyu dan mampu melaksanakan inovasi-inovasi yang adaptif, untuk selalu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan bisnisnya.

Rumah Sakit Siti Khodijah adalah Rumah Sakit milik Yayasan Al – Irsyad Al – Islamiyyah sesuai dengan namanya yang mengandung atribut Islam, mempunyai motivasi untuk melaksanakan dakwah Islam dengan misi memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang Islami dengan pengelolaan yang mengacu kepada petunjuk Al – Qur’an dan As – Sunnah.

Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Rumah Sakit Siti Khodijah bersifat paripurna yang mencakup upaya-upaya :

- Peningkatan kesehatan (*Promotif*)
- Pencegahan penyakit (*Preventif*)
- Penyembuhan penyakit (*Kuratif*)
- Pemulihan penyakit (*Kuratif*)
- Pendidikan kesehatan (*Edukatif*)

Yang seluruhnya diusahakan pelaksanaannya dengan sarana, tata cara dan aturan serta akhlaq yang sesuai dengan kaidah-kaidah Islam. Misi Rumah Sakit di tampung dalam falsafah dan tata nilai Rumah Sakit Islam yang diharapkan dapat menjadi pedoman pelayanan bagi semua unsur dalam organisasi rumah sakit dan diharapkan dapat mewujudkan visi rumah sakit ini yakni menjadi Rumah Sakit Islam yang terkemuka di wilayah Eks-Karisidenan Pekalongan.

Di Pekalongan, saat ini beroperasi 4 Rumah Sakit Swasta yang sedang berkembang, pesaing utama dalam hal kualitas pelayanan yang diberikan Rumah Sakit Siti Khodijah salah satu Rumah Sakit milik misi keagamaan lain. Jika dilihat dari jumlah tempat tidur, Rumah Sakit Siti Khodijah memiliki kapasitas 100 buah tidur.

Tabel 1.1.  
Kapasitas Tempat Tidur dan BOR Rumah Sakit di Kodia Pekalongan Tahun 2000

No.	Nama Rumah Sakit	Jumlah TT	BOR
1.	Rumah Sakit Siti Khodijah	100	66,70 %
2.	Rumah Sakit Budi Rahayu	77	49,89 %
3.	Rumah Sakit Bhakti Waluyo	50	20,14 %
5.	Rumah Sakit Al-Karomah	25	10 %

Sumber : Departemen Kesehatan Kodia Pekalongan

Dengan kapasitas tempat tidur 100 buah terbagi dalam lima kelas perawatan yang dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

Tabel 1.2.  
Kelas Perawatan dan Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Tahun 2000

No	Kelas Perawatan	Jumlah Tempat Tidur
1.	Utama	11
2.	Kelas I	18
3.	Kelas II	24
4.	Kelas III	37
5.	Ruang bayi	10

Sumber : Rumah Sakit Siti Khodijah

Untuk mengevaluasi kualitas suatu pelayanan tidak lepas dari kinerja Rumah Sakit yang menggunakan beberapa indikator (berdasarkan Depkes RI) yang pertama tingkat pemanfaatan rumah sakit yang terdiri dari rata-rata kunjungan rawat jalan perbulan, *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Bed Turn Over (BTO)*, jumlah pasien masuk perbulan, jumlah kegiatan bedah di kamar

bedah per bulan, jumlah pertolongan persalinan perbulan, pemeriksaan laboratorium perbulan, dan pemeriksaan radiologi perbulan.

Tabel 1.3.  
Tingkat Pemanfaatan Rumah Sakit Siti Khodijah Tahun 2000

No.	Nama Indikator Kerja	Tahun 2000
1.	Jumlah kunjungan rawat jalan	27.429
2.	Jumlah pasien masuk	5.338
3.	Jumlah hari rawat	27.759
4.	Jumlah pemeriksaan ke laboratorium	1.479
5.	Jumlah pemeriksaan radiologi	805
6.	BOR	66,70 %
7.	TOI	2,6 hari
8.	BTO	57,87 kali

Sumber : Rumah Sakit Siti Khodijah

Kedua adalah indikator mutu pelayanan medik yang menggunakan *Gross Death Rate (GDR)*, *Net Death Rate (NDR)*, dan *Average Length of Stay (ALOS)* untuk tahun 2000 Rumah Sakit Siti Khodijah GDR masuk kategori tinggi, NDR masuk kategori sedang dan ALOS termasuk kategori baik untuk lebih lengkapnya dapat dilihat pada tabel 1.4. di bawah ini.

Tabel 1.4.  
Indikator Kinerja Kualitas Pelayanan Medik  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Tahun 2000

No.	Nama Indikator Kerja	Tahun 2000
1.	ALOS	4,22 hari
2.	GDR	61,87 %
3.	NDR	15,94 %

Sumber : Rumah Sakit Siti Khodijah

Pada kenyataannya pihak manajemen rumah sakit tidak selalu dapat merasakan dan memahami apa yang diinginkan oleh pasien secara tepat, sehingga pihak manajemen rumah sakit tidak mengetahui apa sebenarnya yang diinginkan oleh pasien. Hal ini terjadi dalam kenyataan yang dijumpai

sehari-hari pada Rumah Sakit Siti Khodijah, *complaint* atau keluhan dari pasien tentang pelayanan yang mereka terima langsung dari pasien tidak begitu kelihatan tetapi setelah dilakukan *observasi* dan pendekatan “personality” kepada pasien lewat wawancara pada pra penelitian (Mei – Agustus 2000) dari 50 responden yang diambil, sebanyak 79 % menyatakan bahwa kualitas pelayanan yang mereka terima belum sesuai dengan harapannya.

Penilaian mereka terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada unsur masukan (tenaga, sarana, dana), unsur lingkungan (kebijakan, organisasi, manajemen) dan unsur proses (pelayanan medik, pelayanan keperawatan, perawatan penunjang medik) sangat bervariasi sekalipun pengertian kualitas pelayanan yang terkait dengan kepuasan telah diterima secara luas. Namun penerapannya dalam pelayanan kesehatan tidaklah semudah yang diperkirakan karena penilaian pasien bersifat subyektif, tiap orang tergantung dari latar belakang yang dimiliki (sosial, ekonomi, tingkat pendidikan). Dapat saja memiliki penilaian yang berbeda meskipun sama-sama memanfaatkan satu macam pelayanan yang sama.

Penilaian pasien yang kurang baik terhadap kualitas pelayanan kesehatan perlu menjadi perhatian pihak manajemen Rumah Sakit, karena hal ini mencerminkan tingkat kepuasan pasien yang masih kurang terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang dirasakan, yang pada akhirnya dapat mengakibatkan penurunan kinerja Rumah Sakit.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Berdasarkan apa yang telah diuraikan pada latar belakang, suatu pelayanan yang baik akan memberikan kepuasan tinggi pada pasien dan hal ini dapat secara signifikan meningkatkan kinerja rumah sakit.

Adapun masalah yang akan diteliti pada penelitian ini adalah :

1. Bagaimana pengaruh unsur masukan, lingkungan, dan proses terhadap kualitas pelayanan kesehatan
2. Bagaimana pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan yang diterima

Dengan menganalisis pengaruh faktor-faktor tersebut diatas, dan pengaruh kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien di antara kelompok sosial pasien yang hasilnya dapat dijadikan acuan atau dasar bagi manajemen rumah sakit untuk melakukan reformulasi strategi pelayanan baik yang bersifat umum atau spesifik sesuai dengan segmen pasarnya.

## **1.3. Tujuan Penelitian dan Kegunaan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Penelitian :**

Tujuan penelitian ini secara umum adalah mengungkap latar belakang keluhan dan tingkat kualitas pelayanan kesehatan dan pengaruhnya terhadap kepuasan pasien. Sedangkan secara khusus tujuan penelitian ini adalah :

- a. Untuk menganalisis pengaruh unsur masukan, unsur lingkungan dan unsur proses terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

- b. Untuk menganalisis pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan yang diterima.

### 1.3.2. Kegunaan Penelitian

Kegunaan penelitian untuk memberikan masukan kepada pihak Rumah Sakit Siti Khodijah. Dalam kajian ilmiah, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk memperkaya wacana kajian teori. Adapun dari segi praktis penelitian ini nantinya diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan oleh pengambil keputusan / penentu kebijakan. Kemudian hasil pemikiran ini kiranya dapat memberikan alternatif solusi strategi yang berorientasi kepada kepuasan pasien.

## 1.4. Metodologi

Populasi sampel yang digunakan adalah pasien rawat inap Rumah Sakit Siti Khodijah. Sumber data yang digunakan adalah hasil dari angket/kuesioner yang dibagikan kepada pasien.

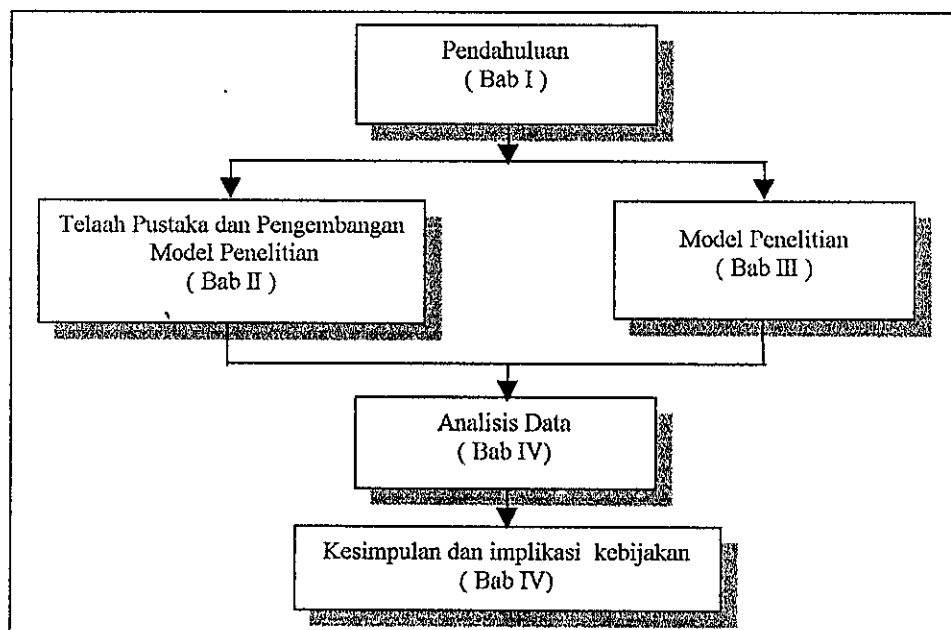
Pada penelitian ini metodologi yang digunakan adalah *confirmatory factor analysis* dan Full Model dari *Structural Equation Modelling* (SEM). Dalam SEM hasil komputasi untuk tes signifikansi model dilakukan untuk mengukur Goodness of Fit yaitu *Chi-Square*, *Goodness of Fit Index* (GFI), *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI), *The Comparative Fit Index* (CFI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) dan *Critical Ratio* (CR).

### 1.5. Outline Tesis

Pada dasarnya, penyusunan tesis ini terdiri dari beberapa bab :

- Bab I : Pendahuluan yang berisi mengenai latar belakang penelitian, perumusan masalah, tujuan dan kegunaan penelitian, metodologi, garis besar tesis, definisi-definisi utama, dan kesimpulan.
- Bab II : berisi tentang telaah pustaka dan pengembangan model penelitian yang menjabarkan mengenai telaah pustaka, model dan hipotesis, definisi operasional variabel.
- Bab III : metode penelitian yang menjabarkan mengenai jenis dan sumber data, populasi dan sampel, metode pengumpulan data dan teknis analisis.
- Bab IV : analisis data yang berupa uji validitas dan reliabilitas angket, proses analisis data, pengujian hipotesis, dan kesimpulan.
- Bab V : berisi kesimpulan mengenai hipotesis, kesimpulan mengenai masalah penelitian, implikasi pada teori manajemen, implikasi pada kebijakan manajemen, keterbatasan penelitian dan agenda penelitian mendatang.

Gambar 1.1.  
Outline tesis



Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

### **1.6. Definisi-Definisi Utama Variabel**

1. Unsur masukan adalah tenaga, dana, dan sarana yang digunakan dalam jasa pelayanan kesehatan (Bruce, 1990; Fromberg, 1988; Gambone, 1991).
2. Unsur lingkungan adalah kebijaksanaan, organisasi, dan manajemen suatu pelayanan kesehatan (Donabedian, 1980).
3. Unsur proses adalah tindakan medis dan tindakan non medis yang dilakukan pada saat menyampaikan pelayanan kesehatan (Pena, 1994)
4. Kualitas pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Depkes RI pada Azrul Azwar, 1996).
5. Kepuasan pasien yaitu tingkat perasaan pasien setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dirasakan dibanding dengan harapannya (Kotler, 1994).

### **1.7. Kesimpulan**

Bab ini merupakan dasar dalam penelitian tesis. Dalam bab ini masalah penelitian, tujuan dan kegunaan penelitian ini telah disajikan, begitu juga garis besar susunan tesis yang sudah digambarkan. Atas dasar itu tesis dilanjutkan dengan uraian rinci pada bab-bab selanjutnya. Untuk selanjutnya mengenai telaah pustaka dan pengembangan model penelitian akan diuraikan pada bab II.

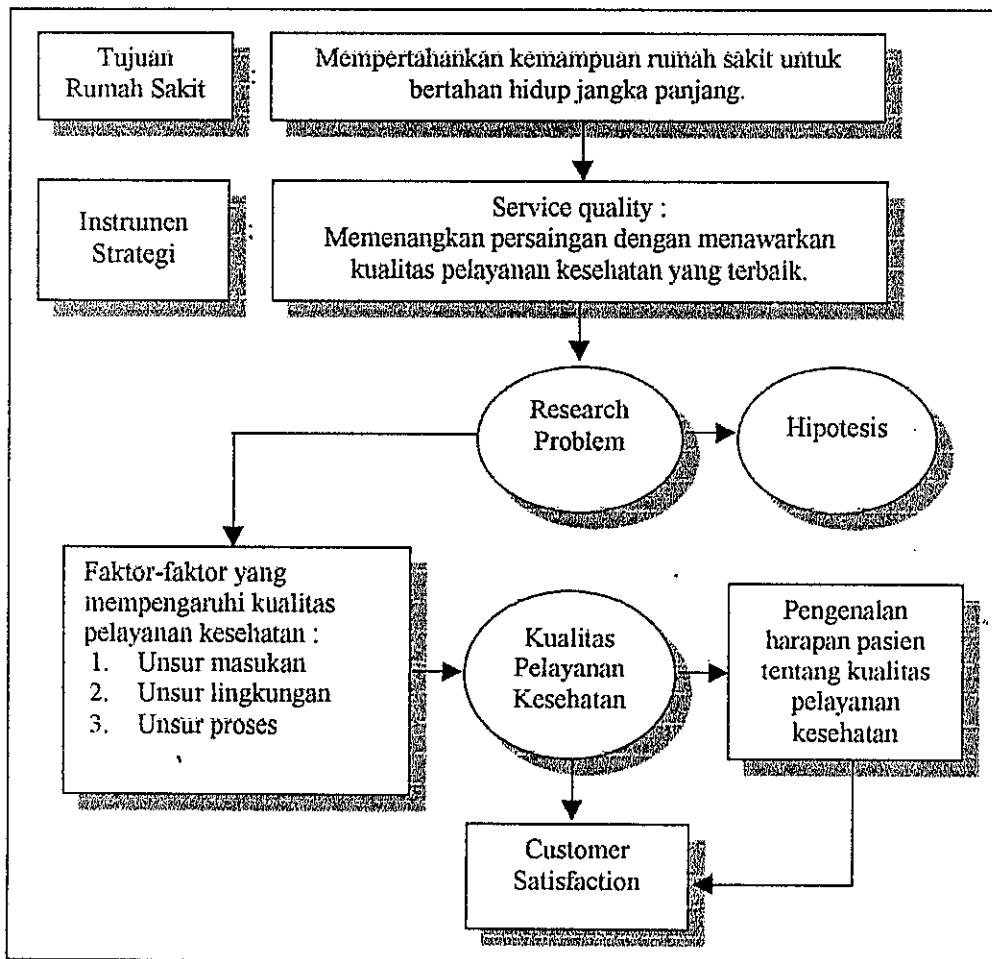
## BAB II

### TELAAH PUSTAKA DAN PENGEMBANGAN MODEL

#### 2.1. Literatur Road Map

Untuk memahami alur telaah pustaka yang digunakan sebagai pedoman dalam melakukan penelitian ini maka disampaikan Literature Road Review Map sebagai berikut :

Gambar 2.1  
Literature Review Road Map



Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

## 2.2. Penelitian Terdahulu

Ada beberapa penelitian sejenis yang ada kaitannya dengan kualitas pelayanan jasa di antaranya penelitian yang dilakukan oleh peneliti-peneliti seperti dibawah ini.

No.	Peneliti	Judul	Variabel	Metode	Hasil
1.	Avedis Dona Bedian	“exploration in quality and monitor-ing”	Struktur, proses keluaran.	Survey	Kualitas pelayanan kesehatan secara signifikan dipengaruhi oleh aspek struktur proses dan keluaran.
2.	Smith and Metzner.	“doctors, patient and health insurance”	Pengetahuan ilmiah dokter, hubungan dokter-pasien, efisiensi pelayanan kesehatan, kenyamanan pelayanan, keterampilan yang dimiliki dokter	Survey	Adanya pengaruh positif faktor-faktor tersebut terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
3	Gambone JC. Dkk	“Quality Improvement in Healthcare Current Problems in Obstetric Gynecology and Vertility”.	Sumber daya manusia, peralatan, perlengkapan, sumber daya keuangan. (masukan)	Survey	Ada pengaruh yang signifikan faktor-faktor tersebut terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
4.	Jo Ann M Duffy, Alice A Ketchand,	Examining rule of service quality in overall service satsifaction.	Tangibles, reliability, responsiveness, assurance, empathy, pleasure in daily activities, meaningfulness of life, goals, mood, self concept, perceived security, dan social concept.	Lisrel (linier structural relationship)	Servqual bagi kepuasan pelanggan tidak lengkap tanpa adanya sebuah variabel tambahan yaitu well being customer yang secara statistik signifikan mempengaruhi keseluruhan kepuasan jasa.

No	Peneliti	Judul	Variabel	Metode	Hasil
5.	Clara Martinez	Measuring Hospital Service	Elemen yang nyata, keandalan, responsivitas, kepastian, empathy.	Analisis keandalan, skala servqual	Diperoleh 3 dimensi kualitas yaitu pelayanan yang diberikan, proses pelaksanaan, elemen yang nyata
6.	Pena JJ. Et-al.	"Hospital Quality Assurance"	Tindakan medis dan tindakan non medis (unsur proses).	Survey	Ada pengaruh positif unsur proses terhadap kualitas pelayanan kesehatan

Perbedaan antara penelitian di atas dengan penelitian ini terletak pada obyek, variabel yang digunakan, alat analisis dan tujuan akhirnya. Obyek dari penelitian ini adalah pada Rumah Sakit, variabel yang digunakan variabel unsur masukan (Bruce, 1990; Fromberg, 1988; Gambone, 1991), lingkungan (Donabedian, 1980), proses (Pena, 1994), alasan menggunakan variabel-variabel tersebut adalah variabel-variabel ini yang digunakan dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan (Azrul Azwar, 1996), alat analisis menggunakan program AMOS 4.00.

## 2.3. Telaah Pustaka

### 2.3.1. Kualitas Pelayanan (*Service Quality*)

Pelayanan merupakan suatu bentuk jasa yang dapat ditawarkan perusahaan kualitas pelayanan melekat pada produk barang atau jasa yang dijual. Pengertian pelayanan dapat dijelaskan sebagai suatu aktivitas ekonomis yang memproduksi waktu, tempat, bentuk, atau kegunaan psikologis.

Pengertian kualitas menurut Heizer dan Render (1991), adalah derajat sejauh mana produk memenuhi spesifikasi-spesifikasinya.

Murdick, dkk. (1990), membuat definisi kualitas yang lebih luas cakupannya sebagai berikut *“kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan”*.

Dari sekian konsep tentang kualitas mengarah pada subyektivitas dari penilai, sehingga banyak definisi terkesan berbedabeda. Namun secara umum terdapat elemen persamaan tentang pemahaman kualitas, yaitu :

1. Kualitas meliputi usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.
2. Kualitas mencakup produk, jasa, proses, dan lingkungan.
3. Kualitas merupakan kondisi yang selalu berubah (terutama terhadap variabel waktu).

Kualitas pelayanan merupakan wujud dari kepedulian perusahaan terhadap pelanggannya. Segala usaha untuk memberdayakan pelanggan dilakukan untuk memberikan kepuasan yang maksimal.

Menurut Churchill dan Gilberth (1996). Karakteristik perusahaan yang sukses dalam membentuk fokus pada pelanggan adalah sebagai berikut :

1. Visi, komitmen dan suasana.
2. Penjajaran dengan pelanggan.

3. Kemauan untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah pelanggan. -
4. Memanfaatkan informasi pelanggan.
5. Mendekati para pelanggan.
6. Kemampuan, kesanggupan dan pemberdayaan karyawan.

Sehingga pengertian kualitas pelayanan adalah ukuran sejauh mana suatu pelayanan yang diberikan dapat memenuhi harapan pelanggan. Dimana kualitas pelayanan berubah dan berkembang secara dinamis menurut tuntutan pelanggannya. Sedangkan lingkup pengelolaan kualitas pelayanan meliputi seluruh proses di mulai dari pengidentifikasian harapan penyampaiannya kepada pelanggan, Parasuraman, dkk. (1985).

### 2.3.2. Kepuasan Pelanggan (*Customers Satisfaction*)

Kepuasan pelanggan dijadikan alat ukur bagi perusahaan untuk menilai kinerja dalam melayani pelanggan. Pengertian kepuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap adanya ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya dari kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya, Parasuraman, dkk (1990).

Solusi yang efektif dari masalah pelanggan dari hubungan pemasaran dikaitkan lebih dekat pada hal yang saling berkepentingan dalam kepuasan pelanggan, kepercayaan dan tanggung jawab, Achrol (1991), Morgan dan Hunt (1994).

Konsep akhir yang disampaikan Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1994)- memperhatikan kedekatan hubungan, antara

- 1) Hubungan sebab akibat antara kualitas pelayanan dan kepuasan konsumen (pasien).
- 2) Standar pembanding yang cocok untuk di diskonfirmasi pengharapan.

Jika jasa yang diterima lebih baik dari jasa yang diharapkan atau jasa yang diharapkan sama dengan yang diterima, maka perusahaan akan memperoleh citra dan dampak yang positif. Tetapi jika jasa yang diterima lebih rendah dari jasa yang diharapkan maka kesenjangan ini akan menimbulkan permasalahan bagi perusahaan. Kesenjangan ini dapat diketahui atau dirasakan pelanggan dari orang lain, pengalaman masa lalu, dan ketidaksesuaian dengan apa yang dibutuhkannya.

Kepuasan pelanggan ditunjukkan dengan bertambahnya frekuensi pembelian dan dalam jumlah lebih besar dan mengadakan barang dan jasa yang lain melalui perusahaan yang sama. Reicheld dan Sasser (1990).

Kepuasan pelanggan akan dapat mengurangi elastisitas harga untuk pelanggan sekarang, Garvin (1988). Pelayanan yang istimewa (nilai jasa yang benar-benar dialami melebihi harapan) atau sangat memuaskan merupakan basis untuk penetapan harga premi. Perusahaan-perusahaan yang memberikan kepuasan pelanggan yang superior dapat menetapkan harga premi yang signifikan,

Schnaars (1991). Puasnya pelanggan akan menyebabkan mereka mau membayar lebih dan lebih toleran terhadap kenaikan harga. Hal ini mengimplikasikan tingginya marjin kesetiaan pelanggan, Reicheld dan Sasser (1990).

Penyediaan barang atau jasa yang konsisten dalam memuaskan pelanggan seharusnya akan meningkatkan keuntungan dengan mengurangi *failure cost*. Sebuah perusahaan yang secara konsisten menyediakan kepuasan pelanggan yang tinggi akan mencurahkan perhatian lebih sedikit untuk menangani pengembalian, pengerjaan ulang, menangani dan *manage complain* (Crosby 1970, Garvin 1988, Tarp 1979).

Biaya untuk mendapatkan pelanggan baru akan lebih rendah pada perusahaan yang berhasil mencapai tingkat kepuasan pelanggan yang tinggi, Fornell (1992). Puasnya pelanggan akan menjadi media iklan lebih efektif dan tingginya kepuasan pelanggan akan menambah jaminan yang menarik bagi perusahaan.

Meningkatnya kepuasan pelanggan juga mempertinggi reputasi perusahaan. Tingginya reputasi perusahaan dapat membantu dalam pengenalan produk baru dengan pengenalan yang singkat dan menurunkan resiko pembelian coba-coba (Robertson dan Gatignon, 1986; Schmalansee, 1978).

### 2.3.3. Konsep Kualitas Dalam Pelayanan Kesehatan

Pengertian kualitas banyak macamnya, beberapa diantaranya adalah :

1. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winston Dictionary, 1956 pada Azrul Azwar, 1996).
2. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program (Donabedian, 1980 pada Azrul Azwar, 1996).
3. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa yang dihasilkan, yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian akan adanya rasa aman dan atau terpenuhinya kebutuhan para pengguna barang atau jasa yang dihasilkan tersebut. (Din ISO 8402,1986 pada Azrul Azwar, 1996).
4. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan (Crosby,1984 pada Azrul Azwar, 1996).

Dari batasan ini, mudah dipahami bahwa mutu pelayanan kesehatan hanya dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan dahulu penilaian, baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat, totalitas dari wujud serta ciri dan ataupun terhadap kepatuhan para penyelenggara pelayanan kesehatan terhadap standar yang telah ditetapkan. Dalam praktik sehari-hari melakukan penilaian ini tidaklah mudah. Penyebab utamanya ialah karena mutu pelayanan tersebut bersifat multi-dimensional. Tiap orang, tergantung dari latar

belakang dan kepentingan masing-masing, dapat saja melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda.

Penilaian dari pemakaian jasa pelayanan kesehatan, dimensi mutu yang dianut ternyata sangat berbeda dengan penyelenggara pelayanan kesehatan. Demikian pula halnya dengan dimensi mutu dari para penyandang dana pelayanan kesehatan. Penelitian yang dilakukan Robert dan Prevost (1987) telah berhasil membuktikan adanya perbedaan dimensi tersebut.

1. Pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*), mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, perhatian serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan kesembuhan penyakit yang diderita oleh pasien.
2. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran mutakhir (*medical science and technology*) otonom profesi (*professional autonomy*).
3. Penyandang dana pelayanan kesehatan (*health financing*), mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, dan

kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Smith dan Metzner (1970). Adanya perbedaan dimensi yang dimaksud sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan kesehatan yang dipandang paling penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki oleh dokter (80 %). Perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (60 %), keterampilan yang dimiliki dokter (50 %) efisiensi pelayanan kesehatan (45 %) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (8 %).

Pasien sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan paling penting efisiensi pelayanan kesehatan (45 %), perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (40 %), pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (40 %), keterampilan yang dimiliki dokter (35 %), kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (35 %).

Untuk mengatasi adanya perbedaan dimensi ini, telah diperoleh kesepakatan bahwa dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan, seyogyanya pedoman yang dipakai adalah hakikat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan tersebut. Untuk ini mudah dipahami bahwa hakikat dasar yang dimaksud tidak lain adalah untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan terhadap kesehatan (*health needs and*

*demands*), sedemikian rupa sehingga kesehatan para pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut dapat tetap terpelihara.

Bertitik tolak dari hakikat dasar ini, mutu pelayanan seyogyanya dikaitkan dengan kehendak untuk memenuhi kebutuhan serta tuntutan para pemakai jasa pelayanan tersebut. Mutu pelayanan, menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien.

Batasan kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan (Azrul Azwar, 1996)

1. Pembatasan pada derajat kepuasan pasien

Pembatasan masalah, mutu suatu pelayanan kesehatan di nilai baik, apabila pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut.

2. Pembatasan pada upaya yang dilakukan

Pembatasan kedua, mutu pelayanan kesehatan tercakup pula kesempurnaan tata cara menyelenggarakan pelayanan kesehatan tersebut. Mutu suatu pelayanan kesehatan di nilai baik apabila tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar serta kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Bertitik tolak dari adanya dua pembatasan ini, dapatlah dirumuskan apa yang dimaksudkan dengan mutu pelayanan

kesehatan, (Depkes RI pada Azrul Azwar, 1996) *Mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.*

#### **2.3.4. Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Mutu pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk pada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Secara umum disebutkan makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan, makin sempurna pula mutunya.

Karena baik atau tidaknya keluaran kualitas pelayanan kesehatan (*output*) sangat dipengaruhi oleh unsur masukan (*input*), unsur lingkungan (*environment*), dan unsur proses (*process*), maka mudahlah dipahami bahwa baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi ketiga unsur yang dimaksud.

Ketiga unsur ini saling mempengaruhi yang kaitannya dengan unsur keluaran yakni yang menunjuk pada mutu pelayanan kesehatan.

##### **2.3.4.1. Masukan (*Input*)**

Pada model penelitian tentang kualitas pelayanan kesehatan menyebutkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk pada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Baik atau

tidaknya suatu keluaran (*output*) sangat dipengaruhi masukan (*input*). Yang dimaksud dengan masukan adalah tenaga (tenaga medis dan non medis), dana, dan sarana (fasilitas medis, penunjang medis, fasilitas umum). Secara umum disebutkan apabila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of personnels and facilities*). Serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan. (Bruce, 1990; Fromberg, 1988; Gambone, 1991). Dalam penelitian ini kami berargumentasi bahwa salah satu aspek kepuasan pasien atas kualitas pelayanan kesehatan adalah unsur masukan. Oleh karena itu suatu unsur masukan yang mendasarkan pada orientasi pasien diperlukan dalam pencapaian kualitas pelayanan kesehatan argumentasi ini mendasari pernyataan (Ir. Endar Sugiharto, MM, 1999) bahwa tenaga medis dan non medis Rumah Sakit merupakan elemen terpadu yang membantu hubungan Rumah Sakit dengan pasien.

*H<sub>1</sub> : Semakin baik suatu masukan pelayanan kesehatan, maka akan semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.*

*H<sub>2</sub>: Semakin baik suatu unsur masukan pelayanan kesehatan, maka kepuasan pasien atas kualitas pelayanan kesehatan yang diterima makin tinggi.*

#### **2.3.4.2. Lingkungan (Environment)**

Selain masukan (*input*) yang mempengaruhi kualitas pelayanan, lingkungan (*environment*) mempengaruhi baik atau tidaknya suatu pelayanan kesehatan. Yang dimaksud lingkungan di sini adalah kebijakan, organisasi, dan manajemen. Secara umum disebutkan apabila kebijakan, organisasi, dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of organization and management*) dan atau tidak bersifat mendukung maka sulitlah diharapkan baiknya mutu suatu pelayanan kesehatan (Donabedian, 1980) sehingga hipotesis ketiga yang diajukan adalah

*H<sub>3</sub>: Semakin baik suatu lingkungan pelayanan kesehatan, maka akan semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.*

#### **2.3.4.3. Proses (Process)**

Yang dimaksud dengan proses adalah semua tindakan yang dilakukan. Unsur proses ini dibedakan atas dua macam yaitu tindakan medis (*medical procedure*) dan tindakan non medis (*non medical procedure*). Jenis dan

jumlah tindakan medis yang dapat dilakukan banyak macamnya, mulai dari anamnesis sampai dengan pelayanan tindak lanjut. Hal yang sama ditemukan pula pada tindakan non medis, yang jenis dan jumlahnya sangat ditentukan oleh pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Secara umum disebutkan apabila kedua tindakan ini tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of conduct*) maka sulitlah diharapkan baiknya mutu suatu pelayanan kesehatan (Pena; 1984 pada Azrul Azwar, 1995). Suatu proses pelayanan kesehatan sangat penting dalam meningkatkan pelayanan. Proses berlangsung secara kontinyu yang secara langsung mempengaruhi kepuasan pasien akan kualitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan uraian tersebut maka hipotesis keempat dan kelima adalah

*H<sub>4</sub>: Semakin baik suatu proses pelayanan kesehatan, maka akan semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan*

*H<sub>5</sub>: Semakin baik suatu proses pelayanan kesehatan, maka kepuasan pasien atas kualitas pelayanan kesehatan yang diterima makin tinggi.*

### **2.3.5. Pelayanan Kesehatan yang Bermutu**

Dari pengertian mutu pelayanan kesehatan sebagaimana dikemukakan di atas, dapat dirumuskan batasan pelayanan kesehatan

yang bermutu. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Sesungguhnya, seperti juga mutu pelayanan, dimensi kepuasan pasien sangat bervariasi sekali. Secara umum dimensi kepuasan tersebut dapat dibedakan atas dua macam : (Azrul Azwar, 1996).

1. Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi.

Ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan kesehatan terbatas hanya pada kesesuaian dengan standar serta kode etik profesi saja. Ukuran-ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai :

- a. Hubungan Dokter Pasien (*Doctor-Patient Relationship*)

Setiap dokter dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya secara pribadi, menampung dan mendengarkan semua keluhan, serta menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala hal yang ingin diketahui oleh pasien.

b. Kenyamanan Pelayanan (*Amenities*)

Kenyamanan yang dimaksudkan di sini tidak hanya yang menyangkut fasilitas yang disediakan tetapi yang terpenting lagi yang menyangkut sikap serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

c. Kebebasan Melakukan Pilihan (*Choice*)

Kebebasan memilih ini dapat diberikan dan karena itu harus dapat dilaksanakan oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan.

d. Pengetahuan dan Kompetensi Teknis (*Scientific Knowledge and Technical Skill*)

Makin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

e. Efektifitas Pelayanan (*Effectiveness*)

Makin efektif pelayanan kesehatan, makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

f. Keamanan Tindakan (*Safety*)

Keamanan tindakan adalah juga bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi.

2. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan

Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan semua persyaratan pelayanan

kesehatan dapat memuaskan pasien. Ukuran-ukuran penilaian terhadap kepuasan pasien :

a. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan (*Available*)

Suatu pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.

b. Kewajaran Pelayanan Kesehatan (*Appropriate*)

Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

c. Kesiambungan Pelayanan Kesehatan (*Continue*)

Pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat berkesinambungan, dalam arti tersedia setiap saat, baik menurut waktu dan ataupun kebutuhan pelayanan kesehatan.

d. Penerimaan Pelayanan Kesehatan (*Acceptable*)

Pelayanan kesehatan dinilai bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

e. Ketercapaian Pelayanan Kesehatan (*Accesible*)

Suatu pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan itu.

f. Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan (*Affordable*)

Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

g. Efisiensi Pelayanan Kesehatan (*Efficient*)

Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat diselenggarakan secara efisien.

h. Mutu Pelayanan Kesehatan (*Quality*)

Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman.

Kualitas pelayanan kesehatan adalah kualitas yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien, serta di pihak lain taat cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan. Rumah Sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara komponen Rumah Sakit sebagai sebuah sistem (aspek). Menurut Donabedian (1980) aspek-aspek pelayanan Rumah Sakit yang berhubungan dengan kualitas pelayanan digolongkan menjadi struktur, proses, keluaran. Secara sistematik hubungan antara aspek-aspek atau komponen tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :

Struktur	Proses Relevansi	Keluaran
Kewajaran Kualitas Biaya	Efektifitas Mutu Efisiensi	Segera Jangka Panjang

Sedangkan dari organisasi dan masyarakat hal-hal yang berhubungan dengan kualitas pelayanan antara lain :

a. Aspek Struktur

Sarana fisik perlengkapan, peralatan, organisasi dan manusia, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya yang ada di rumah sakit.

b. Aspek Proses

Semua kegiatan dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya dan petugas administrasi dalam interaksinya dengan pasien yang meliputi apa dan bagaimana kegiatan profesional dan tenaga administrasi itu dilaksanakan.

Dalam proses ini mencakup antara lain :

1. Penilaian tentang pasien
2. Penegasan diagnosa
3. Rencana pengobatan
4. Indikator tindakan
5. Prosedur tindakan
6. Segi-segi teknis tindakan itu sendiri serta penanganan yang dilakukan.

c. Aspek Keluaran

Hasil kegiatan dan tindakan dokter, perawat, tenaga profesional lainnya serta pelayanan bagian administrasi terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya baik dalam aspek positif maupun sebaliknya. Karena keluaran dapat juga berupa hal-hal yang tidak diinginkan dapat menyulitkan dan kejadian lainnya yang tidak diharapkan keluaran dapat dirasakan oleh pasien dalam jangka pendek/segera maupun jangka panjang.

Jenis pelayanan disini adalah suatu prosedur dan atau tindakan tertentu yang dilakukan oleh dokter, perawat serta tenaga profesional lainnya. Sedangkan keluaran yang bersifat jangka panjang yang dirasakan pasien. Status kesehatan dan kemampuan fungsional keluaran dapat juga dikatakan sebagai petunjuk efektif tidaknya proses pelayanan dokter, perawatan dan profesi kesehatan lainnya melalui tugas yang terkait dengan tanggung jawab profesinya.

Secara umum dapat dirumuskan bahwa kualitas hasil akhir atau keluaran yang baik untuk sebagai dasar pelayanan di Rumah Sakit tergantung pada kualitas struktur dan atau kualitas akhir atau keluaran yang juga kurang baik. Kualitas pelayanan dapat diukur dengan membandingkan persepsi antara pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan oleh konsumen (Gronroos 1982, Lewis Broms 1983, Parasuraman 1986). Secara operasional kualitas pelayanan dapat diketahui dengan melakukan

pertanyaan. “Apakah pelayanan yang diberikan berbeda dengan yang diharapkan ?”.

“Apakah pelayanan yang didapat sama dengan yang diharapkan, lebih baik atau lebih jelek dari yang diharapkan ?”.

Kualitas pelayanan yang diharapkan pasien Rumah Sakit diukur dengan beberapa indikator, yaitu :

1. Efisiensi pelayanan, efisiensi pelayanan telah diketahui mempunyai hubungan yang erat dengan kepuasan pemakaian jasa pelayanan. Untuk dapat menimbulkan kepuasan tersebut perlu diupayakan peningkatan efisiensi pelayanan. Karena puas atau tidaknya pemakai jasa pelayanan mempunyai kaitan yang erat dengan baik/buruknya mutu pelayanan, maka suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat di selenggarakan secara efisien.

2. Perhatian dokter kepada pasien

Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, sangat diharapkan setiap dokter dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya secara pribadi, menampung dan mendengarkan semua keluhan, serta menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala yang ingin diketahui oleh pasien.

3. Pengetahuan dokter

- Pengetahuan yang dimiliki dokter tentang suatu penyakit tertentu menunjukkan bahwa dokter tersebut mempunyai kredibilitas yang baik.

4. Kemampuan staf medis

Kemampuan yang dimiliki oleh staf medis (dokter dan perawat) Rumah Sakit dalam menangani penyakit pasien.

5. Keamanan tindakan

Pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien bukanlah pelayanan kesehatan yang baik karena itu tidak boleh dilakukan.

6. Kewajaran pelayanan

Kewajaran pelayanan artinya dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

**2.3.6. Hubungan Kualitas Pelayanan dengan Kepuasan Pasien**

Mengetahui harapan pasien adalah sebuah prasyarat dalam penyampaian pelayanan kesehatan yang baik. Pasien membandingkan persepsi penerimaan pelayanan kesehatan dengan harapannya ketika mempertimbangkan pasien Rumah Sakit (Parasuraman, dkk. 1991). Sejahterama sebuah Rumah Sakit memenuhi harapan akan di nilai yang selanjutnya akan mempengaruhi sikap pasien tersebut. Kualitas pelayanan secara signifikan mempunyai pengaruh kepada kepuasan (Cronin and Taylor, 1992). Dapat disimpulkan bahwa tinggi

rendahnya kualitas pelayanan akan menentukan tinggi rendahnya kepuasan yang akan diterima. Maka hipotesis keenam adalah :

*H<sub>6</sub> : semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan maka pasien akan semakin puas atas pelayanan kesehatan yang diterima.*

### **2.3.7. Kepuasan Pasien**

Kepuasan pasien adalah tingkat kepuasan pelayanan pasien dari persepsi pasien/keluarga terdekat. Kepuasan pasien akan tercapai, apabila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan kemampuan pasien/keluarganya, ada perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik dan tanggap terhadap kebutuhan pasien, sehingga tercapai keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas atau hasil dan derita-derita serta jerih payah yang telah dialami guna memperoleh hasil tersebut.

Sebagai unit usaha, rumah sakit seperti semua perusahaan (*enterprises*) hanya berkembang dengan cepat jika menciptakan kepuasan dan kesetiaan klien pada biaya yang terjangkau (*affordable*). Seperti organisasi lainnya, rumah sakit mempunyai banyak jenis klien (dokter, pihak ketiga/ penanggung biaya, pasien, keluarga pasien, dan lain-lain). bagaimanapun kepuasan dan kesetiaan pasien sebagai pengguna akhir (*end user*) layanan rumah sakit, adalah unsur pokok (dasar) di antara kepuasan dan kesetiaan

yang lain. dokter-dokter tidak dapat sepenuhnya merasa puas, bila rumah sakit di mana mereka bekerja, tidak dapat memberi pelayanan yang memuaskan kepada pasien dan keluarganya, demikian juga perusahaan asuransi kesehatan sebagai penanggung biaya tidak akan memperpanjang hubungan kerja sama dengan rumah sakit yang tidak dapat memberi pelayanan yang memuaskan kepada pasiennya (Fisk dkk., 1990). Hal ini sejalan dengan Imao (1991), bahwa sasaran strategi KAIZEN (KAI = change, ZEN = good, KAIZEN = continual improvement) adalah kepuasan menyeluruh konsumen.

Kepuasan pasien dapat diukur beberapa indikator yaitu

1. Penerimaan pelayanan artinya pelayanan di nilai bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.
2. Efektifitas pelayanan  
Makin efektif pelayanan kesehatan maka pasien akan semakin puas.
3. Keterjangkauan pelayanan  
Penyelenggaraan kesehatan perlu mengupayakan pelayanan kesehatan yang biayanya sesuai dengan kemampuan pemakai jasa pelayanan tersebut.
4. Kenyamanan pelayanan  
Kenyaman pelayanan yang dimaksudkan tidak hanya menyangkut fasilitas yang disediakan tetapi yang terpenting lagi yang

menyangkut sikap serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

5. Kebebasan melakukan pilihan

Kebebasan memilih ini dapat diberikan dan karena itu harus dapat dilaksanakan setiap penyelenggara pelayanan kesehatan.

6. Ketercapaian pelayanan

Suatu pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan itu.

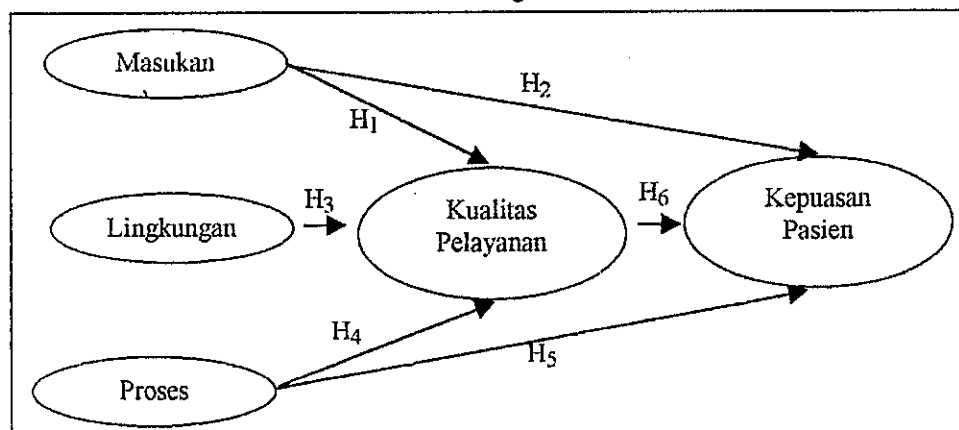
7. Mutu Pelayanan Kesehatan (*Quality*)

Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman.

### 2.3.8. Kerangka Pemikiran Teoritis

Berdasarkan telaah teoritis yang diuraikan di atas maka dikembangkan kerangka teoritis sebagai berikut:

Gambar Kerangka Teoritis  
Strategi Peningkatan Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Siti Khodijah  
Pekalongan



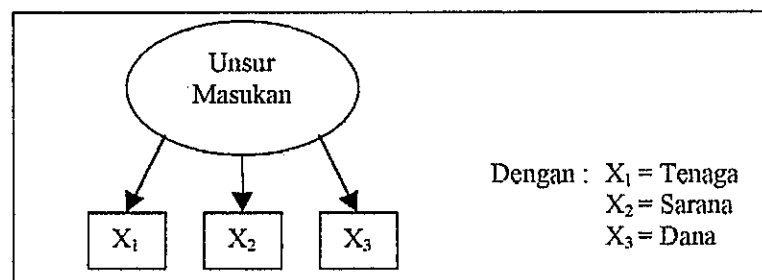
Sumber : Dikembangkan untuk tesis ini

## 2.4. Definisi Operasional Variabel

### 2.4.1. Variabel Masukan

Variabel masukan dibangun oleh tiga indikator, terdiri dari pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan unsur masukan yaitu : tenaga, sarana dan dana, seperti yang terlihat dalam gambar dibawah ini :

Gambar 2.3.  
Variabel Masukan

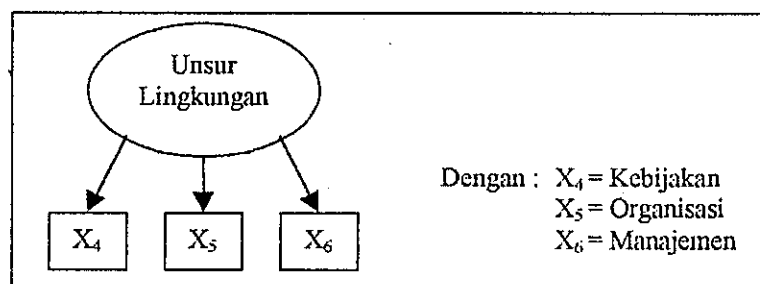


Sumber : Bruce, 1990; Fromberg, 1988; Gombone, 1991

### 2.4.2. Variabel Lingkungan

Variabel lingkungan dibangun oleh tiga indikator, terdiri dari pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan unsur lingkungan, yaitu : kebijaksanaan, organisasi dan manajemen, seperti yang terlihat dalam gambar dibawah ini.

Gambar 2.4.  
Variabel Lingkungan

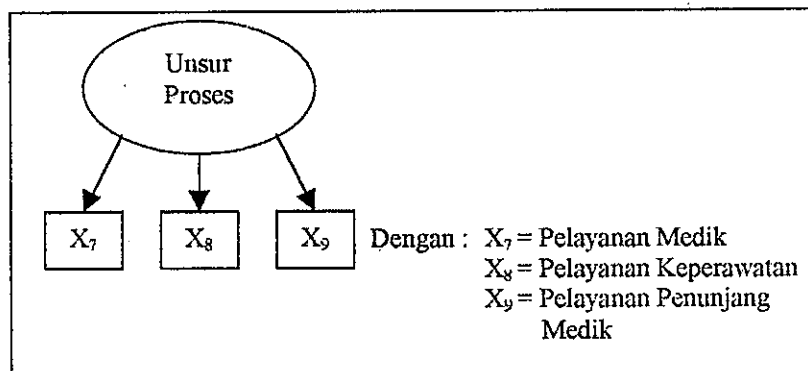


Sumber : Donabedian, 1980

### 2.4.3. Variabel Proses

Variabel proses dibangun oleh tiga indikator : terdiri dari pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan unsur proses, yaitu pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, seperti yang terlihat dalam gambar di bawah ini :

Gambar 2.5.  
Variabel Proses

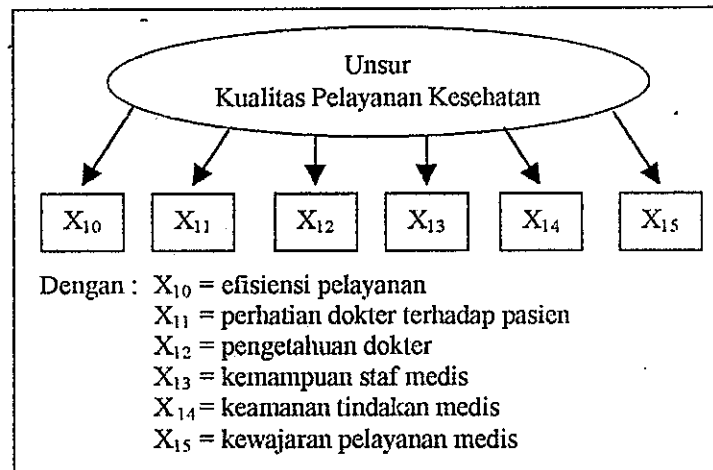


Sumber : Pena, 1994

### 2.4.4. Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan

Variabel kualitas pelayanan kesehatan dibangun oleh enam indikator, yang terdiri dari enam pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan yaitu efisiensi pelayanan, perhatian dokter terhadap pasien, pengetahuan yang dimiliki oleh dokter, kemampuan staf medis, keamanan tindakan medis, dan kewajaran pelayanan medis.

Gambar 2.6.  
Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan

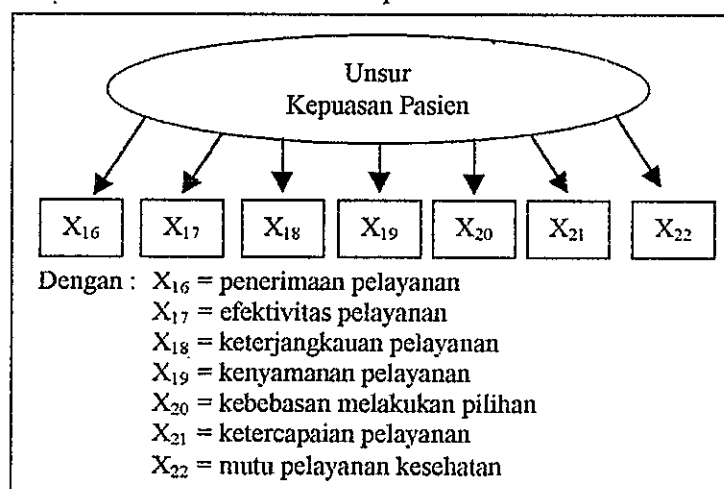


Sumber : Azrul Azwar, 1996

#### 2.4.5. Variabel Kepuasan Pasien

Variabel ini dibangun oleh tujuan indikator, yang terdiri dari tujuh pertanyaan yang berhubungan penerimaan pelayanan, efektivitas pelayanan, keterjangkauan pelayanan, kenyamanan pelayanan, kebebasan melakukan pilihan, keterampilan pelayanan, mutu pelayanan kesehatan.

Gambar 2.7.  
Variabel Kepuasan Pasien



Sumber : Azrul Azwar, 1996

#### 2.4.6. Definisi Operasional Variabel

Variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel *independent*, dan *dependent*. Menurut Nur Indriantoro (1999) *variabel independent* adalah variabel yang menjelaskan atau mempengaruhi variabel yang lain. *Variabel dependent* adalah variabel yang dijelaskan atau mempengaruhi oleh variabel *independent*.

*Variabel independent* yang digunakan dalam penelitian ini adalah terdiri dari unsur masukan (*input*), unsur lingkungan (*environment*), unsur proses (*process*) dalam jasa pelayanan kesehatan. Yang dimaksud dengan unsur masukan adalah tenaga, dana, dan sarana yang digunakan dalam jasa pelayanan kesehatan. Sedang pengertian unsur lingkungan dalam penelitian ini yaitu kebijakan, organisasi, dan manajemen jasa pelayanan kesehatan. Unsur proses yaitu tindakan medis dan tindakan non medis untuk menyediakan jasa pelayanan kesehatan, dalam penelitian ini dibedakan menjadi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medik. Sebagai *dependent variabel* dalam penelitian ini adalah kepuasan pasien, yaitu tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang ia rasakan dibandingkan dengan harapannya (Kotler, 1994).

Kualitas pelayanan dalam penelitian ini yang berfungsi sebagai *variabel dependent* diartikan sebagai tingkat kesempurnaan

pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Azrul Azwar, 1996).

Untuk melakukan analisa terhadap variabel-variabel penelitian diperlukan indikator dan parameter. Dalam penelitian ini digunakan skala 1-10 untuk menyatakan derajat penilaian responden.

Tabel 2.1.  
Penentuan Variabel Dependent – Independent

Tahap	Variabel Dependent	Variabel Independent
1.	Kualitas Pelayanan Kesehatan	- Unsur masukan - Unsur lingkungan - Unsur proses
2.	Kepuasan Pasien	- Kualitas pelayanan keselatan

Tabel 2.2.  
Variabel dan Dimensi Penelitian

Variabel	Dimensi
Unsur Masukan	- Tenaga X <sub>1</sub>
	- Sarana X <sub>2</sub>
	- Dana X <sub>3</sub>
Unsur Lingkungan	- Kebijakan X <sub>4</sub>
	- Organisasi X <sub>5</sub>
	- Manajemen X <sub>6</sub>
Unsur Proses	- Pelayanan Medik X <sub>7</sub>
	- Pelayanan keperawatan X <sub>8</sub>
	- Pelayanan penunjang medik X <sub>9</sub>
Kualitas Pelayanan Kesehatan	- Efisiensi pelayanan X <sub>10</sub>
	- Perhatian dokter terhadap pasien X <sub>11</sub>
	- Pengetahuan dokter X <sub>12</sub>
	- Kemampuan staf medis X <sub>13</sub>
	- Keamanan tindakan medis X <sub>14</sub>
Kepuasan Pasien	- Kewajaran pelayanan medik X <sub>15</sub>
	- Penerimaan pelayanan X <sub>16</sub>
	- Efektivitas pelayanan X <sub>17</sub>
	- Keterjangkauan pelayanan X <sub>18</sub>
	- Kenyamanan pelayanan X <sub>19</sub>
	- Kebebasan melakukan pilihan X <sub>20</sub>
	- Ketercapaian pelayanan X <sub>21</sub>
	- Mutu pelayanan kesehatan X <sub>22</sub>

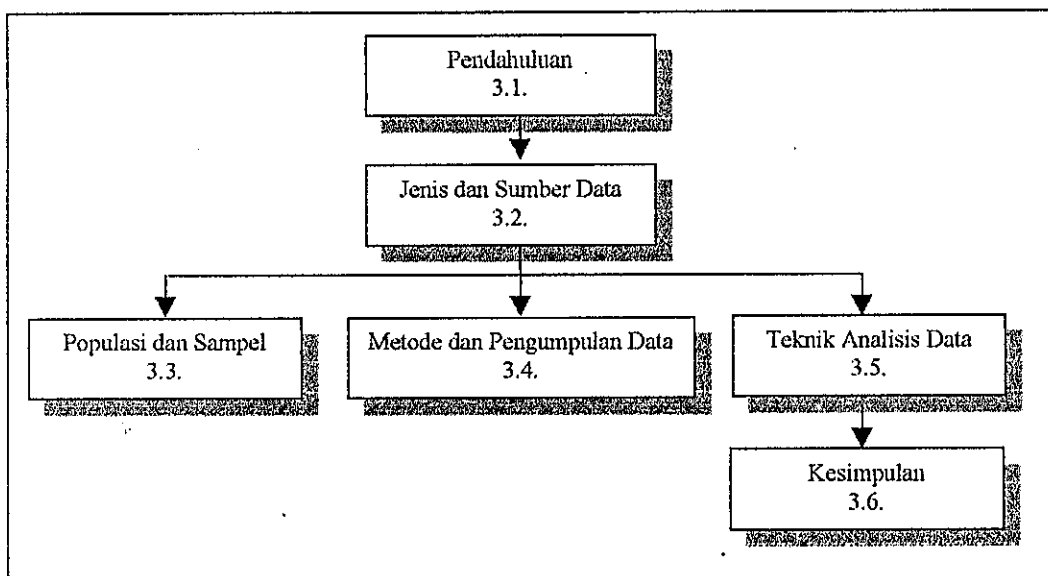
Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

## BAB III

### METODE PENELITIAN

Dalam bab ini akan menjelaskan metode-metode penelitian yang akan digunakan yang meliputi jenis dan sumber data, populasi dan sampel, metode pengumpulan data dan teknik analisa yang digunakan untuk menjawab hipotesis diuraikan berikut disampaikan outline dari bab III.

Gambar 3.1.  
Outline Bab III



Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

### 3.1. Jenis dan Sumber Data

#### 3.1.1. Data Primer

Data primer diperoleh dari pasien (keluarganya) yang dipilih sebagai responden. Data primer di sini berupa identitas responden, penilaian pasien terhadap unsur masukan, unsur lingkungan, unsur proses, kualitas pelayanan itu sendiri serta kepuasan pasien.

### 3.1.2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari pihak manajemen Rumah Sakit, Depkes Kota Pekalongan, Dinas Kesehatan Kota Pekalongan.

### 3.1.3. Sumber Data

Data yang diperoleh untuk penelitian ini langsung dari hasil angket yang dibagikan pada pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

## 3.2. Populasi dan Teknik Pengambilan Sampel

### 3.2.1. Populasi

Populasi penelitian adalah semua pasien rawat inap Rumah Sakit Siti Khodijah, yang dipilih berdasarkan atas kriteria-kriteria yang sudah ditentukan yaitu sudah menjalani rawat inap minimal 3 x 24 jam (3 hari), pasien dalam proses penyembuhan, dapat berkomunikasi, sudah diperbolehkan pulang, pasien menempati di semua kelas perawatan.

### 3.2.2. Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus Rao, (1996) :

$$n = \frac{N}{1 + N (\text{moe})^2}$$

n = jumlah sampel

N = populasi

moe = margin of errors maximal, yaitu tingkat kesalahan maksimum yang masih dapat di toleransi.

Berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa rata-rata jumlah pasien Rumah Sakit Siti Khodijah pada tahun 2000 berjumlah 5265 orang. Maka jumlah sampel untuk penelitian dengan margin of error sebesar 10 % adalah :

$$n = \frac{5265}{1 + 5265 (10\%)^2}$$

$$n = 99,98$$

$$n = 100$$

Sementara itu sampel menurut Hair, dkk (1995) memegang peranan penting dalam estimasi dan interpretasi hasil terutama bila menggunakan analisis *Structural Equation Modeling* (SEM), ukuran sampel yang ideal dan representatif adalah tergantung pada jumlah indikator dikalikan 5–10 dengan demikian sampel untuk penelitian ini adalah :

$$\text{Jumlah Indikator} = 22$$

$$\text{Sampel Minimal} = 22 \times 5$$

$$= 110$$

Jadi jumlah sampel dalam penelitian 115 responden sesuai dengan sampel minimal hasil perhitungan dengan rumus Rao (1996) dan rumus Hair, dkk (1995), yaitu jumlah sampel yang representatif untuk menggunakan teknik analisis SEM.

### **3.3. Metode Pengumpulan Data**

#### **a. Studi Pustaka**

Dilakukan untuk memperoleh informasi yang berdasarkan teori dan teknik analisis yang diperlukan. Hal ini termasuk studi literatur jurnal, dan majalah.

#### **b. Studi Lapangan**

Dilakukan untuk memperoleh data dan informasi primer langsung dari sumbernya. Data primer diperoleh dengan metode survei melalui wawancara dan pengedaran kuesioner atau angket. Wawancara dilakukan dengan pihak manajemen mengenai struktur rumah sakit, kegiatan operasional sehari-hari serta kebijakan strategi selama ini. Metode angket (pengedaran kuesioner) ini dilakukan untuk memperoleh data primer dengan membagikan kuesioner kepada pasien rawat inap sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan sebagai responden.

### **3.4. Teknik Analisis**

Dalam penelitian ini metode analisis yang digunakan peneliti adalah metode kuantitatif. Kualitas pelayanan kesehatan merupakan data kualitatif yang akan diukur dengan suatu skala sehingga hasilnya berbentuk angka. Selanjutnya angka atau skor ini diolah dengan metode statistik. Penggunaan metode ini adalah untuk memudahkan proses analisis data.

Dari berbagai macam alat analisis peneliti menentukan beberapa alat analisis yang sesuai dengan kebutuhan guna pembuktian hipotesa penelitian.

Alat-alat analisis yang akan dipakai dalam peneliti ini ada dua jenis yaitu untuk menguji data dan yang kedua untuk menguji model.

### 1. Uji Data

- a. Uji Normalitas Univariat/Multivariat.
- b. Uji Outliers Univariat/Multivariat.
- c. Pola Korelasi/Kovarians.

### 2. Uji Model

- a. Goodness of Fit Test.
- b. Uji Pengaruh (Regression Weight)

Selanjutnya untuk menganalisa data, peneliti menggunakan program *Structural Equation Modeling* (SEM) yang dioperasikan melalui program AMOS 4.00. Sebagai sebuah model persamaan terstruktur program AMOS 4.00 baru-baru ini telah sering digunakan dalam penelitian manajemen pemasaran dan manajemen strategi, Bacon (1997). Model kausalitas program AMOS 4.00 menjelaskan masalah pengukuran dan struktur dan selanjutnya digunakan untuk menganalisa dan menguji hipotesis. Program AMOS 4.00 sesuai bagi bermacam-macam analisis karena kemampuannya untuk :

- a. Mengestimasi koefisien yang tidak diketahui dari satu set persamaan linier terstruktur.
- b. Mengakomodasi model yang didalamnya termasuk variabel laten.
- c. Mengakomodasi pengukuran error baik dependen maupun independen.

- d. Mengakomodasi sebab akibat dan simultan (Arbuckle, 1997 ; Bacon, 1997).

Kelebihan SEM adalah dapat menganalisa multivariate secara bersamaan. Sedangkan tujuan penggunaan teknik multivariate adalah untuk memperluas kemampuan dalam menjelaskan peneliti dan untuk mencapai efisiensi statistik. Alasan menariknya teknik analisis dengan (SEM) adalah

- a. Menyediakan metode secara jelas hubungan antar multirelationships secara simultan secara cepat asal didapatkan efisiensi statistik.
- b. Kemampuan menaksir hubungan (*relationships*) secara komprehensif telah membuat sebuah peralihan dari *exploratory* ke *explanatory*, Hair, dkk (1995).

Dengan pertimbangan tersebut peneliti menggunakannya untuk menguji model penelitian yang diajukan dalam kerangka pikir teoritis. Dengan SEM ini model penelitian akan diuji statistik secara simultan. Ada dua model yang digunakan dalam penelitian ini yaitu :

- a. Model Pengukuran (*Measurement Model*)

Variabel-variabel penelitian akan diuji unidimensionalitasnya dalam membentuk suatu variabel laten.

- b. Model Struktural (*Structural Model*)

Dengan program ini juga akan diukur hubungan sebab akibat antar berbagai konsep/variabel yang telah diukur. Hipotesis akan diuji

*Goodness of Fit* dari model penelitian yang disampaikan dan hipotesis mengenai hubungan dalam model, Hair, dkk (1995)

Menurut Hair, Anderson, Tatham dan Black (1995), ada tujuh langkah yang harus dilakukan bila menggunakan *Structural Equation Modeling* (SEM), yaitu

- a. Langkah pertama : membangun model yang berbasis teori, SEM berdasar pada hubungan sebab-akibat, dimana perubahan yang terjadi pada suatu variabel diasumsikan untuk menghasilkan perubahan pada variabel yang lain. Penelitian ini menggunakan 22 variabel, seperti pada tabel 3.1.

Tabel 3.1.  
Variabel dan Indikator Pengukuran

Dimensi	Indikator
Unsur Masukan	- Tenaga X <sub>1</sub>
	- Sarana X <sub>2</sub>
	- Dana X <sub>3</sub>
Unsur Lingkungan	- Kebijakan X <sub>4</sub>
	- Organisasi X <sub>5</sub>
	- Manajemen X <sub>6</sub>
Unsur Proses	- Pelayanan Medik X <sub>7</sub>
	- Pelayanan keperawatan X <sub>8</sub>
	- Pelayanan penunjang medik X <sub>9</sub>
Kualitas Pelayanan Kesehatan	- Efisiensi pelayanan X <sub>10</sub>
	- Perhatian dokter terhadap pasien X <sub>11</sub>
	- Pengetahuan dokter X <sub>12</sub>
	- Kemampuan staf medis X <sub>13</sub>
	- Keamanan tindakan medis X <sub>14</sub>
	- Kewajaran pelayanan medik X <sub>15</sub>
Kepuasan Pasien	- Penerimaan pelayanan X <sub>16</sub>
	- Efektivitas pelayanan X <sub>17</sub>
	- Keterjangkauan pelayanan X <sub>18</sub>
	- Kenyamanan pelayanan X <sub>19</sub>
	- Kebebasan melakukan pilihan X <sub>20</sub>
	- Ketercapaian pelayanan X <sub>21</sub>
	- Mutu pelayanan kesehatan X <sub>22</sub>

Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

- b. Langkah kedua : membangun diagram alur hubungan sebab akibat, dengan menggambarkan hubungan antar variabel pada sebuah diagram alur yang secara khusus dapat membantu dalam menggambarkan rangkaian hubungan sebab akibat antar konstruk dari model teoritis yang telah dibangun pada tahap pertama.

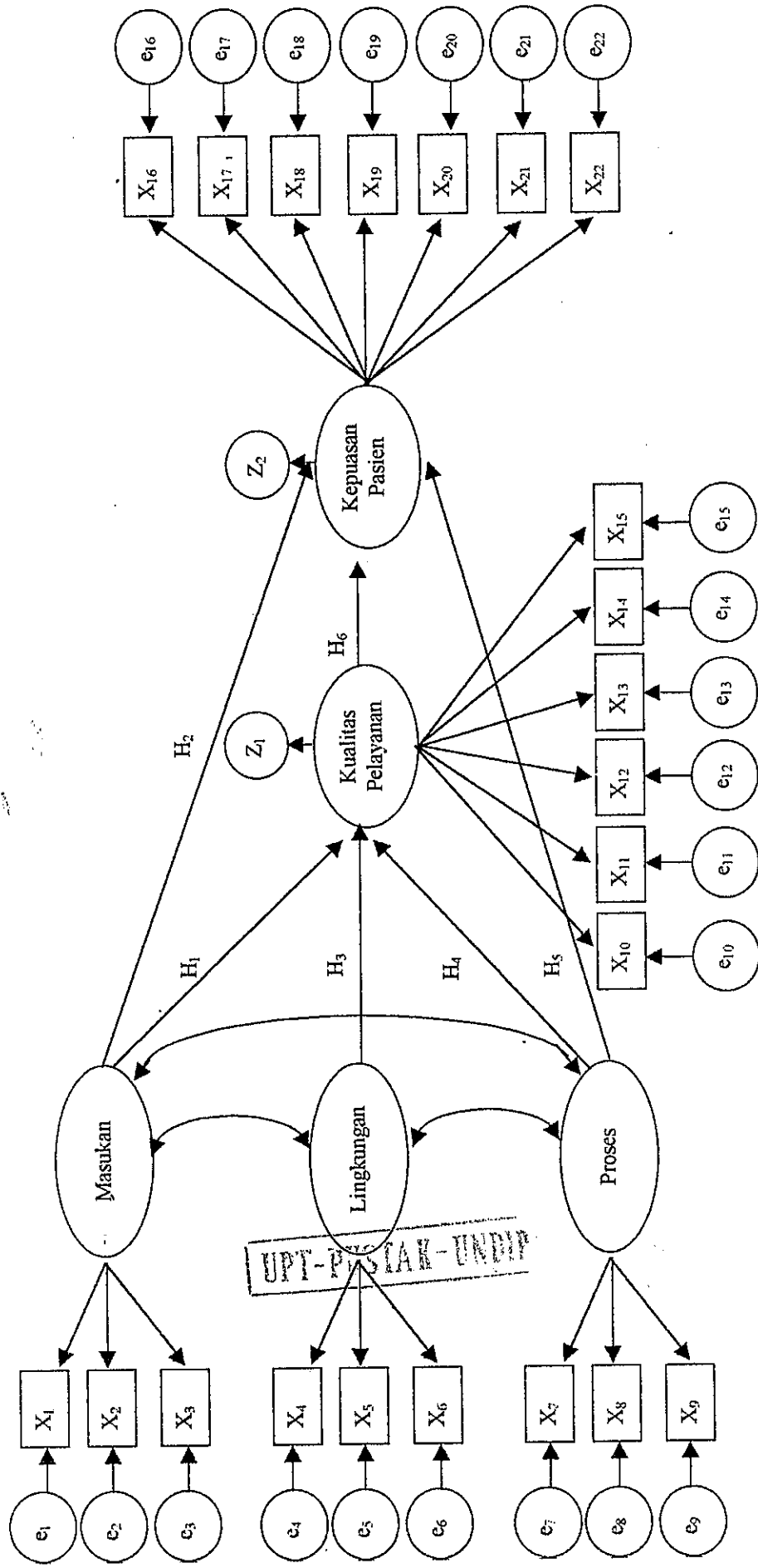
Diagram alur menggambarkan hubungan antara konstruk dengan anak panah. Anak panah yang digambarkan lurus menunjukkan hubungan kausal langsung dari satu konstruk ke konstruk lainnya.

Konstruk yang dibangun dalam diagram alur dapat dibedakan menjadi dua kelompok (Ferdinand , A.T., 2000) yaitu :

- 1) Konstruk eksogen, dikenal juga sebagai *source variables* atau *independent variables* yang tidak diprediksi oleh variabel yang lain dalam model. Konstruk eksogen adalah konstruk yang dituju oleh garis dengan satu ujung panah.
- 2) Konstruk endogen, merupakan faktor-faktor yang diprediksi oleh satu atau beberapa konstruk endogen lainnya, tetapi konstruk eksogen hanya dapat berhubungan kausal dengan konstruk endogen.

Diagram alur pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar 3.2

Gambar 3.2.  
Diagram Alur Pengujian Model Penelitian



Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

- c. langkah ketiga : merubah diagram alur ke dalam sebuah kumpulan persamaan terstruktur dan persamaan ukuran.

Pada langkah ketiga ini, model pengukuran yang lebih spesifik dibuat dengan mengubah diagram alur ke model pengukuran. Persamaan yang dibangun dari diagram alur yang dikonversi terdiri dari :

- 1) Persamaan struktural, yang dirumuskan untuk menyatakan hubungan kausalitas antar berbagai konstruk dan pada dasarnya disusun dengan pedoman sebagai berikut :

$$\text{Variabel endogen} = \text{variabel eksogen} + \text{variabel endogen} + \text{error}$$

- 2) Persamaan spesifikasi model pengukuran (*measurement model*).

Pada persamaan ini ditentukan variabel yang mengukur konstruk dan menentukan serangkaian matriks yang menunjukkan korelasi yang dihipotesiskan antar konstruk atau variabel (Ferdinand, A.T., 2000). Persamaan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.2. berikut.

Dalam model penelitian ini yang merupakan variabel latent endogenous adalah kualitas pelayanan dan kepuasan pasien. Sedangkan yang merupakan variabel latent exogeneous adalah unsur masukan, unsur lingkungan dan unsur proses.

Tabel 3.2.  
Persamaan Pengukuran dan Persamaan Struktural

Construct Exogenous	Construct Endogenous
$X_1 = \lambda_1$ unsur masukan + $\epsilon_1$ $X_2 = \lambda_2$ unsur masukan + $\epsilon_3$ $X_3 = \lambda_3$ unsur masukan + $\epsilon_3$	$X_{10} = \lambda_{10}$ kualitas pelayanan + $\epsilon_{10}$ $X_{11} = \lambda_{11}$ kualitas pelayanan + $\epsilon_{11}$ $X_{12} = \lambda_{12}$ kualitas pelayanan + $\epsilon_{12}$ $X_{13} = \lambda_{13}$ kualitas pelayanan + $\epsilon_{13}$ $X_{14} = \lambda_{14}$ kualitas pelayanan + $\epsilon_{14}$ $X_{15} = \lambda_{15}$ kualitas pelayanan + $\epsilon_{15}$
$X_4 = \lambda_4$ unsur lingkungan + $\epsilon_4$ $X_5 = \lambda_5$ unsur lingkungan + $\epsilon_5$ $X_6 = \lambda_6$ unsur lingkungan + $\epsilon_6$	$X_{16} = \lambda_{16}$ kepuasan pasien + $\epsilon_{16}$ $X_{17} = \lambda_{17}$ kepuasan pasien + $\epsilon_{17}$ $X_{18} = \lambda_{18}$ kepuasan pasien + $\epsilon_{18}$ $X_{19} = \lambda_{19}$ kepuasan pasien + $\epsilon_{19}$ $X_{20} = \lambda_{20}$ kepuasan pasien + $\epsilon_{20}$ $X_{21} = \lambda_{21}$ kepuasan pasien + $\epsilon_{21}$ $X_{22} = \lambda_{22}$ kepuasan pasien + $\epsilon_{22}$
$X_7 = \lambda_7$ unsur proses + $\epsilon_7$ $X_8 = \lambda_8$ unsur proses + $\epsilon_8$ $X_9 = \lambda_9$ unsur proses + $\epsilon_9$	
Persamaan model struktural yang diajukan adalah sebagai berikut :	
Kualitas pelayanan =	$\beta_1$ (unsur masukan) + $\beta_3$ (unsur lingkungan) + $\beta_4$ (unsur proses) + $\zeta_1$
Kepuasan Pasien =	$\beta_2$ (unsur masukan) + $\beta_5$ (unsur proses) + $\beta_6$ (kualitas pelayanan) + $\zeta_2$

Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

- d. Langkah keempat : memilih tipe matrix input dan memperkirakan model yang diajukan. Dalam pengujian teori, matrik inputnya adalah matrik kovarians standard error yang dilaporkan akan menunjukkan angka yang lebih akurat dibandingkan dengan menggunakan matriks korelasi (Hair, dkk 1995). Sedangkan menurut Hair, dkk (1995) ukuran sampel yang sesuai untuk SEM adalah 100-200 responden. Program komputer yang digunakan sebagai alat estimasi dalam pengukuran ini adalah program AMOS dengan menggunakan *maximum likelihood estimation*.

e. Langkah kelima : menaksir identifikasi persamaan model, pada langkah yang kelima ini dapat dilakukan dengan melihat :

- 1) Standard error yang besar untuk satu atau lebih koefisien.
- 2) Korelasi yang tinggi (lebih besar atau sama dengan 0,9) di antara koefisien estimasi.

Masalah dalam identifikasi pada prinsipnya adalah pada problem mengenai ketidakmampuan dari model yang dikembangkan tersebut untuk menghasilkan estimasi yang unik.

f. Langkah keenam : mengevaluasikan hasil Goodness of Fit.

Goodness of Fit adalah derajat yang menunjukkan apakah kenyataan/matriks input terobservasi (kovarian atau korelasi) sesuai dengan ramalan model estimasi. Ukuran Goodness of Fit dihitung hanya untuk matriks total input, untuk membuat tidak ada perbedaan antara konstruk endogen dan exogen ataupun indikator. Model yang baik adalah model yang signifikan berdasar beberapa pengukuran goodness of fit antara lain :

- 1) Likelihood Ratio Chi-square Statistik.

Level penerimaan ketepatan model merupakan tes signifikansi statistik. Tingkat penerimaan Chi-square : 000. Namun yang dibutuhkan adalah nilai  $\chi^2$  yang tidak signifikan yang menguji  $H_0$ . Adapun bunyi  $H_0$  yang akan diuji adalah bahwa kovarian. Sehingga nilai  $\chi^2$  yang rendah akan menghasilkan tingkat signifikansi lebih besar dari 0,05 akan mengindikasikan tidak

adanya perbedaan yang signifikan antara matrix kovarians data dan matrix kovarian yang diestimasi (Hair, dkk. 1995).

2) Goodness of Fit Index (GFI)

Level penerimaan ketetapan model tidak dibuat ambang.

Tingginya nilai menunjukkan ketepatan model, rentang nilainya antara 0 sampai 1. Tingkat penerimaan : GFI lebih besar atau sama dengan 0,9.

3) Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

Level penerimaan ketetapan model : direkomendasikan lebih dari 0,9.

4) Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)

Level penerimaan ketepatan model : rata-rata perbedaan *perdegree of freedom* yang diperkirakan terjadi dalam populasi.

Nilai penerimaan : RMSEA lebih kecil dari 0,08.

5) Root Mean Square Residual (RMSR)

Level penerimaan ketepatan model : yang ditetapkan pada bagian matrix input (*covariance/correlation*), dengan level penerimaan diset oleh penganalisa.

6) The Minimum Sample Discrepancy Function (CMIN/DF)

CMIN/DF tidak lain adalah statistik Chi-square dibagi dengan *degree of freedom* sehingga dapat disebut  $\chi^2$  relatif.

Nilai  $\chi^2$  relatif dari 2,0 atau kurang dari 3,0 adalah indikasi dari penerimaan antara model dengan data (Arbuckle, 1997).

7) Tucker Lewis Index (TLI)

TLI merupakan sebuah alternatif incremental fit index yang membandingkan sebuah model yang diuji terhadap sebuah baseline model (Baumgartner dan Homburg, 1996 dalam Ferdinand, A.T., 2000). Sedangkan nilai yang direkomendasikan sebagai acuan untuk diterimanya sebuah model adalah  $TLI \geq 0,95$  (Hair, dkk 1995) dan nilai yang sangat mendekati 1 menunjukkan *a very good fit* (Arbuckle, 1997).

8) The Comparative Fit Index (CFI)

The comparative fit index yang mendekati 1 mengindikasikan suatu tingkat fit yang tinggi. Nilai yang direkomendasikan  $CFI \geq 0,95$ .

Membuat modifikasi pada model jika secara teoritis telah dijustifikasi (Hair, dkk 1995).

- g. Membuat modifikasi pada model jika secara teoritis telah dijustifikasi (Hair, dkk 1995).

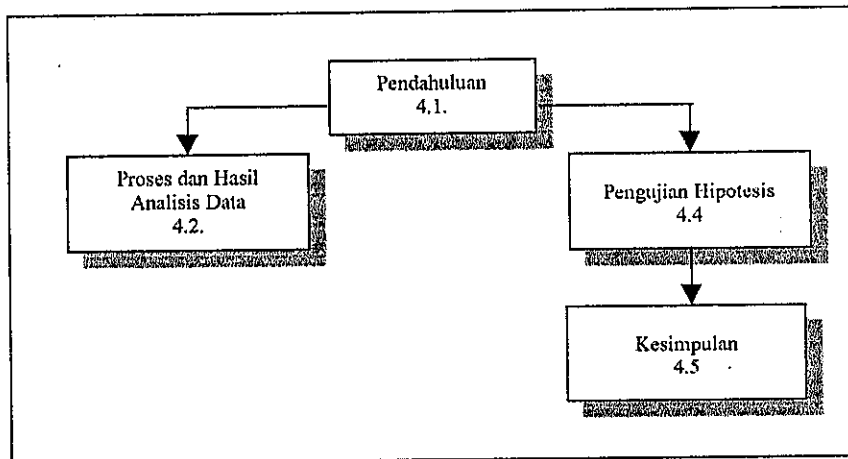
### 3. Kesimpulan

Pada bab tiga ini prosedur pengumpulan data dan analisis data telah diuraikan. Pengumpulan data akan dilakukan untuk mencari data primer persepsi pasien tentang unsur masukan, lingkungan, proses terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang dampaknya terhadap kepuasan pasien. Sampel yang dipergunakan menggunakan 115 responden dengan pengujian model SEM (AMOS 4.00) melalui *confirmatory factor analysis* dan *regression weight*.

## BAB IV ANALISIS DATA

Dalam bab ini akan disajikan profil dari data penelitian dan proses menganalisis data-data tersebut untuk menjawab pertanyaan penelitian dan hipotesis yang telah diajukan pada bab II dan bab III secara umum sistematika pembahasan pada bab IV dapat dilihat pada gambar 4.1.

Gambar 4.1.  
Outline Bab IV



Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah confirmatory factor analysis dan full model dari *Structural Equation Modelling* (SEM) dengan tujuh langkah untuk mengevaluasi kriteria *goodness of fit*, seperti yang akan dibahas dalam bab IV ini.

### 4.1. Uji Reliabilitas dan Validitas Angket

Uji reliabilitas angket dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui konsistensi derajat ketergantungan dan stabilitas dari alat ukur. Dari hasil uji reliability yang dilakukan dengan statistik program SPSS 10.0 di dapat hasil

korelasi alpha dari *cronbach* lebih besar dari 0,7 untuk kelima variabel yaitu unsur masukan, unsur lingkungan, unsur proses, kualitas pelayanan, kepuasan pasien. Hasil ini menunjukkan suatu hasil yang baik karena syarat minimum yang harus dipenuhi agar angket dikatakan reliabel adalah 0,7 (lihat lampiran).

Uji validitas angket dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui keandalan angket. Keandalan angket mempunyai arti bahwa angket mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Dari uji validitas item yang dilakukan dengan program statistik SPSS 10.0 di dapat hasil korelasi untuk masing-masing item dengan skor total di dapat harga *correlation adjusted* seperti pada lampiran. Hasil ini menunjukkan hasil yang baik karena syarat minimum yang harus dipenuhi agar angket dapat dikatakan *valid* adalah  $\geq 0,239$  (Singgih , 2000), sedangkan keseluruhan item yang dikorelasikan dengan total masing-masing konstruk  $\geq 0,239$ .

#### 4.2. Proses dan Hasil Analisis Data

Dalam penelitian ini teknik analisis data yang digunakan adalah *Structural Equation Modeling (SEM)* yang terdiri dari tujuh tahap yaitu :

1. Pengembangan model yang berdasarkan teori.

Model teoritis dalam penelitian ini telah digambarkan pada bab II. Model penelitian terdiri dari 22 indikator untuk menguji adanya pengaruh antara unsur masukan, unsur lingkungan, dan unsur proses terhadap kualitas pelayanan dan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien.

2. Pengembangan diagram alur path (*path diagram*)

Diagram alur untuk pengujian model penelitian telah digambarkan pada bab III yang dibuat berdasarkan kerangka pemikiran teoritis pada bab II.

3. Konversi diagram alur ke dalam persamaan.

Persamaan untuk model penelitian telah dibuat seperti yang telah dijelaskan pada bab III.

4. Memilih matriks input dan estimasi model.

Input data yang digunakan dalam penelitian ini adalah matrik varians/kovarians atau matriks korelasi untuk keseluruhan estimasi ukuran sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 115 responden dari pasien Rumah Sakit Siti Khodijah. Program komputer yang digunakan adalah program AMOS 4.00 dengan maximum *Likelihood Estimation*.

5. Menganalisis apakah model dapat diidentifikasi

Program identifikasi model pada prinsipnya adalah problem mengenai ketidakmampuan model yang dikembangkan untuk menghasilkan estimasi yang unik. Gejala-gejala problem identifikasi antara lain :

- Standar error pada satu atau beberapa koefisien sangat besar.
- Muncul angka-angka yang aneh seperti varians error yang negatif.
- Muncul korelasi yang sangat tinggi antar koefisien estimasi ( $> 0,90$ ).

6. Evaluasi kriteria *Goodness of Fit*.

Pengujian kesesuaian model dilakukan melalui telaah terhadap kriteria *Goodness of Fit* seperti yang telah diuraikan pada bab III, secara singkat

kriteria indeks pengujian kelayakan model (*Goodness of Fit*) seperti tabel 4.1. sebagai berikut :

Tabel 4.1.  
Indeks Pengujian Kelayakan Model  
(Goodness of Fit Index)

Goodness of Fit Index	Cut of Value
$X^2$ - Chi-Square	Diharapkan kecil
Significancy probability	$\geq 0,05$
RMSEA	$< 0,08$
GFI	$\geq 0,90$
AGFI	$\geq 0,90$
CMIN / DF	$\leq 2,00$
TLI	$> 0,95$
CFI	$> 0,95$

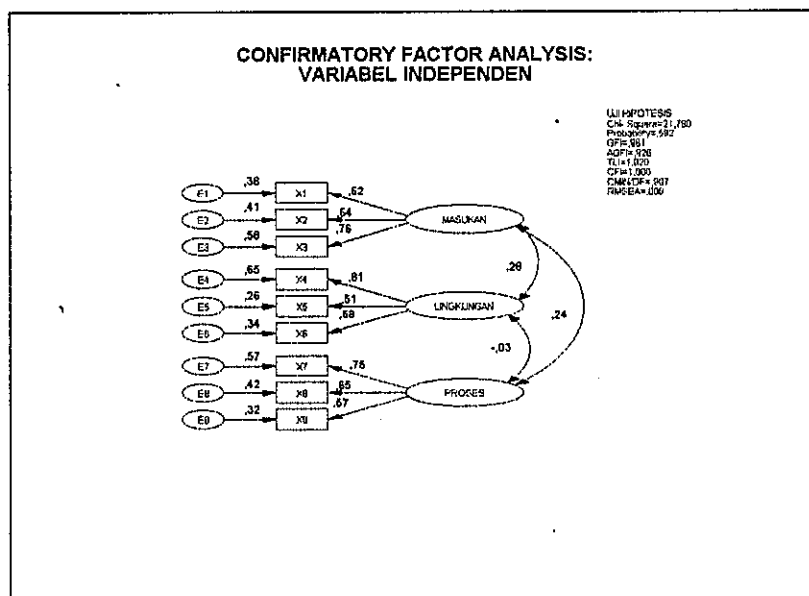
Sumber : Ferdinand, 2000

## 7. Interpretasi dan modifikasi model

Pada tahap terakhir ini akan dilakukan interpretasi model dan memodifikasi model yang tidak memenuhi syarat pengujian.

### 4.2.1. Analisis Faktor Konfirmatori (*Confirmatory Factor Analysis*)

Gambar 4.2.  
Analisis Faktor Konfirmatori Unsur Masukan, Unsur Lingkungan  
dan Unsur Proses



Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

Dari tampilan komputasi Program AMOS 4.00 tersebut, dapat dilakukan interpretasi terhadap hasil-hasil perhitungan untuk menguji hipotesis yang diajukan. Adapun hasil interpretasi sebagai berikut:

Tabel 4.2  
Indek Pengujian Kelayakan Analisis Faktor Konfirmatori Variabel Independent

GOODNESS OF FIT	CUT OFF VALUE	HASIL ESTIMASI	KETERANGAN
Chi- square	Diharapkan kecil	21,78	Baik
Probability	$\geq 0.05$	0,592	Baik
GFI	$\geq 0.90$	0,961	Baik
AGFI	$\geq 0.90$	0,926	Baik
CFI	$\geq 0.95$	1,000	Baik
TLI	$\geq 0.95$	1,020	Baik
RMSEA	$\leq 0.08$	0,000	Baik
CMIN/DF	$\leq 2$	0,907	Baik

Sumber : Data yang sudah diolah

*Confirmatory factor analysis* yang digunakan untuk menguji *unidimensionalitas* dari dimensi-dimensi yang menjelaskan faktor latent menunjukkan bahwa model ini dapat diterima. Tingkat signifikansi sebesar 0,592 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara matriks kovarians sampel dan matriks kovarians populasi yang diestimasi tidak dapat ditolak. *Confirmatory factor analysis* pada measurement model tersebut menunjukkan bahwa model dapat diterima.

Model pengukuran untuk analisis faktor konfirmatori meliputi dimensi dari unsur masukan, unsur lingkungan dan unsur proses, hasil dari analisis ini dapat dilihat pada gambar 4.2. dan tabel 4.3. berikut :

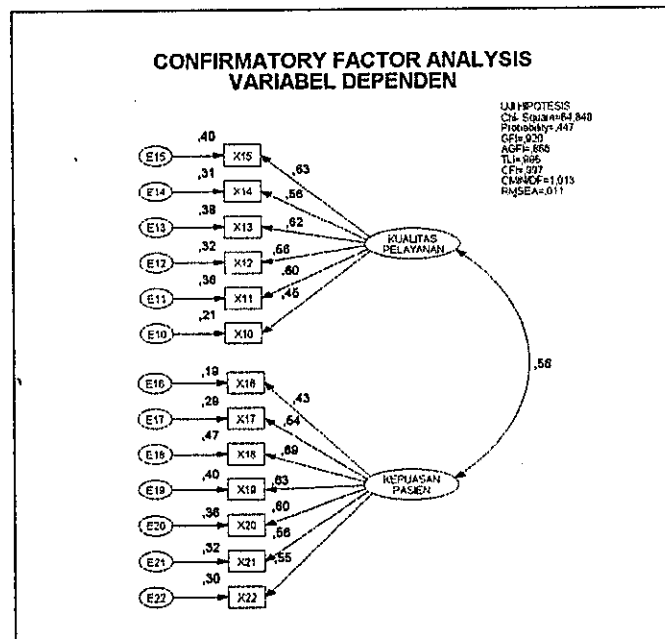
Tabel 4.3.  
Standardized Regression Weight

	Estimate	Std Estim	S.E.	C.R.	P
X3 ← MASUKAN	1	0,763			
X2 ← MASUKAN	0,867	0,637	0,184	4,71	0
X1 ← MASUKAN	0,951	0,616	0,204	4,667	0
X6 ← LINGKUNGAN	1	0,583			
X5 ← LINGKUNGAN	0,825	0,507	0,209	3,941	0
X4 ← LINGKUNGAN	1,424	0,806	0,384	3,708	0
X9 ← PROSES	1	0,566			
X8 ← PROSES	1,102	0,652	0,254	4,344	0
X7 ← PROSES	1,354	0,752	0,323	4,192	0

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

Dari hasil analisis ini dapat dilihat bahwa setiap indikator-indikator dari masing-masing dimensi memiliki nilai loading factor (koefisien  $\lambda$ ) atau regression weight atau standardized estimate yang signifikan dengan nilai critical ratio atau C.R. > 1,96 dengan demikian semua indikator dapat diterima.

Gambar 4.3.  
Analisis Faktor Konfirmatory Kualitas Pelayanan,  
dan Kepuasan Pasien



Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

Dari tampilan komputasi Program AMOS 4.00 tersebut, dapat dilakukan interpretasi terhadap hasil-hasil perhitungan untuk menguji hipotesis yang diajukan. Adapun hasil interpretasi sebagai berikut:

Tabel 4.4.  
Indeks Pengujian Kelayakan Analisis Faktor Konfirmatori Variabel Dependent

GOODNESS OF FIT	CUT OFF VALUE	HASIL ESTIMASI	KETERANGAN
Chi- square	Diharapkan kecil	64,848	Baik
Probability	$\geq 0.05$	0,447	Baik
GFI	$\geq 0.90$	0,920	Baik
AGFI	$\geq 0.90$	0,886	Marginal
CFI	$\geq 0.95$	0,997	Baik
TLI	$\geq 0.95$	0,996	Baik
RMSEA	$\leq 0.08$	0,11	Baik
CMIN/DF	$\leq 2$	1,013	Baik

Sumber : Data yang sudah diolah

Confirmatory factor analysis yang digunakan untuk menguji unidimensionalitas dari dimensi-dimensi yang menjelaskan faktor latent menunjukkan bahwa model ini dapat diterima. Tingkat signifikansi sebesar 0,447 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara matriks kovarians sampel dan matriks kovarians populasi yang diestimasi tidak dapat ditolak.

*Confirmatory factor analysis* pada measurement model tersebut menunjukkan bahwa model dapat diterima walaupun dengan beberapa keterbatasan karena AGFI hanya menunjukkan tingkat penerimaan yang marginal/moderate fit (Hans Mjoen, 1997) karena tidak memenuhi ketentuan minimum yaitu lebih besar atau sama dengan 0,90.

Model pengukuran untuk analisis faktor konfirmatori meliputi dimensi dari kualitas pelayanan dan kepuasan pasien, hasil dari analisis ini dapat dilihat pada gambar 4.3. dan tabel 4.5. sebagai berikut :

Tabel 4.5.  
Standardized Regression Weight

	Estimate	Std Estim	S.E.	C.R.	P
X13 ← KUAL_PEL	1	0,618			
X14 ← KUAL_PEL	0,947	0,559	0,208	4,556	0
X15 ← KUAL_PEL	1,203	0,631	0,243	4,953	0
X12 ← KUAL_PEL	0,933	0,564	0,203	4,587	0
X11 ← KUAL_PEL	0,932	0,596	0,195	4,77	0
X10 ← KUAL_PEL	0,677	0,453	0,175	3,866	0
X18 ← KEP_PASIEN	1	0,688			
X17 ← KEP_PASIEN	0,679	0,539	0,14	4,853	0
X16 ← KEP_PASIEN	0,496	0,43	0,125	3,96	0
X19 ← KEP_PASIEN	0,801	0,633	0,144	5,559	0
X20 ← KEP_PASIEN	0,773	0,597	0,146	5,297	0
X21 ← KEP_PASIEN	0,773	0,564	0,153	5,048	0
X22 ← KEP_PASIEN	0,635	0,549	0,129	4,935	0

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

#### 4.2.2. Structural Equation Modelling (SEM)

Setelah model di analisis melalui analisis faktor konfirmatori. Maka masing-masing indikator dalam model yang fit tersebut dapat digunakan untuk mendefinisikan konstruk latent, sehingga full model SEM dapat di analisis, hasil pengolahannya dapat dilihat pada gambar 4.5. dan tabel 4.7.

Berdasarkan perhitungan dengan program AMOS 4.00 untuk model SEM ini, dihasilkan indeks-indeks *Goodness of Fit* sebagai berikut:

Tabel 4.6  
Tabel Evaluasi Kriteria Goodness of Fit Indeks

GOODNESS OF FIT	CUT-OFF VALUE	HASIL ESTIMASI	KETERANGAN
Chi-square	Diharapkan kecil	208,49	Baik
Probability	$\geq 0.05$	0,326	Baik
GFI	$\geq 0.90$	0,866	Marginal
AGFI	$\geq 0.90$	0,830	Marginal
CFI	$\geq 0.95$	0,982	Baik
TLI	$\geq 0.95$	0,979	Baik
RMSEA	$\leq 0.08$	0,019	Baik
CMIN/DF	$\leq 2.00$	1,042	Baik

Sumber : Data yang sudah diolah

*Structural Equation Modeling* yang digunakan, menunjukkan probabilitas sebesar 0,326 Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara matriks kovarians sampel dan matriks kovarians populasi yang diestimasi tidak dapat ditolak.

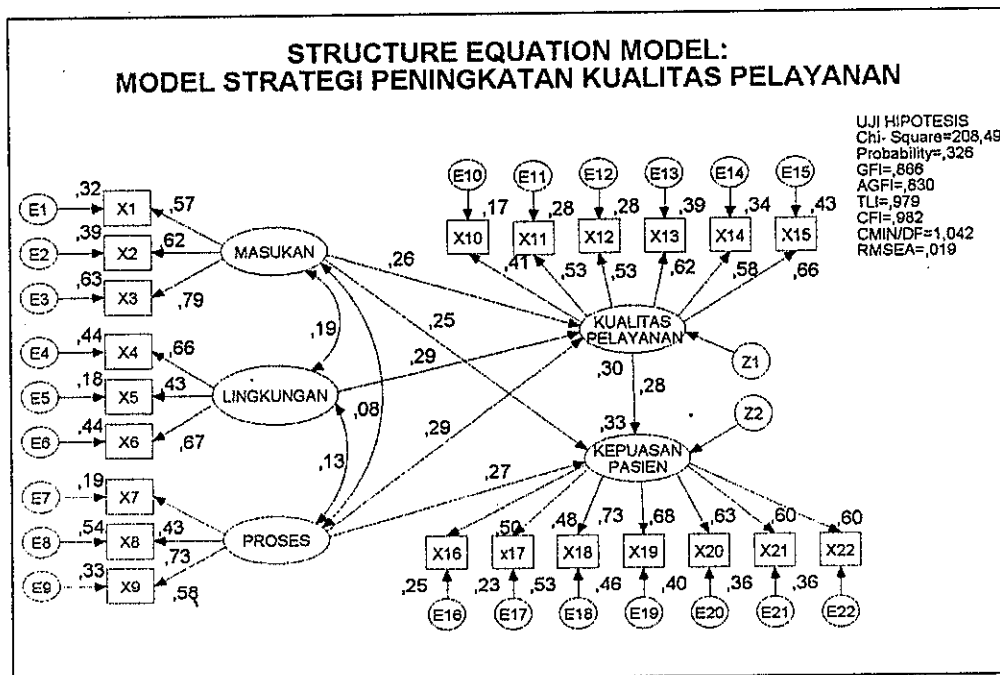
Dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat perbedaan antara matriks kovarians sampel dan matriks kovarians populasi yang diestimasi dan karena itu model ini dapat diterima. Indeks lainnya ternyata menunjukkan pula tingkat penerimaan yang cukup baik.

Dengan demikian *Structural Equation Model* pada pengukuran model diatas menunjukkan bahwa model diatas dapat diterima walaupun dengan beberapa keterbatasan karena hal-hal berikut :

1. GFI hanya menunjukkan tingkat penerimaan yang marginal karena tidak memenuhi ketentuan minimum yaitu lebih besar atau sama dengan 0.90.
2. AGFI hanya menunjukkan tingkat penerimaan yang marginal karena tidak memenuhi ketentuan minimum yaitu lebih besar atau sama dengan 0.90

Dari hasil data diatas dapat disimpulkan bahwa model cukup baik untuk diterima untuk dimensi-dimensi faktor serta hubungan kausalitas.

Gambar 4.4.  
Structural Equation Modeling



Sumber : Hasil Pengolahan AMOS 4.0.

Keterangan

- X<sub>1</sub> = tenaga
- X<sub>2</sub> = sarana
- X<sub>3</sub> = dana
- X<sub>4</sub> = kebijakan
- X<sub>5</sub> = organisasi

- X<sub>12</sub> = pengetahuan dokter
- X<sub>13</sub> = kemampuan staf medis
- X<sub>14</sub> = keamanan tindakan medis
- X<sub>15</sub> = kewajaran pelayanan medis
- X<sub>16</sub> = penerimaan pelayanan

X <sub>6</sub> = manajemen	X <sub>17</sub> = efektifitas pelayanan
X <sub>7</sub> = pelayanan medik	X <sub>18</sub> = keterjangkauan pelayanan
X <sub>8</sub> = pelayanan keperawatan	X <sub>19</sub> = kenyamanan pelayanan
X <sub>9</sub> = pelayanan penunjang medik	X <sub>20</sub> = kebebasan melakukan pilihan
X <sub>10</sub> = efisiensi pelayanan	X <sub>21</sub> = ketercapaian pelayanan
X <sub>11</sub> = perhatian dokter terhadap pasien	X <sub>22</sub> = mutu pelayanan kesehatan

Tabel 4.7.  
Standardized Regression Weight  
Structural Equation Modelling

	Estimate	Std Estm	S.E.	C.R.	P
KUAL_PEL <- MASUKAN	0,168	0,261	0,084	2,002	0,045
KUAL_PEL <- LINGKUNGAN	0,206	0,291	0,103	2,009	0,045
KUAL_PEL <- PROSES	0,254	0,293	0,122	2,076	0,038
KEP_PASIEN <- MASUKAN	0,233	0,251	0,117	1,983	0,047
KEP_PASIEN <- PROSES	0,343	0,274	0,174	1,977	0,048
KEP_PASIEN <- KUAL_PEL	0,409	0,283	0,201	2,032	0,042
X3 <- MASUKAN	1	0,792			
X2 <- MASUKAN	0,745	0,622	0,161	4,629	0
X1 <- MASUKAN	0,764	0,57	0,171	4,464	0
X6 <- LINGKUNGAN	1	0,666			
X5 <- LINGKUNGAN	0,593	0,43	0,187	3,166	0,002
X4 <- LINGKUNGAN	0,971	0,664	0,281	3,452	0,001
X9 <- PROSES	1	0,578			
X8 <- PROSES	1,242	0,732	0,354	3,507	0
X7 <- PROSES	0,775	0,433	0,239	3,24	0,001
X13 <- KUAL_PEL	1	0,625			
X14 <- KUAL_PEL	0,954	0,584	0,202	4,727	0
X15 <- KUAL_PEL	1,161	0,659	0,227	5,114	0
X12 <- KUAL_PEL	0,849	0,531	0,193	4,403	0
X11 <- KUAL_PEL	0,782	0,529	0,178	4,393	0
X10 <- KUAL_PEL	0,611	0,408	0,172	3,551	0
X18 <- KEP_PASIEN	1	0,727			
X16 <- KEP_PASIEN	0,544	0,495	0,115	4,742	0
X19 <- KEP_PASIEN	0,823	0,678	0,129	6,369	0
X20 <- KEP_PASIEN	0,781	0,634	0,13	6,001	0
X21 <- KEP_PASIEN	0,773	0,598	0,136	5,679	0
X22 <- KEP_PASIEN	0,656	0,596	0,116	5,662	0
x17 <- KEP_PASIEN	0,587	0,482	0,127	4,615	0

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

Dari hasil komputasi data persamaan struktural dari model penelitian ini sebagai berikut :

$$Y_1 = 0,261 \text{ masukan} + 0,291 \text{ lingkungan} + 0,293 \text{ proses} + \zeta_1$$

$$Y_2 = 0,251 \text{ masukan} + 0,274 \text{ proses} + 0,283 \text{ kualitas pelayanan} + \zeta_2$$

### 4.2.3. Evaluasi Normalitas Data

*Normalitas univariate* dan *multivariate* data yang digunakan dalam analisis ini dapat diuji normalitasnya, disajikan dalam tabel 4.6. uji normalitas dilakukan dengan menggunakan kriteria critical ratio sebesar  $\pm 2,58$  pada tingkat signifikansi 0,01 (1 %) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada data yang menyimpang. Uji normalitas data untuk setiap indikator terbukti normal. Jadi data yang digunakan dalam penelitian ini memiliki sebaran yang normal.

Tabel 4.8.  
Normalitas Data

	Min	max	Skew	c.r.	Kurtosis	c.r.
X17	3	9	-0,417	-1,824	-0,374	-0,818
X22	3	9	-0,358	-1,569	0,526	1,151
X21	3	9	-0,278	-1,218	-0,175	-0,384
X20	3	9	-0,238	-1,041	0,076	0,166
X19	3	9	-0,156	-0,681	-0,577	-1,262
X16	3	9	-0,21	-0,921	-0,232	-0,509
X18	3	9	0,134	0,85	-0,617	-1,351
X10	3	9	0,086	0,375	0,654	1,431
X11	3	9	0,027	0,118	-0,033	-0,071
X12	3	9	0,14	0,615	-0,213	-0,466
X15	3	9	0,059	0,258	-0,332	-0,726
X14	3	9	-0,086	-0,376	0,112	0,245
X13	3	9	-0,323	-1,416	0,078	0,171
X7	3	9	-0,116	-0,509	-0,548	-1,2
X8	3	9	0,138	0,605	-0,548	-1,2
X9	3	9	0,006	0,026	-0,239	-0,522
X4	3	9	0,279	1,222	-0,608	-1,331
X5	3	9	0	-0,002	-0,711	-1,557
X6	3	9	0,105	0,458	-0,77	-1,686
X1	3	9	-0,166	-0,727	-0,816	-1,786
X2	3	9	0,058	0,254	-0,314	-0,687
X3	3	9	-0,163	-0,712	-0,201	-0,439
Multivariate					20,442	2,373

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

#### 4.2.4. Evaluasi Outliers

*Outliers* merupakan observasi atau data yang memiliki karakteristik unik yang terlihat sangat berbeda jauh dari observasi-observasi yang lain dan muncul dalam bentuk nilai ekstrim. Baik untuk sebuah variabel tunggal maupun variabel-variabel kombinasi (Hair, dkk 1995). *Outliers* dapat dievaluasi dengan dua cara, yaitu analisis terhadap univariate outliers dan analisis terhadap multivariate outliers. (Hair, dkk 1995).

##### 4.2.4.1. Univariate Outliers

Deteksi terhadap adanya *univariate outliers* dapat dilakukan dengan menentukan nilai ambang batas yang akan dikategorikan sebagai *outliers* dengan cara mengkonversi nilai data penelitian ke dalam standard score atau yang biasanya disebut *z-score* yang mempunyai nilai rata-rata nol dengan standar deviasi sebesar 1,00 (Hair, dkk 1995). Pengujian *Univariate outliers* ini dilakukan perkonstruk variabel dengan program SPSS 10.00, pada menu *descriptive statistic-summarise*. *Observasi* data yang memiliki nilai *z-score*  $\geq 3,0$  akan dikategorikan sebagai outliers. Hasil pengujian *univariate outliers* pada tabel 4.7. berikut ini menunjukkan tidak adanya *univariate outliers*.

Tabel 4.9.  
Hasil Data Observasi Outliers

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Zscore(X1)	115	-1,90810	1,94158	1,13E-16	1,0000000
Zscore(X2)	115	-2,09158	2,21645	-3,4E-16	1,0000000
Zscore(X3)	115	-2,19216	1,89592	-6,6E-16	1,0000000
Zscore(X4)	115	-1,82676	2,06357	2,49E-15	1,0000000
Zscore(X5)	115	-1,89514	2,22993	-1,6E-15	1,0000000
Zscore(X6)	115	-1,83382	1,95461	1,65E-15	1,0000000
Zscore(X7)	115	-1,97709	1,90950	-1,5E-15	1,0000000
Zscore(X8)	115	-1,87161	2,22811	2,26E-16	1,0000000
Zscore(X9)	115	-2,04603	1,97608	-2,2E-15	1,0000000
Zscore(X10)	115	-2,64178	2,71947	9,42E-16	1,0000000
Zscore(X11)	115	-2,74125	2,69399	4,54E-16	1,0000000
Zscore(X12)	115	-2,50167	2,51622	-3,7E-16	1,0000000
Zscore(X13)	115	-2,71098	2,30397	-1,8E-15	1,0000000
Zscore(X14)	115	-2,59304	2,32234	-9,3E-16	1,0000000
Zscore(X15)	115	-2,22671	2,33243	-3,3E-16	1,0000000
Zscore(X16)	115	-2,56273	2,48951	1,34E-15	1,0000000
Zscore(X17)	115	-2,19319	1,60525	-1,5E-16	1,0000000
Zscore(X18)	115	-1,82648	2,21285	-2,3E-16	1,0000000
Zscore(X19)	115	-2,37900	2,19345	1,86E-15	1,0000000
Zscore(X20)	115	-2,37865	2,13033	3,67E-16	1,0000000
Zscore(X21)	115	-2,33582	1,96209	3,19E-16	1,0000000
Zscore(X22)	115	-2,79432	2,25301	-2,5E-16	1,0000000
Valid N (listwise)	115				

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

**4.2.4.2. Multivariate Outliers**

Evaluasi terhadap *multivariate outliers* perlu dilakukan karena walaupun data yang di analisis menunjukkan tidak ada outliers pada tingkat univariate, tetapi observasi-observasi itu dapat menjadi outliers bila sudah dikombinasikan. Jarak Mahalanobis

(The Mahalanobis Distance) untuk tiap observasi dapat dihitung dan akan menunjukkan jarak sendiri observasi dari rata-rata semua variabel dalam sebuah ruang multivariate outliers (Hair, dkk 1995; Norusis, 1994; Taba Cnick & Fidell, 1996; Ferdinand, 2000). Untuk menghitung Mahalanobis Distance berdasarkan nilai *chi-square* pada derajat bebas sebesar 3 (jumlah variabel bebas) pada tingkat  $p < 0,001$ . Namun dalam analisis ini outliers yang ditemukan tidak akan dihilangkan dari analisis karena data tersebut menggambarkan keadaan yang sesungguhnya dan tidak ada alasan khusus dari profil responden yang menyebabkan harus dikeluarkan dari analisis tersebut (Ferdinand, 2000). Data Mahalanobis Distance dapat dilihat dalam tabel 4.8.

Tabel 4.10.  
Mahalanobis Distance

number	d-squared	p1	p2
21	49,421	0,001	0,078
32	40,878	0,009	0,257
1	39,122	0,014	0,208
11	36,45	0,027	0,381
64	36,277	0,028	0,228
63	35,038	0,038	0,281
26	34,984	0,039	0,162
102	34,595	0,043	0,119
86	33,403	0,056	0,202
90	33,042	0,061	0,168
107	32,896	0,063	0,113
53	31,718	0,082	0,237
84	31,702	0,083	0,154
98	31,037	0,095	0,206

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

#### 4.2.5. Evaluasi Atas Multicolinearity dan Singularity

Untuk melihat apakah pada data penelitian terdapat multikolinearitas (*Multicolinearity*) atau Singularitas (*Singularity*) dalam kombinasi-kombinasi variabel, maka yang perlu diamati adalah determinan dari matriks kovarians sampelnya. Determinan yang kecil atau mendekati nol mengindikasikan adanya multikolinearitas atau singularitas, sehingga data itu tidak dapat digunakan untuk penelitian (Tabachnik dan Fidell, 1998 pada Ferdinand, 2000). Pada penelitian ini, nilai determinan dari matriks kovarians sampelnya adalah sebesar  $1,0246e + 003$  dan angka tersebut jauh dari nol. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada multikolinearitas atau singularitas dalam data ini. Dengan demikian data ini layak digunakan.

#### 4.2.6. Analisis atas Direct Effect, Indirect Effect dan Total Effect

Analisis mengenai kekuatan pengaruh antar konstruk dilihat melalui *direct effect*, *indirect effect* dan *total effect*.

- ◆ *Direct effect* adalah koefisien dari semua garis koefisien dengan anak panah satu ujung.
- ◆ *Indirect effect* adalah efek yang muncul melalui sebuah variabel antara.
- ◆ *Total effect* adalah effect adalah efek dari berbagai hubungan (*direct effect* dan *indirect effect*).

Tabel 4.11.  
Standardized Direct Effect

## Standardized Direct Effects - Estimates

	PROSES	LINGK.	MASUKAN	KUAL. PEL.	KEP. PAS.
KUAL. PEL.	0,293	0,291	0,261	0	0
KEP. PAS.	0,274	0	0,251	0,283	0
X17	0	0	0	0	0,482
X22	0	0	0	0	0,596
X21	0	0	0	0	0,598
X20	0	0	0	0	0,634
X19	0	0	0	0	0,678
X16	0	0	0	0	0,495
X18	0	0	0	0	0,727
X10	0	0	0	0,408	0
X11	0	0	0	0,529	0
X12	0	0	0	0,531	0
X15	0	0	0	0,659	0
X14	0	0	0	0,584	0
X13	0	0	0	0,625	0
X7	0,433	0	0	0	0
X8	0,732	0	0	0	0
X9	0,578	0	0	0	0
X4	0	0,664	0	0	0
X5	0	0,43	0	0	0
X6	0	0,666	0	0	0
X1	0	0	0,57	0	0
X2	0	0	0,622	0	0
X3	0	0	0,792	0	0

Sumber: hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

Tabel diatas menunjukkan bahwa terdapat direct effect dari unsur masukan terhadap kualitas pelayanan kesehatan sebesar 0,261, unsur masukan terhadap kepuasan pasien sebesar 0,251, unsur lingkungan terhadap kualitas pelayanan kesehatan sebesar 0.291, kemudian unsur proses terhadap kualitas pelayanan sebesar 0,293, unsur proses terhadap kepuasan pasien sebesar 0,274 dan pengaruh langsung kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien sebesar 0,283. Sedangkan pengaruh langsung dari variabel lain

adalah melalui nilai lambda dari masing-masing variabel indikator yang membentuk variabel latent yang di analisis.

Tabel 4.12.  
Standardized Indirect Effect

Standardized Indirect Effects - Estimates

	PROSES	LINGKUNGAN	MASUKAN	KUAL. PEL.	KEP. PAS.
KUAL. PEL.	0	0	0	0	0
KEP. PAS.	0,083	0,082	0,074	0	0
X17	0,172	0,04	0,156	0,136	0
X22	0,213	0,049	0,193	0,169	0
X21	0,213	0,049	0,194	0,169	0
X20	0,226	0,052	0,206	0,179	0
X19	0,242	0,056	0,22	0,192	0
X16	0,177	0,041	0,161	0,14	0
X18	0,26	0,06	0,236	0,206	0
X10	0,119	0,119	0,107	0	0
X11	0,155	0,154	0,138	0	0
X12	0,155	0,154	0,139	0	0
X15	0,193	0,192	0,172	0	0
X14	0,171	0,17	0,153	0	0
X13	0,183	0,182	0,163	0	0
X7	0	0	0	0	0
X8	0	0	0	0	0
X9	0	0	0	0	0
X4	0	0	0	0	0
X5	0	0	0	0	0
X6	0	0	0	0	0
X1	0	0	0	0	0
X2	0	0	0	0	0
X3	0	0	0	0	0

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

Tabel di atas menunjukkan indirect effect dari masing-masing konstruk terhadap sebuah konstruk tertentu yaitu unsur masukan terhadap kepuasan pasien melalui kualitas pelayanan kesehatan sebesar 0,074, unsur lingkungan terhadap kepuasan pasien melalui kualitas pelayanan kesehatan sebesar 0,082, unsur

proses terhadap kepuasan pasien melalui kualitas pelayanan kesehatan sebesar 0,083.

Tabel 4.13.  
Standardized Total

Standardized Total Effects – Estimates

	PROSES	LINGKUNGAN	MASUKAN	KUAL. PEL.	KEP. PAS.
KUAL. PEL.	0,293	0,291	0,261	0	0
KEP. PAS.	0,357	0,082	0,325	0,283	0
X17	0,172	0,04	0,156	0,136	0,482
X22	0,213	0,049	0,193	0,169	0,596
X21	0,213	0,049	0,194	0,169	0,598
X20	0,226	0,052	0,206	0,179	0,634
X19	0,242	0,056	0,22	0,192	0,678
X16	0,177	0,041	0,161	0,14	0,495
X18	0,26	0,06	0,236	0,206	0,727
X10	0,119	0,119	0,107	0,408	0
X11	0,155	0,154	0,138	0,529	0
X12	0,155	0,154	0,139	0,531	0
X15	0,193	0,192	0,172	0,659	0
X14	0,171	0,17	0,153	0,584	0
X13	0,183	0,182	0,163	0,625	0
X7	0,433	0	0	0	0
X8	0,732	0	0	0	0
X9	0,578	0	0	0	0
X4	0	0,664	0	0	0
X5	0	0,43	0	0	0
X6	0	0,666	0	0	0
X1	0	0	0,57	0	0
X2	0	0	0,622	0	0
X3	0	0	0,792	0	0

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

Tabel diatas menunjukkan total effect dari masing-masing kontro tertentu. Total effect unsur masukan terhadap kualitas pelayanan kesehatan sebesar 0,261, unsur masukan terhadap kepuasan pasien sebesar 0,325, unsur lingkungan terhadap kualitas pelayanan kesehatan sebesar 0,291, unsur lingkungan terhadap kepuasan pasien sebesar 0,082, unsur proses terhadap kualitas

pelayanan kesehatan sebesar 0,293, unsur proses terhadap kepuasan pasien sebesar 0,357 dan total effect kualitas pelayanan kesehatan sebesar 0,283.

#### 4.2.7. Pengujian Terhadap Nilai Residual

Pengujian terhadap nilai residual mengidentifikasi bahwa secara signifikan model yang sudah dimodifikasi tersebut dapat diterima dan nilai residual yang ditetapkan adalah  $\pm 2,58$  pada taraf signifikansi 1% (Hair, dkk 195). Sedangkan standard residual yang diolah dengan menggunakan program AMOS 4.00 dapat dilihat dalam tabel 4.14 berdasarkan dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa data yang digunakan dalam penelitian ini dapat diterima secara signifikan, nilai residualnya  $\leq \pm 2,58$ .

Tabel 4.13.  
Hasil Data Observasi Outliers

Standardized Residual		X17	X22	X21	X20	X19	X16	X18	X10	X11	X12	X15	X14	X13	X7	X6	X9	X4	X5	X5	X1	X2	X3
Covariances																							
X17	0																						
X22	-0,461	0																					
X21	-0,437	1,326	0																				
X20	-0,044	-0,072	0,175	0																			
X19	0,635	-0,686	-0,439	0,646	0																		
X16	1,17	-0,134	-0,339	-0,759	0,101	0																	
X18	0,145	-0,371	0,241	-0,194	-0,108	0,101	0																
X10	-0,311	0,032	-0,709	-0,35	-0,058	-1,264	0,19	0															
X11	0,173	0,289	0,443	0,59	-0,185	-0,592	-0,09	-0,021	0														
X12	-0,558	0,683	-1,212	0,916	-0,283	-0,507	-0,137	1,977	-0,154	0													
X15	0,05	1,589	0,386	-0,184	0,482	1,262	0,983	-0,953	-0,157	-0,554	0												
X14	-0,799	0,707	-0,082	-0,629	-1,204	-0,068	0,081	-0,221	0,133	-0,15	0,096	0											
X13	-1,293	-0,07	-0,629	0,574	0,021	-1,404	-1,69	-0,047	0,437	0,444	0,001	0,036	0										
X7	-1,947	-0,672	0,058	0,663	0,254	1,937	-0,071	-1,407	-0,102	-1,467	-0,867	-0,751	0,073	0									
X8	-0,862	-0,024	-0,92	-1,404	0,854	1,493	1,028	0,571	0,496	-1,622	0,551	0,117	-0,151	0,076	0								
X9	-0,659	0,398	-0,353	-0,361	-0,01	-0,066	-0,507	0,919	1,56	-0,937	0,536	0,168	0,293	0,195	-0,108	0							
X4	0,435	1,98	0,165	0,755	0,492	-0,318	1,987	-0,548	-1	-0,871	1,142	0,781	-1,855	-0,715	0,665	-1,064	0						
X5	-0,627	-0,306	-0,557	0,391	0,601	-0,965	0,702	-0,32	-1,341	0,407	0,661	0,07	0,728	-0,951	-0,676	-0,286	0,118	0					
X6	0,052	0,606	0,154	0,459	0,891	-0,948	1,782	-0,49	-0,498	-0,445	0,693	-0,131	0,613	-1,57	0,974	-0,479	0,03	-0,189	0				
X1	-1,366	1,126	-0,746	0,487	-1,402	-0,95	0,428	0,755	0,969	0,152	0,354	0,482	-0,602	-0,133	-0,193	-1,088	0,333	-0,82	-0,37	0			
X2	-0,827	0,131	-1,569	-1,009	-0,368	0,673	-0,55	0,849	-0,207	0,7	0,409	1,237	-0,153	0,047	0,72	-0,428	0,033	0,772	0,256	0,082	0		
X3	-0,396	1,017	-1,011	0,683	0,398	0,004	0,849	0,421	-1,492	0,661	0,167	-0,588	-0,733	0,76	0,167	-0,586	-0,391	0,49	-0,299	-0,041	0,013	0	

Sumber : hasil pengolahan data penelitian, tahun 2001.

### 4.3. Pengujian Hipotesis

Dari hasil perhitungan melalui analisis faktor konfirmatori dan structural equation model, maka model dalam penelitian ini dapat diterima. Hasil pengukuran telah memenuhi kriteria Goodness of Fit : Chi-square = 208,49; Probabilitas = 0,326; CMIN/DF = 1,042; AGFI = 0,830; GFI = 0,866, TLI = 0,979; CFI = 0,982 dan RMSEA = 0,019. Selanjutnya berdasarkan model fit ini akan dilakukan pengujian kepada 6 hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini.

#### 4.3.1. Pengujian Hipotesis 1

$H_1$ : *semakin baik suatu unsur masukan pelayanan kesehatan, maka semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.*

Parameter estimasi antara unsur masukan dan kualitas pelayanan menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai C.R. = 2,002 atau C.R.  $\geq \pm 1,96$  dengan taraf signifikansi sebesar 0,05 (5%). Dengan demikian hipotesis 1 dapat diterima.

Hal tersebut diatas sesuai dengan pernyataan bahwa apabila tenaga dan sarana tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Standard of Personnels and Facilities), serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sangat sulit untuk dapat menyelenggarakan suatu pelayanan kesehatan dengan baik (Bruce, 1990; Fromberg, 1988; Gambone, 1991 pada Azrul Azwar). Untuk dapat menyelenggarakan suatu pelayanan kesehatan yang baik dapat

dilakukan dengan memberdayakan banyak sumber daya dan dana yang ada seoptimal mungkin.

#### 4.3.2. Pengujian Hipotesis 2

$H_2$ : *semakin baik suatu unsur masukan pelayanan kesehatan, maka kepuasan pasien akan pelayanan kesehatan semakin tinggi.*

Parameter estimasi antara unsur masukan dan kepuasan pasien menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai C.R. = 1,983 atau  $C.R. \geq \pm 1,96$  dengan taraf signifikansi sebesar 0,05 (5%). Dengan demikian hipotesis 2 dapat diterima.

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dalam penelitiannya Bruce, 1990; Fromberg, 1988, Gambone, 1991 bahwa kepuasan pasien atas kualitas pelayanan kesehatan yang diterima dipengaruhi oleh unsur masukan yang berupa tenaga, sarana dan dana.

#### 4.3.3. Pengujian Hipotesis 3

$H_3$ : *semakin baik suatu unsur lingkungan pelayanan kesehatan, maka semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.*

Parameter estimasi antara unsur lingkungan dan kualitas pelayanan menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai C.R. = 2,009 atau  $C.R. \geq \pm 1,96$  dengan taraf signifikansi sebesar 0,05 (5%). Dengan demikian hipotesis 3 dapat diterima.

Membuktikan bahwa penelitian Donabedian, 1980 yang menyatakan unsur lingkungan, mendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berkualitas.

#### 4.3.4. Pengujian Hipotesis 4

$H_4$  : *semakin baik suatu unsur proses pelayanan kesehatan, maka semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan..*

Parameter estimasi antara unsur proses dan kualitas pelayanan menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai C.R. = 2,076 atau  $C.R. \geq \pm 1,96$  dengan taraf signifikansi sebesar 0,05 (5%). Dengan demikian hipotesis 4 dapat diterima.

Sesuai dengan penelitian Pena, 1994 yang mengatakan bahwa unsur proses mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.

#### 4.3.5. Pengujian Hipotesis 5

$H_5$  : *semakin baik suatu unsur proses pelayanan kesehatan, maka kepuasan pasien akan pelayanan kesehatan semakin tinggi.*

Parameter estimasi antara unsur masukan dan kepuasan pasien menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai C.R. = 1,977 atau  $C.R. \geq \pm 1,96$  dengan taraf signifikansi sebesar 0,05 (5%). Dengan demikian hipotesis 5 dapat diterima.

Hasil pengujian ini dikuatkan oleh pendapat Azrul Azwar (1995) yang menyatakan bahwa proses pelayanan berlangsung secara kontinyu dan secara langsung dapat mempengaruhi keputusan pasien akan kualitas pelayanan kesehatan.

#### 4.3.6. Pengujian Hipotesis 6

$H_6$ : *semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan maka semakin tinggi pula kepuasan pasien akan pelayanan kesehatan yang ada.*

Parameter estimasi antara kualitas pelayanan dan kepuasan pasien menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai C.R. = 2,032 atau  $C.R. \geq \pm 1,96$  dengan taraf signifikansi sebesar 0,05 (5%). Dengan demikian hipotesis 6 dapat diterima.

Hal ini mengindikasikan adanya dukungan yang kuat terhadap hasil penelitian atas hipotesis yang keenam tersebut, yaitu bahwa kualitas pelayanan kesehatan secara positif berkaitan dengan kepuasan pasien yang artinya pasien sependapat bahwa salah satu kepuasan mereka atas jasa pelayanan kesehatan yang diterima adalah kualitas pelayanan kesehatan.

#### 4.4. Kesimpulan

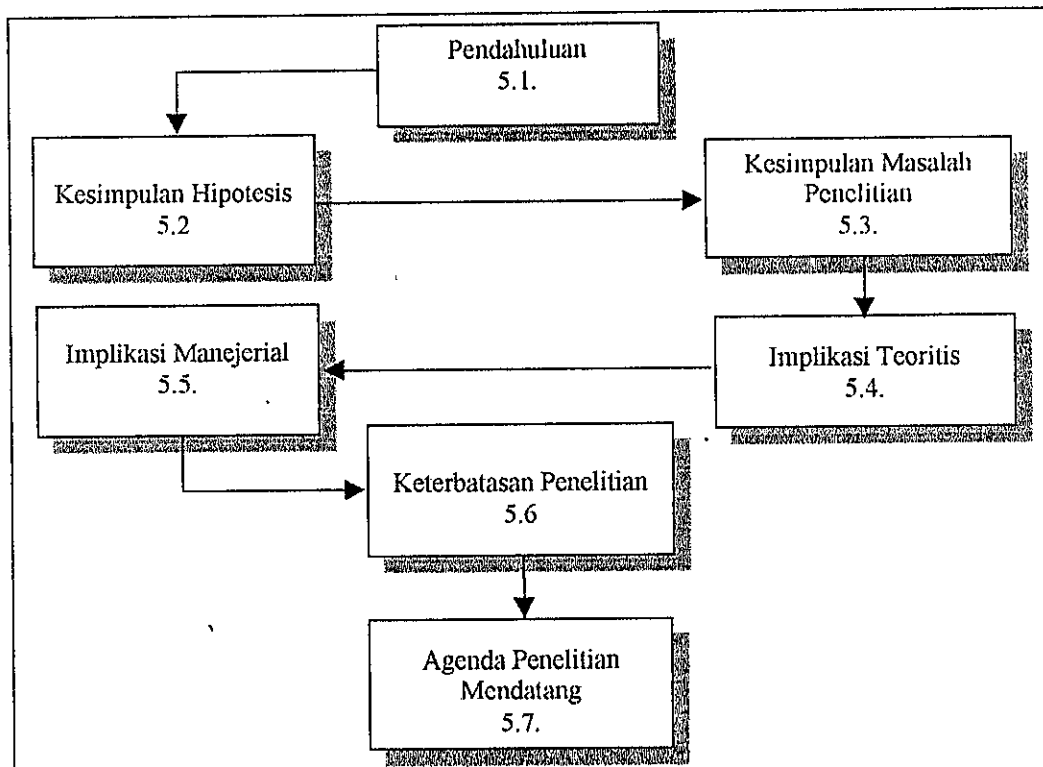
Pada bab ini telah dilakukan analisis data dan pengujian terhadap 6 hipotesis penelitian sesuai model teoritis yang telah diuraikan pada bab II. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa semua hipotesis dapat dibuktikan. Model teoritis telah diuji dengan kriteria Goodness of Fit dan mendapat hasil yang baik. Selanjutnya uraian mengenai kesimpulan dan implikasi kebijakan atas diterimanya hipotesis-hipotesis tersebut akan dijelaskan dalam bab V.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

Pembahasan yang akan diuraikan pada bab ini antara lain mengenai kesimpulan hipotesis dan masalah penelitian yang telah diuraikan pada bab I dan bab II. Implikasi teoritis dan kebijakan manajemen yang akan dilanjutkan dengan keterbatasan penelitian dan agenda untuk penelitian yang akan datang seperti gambar 5.1.

Gambar 5.1.  
Outline Bab V



Sumber : dikembangkan untuk tesis ini

Dalam bab I telah dijelaskan bahwa perkembangan Rumah Sakit di Indonesia semakin tinggi terutama Rumah Sakit Swasta yang semakin marak beroperasi, sehingga terjadi persaingan dalam hal pelayanan. Selain itu semakin tingginya tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan cukup tinggi. Tentunya pihak Rumah Sakit harus lebih progresif untuk melakukan penyempurnaan secara kontinyu dan melakukan inovasi-inovasi adaptif dalam hal pelayanan, karena Rumah Sakit Swasta mengandalkan pemasukan dari pasien, dan kunci utamanya terletak pada kualitas pelayanan. Pelayanan maksimal yang mampu menarik perhatian dan menyentuh hati nurani pasien dan pengunjung. Untuk dapat mewujudkannya pihak manajemen Rumah Sakit tentunya harus memiliki data penilaian pasien tentang kualitas pelayanannya berdasarkan 3 unsur penting yang biasa digunakan untuk menilai suatu kualitas pelayanan kesehatan yaitu : unsur masukan (Bruce,1990; Fromberg,1988; Gambone, 1991), unsur lingkungan (Donabedian;1980) dan unsur proses (Pena; 1984) untuk dapat menyusun konsep strategi peningkatan kualitas pelayanan dengan baik.

Untuk menguji permasalahan yang diajukan dalam bab I, maka pada bab II diuraikan telaah pustaka yang berkaitan dengan masalah penelitian. Kerangka pemikiran pada bab II secara garis besar menekankan pengaruh unsur masukan, unsur lingkungan, unsur proses terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Dimana kualitas pelayanan kesehatan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya

sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. (Azrul Azwar, 1995)

Berdasarkan telaah pustaka, dikembangkan dasar teori yaitu mengenai pengaruh unsur masukan terhadap kualitas pelayanan kesehatan (hipotesis 1), teori mengenai pengaruh unsur masukan terhadap kepuasan pasien akan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima (hipotesis 2), teori mengenai pengaruh unsur lingkungan terhadap kualitas pelayanan kesehatan (hipotesis 3), teori mengenai pengaruh unsur proses terhadap kualitas pelayanan kesehatan (hipotesis 4), teori mengenai pengaruh unsur proses terhadap kepuasan pasien akan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima (hipotesis 5), dan teori mengenai pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien akan kualitas pelayanan yang diterima (hipotesis 6). Dengan demikian ada 6 hipotesis yang dikembangkan dalam penelitian ini.

Untuk menguji hipotesis-hipotesis dari bab II secara empiris, maka pada bab III diuraikan mengenai metode penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini. Populasi dari penelitian ini adalah pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan. Sampel yang digunakan sejumlah 115 responden. Metode pengumpulan data dilakukan dengan metode angket dan wawancara kepada responden. Teknik analisis yang digunakan adalah *Structural Equation Modeling* (SEM) pada program AMOS 4.00.

Analisis data diuraikan pada bab IV yang menurut data deskriptif responden yaitu 115 responden yang semuanya merupakan pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan. Teknik analisis SEM telah digunakan untuk menguji 6 hipotesis yang

diajukan. Model yang diajukan dapat diterima setelah asumsi-asumsi dasar dari SEM terpenuhi yaitu: normalitas dan *standardized residual covariance*  $< + 2,58$ . Sementara nilai *determinant of covariance matrix* adalah  $1,0246e + 003$ .

Metode pengukuran eksogenus yaitu unsur masukan, unsur lingkungan, dan unsur proses dengan analisis faktor konfirmatori. Kemudian model pengukuran tersebut di analisis dengan *Structural Equation Modeling* (SEM) sebagai model keseluruhan (*Full Model*). Full Model terdiri dari 22 *observed variable* (indikator) dan 5 *latent variable*. Pengujian model telah memenuhi kriteria *Goodness of Fit* yaitu  $\text{Chi-Square} = 208,49$ ;  $\text{Probability} = 0,326$ ;  $\text{CMIN/DF} = 1,042$ ;  $\text{AGFI} = 0,830$ ;  $\text{GFI} = 0,866$ ;  $\text{TLI} = 0,979$ ;  $\text{CFI} = 0,982$  dan  $\text{RMSEA} = 0,019$ . Berdasarkan hasil analisis data dapat disimpulkan bahwa 6 hipotesis yang diajukan dapat diterima.

### 5.1. Kesimpulan Hipotesis

Hipotesis 1 : *Semakin baik suatu unsur masukan pelayanan kesehatan, maka semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan*

Mempunyai arti penting bahwa unsur masukan memiliki peran penting untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik. Oleh karena itu unsur masukan yang berupa tenaga, sarana, dana yang dimiliki Rumah Sakit berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan

Dari segi pelayanan, unsur masukan yang berupa tenaga dan sarana yang dimiliki oleh Rumah Sakit memainkan peran dalam pembentukan harapan pasien. Kualitas pelayanan yang dirasakan pasien dapat didefinisikan sebagai

kesesuaian antara keinginan atau harapan pasien dengan persepsi mereka (Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1990). Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa unsur masukan berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan.

Hipotesis 2 : *Semakin baik suatu unsur masukan pelayanan kesehatan, maka kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan semakin tinggi.*

Artinya bahwa salah satu aspek yang dapat memberikan kepuasan pasien adalah unsur masukan yang baik (Bruce, 1990; Fromberg, 1988; Gambone, 1991). Mendasari pernyataan tersebut bahwa unsur masukan merupakan elemen terpadu untuk menciptakan kepuasan pasien. Disini pasien dapat menilai dan mengevaluasi, karena kepuasan pasien dapat dipengaruhi oleh harapan dan kualitas yang dirasakan atas jasa pelayanan kesehatan yang diterima. Dengan kata lain kepuasan pasien merupakan hasil yang dirasakan pasien atas kinerja Rumah Sakit yang memenuhi harapan mereka.

Hipotesis 3 : *Semakin baik suatu unsur lingkungan pelayanan kesehatan, maka semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.*

Artinya untuk mencapai kualitas pelayanan yang baik diperlukan dukungan lingkungan yang baik. Yang dimaksud lingkungan adalah kebijakan, organisasi, dan manajemen, jika unsur tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*Standar of Organization and Management*) atau tidak mendukung maka sulit diharapkan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang baik (Donabedian, 1980 pada Azrul Azwar). Jika unsur lingkungan merefleksikan pada harapan pasien maka kualitas pelayanan dapat

ditingkatkan. Oleh karena itu pasien berpandangan bahwa unsur lingkungan berpengaruh pada kualitas pelayanan. Sehingga dengan melihat kebijakan yang ada, organisasi yang baik dan solid, sumber daya yang dikelola dengan baik agar dapat berfungsi optimal dan menghasilkan jasa pelayanan yang bermutu.

Hipotesis 4 : *Semakin baik suatu unsur proses pelayanan kesehatan, maka semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.*

Hal ini menunjukkan bahwa unsur proses yang dibedakan menjadi 3 yaitu pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik merupakan bagian dari kualitas pelayanan kesehatan. Pasien memahami bahwa kualitas pelayanan itu bukan hanya terletak pada segi jasa yang mereka terima tetapi juga perlakuan Rumah Sakit pada pasien saat mereka membutuhkan tindakan medis, yaitu saat tindakan medis dilakukan oleh dokter/perawat, saat pasien berhadapan dengan petugas administrasi (Azrul Azwar, 1995).

Hipotesis 5 : *Semakin baik suatu unsur proses pelayanan kesehatan, maka kepuasan pasien atas kualitas pelayanan kesehatan yang diterima semakin tinggi.*

Kepuasan pasien dipengaruhi oleh harapan dan kualitas yang dirasakan atau jasa pelayanan kesehatan yang diterima. Jika pihak Rumah Sakit dapat memenuhi harapan pasien maka pasien akan merasa puas dan bila tidak maka pasien tidak merasa puas (Azrul Azwar, 1995). Pada batasan kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang menyangkut upaya yang dilakukan terdapat pengertian kualitas pelayanan kesehatan tercakup kesempurnaan tata

cara menyelenggarakan pelayanan kesehatan tersebut (proses) sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Hipotesis 6 : *Semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, maka semakin tinggi kepuasan pasien akan pelayanan kesehatan yang ada.*

Kepuasan pasien secara umum menggambarkan adanya keterkaitan antara kualitas yang dirasakan (*perceived service*) dengan kepuasan (*satisfaction*). Kepuasan konsumen (pasien) itu juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yang salah satunya yaitu kualitas pelayanan (Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1990). Dengan menggunakan dasar pemikiran tersebut maka dapat dikatakan bahwa suatu kualitas pelayanan digambarkan sebagai suatu ukuran sejauh mana sebuah Rumah Sakit dapat memenuhi harapan pasien atas pelayanan dan kepuasan pasiennya.

## **5.2. Kesimpulan Masalah Penelitian**

Masalah penelitian yang disampaikan dalam penelitian ini adalah bahwa kualitas pelayanan dipandang belum optimal, hal ini didasarkan pada adanya keluhan dari pasien. Dengan adanya keluhan mengindikasikan adanya ketidakpuasan pasien. Penelitian ini diharapkan dapat mengungkap bagaimana pengaruh unsur masukan, unsur lingkungan, unsur proses terhadap kualitas pelayanan yang kaitannya pada kepuasan pasien dan strategi apa yang akan digunakan oleh pihak Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.

Diperoleh dukungan yang signifikan yang memperkuat konsep tersebut diatas. Dengan demikian ketiga variabel yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan berkaitan dengan kepuasan pasien dalam penelitian ini telah mendapat justifikasi dari hasil analisis. Sehingga dapat disimpulkan bahwa unsur masukan, unsur lingkungan, unsur proses mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dalam mewujudkan kepuasan pasien.

Berdasarkan hal tersebut maka dikembangkan beberapa pernyataan yang telah didukung oleh bukti empiris dalam penelitian ini, yaitu :

- Suatu unsur masukan yang dimiliki Rumah Sakit baik dapat mewujudkan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga pasien akan merasa puas atas pelayanan kesehatan yang diterima. Sebaliknya jika unsur masukan yang dimiliki Rumah Sakit buruk (jelek) tentunya Rumah Sakit tidak dapat mewujudkan terselenggaranya kualitas pelayanan kesehatan yang bermutu dan pasien akan merasa tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diterima yang pada akhirnya mereka memilih Rumah Sakit lain yang lebih baik.
- Semakin baik unsur lingkungan Rumah Sakit akan mendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, tetapi sebaliknya pelayanan kesehatan yang bermutu tidak dapat terselenggara apabila unsur lingkungan yang ada tidak mendukungnya.

- Apabila unsur proses pelayanan yang dilakukan oleh Rumah Sakit baik, secara otomatis pelayanan kesehatan yang bermutu dapat terwujud, sehingga pasien akan merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterima, karena mereka diperlakukan sebagaimana manusia adanya.
- Hal lain yang terkait dengan kualitas pelayanan kesehatan adalah kepuasan pasien akan terwujud apabila Rumah Sakit dapat memberikan bentuk pelayanan yang baik.

### 5.3. Implikasi Teoritis

Implikasi utama penelitian ini secara teoritis adalah sebagai dukungan empiris bagaimana unsur masukan, unsur lingkungan, dan unsur proses berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan demikian pula kualitas pelayanan berpengaruh pada kepuasan pasien.

Hasil penelitian ini seperti halnya dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Bruce (1990), Fromberg (1988), Gambone (1991), Donabedian (1980), Pena (1984) bahwa unsur masukan, unsur lingkungan, dan unsur proses mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang kaitannya dengan kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Bukti-bukti dalam penelitian ini juga mendukung pendapat bahwa ketiga unsur tersebut diatas dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Jadi pengembangan dan pemeliharaan kualitas pelayanan kesehatan yang baik sangat penting untuk jangka pendek dan jangka panjang serta pengembangan pangsa

pasar potensial Rumah Sakit. Artinya teori tersebut memberikan sumbangan yang besar pada penerapan atau aplikasi dalam dunia praktis.

#### 5.4. Implikasi Manajerial

Berdasarkan hasil penelitian, ketiga variabel yang diteliti didalam penelitian ini secara signifikan berpengaruh dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Implikasi manajerial seharusnya lebih difokuskan pada variabel-variabel tersebut. Dengan demikian hasil penelitian telah menunjukkan bahwa strategi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan merupakan prediktor penting dari kepuasan pasien. Dalam hal ini pihak manajemen Rumah Sakit harus dapat menentukan strategi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang sesuai untuk diterapkan pada segmen pasarnya serta mengembangkan strategi yang memadai.

Penemuan dari penelitian ini mengindikasikan bahwa proses pelayanan kesehatan secara langsung memiliki pengaruh terbesar terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Implikasi dari temuan ini menganjurkan untuk memberikan perhatian dan perbaikan pada 3 variabel penting yaitu : unsur masukan, unsur lingkungan, dan unsur proses. Beberapa kebijakan strategi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

- Unsur masukan, yang berupa tenaga, sarana, dana sangat berperan untuk dapat menyelenggarakan suatu pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal ini harus diperhatikan mengingat hasil pelayanan kesehatan (*performance*)

memerlukan perhatian lebih lanjut dimana hal ini berkaitan erat dengan sarana (fasilitas medis, penunjang medis dan fasilitas umum) yang ada dan kemampuan tenaga medis yang ada. Pihak manajemen perlu untuk meningkatkan kelengkapan sarana terutama sarana fasilitas umum yang ada di Rumah Sakit yaitu kenyamanan ruang tunggu, tempat parkir yang terasa masih semrawut, sarana telekomunikasi (Wartel/TUT) belum ada, sehingga kesinambungan pelayanan dapat berjalan lancar dan hasil pelayanan kesehatan yang diperoleh dapat optimal. Selain itu pihak manajemen perlu untuk menambah jumlah dokter spesialis dan meningkatkan kemampuan dokter yang sudah ada sehingga kasus-kasus yang ada dapat terselesaikan, sehingga Rumah Sakit Siti Khodijah tidak hanya sebagai Rumah Sakit transit tetapi sebagai Rumah Sakit tujuan perawatan bagi pasien. Selain peningkatan kemampuan dokter perlu dikembangkan fasilitas pelatihan dan pembimbingan untuk memberikan nasihat dan peningkatan sifat *Assurance* pada perawat. Hal ini perlu diperhatikan karena perawat adalah staf medis yang paling sering berhubungan dengan pasien.

- Unsur lingkungan, disini berkaitan dengan kebijakan yang ada di Rumah Sakit Siti Khodijah, misalnya prosedur pelayanan yang ada agak berbelit (dinyatakan 47 % responden) ini perlu diperhatikan pihak manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah untuk mempermudah prosedur pelayanan yang ada sehingga pasien yang membutuhkan pertolongan secepatnya tidak harus

bertambah stres untuk mengikuti prosedur yang ada. Organisasi yang dimaksud disini adalah reputasi Rumah Sakit Siti Khodijah dikalangan masyarakat Pekalongan terkenal sebagai Rumah Sakit Islam yang cukup baik ini terbukti banyaknya masyarakat Pekalongan sendiri lebih suka dirawat di Rumah Sakit Siti Khodijah dari pada di Rumah Sakit lain. Fenomena ini perlu diperhatikan pihak manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah sebagai peluang yang sangat potensial dan pihak manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah harus bisa mempertahankan reputasi yang sudah dimilikinya. Manajemen dalam hal ini yaitu bagaimana Rumah Sakit Siti Khodijah mengelola sumber daya yang dimilikinya seperti SDM dan sumber daya lainnya sehingga dapat berfungsi optimal dan menghasilkan suatu jasa pelayanan yang berkualitas.

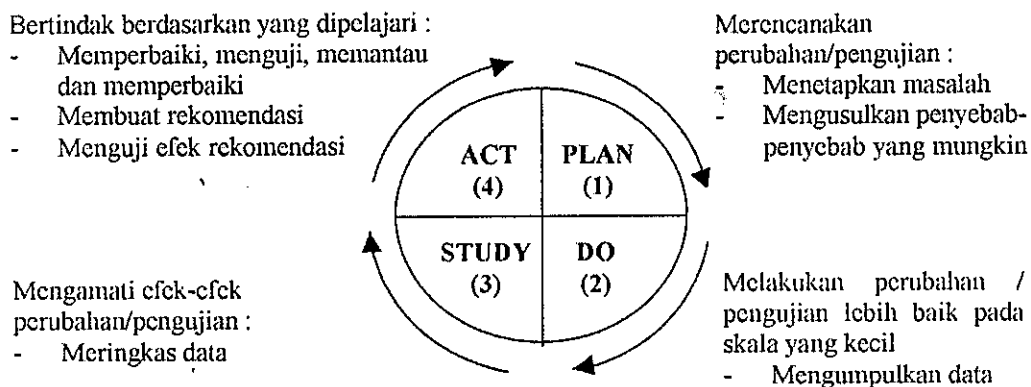
- Unsur proses, upaya pengembangan proses pelayanan kesehatan seringkali hanya mengarah pada hal-hal yang bersifat mekanik, dan melupakan aspek manusia sebagai sumber daya organisasi yang mempunyai pengetahuan, sikap, budaya, dan perilaku. Semua kegiatan perbaikan kualitas harus dilandasi adanya komitmen, nilai-nilai utama kualitas dan pembudayaan kualitas. Jika perbaikan proses dilakukan secara radikal untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Siti Khodijah, maka prasyarat utama adalah komitmen dari pimpinan puncak dalam organisasi pelayanan

kesehatan (Rumah Sakit) tersebut untuk mengembangkan strategi dan mengidentifikasi proses inti untuk perubahan.

- Rumusan strategi internal Rumah Sakit Siti Khodijah harus memperhatikan urutan prioritas variabel-variabel kualitas pelayanan yang masih mendapatkan penilaian kurang (belum memenuhi harapan pasien), yaitu *perhatian dokter terhadap pasien* yang menurut sebagian pasien (48%) kurang “*human*”. Hal ini seharusnya jadi perhatian utama dan jangan dianggap sepele, jangan sampai pasien yang masuk ke Rumah Sakit Siti Khodijah diperlakukan sebagai barang, hanya dilihat, dipegang tanpa ada interaksi dan komunikasi. *Kemampuan staf medis*, jika dilihat dari segi keahlian, dokter tidak masalah, tenaga perawatpun cukup memadai keterampilannya, yang dirasa kurang adalah kemampuan mereka untuk berkomunikasi dengan pasien. Seharusnya Rumah Sakit Siti Khodijah berupaya meningkatkan kemampuan komunikasi dan pengetahuan mengenai psikologi pelayanan terhadap pasien, sehingga pasien merasa puas akan pelayanan yang diterimanya. *Keterjangkauan pelayanan* yang dimaksud disini adalah tarif/biaya perawatan dan pengobatan yang oleh sebagian responden masih dianggap “*kurang terjangkau*” (47 % responden) walaupun bagi pelayanan jasa Rumah Sakit Siti Khodijah tarif rendah memang tidak menjamin tingkat hunian yang tinggi. Apabila kebijakan tarif ini tetap dipertahankan oleh pihak manajemen Rumah Sakit maka perlu adanya

perbaikan atribut inti dari kualitas pelayanan yang berhubungan langsung dengan hasil kinerja yang efektif seperti kesembuhan pasien atau meminimalkan gangguan fungsi. Sedangkan jika kebijakan tarif ini akan ditinjau ulang pihak manajemen dapat menerapkan efisiensi dari kualitas pelayanan. Dalam hal ini untuk mencapai harga yang optimal bagi pasien sangat diperlukan juga kesadaran dari pihak tenaga medis untuk memberikan pelayanan yang efisien.

- Hal lain yang perlu diperhatikan oleh pihak manajemen, adalah membentuk tim medis yang harus memberikan masukan kepada direksi mengenai apa yang terjadi di "lapangan". Sehingga pihak manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah selalu dapat memantau keadaan yang sebenarnya untuk mewujudkan kualitas pelayanan kesehatan yang baik.
- Pihak manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah juga bisa menerapkan siklus PDSA (Plan, Do, Study, Act) dan tujuh alat grafis sebagai alat untuk evaluasi dan perbaikan kualitas secara kontinyu bagi Rumah Sakit.



Sumber : Greebler, c dan Rosen, R. "Solving the problems facing health care" from the individual physician to the large hospital, San Diego, 1989.

Dari hal-hal yang telah diuraikan di atas, maka perlu dipertimbangkan langkah-langkah strategis oleh manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah khususnya yang menyangkut kebijakan pelayanan kesehatan yaitu secara umum meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang dapat meningkatkan kepuasan bagi pasien yang tata cara penyelenggaraannya tetap memperhatikan terhadap kesesuaiannya dengan standar dan kode etik pelayanan kesehatan.

#### **5.5. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini tidak dikaitkan dengan perilaku pasien yang kemungkinan dapat memberikan informasi yang lebih mendekati atas setiap keputusan yang diambil baik sebelum dan setelah mengkonsumsi jasa pelayanan kesehatan yang diterima, dan perilaku pasien yang tidak puas atas jasa pelayanan kesehatan yang diterima tetapi tidak mengeluh.

Obyek penelitian yang digunakan hanya pada satu Rumah Sakit, dengan jumlah sampel 115 responden. Mengenai indikator pengukuran dari variabel-variabel tersebut perlu ditambah untuk mendapatkan informasi kualitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap.

#### **5.6. Agenda Penelitian Mendatang**

Untuk penelitian yang akan datang sebaiknya dilakukan pada obyek yang berbeda, dan perlu dilakukan sebagai kelanjutan penelitian ini adalah mengenai pengaruh hubungan kualitas pelayanan dan perilaku pasien dikaitkan dengan kinerja Rumah Sakit Siti Khodijah kemudian, model kausal antara kualitas

pelayanan, kepuasan pasien dan kinerja Rumah Sakit perlu dilakukan dalam konteks yang lebih mendalam terkait dengan faktor situasional pengaruhnya pada persepsi pasien dan dampaknya bagi pasien dan Rumah sakit.

## REFERENSI

- Anderson Ew and C Fornell (1994). "A Customer Satisfaction Research Prospectus in Service Quality New Direction in Theory and Practice", Eds RI Rust and RI Oliver. PP 241 - 368, Thousan OAK, Ca Sage Publication.
- Ardianto, Eka, 1999, "Pengukuran Persepsi Kualitas Layanan : Cootoh "Perjalanan" Sebuah Proses Penelitian", Forum Manajemen Prasctya Mulia, Tahun Ke-13, No. 70.
- Augusty Ferdinant, **Structural Equation Modeling Dalam Penelitian Manajemen**, Badan Penerbitan Universitas Diponegoro, 2000.
- Azrul Azwar, **Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan**, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1996.
- Bennet, N.B. Silalahi, **Manajemen Rumah Sakit**, Lembaga Pengembangan Manajemen Indonesia, Jakarta, 1989.
- Capcr, P, "Definning Quality in Medical Care", Health Affair 7, 1998.
- Donabedian, A., "Quality of Medical Care, in Health Care : Regulation Economics, Ethics and Practice", Edited by. P.H. Abelson, Washington D.C. American for The Advocement of Sciences, 1978.
- Donabedian, A, "The Definition of Quality and Approaches to its Assesment", Ann Arbon, Mich, Health Administration Press, 1980.
- Donabedian, A, "Exploration in Quality and Approach to Its Assesment", Health Administrasion Press, Ann Arbor, MP, 1980.
- Duffy, Jo Ann., Ketchand, Alice A., 1998, "Examining the Role of Service Quality in Overall Service Satisfaction", Journal of Managerial of Issues, Vol. X, No. 2, Summer.
- Engel, J.F., Et Al (1996), **Customer Behavior**, 6 Th Ed. Chicago : The Dryden Press.
- Files, L.A., "Strategy Formulir in Hospitals in Hospitals", Modern Health Management Preview 13, 1988.
- Fisman, B "Marketing Health Service", Philadelphia, PMA Press, 1985, P. 32
- Fromberg, R., "Guide to Quality Assurance the Joint Commission on Acreditation of Healthcare Organization", Chicago, 1988.
- Gambone JC. and Reiter RC., "Quality Improvement in Healthcare Current Problems in Obstetric Gynecology and Vertility", Mosby Year Book, Vol. 14. No. 5. 1991.
- Gaspersz, Vincent, 1997, **Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa**. Cetakan Pertama, Penerbit. PT. Gramedia: Jakarta.
- Gravin, D.A., "Managing Quality", New Toris, Free Press, 1988.
- Hair Joseph F., Anderson Rolph E, Tatham Ronald L., Black William C., **Multivariate Data Analysis With Readings**, Fourth Edition, Prentice Hall Inc., 1995.
- Hayes, M., "Consumen Base Quality Perception on Patient Relation", Modern Healt Care 17. February 1987.

UPT-PUSTAKA-DNDIP

- Holbrook MB and KP Corfman (1985), "Quality and Value in The Consumption Experience : Phaedrus Rides again, in Perceived Quality", Eds J. Jacoby and J. Olson PP 331 – 357, Lexington, MA : Lexington.
- Ira Studin, "Strategic Healthcare Management: Applying the Lesson of Today's Top Management Experts to The Business of Manage Care", Irwin, New York, 2000.
- Kotler, Philip (1994), **Marketing Management : Analysis, Planning, Implementions and Control**, 8<sup>th</sup> Ed. Engelwood Cliff, N.J. : Prentice-Hall International, Inc.
- Lembaga Administrasi Negara RI. **Pelayanan Prima**. LAN RI, Jakarta, 1998.
- Lovclock, Chistopher (1988), **Managing Service : Marketing, Operations and Human Resources**, London : Prentice-Hall International. Inc.
- Milakovich, E., Michael, "Menciptakan Lingkungan Perawatan Kesehatan Kualitas Total", Healt Care Manage Rev., Aspen Publishers Inc., 1991.
- Mills, P., and Margulies, N., "Tonord a Care Topology of Service Organizations", Academy Management Review, 1980.
- Nelson, C., "The Administrator's Rate in Quality Assesment", Healt Care Management Review 2, No. 1, 1997.
- Nelson, C., Conan Arnold S., Goldstwin, "Kualitas Perawatan Kesehatan Tantangan Pemasaran Baru", Health Care Manage Rev., IV. Aspen Publishers Inc. 1989.
- Pena JJ. et-al, "Hospital Quality Assurance", An Aspen Publicatioan Rochville, Maryland, 1964.
- Rao, Purba (1996), "Measuring Consumer Perception Through Factor Analysis", The Asian Manager, February – March, h. 28 – 32.
- Stanton, William J., Michael J. Etzel, and Bruce J. Walker (1991), "Fundamentals of Marketing", 9<sup>th</sup> Ed. New York : Mc Graw – Hill, Inc.
- Somers, MH and Somers, R.S., "Doctors, Patiens and Health Insurance" The Brooking Int., Washington Dc, 1970.
- Suprpto Adi Kusumo, **Manajemen Rumah Sakit**, Pustaka Harapan, Jakarta, 1994.
- Tjiptono, Fandi, 1994, **Manajemen Jasa**, Penerbit Andi Offset: Yogyakarta.
- Yacobalis, S. 1990, **Manajemen Pelayanan Rumah Sakit (Quality Assurance)**.
- Zeithaml, Valarie A., Leonard L. Berry, and A. Parasuraman (1985), "Problem and Strategies in Service Marketing", Journal of Marketing, Spring. PP. 33 – 46.
- Zeithaml, Valarie A., Leonard L. Berry, and A. Parasuraman (1990), "Delivery Quality Service : Balancing Customer Perception and Expectation", The Free Pers New York, USA.
- Zeithaml, Valarie A., Leonard L. Berry, and A. Parasuraman (1993), "The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service", Journal of Academy of Marketing Science, Vol. 21, No. 1 PP.1 – 12.

*Program Magister Manajemen Universitas Diponegoro  
Yayasan Al- Irsyad Al- Islamiyyah  
"Rumah Sakit Siti Khodijah" Pekalongan.*

---

Kepada

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i/keluarga pasien

Di Rumah Sakit "Siti Khodijah"

Pekalongan

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswi Program Studi Magister Manajemen Program Pasca Sarjana Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro Semarang :

Nama : Kamalina Din Jannah, SE

NIM : C4A099066

Alamat : Jl. KHM. Mansyur Bendan V No. 11 Pekalongan

Saat ini sedang mengadakan penelitian dalam rangka penyusunan tesis untuk memenuhi persyaratan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Manajemen. Untuk itu saya sangat mengharapkan bantuan Bapak/Ibu/Saudara/i keluarga pasien untuk memberikan masukan yang bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan pada Rumah Sakit "Siti Khodijah". Penilaian Anda terhadap kualitas pelayanan yang ada sangat penting agar pihak rumah sakit dapat berbuat lebih banyak lagi untuk memenuhi harapan Anda.

Kesediaan dan kejujuran Bapak/Ibu/Saudara/i untuk mengisi kuesioner ini sangat menentukan keberhasilan penelitian ini.

Cara pengisian kuesioner adalah dengan memberikan chek (√) pada jawaban yang Anda pilih.

Atas bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i keluarga pasien untuk meluangkan waktu dalam mengisi kuesioner ini saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Kamalina Din Jannah, SE





**Pernyataan mengenai penilaian pasien terhadap kualitas pelayanan.**

10. Keluhan pasien kepada dokter/perawat Rumah Sakit Siti Khodijah cepat ditanggapi.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Perhatian dokter Rumah Sakit Siti Khodijah terhadap pasien sangat baik.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Rumah Sakit Siti Khodijah memiliki dokter pandai dan profesional.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Dokter Rumah Sakit Siti Khodijah terampil dalam menjalankan profesinya menangani pasien.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah merasa nyaman dalam menerima pelayanan yang ada.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Tingkat keberhasilan tindakan medis yang dilakukan Rumah Sakit Siti Khodijah cukup baik.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Rumah Sakit Siti Khodijah dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar dan kode etik.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Pernyataan mengenai kepuasan pasien.**

17. Selama Saya dirawat di Rumah Sakit Siti Khodijah diperlakukan dengan baik dan pelayanan yang Saya terima cukup baik.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Saya akan menggunakan jasa Rumah Sakit Siti Khodijah apabila Saya memerlukannya di kemudian hari.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Pada saat Saya masuk pihak rumah sakit memberikan kebebasan memilih kamar sesuai dengan keinginan Saya.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Menurut Saya biaya perawatan Rumah Sakit Siti Khodijah dapat dijangkau oleh pasien.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Staf medis Rumah Sakit Siti Khodijah pandai dan terampil menggunakan peralatan dalam bekerja.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Kondisi kesehatan saya menjadi lebih baik setelah dirawat di Rumah Sakit Siti Khodijah.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Menurut Saya lokasi Rumah Sakit Siti Khodijah mudah dicapai karena letaknya strategis.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Pertanyaan Terbuka

Apa harapan anda sebagai konsumen (pasien) Rumah Sakit Siti Khodijah terhadap kualitas pelayanan (saran, pendapat, kritikan). .....

.....

.....

.....

.....

.....

*Terima Kasih Atas Kerja Samanya, Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah dan Semoga Anda Lekas Sembuh*