

**ANALISIS TANGGAPAN DOKTER SPESIALIS MITRA TENTANG
FAKTOR-FAKTOR KEBUTUHANNYA YANG BERPENGARUH TERHADAP
PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS
DI RUMAH SAKIT TELOGOREJO SEMARANG**



Tesis

**untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2**

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit**

Disusun oleh :

Swanny Trikajanti W

NIM E 4A 000054

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2003



362.124
TR1
2 e1

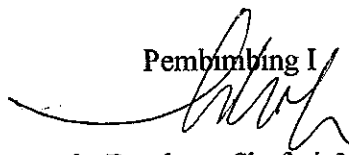
Pengesahan Tesis

**ANALISIS TANGGAPAN DOKTER SPESIALIS MITRA TENTANG
FAKTOR-FAKTOR KEBUTUHANNYA YANG BERPENGARUH TERHADAP
PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS
DI RUMAH SAKIT TELOGOREJO SEMARANG**

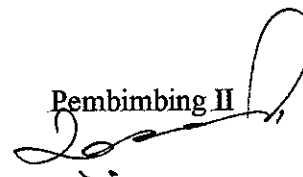
Telah dipertahankan di depan Tim Penguji
pada tanggal 20 Pebruari 2003
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui

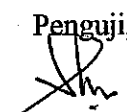
Pembimbing I


dr. Bambang Shofari, MMR
NIP 140 170 875

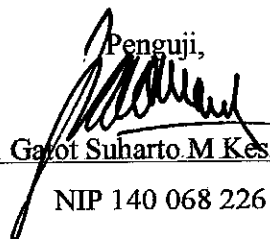
Pembimbing II

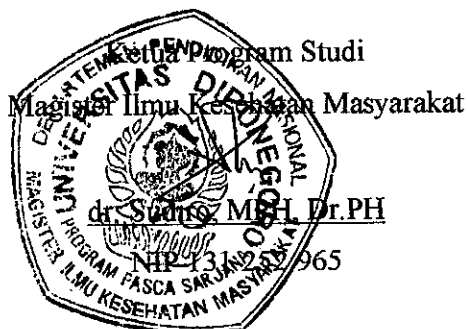

Dr Nico L Kana

Penguji,


dr. Sudiro, MPH, Dr.PH
NIP 131 252 965

Penguji,


dr. H. Garot Suharto M Kes, MMR
NIP 140 068 226

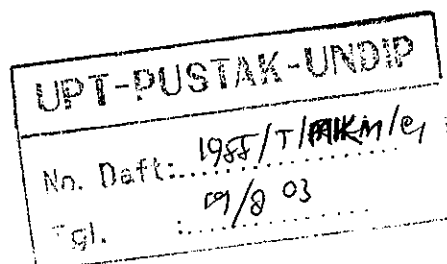


PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Pebruari 2003.

Swanny Trikajanti W.



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Pengasih atas segala rahmat dan karuniaNYa, sehingga penulis dapat menyelesaikan tulisan ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat sarjana S-2 Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan ini, perkenankan penulis menyampaikan rasa terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak dr. Bambang Shofari, MMR, selaku pembimbing pertama yang dengan tekun memberikan nasehat, arahan serta bimbingan penulisan sejak awal penelitian hingga selesainya tesis ini
2. Bapak Dr Nico L Kana, selaku pembimbing kedua yang membimbing dengan penuh kesabaran, memberi saran sehingga mendorong penulis melihat sisi lain dari penulisan ini
3. Ibu drg. Zahroh Shaluhiah MPH., selaku pembimbing kedua yang saat ini sedang menjalani studi lanjut di London, yang mampu membangkitkan minat penulis mempelajari perilaku organisasi
4. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr.PH., dan dr. H. Gatot Suharto MKes, MMR, selaku penguji yang telah banyak memberikan bimbingan dan pengarahan hingga selesainya tesis ini.
5. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr.PH., selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit beserta seluruh staf pengajar dan staf sekretariat, yang telah banyak memberikan bantuan selama masa perkuliahan, penyelesaian tesis hingga ujian akhir.
6. Dewan Pengurus Yayasan Kesehatan Telogorejo, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti program pendidikan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit.
7. Ibu dr. Murti W Wirawan, MKes, selaku Direktur Rumah Sakit Telogorejo, yang memberikan ijin dan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan, dan mengadakan penelitian di Rumah Sakit Telogorejo, Semarang.

8. Bapak dr. Daniel Budi Wibowo, MKes, selaku Direktur RS Pantiwilasa Citarum, Semarang atas ijin uji coba kuesioner pendukung penelitian ini.
9. Seluruh Dokter Spesialis Mitra selaku responden, Manajemen selaku informan, Asisten Peneliti yang membantu pengumpulan data kuesioner serta semua staf di pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis atas kerjasama selama penelitian berlangsung.
10. Direksi, Rekan Manajer, Kepala Bagian dan staf Bidang Terapi, Prof Dr Untung Sungkowo Sp OG, dr Iwan Santoso, MHA, Dr dr RM Widjajanto Sp OG, dr Haryono S, MKes, dr Yoseph, MKes, Drs Manahati Zebua, MKes, atas dorongan, bantuan dan kerjasamanya selama penelitian ini berlangsung.
11. Rekan-rekan mahasiswa MIKM angkatan 2000 yang selama dua tahun kebersamaan kita memberikan kenangan dan pelajaran yang tak terlupakan, pacuan semangat dan masukan yang bermanfaat bagi penulisan tesis ini.
12. Keluarga dan sahabat yang telah membantu dalam doa dan pengharapan dalam penulisan ini.

Secara khusus, penulis sampaikan rasa terimakasih yang terdalam kepada suami tercinta Ir Soetrisno Soeparto yang telah dengan tulus memberikan dukungan, dorongan dan pengorbanan yang besar selama pendidikan hingga selesainya penelitian ini.

Akhirnya penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan doa, dan membantu terlaksananya penelitian serta penyusunan tesis ini. Kiranya Tuhan memberkati semua bentuk kebaikan yang telah diberikan.

Penulis menyadari terdapat banyak kekurangan dan kelemahan dalam penulisan tesis ini, dan dengan senang hati penulis menerima segala saran maupun kritik yang dapat menyempurnakan tesis ini. Harapan penulis semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan pelayanan di Rumah Sakit Telogorejo dan memperkaya wawasan ilmu pengetahuan Administrasi Rumah Sakit.

Semarang, Pebruari 2003

Swanny Trikajanti W

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. LATAR BELAKANG	1
1.2. PERUMUSAN MASALAH	8
1.3. TUJUAN PENELITIAN	11
1.3.1. Tujuan umum	11
1.3.2. Tujuan khusus	11
1.4. MANFAAT PENELITIAN	12
1.5. KEASLIAN PENELITIAN	13
1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1. PERKEMBANGAN RUMAH SAKIT	15
2.2. PERKEMBANGAN PELAYANAN RAWAT JALAN	16
2.3. DOKTER SPESIALIS SEBAGAI <i>CUSTOMER</i> RUMAH SAKIT	18
2.4. DOKTER SPESIALIS DI RUMAH SAKIT SWASTA	21
2.5. HUBUNGAN DOKTER DAN RUMAH SAKIT	25
2.6. ORGANISASI DAN PERILAKU ORGANISASI	28
2.7. MANAJEMEN KONFLIK, MANAJEMEN PERUBAHAN DAN PRODUKTIVITAS KINERJA.	35
2.8. MOTIVASI, HARAPAN DAN KEBUTUHAN.	42
2.9. KERANGKA TEORI PENELITIAN	53
2.10. KERANGKA KONSEP PENELITIAN	55
2.11. HIPOTESIS	57
BAB III METODE PENELITIAN	58
3.1. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	58
3.2. MATERI PENELITIAN	59
3.3. VARIABEL PENELITIAN DAN SKALA PENGUKURAN	61
3.4. DEFINISI OPERASIONAL	63
3.5. PENGUMPULAN DATA	71
3.6. ALAT PENELITIAN	71
3.6.1. Data Kuantitatif	72
3.6.2. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	73
3.6.3. Data Kualitatif	77
3.7. JALANNYA PENELITIAN	77
3.8. ANALISIS DATA	79

BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN TENTANG KEBUTUHAN DOKTER SPESIALIS MITRA PADA PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS DI RUMAH SAKIT TELOGOREJO	84
4.1. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT TELOGOREJO SEMARANG SEBAGAI LOKASI PENELITIAN	84
4.2. GAMBARAN UMUM PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS RUMAH SAKIT TELOGOREJO SEMARANG	86
4.3. KARAKTERISTIK RESPONDEN DAN FAKTOR KEBUTUHANNYA	87
4.3.1. KARAKTERISTIK RESPONDEN	88
4.3.1.1. Disiplin Ilmu Dokter Spesialis	88
4.3.1.2. Lama Bekerja	89
4.3.1.3. Rata-rata Jumlah Pasien	90
4.3.1.4. Jadwal Praktik	90
4.3.1.5. Usia Dokter Spesialis	91
4.3.1.6. Jumlah Lokasi Praktik Dokter Spesialis	91
4.3.2. KEBUTUHAN DOKTER SPESIALIS MITRA TERHADAP PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS	92
4.3.2.1. Variabel Kenyamanan	93
4.3.2.2. Variabel Dukungan Kondisi Kerja	98
4.3.2.3. Variabel Hubungan Interpersonal	105
4.3.2.4. Variabel Kompensasi Finansial dan Non Finansial	108
4.3.2.5. Variabel Kesepakatan Perjanjian Kerja	112
4.3.2.6. Variabel Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	117
4.3.2.7. Variabel Kontribusi Pendapatan Dokter Spesialis Mitra	117
4.4. ANALISIS STATISTIK	124
4.4.1. ANALISIS BIVARIAT	124
4.4.1.1. Hubungan Karakteristik Responden dengan Kontribusi Pendapatan	125
4.4.1.2. Hubungan Variabel Independen dengan Kontribusi Pendapatan	130
4.4.1.3. Hubungan Karakteristik dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	134
4.4.1.4. Hubungan Variabel Independen dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	139
4.4.1.5. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square antara Karakteristik Individu dan Kontribusi Pendapatan	144
4.4.1.6. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square antara Variabel Independen dan Kontribusi Pendapatan	145
4.4.1.7. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square antara Karakteristik Individu dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	145
4.4.1.8. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square antara	146

Variabel Independen dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	
4.4.2. ANALISIS MULTIVARIAT REGRESI LOGISTIK	147
4.4.2.1. Analisis Pengaruh Variabel Independen terhadap Variabel Independen (Kontribusi Pendapatan)	147
4.4.2.2. Analisis Pengaruh Variabel Independen terhadap Variabel Independen (Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit)	149
4.5. HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN PIHAK MANAJEMEN	151
4.6. PEMBAHASAN	154
4.6.1. Karakteristik Dokter Spesialis dan Tanggapan Manajemen	155
4.6.2. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Kebutuhan Kenyamanan dan Tanggapan Manajemen	162
4.6.3. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Kebutuhan Dukungan Kondisi kerja dan Tanggapan Manajemen	169
4.6.4. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Kebutuhan Hubungan Interpersonal dan Tanggapan Manajemen	178
4.6.5. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Terpenuhinya Kebutuhan Kompensasi Finansial dan Non Finansial serta Tanggapan Manajemen.	186
4.6.6. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Terpenuhinya Kebutuhan Kesepakatan Perjanjian Kerja dan Tanggapan Manajemen.	196
4.6.7. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Pengelolaan Catatan Rekam Medik Oleh Rumah Sakit dan Tanggapan Manajemen.	201
4.6.8. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Komitmen Kesiadaan Memberikan Kontribusi Pendapatan dan Tanggapan Manajemen	202
4.6.9. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Komitmen Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit dan Tanggapan Manajemen	205
4.6.10. Ringkasan Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Faktor Yang Paling Dibutuhkan Dalam Menjalankan Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis dan Tanggapan Manajemen.	205
4.6.11. Analisis Hubungan antara Faktor Kebutuhan Dokter Spesialis dan Kontribusi Pendapatan serta Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit dan Tanggapan Manajemen	208
4.6.12. Analisis Pengaruh Variabel Independen Yang Signifikan terhadap Variabel Dependen dan Tanggapan Manajemen	210
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	213
KESIMPULAN	213
SARAN-SARAN	226
DAFTAR PUSTAKA	236

DAFTAR TABEL

	Halaman
TABEL 1.1 : Proporsi Tingkat Kunjungan Rawat Jalan Rumah Sakit Telogorejo Terhadap Total Kunjungan tahun 1998 – 2000	4
TABEL 3.1 : Data Reliabilitas Kuesioner Faktor Kebutuhan Dokter Spesialis Mitra terhadap Pelayanan Rawat Jalan dengan Menggunakan Perhitungan Koefisien Alpha	77
TABEL 4.1 : Karakteristik Responden Berdasar Disiplin Ilmu Dokter Spesialis yang Berpraktik di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)	88
TABEL 4.2 : Karakteristik Responden Berdasar Penggolongan Disiplin Ilmu Dokter Spesialis yang Berpraktik di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)	89
TABEL 4.3 : Karakteristik Responden Berdasar Lama Bekerja Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)	90
TABEL 4.4 : Karakteristik Responden Berdasar Rata-rata Jumlah Pasien Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)	90
TABEL 4.5 : Karakteristik Responden Berdasar Jadwal Praktik Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)	91
TABEL 4.6 : Karakteristik Responden Berdasar Usia Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)	91
TABEL 4.7 : Karakteristik Responden Berdasar Jumlah Lokasi Praktik Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)	91
TABEL 4.8 : Karakteristik Responden Berdasar Kelompok Jumlah Lokasi Praktik Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)	92
TABEL 4.9 : Pernyataan Mengenai Kenyamanan (n=76)	93
TABEL 4.10: Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Terpenuhinya Kebutuhan Kenyamanan Secara Keseluruhan (n=76)	94
TABEL 4.11: Tanggapan Mengenai Variabel Kenyamanan (n=74)	95
TABEL 4.12: Pernyataan Mengenai Dukungan Kondisi Kerja Segi Fisik (n=76)	98
TABEL 4.13: Pernyataan Mengenai Dukungan Kondisi Kerja Segi Non Fisik (n=76)	99
TABEL 4.14: Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Terpenuhinya Dukungan Kondisi Kerja Secara Keseluruhan (n=76)	100
TABEL 4.15: Tanggapan Mengenai Variabel Dukungan Kondisi Kerja (n=92)	101
TABEL 4.16: Pernyataan Mengenai Hubungan Interpersonal (n=76)	106

TABEL 4.17:	Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Hubungan Interpersonal Secara Keseluruhan (n=76)	106
TABEL 4.18:	Pernyataan Mengenai Kompensasi Finansial (n=76)	108
TABEL 4.19:	Pernyataan Mengenai Kompensasi Non Finansial (n=76)	110
TABEL 4.20:	Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Penerimaan Kompensasi Secara Keseluruhan (n=76)	110
TABEL 4.21:	Pernyataan Mengenai Kesepakatan Perjanjian Kerja (n=76)	114
TABEL 4.22:	Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Kesepakatan Perjanjian Kerja Secara Keseluruhan (n=76)	114
TABEL 4.23:	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit (n=76)	117
TABEL 4.24:	Pernyataan Mengenai Partisipasi Kontribusi Pendapatan Dokter Spesialis Mitra (n=76)	118
TABEL 4.25:	Pernyataan Mengenai Faktor Kebutuhan yang Paling Dibutuhkan Dokter Spesialis Mitra (n=76)	122
TABEL 4.26:	Rekapitulasi Pendapat Responden tentang Faktor yang Paling Dibutuhkan dalam Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=116)	124
TABEL 4.27 :	Hubungan antara Disiplin Ilmu dan Kontribusi Pendapatan	125
TABEL 4.28 :	Hubungan antara Lama Kerja dan Kontribusi Pendapatan	126
TABEL 4.29 :	Hubungan antara Rata-Rata Jumlah Pasien dan Kontribusi Pendapatan	127
TABEL 4.30 :	Hubungan antara Jadwal Praktik dan Kontribusi Pendapatan	128
TABEL 4.31 :	Hubungan antara Usia dan Kontribusi Pendapatan	129
TABEL 4.32 :	Hubungan antara Jumlah Lokasi Praktik dan Kontribusi Pendapatan	130
TABEL 4.33 :	Hubungan antara Kenyamanan dan Kontribusi Pendapatan	130
TABEL 4.34 :	Hubungan antara Dukungan Kondisi Kerja dan Kontribusi Pendapatan	131
TABEL 4.35 :	Hubungan antara Hubungan Interpersonal dan Kontribusi Pendapatan	132
TABEL 4.36 :	Hubungan antara Kompensasi dan Kontribusi Pendapatan	133
TABEL 4.37 :	Hubungan antara Kesepakatan Perjanjian Kerja dan Kontribusi Pendapatan	134
TABEL 4.38 :	Hubungan antara Disiplin Ilmu dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	135
TABEL 4.39 :	Hubungan antara Lama kerja dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	136
TABEL 4.40 :	Hubungan antara Rata-rata Jumlah Pasien dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	137
TABEL 4.41 :	Hubungan antara Jadwal Praktik dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	138
TABEL 4.42 :	Hubungan antara Usia Responden dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	138
TABEL 4.43 :	Hubungan antara Jumlah Lokasi Praktik dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	139
TABEL 4.44 :	Hubungan antara Kenyamanan dan Pemanfaatan Fasilitas	140

	Rumah Sakit	
TABEL 4.45 :	Hubungan antara Dukungan Kondisi Kerja dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	141
TABEL 4.46 :	Hubungan antara Hubungan Interpersonal dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	142
TABEL 4.47 :	Hubungan antara Kompensasi yang Didapatkan dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	143
TABEL 4.48 :	Hubungan antara Kesepakatan Perjanjian Kerja dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	144
TABEL 4.49 :	Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square untuk Mengetahui Hubungan antara Karakteristik Individu dan Kontribusi Pendapatan dari Praktik Dokter Spesialis (n=76)	144
TABEL 4.50 :	Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square untuk Mengetahui Hubungan Variabel Independen dan Kontribusi Pendapatan dari Praktik Dokter Spesialis (n=76)	145
TABEL 4.51 :	Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square untuk Mengetahui Hubungan Karakteristik Individu dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit (n=76)	146
TABEL 4.52 :	Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square untuk Mengetahui Hubungan Variabel Independen dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit (n=76)	147
TABEL 4.53 :	Ringkasan Hasil Uji Chi Square tentang Hubungan antara Variabel Independen dan Variabel Dependen (Kontribusi Pendapatan)	148
TABEL 4.54 :	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik dengan Metode Forward untuk Variabel Kontribusi Pendapatan (p value < 0,05)	148
TABEL 4.55 :	Ringkasan Hasil Uji Chi Square tentang Hubungan antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen (Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit)	149
TABEL 4.56 :	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik dengan Metode Forward untuk Variabel Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit (p value < 0,05)	150
MATRIKS 4.57 :	<i>House of Quality</i> Kenyamanan	163
MATRIKS 4.58 :	<i>House of Quality</i> Dukungan Kondisi Kerja	171
MATRIKS 4.59 :	<i>House of Quality</i> Hubungan Interpersonal	180
MATRIKS 4.60 :	<i>House of Quality</i> Kompensasi Finansial dan Non Finansial	187
MATRIKS 4.61 :	<i>House of Quality</i> Kesepakatan Perjanjian Kerja	197

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Grafik 1.1 : Proporsi Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap dari Praktik Dokter Spesialis Dibanding Poliklinik Lain Bidang Rawat Jalan 1998 – 2000	5
Grafik 1.2 : Pendapatan Rawat Jalan terhadap Total Pendapatan Rumah Sakit Telogorejo tahun 1998 – 2000 (dalam persentase)	6
Grafik 1.3 : Perbandingan Jumlah Kegiatan Praktik Dokter Spesialis Bidang Rawat Jalan terhadap Jumlah Kontribusi Masukan ke Rawat Inap, Instalasi Farmasi dan Unit Penunjang (Dalam Persentase).	7
Gambar 2.1 : Kontribusi Manajemen Menuju Tiga perspektif Efektivitas, Dipadukan Dengan Elemen Dasar Sistem dan Model Dimensi Waktu dari Efektifitas (Gibson, 1997)	30
Gambar 2.2 : Variabel yang Mempengaruhi Perilaku dan Prestasi (Gibson, 1996)	31
Gambar 2.3 : Model Umum Perilaku dalam Organisasi	33
Gambar 2.4 : Model Precede-Proceed untuk Perencanaan dan Evaluasi Promosi Kesehatan (Green, 1991)	34
Gambar 2.5 : Variabel-Variabel pada Tingkat Individu yang Mempengaruhi Produktivitas dan Kepuasan Kerja. (Dimodifikasi dari sumber Muchlas, 1997; Robbins, 2000)	35
Gambar 2.6 : Teori Motivasi Berlandaskan Kebutuhan (Stoner dalam Winardi, 2001)	43
Gambar 2.7 : Variabel Interdependen yang Bersifat Dasar Bagi Motivasi kerja (Dunette, et al dalam Winardi, 2001)	44
Gambar 2.8 : Hubungan antara Motivasi dan Kemungkinan Keberhasilan (Hersey dalam Winardi, 2001)	45
Gambar 2.9 : Tiga Komponen Sikap (Gibson, 1996)	47
Gambar 2.10: Sistem Rumah Sakit	53
Gambar 2.11: Perilaku Individu Dalam Organisasi dipadukan dengan kontribusi manajemen Menuju Tiga Perspektif Efektivitas, Elemen Dasar Sistem dan Model Dimensi Waktu dari Efektifitas	54
Gambar 2.12: Kerangka Teori Penelitian	55
Gambar 2.13: Kerangka Konsep PenelitianTanggapan Faktor Kebutuhan Dokter Spesialis Mitra terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis	56
Gambar 5.1 : Kerangka Konsep Faktor Kebutuhan dan Karakteristik Dokter Spesialis Mitra terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (sebelum dan sesudah penelitian).	225

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian Dokter Spesialis Mitra**
- Lampiran 2 Panduan Wawancara Mendalam**
- Lampiran 3 Laporan Sisa Hasil Usaha Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter
 Spesialis Tahun 1998 – 2000**
- Lampiran 4 Print Out SPSS**
- Lampiran 5 Deskripsi Hasil Jawaban Kuesioner Terbuka**
- Lampiran 6 Surat Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data
 Surat Perijinan Uji Coba Kuesioner di RS Panti Wilasa Citarum
 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian di RS Telogorejo**

(Disajikan tersendiri dalam LAMPIRAN TESIS)

ABSTRAK

Swanny

ANALISIS TANGGAPAN DOKTER SPESIALIS MITRA TENTANG FAKTOR-FAKTOR KEBUTUHANNYA YANG BERPENGARUH TERHADAP PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS DI RUMAH SAKIT TELOGOREJO SEMARANG

xvii + 240 halaman, 63 tabel, dan 17 grafik

Latar Belakang. Pergeseran paradigma pelayanan rumah sakit dari rawat inap ke rawat jalan antara lain ditandai fenomena merebaknya pelayanan spesialis rawat jalan. Hal ini mendorong manajemen RS Telogorejo perlu menata kembali sistem Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis berdasarkan falsafah *creating the future from the future*. Dalam kurun waktu tiga tahun terakhir, pelayanan rawat jalan hanya kontribusi 12,31% dari total pendapatan. Selain itu, pemanfaatan fasilitas rumah sakit belum optimal. Faktor-faktor kebutuhan apa sajakah yang berpengaruh terhadap kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit?

Tujuan. Mengetahui faktor-faktor yang dominan dan berpengaruh terhadap peningkatan kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit berdasarkan perpaduan kebutuhan dokter spesialis mitra dengan manajemen rumah sakit.

Metode Penelitian. Penelitian survai dengan pendekatan *cross sectional*, mengikutsertakan 76 dokter spesialis mitra yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dari populasi 90 dokter spesialis mitra, serta 7 manajer rumah sakit sebagai informan. Data dikumpulkan dengan kuesioner tertutup dan terbuka. Data kuantitatif dianalisis dengan *chi square* dan regresi logistik, hasilnya didiskusikan dengan manajer rumah sakit. Variabel independen adalah kenyamanan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang didapatkan, dan kesepakatan perjanjian kerja, serta karakteristik individu, dan variabel dependennya adalah kesediaan memberikan kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Untuk mengoptimalkan tujuan sehingga bermanfaat, maka hasil penelitian tersebut dibahas dengan bantuan *House of Quality* dari *Quality Function Deployment* (QFD).

Hasil dan Pembahasan. Faktor yang berhubungan dengan kesediaan memberikan kontribusi pendapatan adalah lama kerja $\leq$ rata-rata 12 tahun (p-value 0,046), usia $\leq$ rata-rata 52 tahun (p-value 0,012), dan dukungan kondisi kerja (p-value 0,044), secara bersama-sama paling berpengaruh adalah usia (p-value 0,014). Sedangkan faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit

seminggu (p-value 0,016), jumlah lokasi praktik ≤ 2 lokasi (p-value 0,023) dan jumlah pasien $\geq$ rata-rata 8 orang per kali praktik (p-value 0,000), secara bersama-sama paling berpengaruh adalah jumlah pasien (p-value 0,000). Hasil rekapitulasi faktor yang paling dibutuhkan dokter spesialis mitra adalah dukungan kondisi kerja.

Kesimpulan. Bila manajemen akan menerapkan kontribusi pendapatan, perlu mempertimbangkan usia, lama kerja dan dukungan kondisi kerja. Sedangkan terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit, manajemen perlu menata ulang pengaturan jadwal praktik, perbandingan jumlah dokter sesuai disiplin ilmu serta mempertahankan para dokter spesialis agar tetap berpraktik di praktik dokter spesialis dengan menjaga hubungan kerja dan menciptakan kondisi kerja yang menyenangkan dan nyaman. Penulis dapatkan pula bahwa kajian statistik melalui analisis kuantitatif yang belum mampu mengungkapkan lebih mendalam faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra, dapat lebih terungkap melalui analisis kualitatif.

Kata kunci: pelayanan rawat jalan, faktor kebutuhan, dokter spesialis mitra, manajemen

Kepustakaan: 83 buah (1983-2003)

ABSTRACT

Swanny

RESPONSE ANALYSIS OF THE PARTNER OF MEDICAL SPECIALISTS ABOUT THE NECESSITY FACTORS THAT INFLUENCE TO THE OUTPATIENT SERVICES OF THE PRACTICE OF THE MEDICAL SPECIALIST AT TELOGOREJO HOSPITAL, SEMARANG

xvii + 240 pages + 63 tables + 17 pictures

Background, Moving the paradigm of the hospital services from inpatient services to outpatient services be signed by phenomena of outpatient specialist services. This phenomena support the Telogorejo hospital management to rearrange a system of outpatient services of the practice of the medical specialist based on a philosophy of *creating the future from the future*. In the three last years, outpatient services only gave a 12.31% contribution from total of income. Beside that, using of the hospital facilities was not optimal. What are the necessity factors that influence to the contribution of income and using of the hospital facilities?

Objective, This research was to know the factors that dominate and influence to the increasing contribution of income and the using of the hospital facilities based on a necessity unification of the partner of medical specialists with the hospital management.

Method, This was survey research using *cross sectional* approach. The populations were 90 partners of medical specialists. Seven hospital managers were informants. Samples were 76 persons who filled inclusion criteria and exclusion criteria. Collecting of the quantitative data used the questioners. Collecting of the qualitative data used in-depth interview. Quantitative data analyzing used *Chi Square Test* and *Logistic Regression*. The results from statistical analysis were discussed with hospital managers. Independent variables were the convenience, the supporting of the work condition, the interpersonal relationship, the compensation, the work agreement, and the individual characteristics. Dependent variables were willingness to give a contribution of income, and using of the hospital facilities. In order to optimize the objectives, the result of this research was discussed by helping *the House of Quality* from *Quality Function Deployment* (QFD).

Results, Based on statistical analysis, it is known that the factors, which have relationship with willingness to give a contribution of income, are the work period ≤ 12 years (p value = 0,046), the age ≤ 52 years (p value = 0,012), and the supporting of the work condition (p value = 0,044). The dominant variable is the age (p value = 0,014). The factors, which have relationship with using of

the hospital facilities, are the discipline of big *vak* science (p value = 0,049), the practice's schedule $\geq$ seven times in a week (p value = 0,016), the number of the practice's location $\leq$ 2 locations (p value = 0,023), and the number of patients $\geq$ 8 persons per a practice (p value = 0,000). The dominant variable is the number of patients (p value = 0,000). Based on the result of recapitulation, it is known that the most needed factor of the partner of medical specialists is the supporting of the work condition.

Conclusions, if management will apply the contribution of income, it needs to consider the age, the work period, and the supporting of the work condition. If management will apply the using of the hospital facilities, it needs to arrange the practice's schedule, to compare the number of the doctors based on their degree, to keep the medical specialists in order to practice properly, to keep the work relationship and to create the comfortable work condition. The necessity factors of the partner of medical specialists can be found deeply in qualitative analysis.

Key Words: Outpatient Services, Necessity Factors, Partner of Medical Specialists, and Management

Bibliography: 83, (1983-2003)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

*“ Perubahan selalu terjadi. Sesuaikan diri dengan cepat.
Memperhatikan perubahan-perubahan kecil sejak awal akan membantu anda
menyesuaikan diri terhadap perubahan besar yang akan muncul.
Jika anda tidak berubah anda akan punah” (Johnson, 2001)*

Perubahan teknologi, sosial dan aspek lingkungan lain yang demikian cepat, menyebabkan organisasi harus selalu tanggap dan dapat menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungannya. Perubahan ini mungkin dilakukan di antara individu, atau modifikasi antar departemen, atau perombakan yang menyangkut organisasi seluruhnya (Reksohadiprodjo dan Handoko, 2000). Perubahan lingkungan tersebut mempengaruhi pula organisasi pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Di negara maju, sejak tahun 1980 terjadi pergeseran dari pelayanan rawat inap ke pelayanan rawat jalan. Hal ini dipengaruhi peranan pembayaran pihak ketiga yang menekankan pada rumah sakit untuk menjalankan pelayanan secara efisien dengan memikirkan usaha-usaha untuk menekan biaya, kecenderungan semakin pendeknya hari rawat inap didukung dengan penemuan baru di bidang pengobatan yang makin mempercepat penyembuhan, serta dengan memanfaatkan perkembangan teknologi (Barr dan Breindel, 1987). Keadaan tersebut menimbulkan keyakinan pada banyak rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan yang mendorong berbagai jenis pemeriksaan dengan cepat dan timbulnya fenomena seperti *home-care*, *day-*

care, diagnostic centre serta pelayanan spesialistik dengan strategi perawatan berjalan di poliklinik (Abbey, 1998; Broto Wasisto, 1994; Sulastomo, 2000).

Pergeseran paradigma tersebut mempengaruhi Rumah Sakit Telogorejo, sebagai rumah sakit yang mempunyai visi ke depan menjadi rumah sakit unggulan dengan misi mengutamakan mutu dan kepuasan *customer*, sehingga perlu menata kembali sistem pelayanan rawat jalan. Hal ini diperkuat dengan pendapat-pendapat yang tanggap terhadap perubahan pada lingkungan organisasi kesehatan dan merasakan perlu adanya reformasi perumahsakitan di Indonesia, serta falsafah *creating the future from the future*. Oleh karena itu manajemen dituntut menggeser perencanaan masa depannya dari yang bersifat taktis (hanya mengandalkan pada anggaran tahunan) ke manajemen strategis yaitu perencanaan yang dimulai dari perumusan strategi, perencanaan strategi, dan penyusunan program (Soejitno, Alkatiri dan Ibrahim, 2000; Mulyadi 2001).

Sehubungan dengan kenyataan tersebut, manajemen Rumah Sakit Telogorejo perlu menilai kemampuan organisasi untuk mengembangkan pelayanan rawat jalan, sehingga lebih berperan dalam memberikan kontribusi bagi rumah sakit.

Berdasarkan studi pendahuluan dengan melakukan wawancara dengan direktur Rumah Sakit Telogorejo, berangkat dari *setting* awal pendirian Rumah Sakit Telogorejo, pintu gerbang untuk menjangkau pelanggan memang tidak mengandalkan kekuatan dari luar dengan memperbanyak satelit-satelit rumah sakit, tetapi melalui pintu gerbang internal yang dalam pandangan ke depan pelayanan rawat jalan menjadi tumpuan perkembangan rumah sakit. Berdasar hal tersebut di atas, sejak tahun 1989 Rumah Sakit Telogorejo sudah menyiapkan pelayanan rawat

jalan khususnya praktik dokter spesialis dengan lokasi yang strategis di lantai tiga Graha Rawat Jalan didukung oleh tempat yang luas, banyaknya *outlet* pelayanan sebagai pintu awal untuk menjangkau pasien ke rawat inap.

Sistem pelayanan yang berlaku sejak awal adalah memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada para dokter spesialis sebagai mitra rumah sakit untuk memanfaatkan praktik dokter spesialis sebagai tempat praktik pribadi. Rumah Sakit Telogorejo memberikan kenyamanan seperti berpraktik di rumah dengan memberikan fasilitas sarana ruang dan peralatan pelayanan medik serta tenaga perawat yang mendampingi para dokter spesialis. Pengelolaan catatan medik pasien, tarif jasa maupun jadwal untuk berpraktik ditentukan sendiri oleh dokter yang bersangkutan.

Dari 160 dokter spesialis yang terdaftar, sebagian (87,5%) tenaga dokter spesialis yang melayani di Rumah Sakit Telogorejo adalah dokter tidak tetap yang berlaku sebagai dokter mitra ahli yang merawat pasien rawat inap maupun menjalankan praktik rawat jalan. Para dokter spesialis tersebut tidak dikenakan beban kontribusi bagi rumah sakit dari praktiknya di lantai tiga, walaupun secara implisit diharapkan pemasukan dari pemanfaatan maksimal fasilitas penunjang rumah sakit.

Pada kenyataannya, manajemen rumah sakit belum menerima timbal balik yang diharapkan dari praktik dokter spesialis dengan pemanfaatan sarana penunjang, seperti laboratorium, radiologi maupun instalasi farmasi yang optimal. Hal tersebut disebabkan karena ketidakpatuhan dalam memanfaatkan obat-obatan

dan peralatan yang sudah disediakan, masih banyaknya tempat dan waktu luang pada pagi hari yang belum dimanfaatkan untuk berpraktik.

Informasi tersebut di atas didukung oleh perbandingan tingkat kunjungan rawat jalan yang dapat dilihat pada Tabel 1.1, tentang proporsi pengiriman pasien rawat inap pada Grafik 1.1, dan proporsi pendapatan pada klinik praktik dokter spesialis pada Grafik 1.2.

Tabel 1.1 Proporsi Tingkat Kunjungan Rawat Jalan Rumah Sakit Telogorejo Terhadap Total Kunjungan tahun 1998 – 2000

Bagian	1998		1999		2000		Rerata	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
P Umum	36.559	30,05	29.936	22,36	27.273	19,49	31.256	23,97
UGD	9.287	7,63	10.994	8,21	16.654	11,90	12.311	9,25
PDS	50.838	41,78	61.473	45,92	64.823	46,32	59.044	44,78
Lainnya	24.994	20,54	31.529	23,51	31.182	22,29	29.235	22
TOTAL	121.678	100	133.867	100	139.932	100	131.825	100

Sumber Data: Laporan Tahunan Rumah Sakit Telogorejo, tahun 2000

Keterangan: UGD = Unit Gawat Darurat

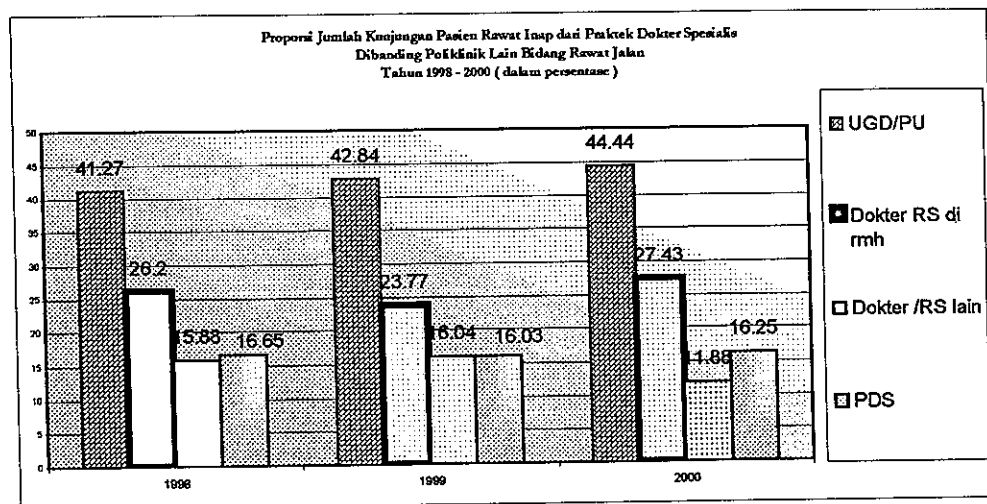
PU = Poliklinik Umum

PDS = Praktik Dokter Spesialis

Tingkat kunjungan di rawat jalan menunjukkan peningkatan dari tahun 1998 hingga tahun 2000. Sebagai bagian dari pelayanan rawat jalan, praktik dokter spesialis menunjukkan rata-rata kunjungan yang lebih tinggi 59.044 (44,78%) dibanding poliklinik umum 31.256 (23,97%) dan UGD 12.311 (9,25%).

Peningkatan kunjungan rawat jalan tersebut ternyata tidak meningkatkan kunjungan pasien rawat inap (Grafik 1.1). Meskipun hal ini bukan merupakan indikator satu-satunya dalam kontribusi rumah sakit, namun harapannya adalah pasien dokter spesialis yang di rawat inap agar dikirim ke Rumah Sakit Telogorejo. Data/informasi pasien yang dikirim ke rumah sakit lain tidak dapat diperoleh karena rekam mediknya disimpan oleh dokter yang bersangkutan. Jumlah kunjungan pasien

rawat inap tahun 1998-2000 dari praktik dokter spesialis rata-rata hanya sebesar 2199 pasien (16,31%), jauh dari target yang ditetapkan rumah sakit dalam Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja tahun 1998-2000, sebesar 23%. Sebagai pembandingan kiriman poliklinik umum / UGD ke rawat inap rata-rata sebesar 5794 (42,85%), dengan target yang ditetapkan oleh rumah sakit untuk Poliklinik Umum / UGD sebesar 42% yang sudah terpenuhi



Sumber Data: Laporan Tahunan Rumah Sakit Telogorejo, tahun 2000

Keterangan:

UGD = Unit Gawat Darurat

PU = Poliklinik Umum

Dokter RS di rmh = Dokter Rumah Sakit di rumah

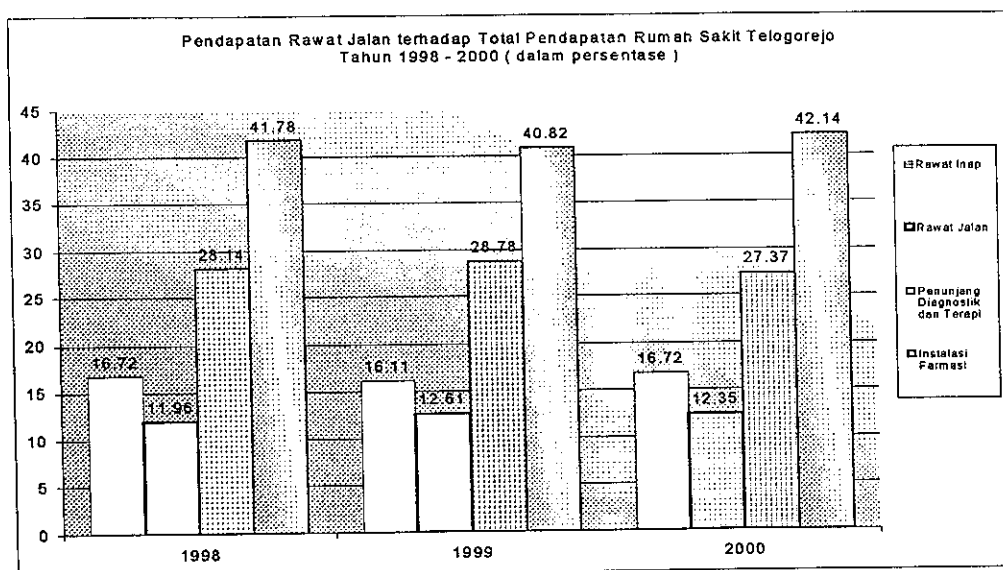
Dokter/RS lain = Dokter/Rumah Sakit lain

PDS = Praktik Dokter Spesialis

Grafik 1.1. Proporsi Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap dari Praktik Dokter Spesialis Dibanding Poliklinik Lain Bidang Rawat Jalan 1998 – 2000

Disamping evaluasi data kegiatan pelayanan di atas, perlu pula dilihat kinerja keuangan Rumah Sakit Telogorejo dalam kurun waktu tiga tahun yang cenderung menunjukkan peningkatan baik dari rawat inap maupun dari rawat jalan. Bila dicermati lebih mendalam, jumlah pendapatan terbesar didapatkan dari instalasi farmasi yang mencapai rata-rata 41,58%, diikuti penunjang diagnostik dan terapi

sebesar 28,10% serta rawat inap 16,52%, sedangkan pendapatan terkecil adalah dari bagian rawat jalan yang hanya sekitar 12,31%. (terlihat pada Grafik 1.2.)



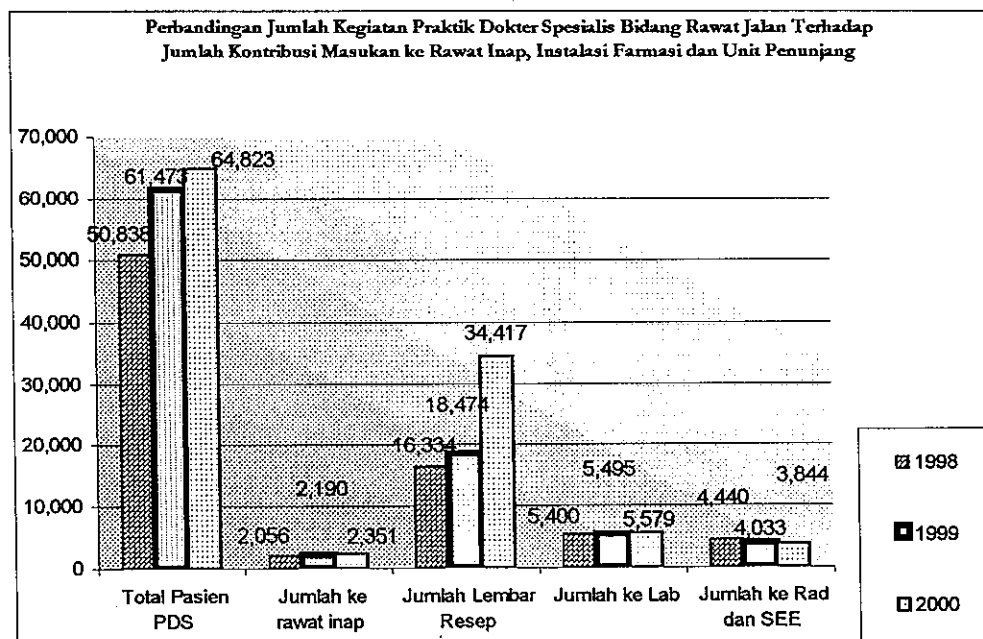
Sumber data: Laporan Rumah Sakit Telogorejo

Grafik 1.2 Pendapatan Rawat Jalan terhadap Total Pendapatan Rumah Sakit Telogorejo Tahun 1998 – 2000 (dalam persentase)

Fenomena ini perlu memperoleh perhatian dari pihak manajemen karena selain mencerminkan beratnya biaya beban obat pasien juga menunjukkan bahwa kontribusi masing-masing pusat pendapatan belum seimbang, perlu ditingkatkan agar pendapatan rumah sakit tidak tergantung pada satu bidang pelayanan saja. Dari rata-rata 12,31% pendapatan rawat jalan tersebut, bagian praktik dokter spesialis hanya memberikan kontribusi sekitar 2,84% setelah pengurangan dari bagian *Medical Check up*, UGD, dan Poliklinik Umum (9,47%). Lebih jauh lagi, total pendapatan praktik dokter spesialis dibandingkan biaya-biaya yang dikeluarkan menunjukkan sisa hasil usaha yang defisit (lihat lampiran). Kondisi yang memprihatinkan ini perlu dibicarakan manajemen bersama dengan dokter spesialis

mitra karena ternyata bagian ini bukan merupakan pemberi kontribusi bagi rumah sakit bahkan cenderung merugi. Upaya perbaikan sistem dan peningkatan pelayanan Praktik Dokter Spesialis perlu dipikirkan bersama.

Selanjutnya, pemanfaatan bagian penunjang diagnostik dan terapi dari praktik dokter spesialis yang menunjukkan angka jauh dari yang diharapkan. Manajemen rumah sakit menargetkan pemanfaatan penunjang diagnostik dan terapi $\pm 30\%$ dari praktik dokter spesialis. Kenyataannya, rata-rata pasien yang membutuhkan rawat inap hanya 3,73%, pemanfaatan laboratorium hanya 9,39%, pemanfaatan radiologi hanya 7,07%, serta lembar resep di instalasi farmasi 35,11%. Terlihat pada Grafik 1.3 berikut ini.



Sumber data: Laporan Keuangan Tahunan Rumah Sakit Telogorejo tahun 2000

Grafik 1.3. Perbandingan Jumlah Kegiatan Praktik Dokter Spesialis Bidang Rawat Jalan terhadap Jumlah Kontribusi Masukan ke Rawat Inap, Instalasi Farmasi dan Unit Penunjang (dalam persentase).

Bila dibandingkan antara target organisasi dan kenyataan yang terjadi, jelaslah ada masalah manajemen yang perlu dipikirkan bersama. Rumah Sakit dengan target dan tujuan pemerataan kontribusi yang tidak tercapai ini memerlukan solusi upaya perbaikan sistem dan peningkatan pelayanan praktik dokter spesialis.

Hingga saat ini sistem yang berlaku masih merupakan dampak dari penerapan sistem awal yang diterapkan dan dirasakan tidak sesuai lagi serta lebih membebani rumah sakit karena *inefisiensi* pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis.

Berdasarkan fakta dan data di atas, dapat disimpulkan bahwa pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis menjadi masalah manajemen yang perlu dibenahi. Untuk itu perlu dipikirkan suatu sistem pelayanan praktik dokter spesialis yang lebih menjamin optimalisasi pelayanan dan menggabungkan kedua belah pihak, yaitu dokter spesialis dan manajemen rumah sakit.

1.2. PERUMUSAN MASALAH

Untuk mempersiapkan konsep sistem pelayanan praktik dokter spesialis perlu dipahami hambatan atau kendala-kendala untuk mencapai tujuan praktik dokter spesialis tersebut dari berbagai hal:

- a). *Sumber Daya Manusia* yang mendukung pelayanan praktik dokter spesialis saat ini sebagian besar adalah dokter spesialis mitra yang mendapat kesempatan berpraktik seperti praktik pribadi dengan fasilitas yang diberikan oleh rumah sakit. Rumah sakit mengharapkan pemanfaatan fasilitas yang sudah disediakan oleh dokter spesialis mitra. Respon yang diberikan ternyata tidak seperti yang diharapkan oleh pihak rumah sakit.

- b). *Sarana / Prasarana / Peralatan* yang sudah disiapkan oleh pihak rumah sakit, seperti ruangan yang nyaman, peralatan medis, penunjang diagnostik ternyata tidaklah dimanfaatkan secara optimal, dengan rendahnya persentase kiriman ke bagian perawatan dan pemanfaatan bagian penunjang yang ada. Akibatnya kontribusi yang diharapkan dari pemanfaatan pelayanan praktik dokter spesialis tidaklah sesuai dengan estimasi awal pimpinan Rumah Sakit Telogorejo.
- c). *Sistem Pelayanan Administrasi dan Medis* praktik dokter spesialis dengan mengandalkan pemanfaatan fasilitas rumah sakit yang kenyataannya belum optimal apakah masih relevan, dengan masih adanya kesenjangan antara kebutuhan para dokter spesialis dan kebutuhan manajemen rumah sakit, utamanya dalam hal kontribusi dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

Pihak manajemen dalam menyusun langkah-langkah perbaikan perlu membicarakan kondisi urgensi ini bersama dengan para dokter spesialis yang ikut memanfaatkan praktik dokter spesialis Rumah Sakit Telogorejo. Hal ini diingatkan oleh Aditama (1999), Ingerani (1996), Yunianto (1998), Gibson (1997) yang mengatakan perlunya dibina hubungan yang baik dan serasi antara rumah sakit sebagai organisasi dan dokter sebagai individu dalam organisasi tersebut dalam memberikan pelayanan yang optimal pada pasiennya sebagai produk rumah sakit. Serta pendapat Gassiot dan Lindsey (1990), bahwa kunci sukses kegiatan pelayanan rumah sakit terletak pada dokter sebagai pemberi pelayanan di rumah sakit, dan dalam hal ini hubungan yang baik dan sistem yang kondusif akan menjembatani dokter dengan rumah sakit.

Berdasarkan masalah – masalah dan pendapat di atas, dapat dirumuskan masalahnya, sebagai berikut: Bagaimanakah tanggapan dokter spesialis mitra tentang faktor-faktor kebutuhannya sebagai salah satu komponen dalam sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis Rumah Sakit Telogorejo, dipadukan dengan respons manajemen terhadap tanggapan tersebut demi meningkatkan kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas?

Solusi masalah tersebut menurut penulis dapat dilakukan dengan cara melakukan penelitian melalui tahapan berikut ini:

- a) Mengidentifikasi faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra Rumah Sakit Telogorejo pada pelayanan rawat jalan yang berhubungan dan berpengaruh terhadap pemberian kontribusi dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit.
- b) Memadukan faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra dengan kebutuhan manajemen sebagai pengambil keputusan organisasi Rumah Sakit Telogorejo, untuk kemudian dianalisis pengembangan sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis di masa depan.

Berlandaskan uraian di atas, pertanyaan penelitian diajukan sebagai berikut:

- a) Apakah faktor-faktor kebutuhan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis mitra yang paling berpengaruh terhadap komitmen dokter spesialis mitra dalam memberikan kontribusi pendapatan?
- b) Apakah faktor faktor kebutuhan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis mitra yang paling berpengaruh terhadap komitmen dokter spesialis mitra dalam pemanfaatan fasilitas rumah sakit?

- c) Bagaimanakah sistem pelayanan rawat jalan yang sesuai dengan faktor-faktor a) dan b) serta tanggapan manajemen?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1.3.1. Tujuan umum:

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tanggapan dokter spesialis mitra tentang faktor-faktor kebutuhannya yang berhubungan dan berpengaruh terhadap kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit sebagai salah satu komponen pengembangan sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis Rumah Sakit Telogorejo.

1.3.2. Tujuan khusus:

1. Mengidentifikasi pendapat Dokter Spesialis Mitra terhadap pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis dengan:
 - a. Mengetahui tanggapan Dokter Spesialis Mitra tentang kaitan antara kenyamanan Praktik Dokter Spesialis dan pemberian kontribusi serta pemanfaatan fasilitas rumah sakit
 - b. Mengetahui tanggapan Dokter Spesialis Mitra tentang kaitan antara dukungan kondisi kerja Praktik Dokter Spesialis dan pemberian kontribusi serta pemanfaatan fasilitas rumah sakit
 - c. Mengetahui tanggapan Dokter Spesialis Mitra tentang kaitan antara hubungan interpersonal Praktik Dokter Spesialis dan pemberian kontribusi serta pemanfaatan fasilitas rumah sakit

- d. Mengetahui tanggapan Dokter Spesialis Mitra tentang kaitan antara kompensasi yang diterima Praktik Dokter Spesialis dan pemberian kontribusi serta pemanfaatan fasilitas rumah sakit
 - e. Mengetahui tanggapan Dokter Spesialis Mitra tentang kaitan antara kesepakatan perjanjian kerja Praktik Dokter Spesialis dan pemberian kontribusi serta pemanfaatan fasilitas rumah sakit
 - f. Mengetahui faktor kebutuhan tersebut secara bersama-sama mana yang paling berpengaruh terhadap pemberian kontribusi dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit
2. Mengidentifikasi dan mengeksplorasi tanggapan manajemen terhadap faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra yang paling berpengaruh terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis di Rumah Sakit Telogorejo.
3. Melakukan analisis perpaduan antara faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra tersebut dengan tanggapan manajemen tentang pengembangan sistem Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis di Rumah Sakit Telogorejo yang akan datang.

1.4. MANFAAT PENELITIAN

- A Bagi Manajemen Rumah Sakit Telogorejo: Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada manajemen rumah sakit tentang pengembangan sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis yang dapat memenuhi kebutuhan dokter spesialis mitra dan manajemen.
- B Bagi Program Magister IKM-PS UNDIP: Sebagai masukan yang berguna terhadap penerapan teori-teori manajemen rumah sakit serta metode yang

aplikatif sehingga dapat dimungkinkan dilakukan penelitian-penelitian tentang manajemen.

- C Bagi Peneliti: Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam mengembangkan pengetahuan manajemen yang telah diperoleh peneliti selama menempuh pendidikan dan menerapkannya di tempat kerja, serta mendapatkan suatu pengalaman mempelajari perilaku individu dan kelompok dalam organisasi serta pengaruhnya dalam pengembangan organisasi.

1.5. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian tentang pelayanan rawat jalan telah dilakukan oleh Yoseph (2001) yang menganalisis tentang karakteristik pasien dan dimensi mutu yang berpengaruh terhadap persepsi mutu Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Panti Wilasa Dokter Cipto, Semarang. Diawali dengan karakteristik dimensi kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan rawat jalan yang dianalisis secara kuantitatif dilanjutkan secara kualitatif yang meliputi ketrampilan teknis dokter, hubungan interpersonal dokter, dukungan staf, lingkungan rumah sakit, ketersediaan informasi, keterlibatan pasien, kemudahan pelayanan, dan pelayanan administrasi. Hasil penelitiannya mendapatkan bahwa fasilitas dan hubungan interpersonal dokter merupakan faktor yang paling mempengaruhi. Penelitian yang akan dilakukan oleh penulis lebih menekankan ke faktor faktor yang mempengaruhi kebutuhan dokter spesialis mitra terhadap pelayanan rawat jalan berfokuskan pada pengembangan praktik dokter spesialis di Rumah Sakit Telogorejo.

Pujo (1999) meneliti tentang dokter spesialis tidak tetap di Rumah Sakit Bhakti Yudha, Depok, ditinjau dari kajian perikatan kerja antara rumah sakit dengan

dokter spesialis tidak tetap dan selanjutnya mengembangkan suatu model perjanjian yang dikehendaki oleh kedua belah pihak dengan pendekatan analisis secara deskriptif kualitatif. Beda dengan penulis yang juga menulis masalah dokter spesialis mitra adalah tentang kebutuhan dokter spesialis dipadukan dengan manajemen terhadap pelayanan rawat jalan, yang selanjutnya dikembangkan sebagai suatu bentuk pelayanan rawat jalan yang merupakan pengembangan dari pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis yang sudah ada.

Setyawati (1999) meneliti tentang kecenderungan perilaku dokter spesialis di lingkup rawat inap dalam topik seberapa besar hubungan antara kepuasan kerja, kualitas dokter spesialis dan kecenderungan perilaku mereka dalam merawat pasien di lingkup rawat inap di Rumah Sakit Fatmawati, Jakarta, secara kuantitatif dengan uji statistik regresi *linier*. Hasil penelitiannya mendapatkan, bahwa kepuasan kerja berhubungan dengan kecenderungan perilaku dokter spesialis karena pengaruh faktor-faktor: (1) kondisi lingkungan kerja dan tanggapan terhadap pekerjaan, (2) ganjaran / penghargaan, dan (3) dukungan teman sekerja. Penulis menekankan pada dokter spesialis mitra di lingkup rawat jalan. Penelitian tersebut digunakan sebagai acuan bagi penulis dalam mengetahui kecenderungan perilaku dokter spesialis di lingkup Pelayanan Rawat Jalan.

1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Ruang lingkup penelitian ini dibatasi pada penelitian tentang kinerja organisasi yang ditinjau dari faktor kebutuhan dokter spesialis mitra dipadukan dengan manajemen rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. PERKEMBANGAN RUMAH SAKIT

Rumah sakit atau *hospital* berasal dari bahasa latin *hospitium*, yaitu suatu tempat atau ruangan untuk menerima tamu. Mengutip pernyataan American Hospital Association (1978), rumah sakit merupakan suatu institusi yang besar dan kompleks dengan fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien, diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah. Hal ini diperkuat oleh SK Menteri Kesehatan RI No 983/Menkes/SK/XI/1992 dan beberapa pendapat lain yang menyebutkan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan sub spesialisik. Untuk itu rumahsakit perlu mempunyai fungsi pelayanan medis, pelayanan rawat jalan dan asuhan keperawatan, rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan (Goldberg dan Buttaro, 1990; Wilan dan Friedman dalam Aditama, 1999).

Perkembangan rumah sakit dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu (1) ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, (2) kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, (3) perubahan pola penyakit (epidemiologis) dan penduduk (demografis), serta (4) kebijakan pemerintah. Empat faktor tersebut mempengaruhi rumah sakit dalam hal: (1) profesionalisme tenaga, (2) pola pelayanan kesehatan, (3) pembiayaan kesehatan, (4) menurunnya hari rawat pasien, (5) berkurangnya resiko tindakan, angka kecacatan dan kematian, dan (6) desain

rumah sakit utamanya pada pintu masuk utama, seperti poliklinik (*outpatient department*) dan pemeriksaan penunjang. Unit pelayanan tersebut adalah bagian yang cepat berkembang dibandingkan perawatan (*inpatient department*). Dampak dari perkembangan tersebut mempengaruhi pengetahuan masyarakat terhadap penyakit maupun upaya penyembuhan sehingga masyarakat yang dulunya menuntut pelayanan kesehatan dari faktor ketersediaan (*availability*), ketercapaian (*accessibility*) dan keterjangkauan (*affordability*), saat ini bertambah dengan aspek mutu (*quality*), kesinambungan (*continuity*), serta kelengkapan (*comprehensiveness*) (Suyudi, 1995; Suyudi, 2001; Sulastomo, 2000).

2.2. PERKEMBANGAN PELAYANAN RAWAT JALAN

Pelayanan Rawat Jalan (*outpatient department, ambulatory care service*) didefinisikan sebagai pelayanan terhadap orang yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap (*hospitalization*) / tidak lebih dari 24 jam perawatan (Barr dan Breindel, 1987; Feste dalam Azwar, 1996; Departemen Kesehatan RI, 1997).

Trend pesatnya pertumbuhan dalam pelayanan rawat jalan dikarenakan: (1) adanya perubahan sistem pembayaran dengan penerapan *prospective payment system* dan implementasi dari *Diagnostic Related Group (DRG)* yang dipengaruhi oleh peningkatan pelayanan jaminan asuransi kesehatan dan pemerintah yang mengurangi subsidi pembiayaan pelayanan kesehatan seminimal mungkin, (2) keuntungan dari perkembangan teknologi pengobatan dan teknik-teknik pembedahan yang dapat memberikan pelayanan dalam waktu yang lebih pendek

sehingga terjadi pengurangan lamanya hari perawatan, dan (3) kesadaran masyarakat untuk berobat secara dini sehingga memperoleh intervensi yang lebih dini dengan peningkatan kemajuan pemeriksaan diagnostik untuk pencegahan penyakit dan pelayanan pengobatan, serta teknologi informasi dan promosi peningkatan (Abbey, 1998; Jackovitz, 1999; Azwar, 1996; Azwar, 2000).

Perkembangan teknologi informasi berdampak positif langsung pada hubungan pasien dan dokter dengan lebih banyak melibatkan pasien. Pasien menghendaki lebih banyak informasi, ikut berpartisipasi dalam keputusan-keputusan tentang perawatan tubuhnya. Tidak hanya penderita sakit yang harus dipertimbangkan, rencana dan analisis dari perkembangan rawat jalan harus mencakup pertimbangan untuk menyediakan pelayanan pada kelompok yang secara aktif mengupayakan peningkatan kualitas hidup.

Pemahaman pelayanan rawat jalan dipahami pula sebagai perawatan sehari (*one day care*). Dalam makalahnya, Kartowisastro (2000) mengemukakan definisi tentang perawatan sehari (*one day care*) sebagai perawatan pasien kurang dari 24 jam, baik kasus akut maupun berencana di mana pelayanan ruang rawat sehari berjalan 24 jam. Perkembangan rawat sehari berkaitan dengan kemajuan teknologi kedokteran, kemajuan obat-obatan kedokteran, keuntungan bagi pasien karena tidak ada biaya perawatan dan dapat cepat kembali bekerja, efisiensi penggunaan ruang rawat inap dengan turunnya LOS dan BOR, serta menguntungkan rumah sakit karena perputaran pemanfaatan ruangan yang cepat dan *cash flow* yang lancar.

Lebih lanjut lagi, Barr and Breindel (1987) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan bergeser dari pelayanan rawat inap berbasis rumah sakit ke arah

pelayanan rawat jalan. Secara umum pelayanan rawat jalan termasuk: pelayanan unit gawat darurat, pelayanan diagnostik seperti radiologi, *ultrasound*, *CT Scan*, *mammografi*, *ECG*, *Endoscopy / Colonoscopy* dan *MRI*, *Home Care*, *Outpatient Surgery*, dan Praktik Dokter Spesialis.

2.3. DOKTER SPESIALIS SEBAGAI CUSTOMER RUMAH SAKIT

Kedudukan dokter spesialis terhadap manajemen rumah sakit seperti antara *customer* dengan *provider* yang saling berinteraksi dalam sistem pelayanan rumah sakit. Sebagai individu, dokter spesialis mempunyai harapan dan kebutuhan yang bila terpenuhi maka akan memperoleh kepuasan. Menganalogikan kepuasan dokter spesialis dengan pasien pasti berbeda. Akan tetapi sebagai manusia, variabel-variabel kepuasan tersebut tidak berbeda.

Penelitian Peyrot, Cooper and Schnapf (1993) tentang mutu dan kepuasan pasien pada pelayanan rawat jalan *MRI* dan *CT-Scan* di Mid Atlantic region, mengatakan bahwa aspek non medik meningkatkan kepuasan pasien, seperti informasi umum, informasi sebelum pemeriksaan, kenyamanan sebelum pemeriksaan, perjanjian waktu yang baik, rasa dihargai, keramahan interpersonal, kenyamanan pemeriksaan, serta terutama fasilitas dibanding tarif biaya dan kualitas teknik pelayanan yang diberikan.

Newman, et al. (1996), yang meneliti tentang tingkat kepuasan pasien serta identifikasi terhadap hambatan pelayanan rawat jalan di propinsi Manica, Mozambique, mendapatkan bahwa hambatan terbesar terhadap kunjungan klinik karena transportasi yang tidak adekuat, waktu tunggu yang lama, kurangnya penjelasan dokter, dan kegagalan mendapatkan obat yang diresepkan.

Selanjutnya Hughes (1996) menyampaikan bahwa kepuasan pasien dari pelayanan *outpatient* dipengaruhi oleh karakteristik pasien, sikap dan harapannya, pengetahuan dan keahlian dokter, waktu yang disediakan untuk berkonsultasi, penjelasan kondisi kesehatan, serta hubungan interpersonal perawat (yang meliputi keramahan dan bersahabat, pengetahuan dan ketrampilan, cepat tanggap, penjelasan dari suatu tindakan), kenyamanan meliputi tempat parkir yang dekat dengan fasilitas pelayanan, keamanan yang terjamin, dan kemudahan mendapatkan ruangan yang dicari, lamanya waktu yang dibutuhkan untuk menunggu dokter, sistem keuangan yang mudah dipahami.

Selanjutnya diungkapkan oleh Barr dan Breindel dalam Wolper (1995), bahwa ada dua kelompok konsumen utama untuk layanan pasien rawat jalan yaitu dokter dan pasien. Sebagai indikator mutu layanan yang penting bagi dokter sebagai konsumen adalah: (1) lokasi yang nyaman, (2) ketepatan waktu layanan, khususnya kecepatan dalam pemrosesan tes atau perawatan serta pelaporan hasilnya, (3) penjadwalan yang cepat, terutama kemampuan untuk menjadwalkan sebuah prosedur atau tes dalam jangka waktu beberapa hari dari pengidentifikasian suatu kebutuhan. Indikator layanan kunci yang penting bagi pasien sebagai konsumen, meliputi: (1) lokasi yang mudah dan akses-akses yang mudah pula, (2) layanan yang cepat, terutama saat registrasi dan waktu tunggu, (3) suasana kecemasan yang rendah.

Fletcher et. al, di dalam Laine (1996) dalam penelitiannya terhadap 225 pasien rawat jalan, menemukan faktor kemudahan / kelancaran pelayanan sebagai hal paling utama di dalam mutu pelayanan rawat jalan sedangkan tarif dan

kenyamanan fasilitas pelayanan rawat jalan bukan merupakan faktor yang dominan. Laine (1996) meneliti tentang beda persepsi dokter dan pasien terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan rawat jalan. Didapatkan adanya beda yang signifikan di dalam menilai faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan rawat jalan. Variabel-variabel itu adalah keahlian klinis dokter, keahlian hubungan interpersonal, dukungan staf, lingkungan kerja, informasi, keterlibatan pasien, akses non finansial, finansial, dan pelayanan terkoordinasi.

Schultz dan Johnson (1990) menyampaikan bahwa kepuasan dokter yang terwujud dari terpenuhinya harapan dan kebutuhannya dapat dipakai sebagai laporan kerja manajemen dan sebagai alat ukur efektifitas kerja manajemen.

Pencarian variabel-variabel kebutuhan dokter spesialis dapat digambarkan sebagai komponen informal dalam gunung es organisasi yang terletak di bawah air. Gibson (1997) mengandaikan organisasi sebagai gunung es, yang terbagi dua komponen penting, yaitu komponen formal suatu organisasi seperti bagian es di atas air dan komponen informal organisasi yang terletak di bawah air, tidak terlihat, tetapi ada. Komponen formal dapat diamati, tampak secara umum, rasional dan berorientasi pada pertimbangan faktor struktural, seperti misi, tujuan dan sasaran organisasi, kebijakan organisasi, pengukuran produksi, efisiensi dan keefektifan. Komponen informal tidak dapat diamati oleh semua orang, tersembunyi, afektif, dan berorientasi pada proses sosial / psikologi dan pertimbangan faktor perilaku, seperti pandangan pribadi tentang organisasi dan kompetensi individu, persepsi kepercayaan, keterbukaan dan perilaku mengambil keputusan, perasaan, kebutuhan dan keinginan, ukuran keefektifan kepuasan dan pengembangan. Penelitian ini

banyak menggali faktor informal yang berkaitan dengan masalah perilaku individu, dikaitkan dengan pandangan individu, orientasi nilai, perasaan. Kedalaman perubahan yang diinginkan mengacu sejauh mana manajemen masuk ke dalam gunung es organisasi untuk memecahkan masalah. Lebih lanjut Gibson (1997) menyatakan bahwa pengembangan organisasi yang efektif membutuhkan keterlibatan aktif dari manajemen dan pentingnya komunikasi dengan menetapkan tujuan dalam kaitannya dengan upaya peningkatan produksi, efisiensi, kepuasan, adaptivitas / fleksibilitas, dan pengembangan.

Untuk mengetahui kedalaman perubahan yang diinginkan yang mengacu pada ruang lingkup dan intensitas upaya pengembangan organisasi, penulis perlu mengungkapkan perkembangan keberadaan dokter spesialis di rumah sakit swasta.

2.4. DOKTER SPESIALIS DI RUMAH SAKIT SWASTA

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 920/ MenKes/ Per/ XII/ 86 tentang upaya pelayanan kesehatan swasta di bidang medik mengungkapkan bahwa pelayanan medik spesialis adalah pelayanan medik terhadap individu atau keluarga dalam masyarakat yang dilaksanakan oleh dokter spesialis baik perorangan, kelompok dokter spesialis, atau yayasan berbadan hukum dengan bentuk rumah sakit umum maupun khusus. Untuk mewujudkan pelayanan tersebut diperlukan komitmen semua orang yang terlibat dalam organisasi.

Luthans dalam Laksono (2001) mengungkapkan komitmen organisasi sebagai keadaan keinginan yang kuat dari para anggota organisasi secara sukarela dan berusaha keras untuk kepentingan organisasi. Di sini komitmen merupakan kesetiaan para anggota dan pemimpin rumah sakit terhadap organisasinya, sebagai

proses yang berkelanjutan di mana para anggota organisasi masing-masing menyumbangkan kontribusi terhadap kemajuan organisasi. Pada prinsipnya komitmen yang tinggi sangat menentukan tingkat retensi karyawan dan produktivitas kerja yang baik serta rasa memiliki.

Rendahnya komitmen spesialis di rumah sakit swasta dipengaruhi oleh beberapa faktor personal yang meliputi motivasi kerja, usia, kepribadian, serta faktor organisasi yang meliputi kepemimpinan, iklim bekerja, dan kompensasi (Laksono, 2001). Seorang spesialis di luar rumah sakit pemerintah akan melakukan perawatan pasien dikarenakan sistem kompensasi yang didapatnya dirasakan rendah (secara keuangan), maka terjadi fenomena bekerja rangkap yang pada akhirnya akan mengurangi komitmen untuk RS Pemerintah. Apakah selanjutnya spesialis mempunyai komitmen yang baik di rumah sakit swasta? Dalam makalahnya, Laksono (2001) menyampaikan hasil penelitiannya tentang “Kajian Penyebaran Spesialis di Indonesia Dalam Konteks Kebijakan Era Desentralisasi” yang mengkaji berbagai faktor yang mempengaruhi penyebaran tersebut. Diungkapkannya bahwa spesialis di Indonesia merupakan profesi yang langka dan tidak merata penyebarannya.

Selanjutnya Laksono (2001) mengungkapkan pula beberapa hasil penelitian tentang sistem kompensasi dokter, yang dilakukan oleh Chan, dkk. (1998) tentang *model fee for service* dan Stearns dkk. (1992) tentang model kapitasi (yaitu berdasarkan jumlah klien yang ditanggung asuransi) serta Rice dkk. (1997) tentang dampak perubahan kebijakan moneter, yang menemukan bahwa para spesialis tidak puas dengan pendapatan yang diperoleh dari suatu rumah sakit. Akibatnya para

spesialis cenderung untuk bekerja tidak hanya di satu rumah sakit. Penulis mengambil hasil penelitian ini sebagai cermin komitmen praktik spesialis di rumah sakit swasta, bahwa dokter spesialis dengan perjalanan *life cycle* nya yang sangat panjang proses pendidikannya, sehingga masa kerja spesialis relatif dimulai agak lambat, sementara pada usia tersebut kebutuhan hidup sudah tinggi. Sehingga budaya yang tertanamkan adalah mengabdikan dijalankannya di rumah sakit pemerintah tetapi mencari uang dijalankannya di rumah sakit swasta. Pendapat ini cukup menyulitkan rumah sakit swasta termasuk Rumah Sakit Telogorejo dalam memperoleh dokter spesialis sendiri karena budaya yang telah terbentuk di rumah sakit pemerintah.

Setyawati (1999) di dalam penelitiannya tentang hubungan kepuasan kerja dengan perilaku dokter spesialis menemukan variabel independen kepuasan kerja dengan faktor sub variabel berupa ganjaran penghargaan, dukungan kondisi kerja dan tanggapan/penilaian terhadap pekerjaan, dukungan teman sekerja, serta variabel dependen kualitas dokter spesialis dengan faktor sub variabel berupa hasil kerja, semangat kerja, kemampuan kerja dan pengetahuan, serta menempatkan variabel sosio demografik yang meliputi lama kelulusan, lama kerja, jenis kelamin, usia, pendapatan, tanggungan, rujukan sebagai variabel pengganggu yang tidak memberikan hubungan signifikan dengan kepuasan kerja, kualitas dokter spesialis, dan kecenderungan perilaku dokter spesialis.

Kusba (1997) dalam penelitiannya tentang hubungan komitmen, kepuasan kerja dan perilaku dokter spesialis mengirim / merawat pasien di ruang rawat inap utama Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Mohammad Hoesin, Palembang,

mendapatkan bahwa kepuasan terhadap pekerjaan merupakan variabel yang paling bermakna, sedangkan kepuasan terhadap teman kerja, penyelia dan fasilitas kurang bermakna. Hal ini didukung variabel komitmen dengan sub variabel keinginan untuk tetap dalam organisasi, diakui sebagai anggota organisasi dan gaya kepemimpinan, variabel kepuasan dengan sub variabel sistem pembayaran jasa / gaji, kepuasan terhadap pekerjaan itu sendiri, teman sekerja, penyelia dan fasilitas.

Lahida (1999) meneliti tentang produktivitas dokter spesialis tamu dilihat dari pengaruh persepsi sistem kompensasi non moneter terhadap produktivitas dokter spesialis tamu di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta. Didapatkan hubungan bermakna antara persepsi kompensasi non moneter dengan sub variabel lingkungan kerja, kesempatan pengembangan profesi, pemenuhan kebutuhan peralatan, pekerjaan, penghargaan dan aktualisasi diri terhadap perilaku produktivitas dengan sub variabel absensi, frekuensi visite dan kelengkapan pengisian data rekam medis, tetapi tidak bermakna untuk jumlah pasien poliklinik yang dilayani.

Arthur Andersen dan American Hospital Association (Kuntjoro, 2000) merekomendasikan delapan langkah operasional untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan menciptakan hubungan kemitraan dengan pelanggan atau antar karyawan, yaitu (1) komitmen terhadap pelayanan kepada pelanggan, (2) memelihara budaya organisasi yang berkomitmen tinggi terhadap pelayanan, mutu, dan nilai-nilai dasar, (3) melakukan *alignment* antara insentif dan kinerja, (4) mengembangkan struktur organisasi untuk mendukung proses pelayanan, (5) memberikan umpan balik, (6) melibatkan dokter, (7) melatih tim

yang efektif, dan (8) melakukan monitoring secara kontinyu. Terlihat sebagai salah satu cara adalah dengan melibatkan dokter dalam setiap kegiatan perubahan.

2.5. HUBUNGAN DOKTER DAN RUMAH SAKIT

Kunci sukses kegiatan pelayanan rumah sakit terletak pada dokter sebagai pemberi pelayanan di rumah sakit. Dari sudut manajemen, dokter merupakan pelanggan rumah sakit. Dalam posisi demikian, manajemen organisasi tetap mempunyai *bargaining power* yang kuat karena beberapa alasan seperti: dokter lebih menyukai bentuk kerjasama *hospital based group* karena adanya *job security* (jaminan keamanan dalam bekerja), bentuk pelayanan yang sudah mempunyai jangkauan pasar pelayanan, sarana yang lengkap dan siap pakai. Dalam hal ini hubungan yang baik dan sistem yang kondusif akan menjembatani dokter dengan rumah sakit (Orsund-Gassiot, CA. dan Lindsey, SS., 1990; Aditama, 1998; Ross, 1998).

Diungkapkan pula oleh Massie dalam Aditama (1998), bahwa dokter sebagai profesional sangat mempengaruhi pelayanan di rumah sakit. Biasanya profesional tersebut cenderung otonom dan berdiri sendiri, bahkan tidak jarang misinya tidak sejalan dengan manajemen rumah sakit. Dalam hal ini, manajer rumah sakit harus mampu mengintegrasikan kemandirian profesional dokter ke dalam keseluruhan visi-misi rumah sakit yang sudah ditetapkan. Lebih lanjut Jacobalis (2000) menambahkan bahwa dalam rumah sakit bekerja orang-orang dari puluhan jenis profesi, yang keinginan profesional serta harapan karirnya tidak selalu sejajar atau sama dengan tujuan rumah sakit tempat mereka bekerja dan secara historis

peran dokter adalah dominan. Ini menyebabkan ketidak-seimbangan kewenangan yang sekarang sering menimbulkan benturan kepentingan dengan profesi lain.

Siswanto (2001) menyampaikan bahwa hubungan kemitraan tenaga profesi dan rumah sakit terbagi dua:

- (1) Hubungan tradisional dengan adanya hubungan pemilik rumah sakit, pengelola rumah sakit dan tenaga profesional dokter yang dapat bersifat kekeluargaan, teman, pemilik saham, pegawai, orang yang melamar sesuai prosedur, dan
- (2) Hubungan masa kini dengan adanya hubungan bersifat memayungi, saling menghormati antara hak dan kewajiban, hubungan profesional serta memiliki aspek hukum.

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Yan Med 02.04.35.2301 tahun 1997 tentang Pedoman Hak dan Kewajiban Dokter dan Rumah Sakit, dokter dan rumah sakit diwajibkan mengadakan perjanjian tertulis; dan ini berbeda-beda tergantung sifat hubungan kerjanya dengan rumah sakit (Siswanto, 2001; Jacobalis, 2000).

Selanjutnya Siswanto (2001) membedakan tipe dokter berdasarkan hubungan kemitraan dokter dan rumah sakit ke dalam dokter tetap, dokter honorer / kontrak, dokter tetap bukan pegawai (jadwal praktik sesuai dengan kesepakatan tidak digaji rumah sakit), dokter paruh waktu (hanya berpraktik dengan jadwal tertentu di rumah sakit), serta dokter tamu (hanya merawat pasien tanpa punya jadwal praktik).

Sedikit berbeda adalah pembagian Jacobalis (2000) untuk empat kelompok utama, yaitu dokter tetap, dokter tidak tetap (karyawan, terikat dalam hubungan kerja yang waktunya terbatas, menerima pembayaran dari rumahsakit untuk

jasanya), dokter tamu (bukan karyawan, diijinkan menggunakan fasilitas rumah sakit untuk mengobati dan merawat pasien, sebagai konsultan), dan dokter tamu pegawai negeri (dokter tamu yang khusus di rumah sakit swasta, ditempatkan secara resmi dengan SK. Pemerintah, dipekerjakan–diperbantukan sebagai dokter tamu dengan ijin atasan).

Hubungan dokter spesialis mitra dengan rumah sakit dapat digambarkan sebagaimana rumusan Lewin dalam Azwar (2000) yang mengungkapkan suatu model hubungan perilaku, yang menyatakan bahwa perilaku adalah fungsi karakteristik individu dan lingkungan. Karakteristik individu meliputi berbagai variabel seperti motif, nilai-nilai, sifat kepribadian dan sikap yang saling berinteraksi satu sama lain dan kemudian berinteraksi pula dengan faktor-faktor lingkungan dalam menentukan perilaku.

Duncan dalam Thoha (2001) menambahkan bahwa perilaku manusia yang berada dalam suatu organisasi adalah awal dari perilaku organisasi itu, menyangkut aspek yang ditimbulkan dari pengaruh organisasi terhadap manusia maupun sebaliknya. Agar pelaksanaan kerja organisasi dapat mencapai prestasi perlu dipahami keterlibatan sekelompok orang, perlengkapan, metoda kerja, waktu, material sebagai sumber daya. Perlu usaha untuk mengatur dan mengarahkan sumber daya ini, baik manusia maupun peralatannya, oleh manajemen. Keefektifan organisasi tercapai apabila manajemen dapat memusatkan perhatiannya baik pada produksi maupun manusianya (Schein dalam As'ad, 1995, Gibson, 1996).

Untuk mengulas faktor-faktor yang berperan pada kebutuhan dokter spesialis sebagai perilaku individu yang ikut berperan dalam perubahan dan

pengembangan organisasi rumah sakit, sebagai pelanggan internal yang memegang kendali di sektor jasa kesehatan dan sebagai bagian dari sistem organisasi rumah sakit yang berperan dalam pencapaian produktivitas kinerja yang efisien dan efektif, beberapa teori akan dipakai sebagai acuan penelitian ini.

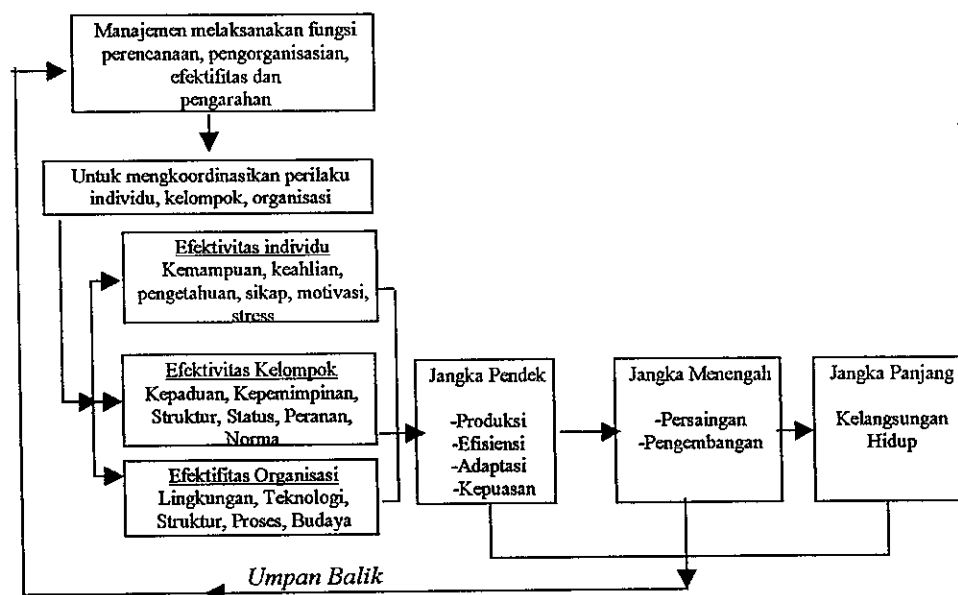
2.6. ORGANISASI DAN PERILAKU ORGANISASI

Teori organisasi modern sangat berorientasi pada konsep sistem. Pada pendekatan sistem, sebuah organisasi dipandang sebagai kumpulan bagian yang berinteraksi terdiri dari sumber daya manusia (seperti tenaga profesional, non professional, staf administrasi, dan klien) serta sumber daya lain (seperti metode, uang, peralatan, dan bahan-bahan) yang saling bergantung satu sama lain. Organisasi pelayanan kesehatan sebagai sistem terbuka membutuhkan masukan dari lingkungannya. Organisasi tersebut harus tanggap terhadap apa yang sedang terjadi di luar lingkungannya, harus dapat mengantisipasi perubahan dan harus dapat memberikan respon yang akurat agar dapat bertahan di lingkungannya. Suatu organisasi akan selalu saling berinteraksi, saling bergantung dan selalu mencoba melindungi dirinya terhadap pengaruh lingkungan (Gibson, 1996; Thompson dalam Ilyas, 1999).

Thoha (2001) menyebutkan adanya tiga dimensi pokok dalam membicarakan teori organisasi, yaitu dimensi teknis yang merupakan keahlian manajemen untuk menggerakkan organisasi, dimensi konsep sebagai motor penggerak dimensi pertama yang erat hubungannya dengan dimensi yang lain, yaitu manusia. Interaksi ketiga dimensi ini akan mampu menimbulkan suatu kegiatan yang efektif. Jika manajemen bekerja hanya menekankan dimensi teknis dan dimensi

konsep maka akan menimbulkan iklim kerja yang kurang sehat dan tidak respektif terhadap faktor pendukung utama dari organisasi, yaitu manusia.

Menurut teori Perilaku Organisasi dari Gibson (1996), perilaku individu dan perilaku kelompok akan mempengaruhi keefektifan organisasi, sedangkan organisasi menghasilkan sesuatu yang dihasilkan oleh individu maupun kelompok yang pada gilirannya akan kembali mempengaruhi individu dan kelompok. Mengingat prestasi organisasi tergantung atas prestasi individu, maka pengetahuan psikologi seperti hubungan antara sikap, persepsi, kepribadian, nilai-nilai, motivasi termasuk pengaruh imbalan dan peringkat toleransi terhadap stress perlu dipahami oleh manajemen dalam menjalankan fungsinya. Perilaku kelompok dan pengaruh antar pribadi juga merupakan kekuatan yang besar pengaruhnya atas prestasi organisasi; di sini dibutuhkan pemahaman yang terkait antara struktur, peranan, norma-norma, proses dan kepemimpinan. Disamping itu prestasi organisasi mencakup proses perilaku dalam keberhasilan berkomunikasi, kebijaksanaan dalam mengambil keputusan, proses mengevaluasi prestasi dan sosialisasi penyesuaian harapan individu dan tujuan organisasi untuk mencapai keefektifan organisasi.



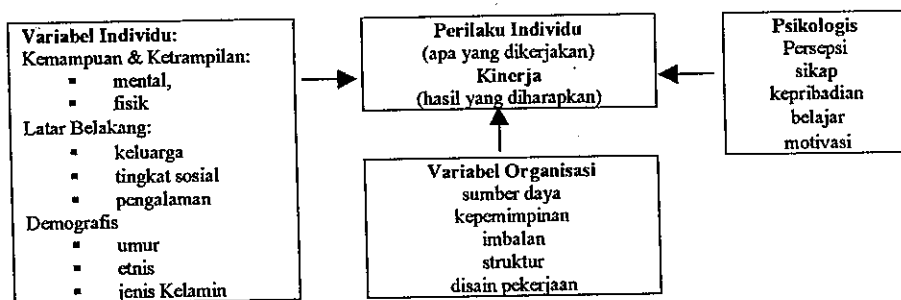
Gambar 2.1. Kontribusi Manajemen Menuju Tiga Perspektif Efektivitas, Dipadukan Dengan Elemen Dasar Sistem dan Model Dimensi Waktu dari Efektifitas (Gibson, 1997)

Ditambahkan oleh Gibson (1997) bahwa, konsep keefektifan organisasi menurut Teori Sistem dan Model Keefektifan Dimensi Waktu adalah bagaimana kemampuan mengadaptasi lingkungan dan bagaimana memperhatikan siklus dari input-proses-output yang mencerminkan hubungan timbal balik disesuaikan dengan jangka waktu yang akan dicapai. Pada prinsipnya, hubungan antara perilaku individu dan kelompok dalam organisasi menciptakan harapan-harapan bagi perilaku individu untuk tercapainya prestasi organisasi yang efektif, disamping perilaku manajer sendiri juga harus dipahami. Para manajer mengkoordinasi pekerjaan melalui penerapan fungsi-fungsi perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengendalian untuk menentukan dan mempengaruhi sebab keefektifan individu,

kelompok serta pada proses dan struktur organisasi. Seperti pada Gambar 2.1 di atas.

Ditambahkan oleh Ilyas (1999) bahwa secara konseptual, organisasi terdiri dari komponen kerja, struktur, koordinasi, dan personel. Penelitian tentang organisasi cenderung untuk mengukur dan menganalisis reaksi individu, kelompok, dan organisasi terhadap komponen organisasi sendiri.

Hal ini sesuai pendapat Gibson (1997) yang mengungkapkan model Teori Kinerja dan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Seperti pada Gambar 2.2.



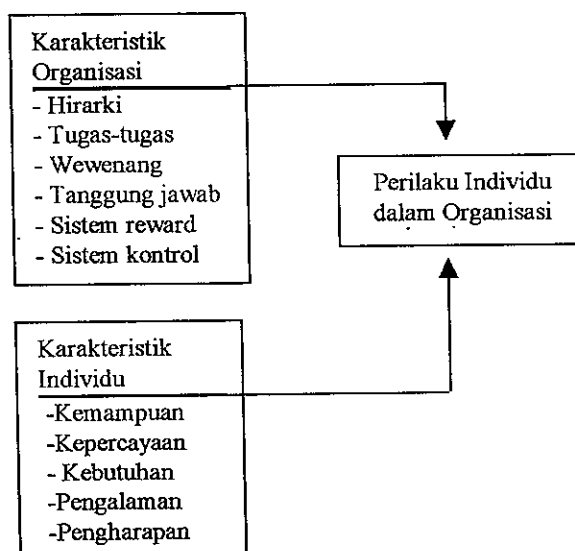
Gambar 2.2. Variabel yang Mempengaruhi Perilaku dan Prestasi (Gibson, 1996)

Sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Sedangkan variabel demografis mempunyai efek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel psikologis merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Kesulitan didapatkan karena latar belakang, budaya, dan ketrampilan berbeda satu dengan lainnya. Variabel psikologis banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman

kerja sebelumnya. Manajemen efektif perlu mengenali perbedaan individu dengan mempelajari variabel-variabel yang mempengaruhi perilaku individu dan dengan mengetahui bagaimana setiap variabel mempengaruhi kinerja akan membantu usaha manajerial untuk mengubah kinerja. Ditambahkan oleh Kopelman dalam Ilyas (1999) bahwa variabel imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu.

Suatu model umum perilaku organisasi diungkapkan oleh Nadler, Hackman dan Lawler dalam Thoha (2001), di mana karakteristik individu membawa ke dalam tatanan organisasi kemampuan, kepercayaan pribadi, pengharapan, kebutuhan, dan pengalaman masa lalu, sedangkan karakteristik organisasi merupakan suatu lingkungan bagi individu. Bila karakteristik individu berinteraksi dengan karakteristik organisasi, maka akan terwujudlah perilaku individu dalam organisasi yang dirumuskan Kurt Levin dalam formula: $P = F(I, L)$, dimana P adalah perilaku; F adalah Fungsi, I adalah Individu dan L adalah Lingkungan (Gibson, 1996; Thoha 2001).

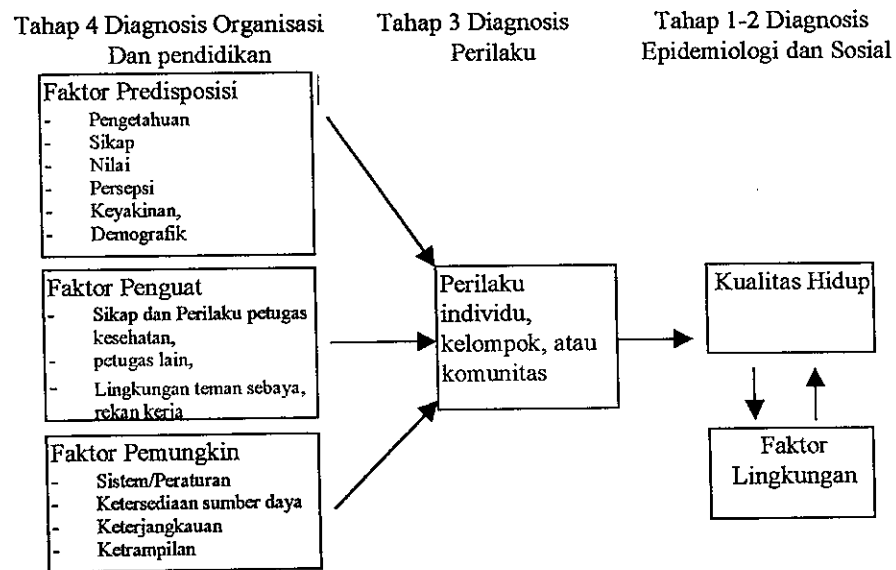
Jadi perilaku adalah suatu fungsi dari interaksi antara seorang individu dengan lingkungannya, seperti pada Gambar 2.3.



Gambar 2.3. Model Umum Perilaku dalam Organisasi

Sumber: David, AN; Richard,H; Edward,EL, 1979. Managing Organizational Behaviour

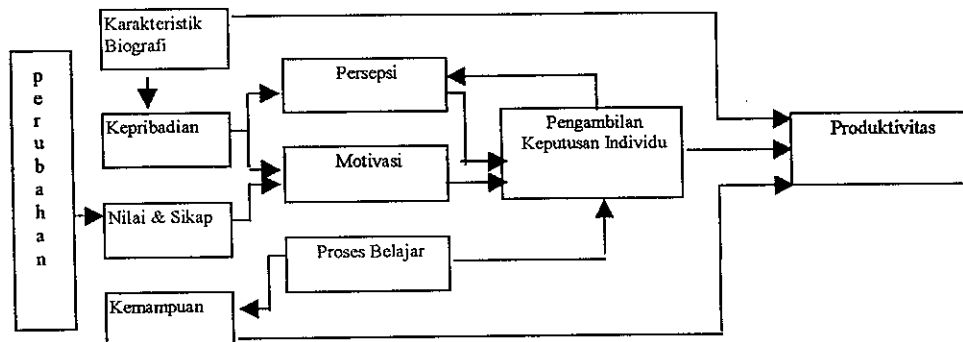
Menurut Ilmu Promosi Kesehatan, salah satu komponen yang dapat mengubah perilaku seseorang adalah dengan cara pendidikan. *Health Education* merupakan suatu proses memberikan informasi kesehatan dalam rangka mengubah pengetahuan dan sikap yang nantinya akan mengubah perilaku. Green (1991) dalam penelitiannya tentang *Health Behaviour* memberikan pola pikir dalam mengintervensi perilaku sehat menuju kualitas hidup yang baik dan mengungkapkan adanya tahap Diagnosis Organisasi dan Pendidikan dalam Teori Precede-Procede sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam menentukan cara terbaik untuk memulai perubahan perilaku. Lebih lanjut Green mengungkapkan adanya faktor penyebab perubahan perilaku dalam tiga jenis, yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor penguat (*reinforcing factor*), dan faktor pemungkin (*enabling factor*). Edukasi kesehatan, berupa pemberian informasi, akan mengubah perilaku seseorang ke arah perilaku yang lebih baik. Seperti pada Gambar 2.4.



Gambar 2.4. Model Precede-Proceed untuk Perencanaan dan Evaluasi Promosi Kesehatan (Green, 1991)

Menurut Muchlas (1997), keberhasilan pengembangan organisasi suatu institusi perlu memperhatikan tahapan analisis perilaku organisasi agar dapat tercapai tujuan pengembangan organisasi yang efisien, efektif, dan sehat. Analisis perilaku organisasi secara garis besar terbagi dalam tiga tingkatan, yaitu:

- (1) Tingkatan organisasi mencakup antara lain gambaran organisasi, kebijakan dan sistem/struktur organisasi berdasar visi-misi organisasi.
- (2) Tingkatan kelompok mencakup analisis masing-masing kelompok pendukung, gaya dan cara kepemimpinan, kerjasama, dan keberhasilan komunikasi.
- (3) Tingkatan individu seperti perilaku individu, tingkat kemampuan, kepribadian, nilai dan sikap, persepsi, motivasi. Lihat Gambar 2.5.



Gambar 2.5. Variabel–variabel pada Tingkat Individu yang Mempengaruhi Produktivitas dan Kepuasan Kerja (Dimodifikasi dari sumber Muchlas, 1997; Robbins, 2000).

2.7. MANAJEMEN KONFLIK, MANAJEMEN PERUBAHAN DAN PRODUKTIVITAS KINERJA

Supaya organisasi tampil secara efektif, maka individu-individu dan kelompok-kelompok yang saling bergantung satu sama lain untuk informasi, pertolongan dan tindakan terkoordinir, harus menciptakan hubungan kerja melewati batas organisasi, antar individu, dan di antara kelompok. Saling ketergantungan ini dapat memelihara kerjasama atau konflik (Gibson, 1996).

Permasalahan ketidaksesuaian paham di dalam organisasi merupakan hal yang biasa, berpusat pada ketidakcocokan tujuan, pandangan yang berbeda tentang hal-hal seperti tujuan kelompok, tujuan organisasi, alokasi sumber daya, pendistribusian imbalan-imbalan, kebijakan dan prosedur yang sering dihadapi oleh seorang manajer sebagai konflik persoalan substansial. Disamping itu konflik emosional dipicu perasaan marah, ketidakpercayaan, ketidaksenangan, perasaan takut, penolakan dan

benturan-benturan pribadi. Seringkali terjadi dari konflik substansif yang tidak teratasi dapat menimbulkan konflik emosional berkepanjangan dan berkembang menjadi hubungan disfungsi antara individu-individu, kelompok kerja dalam organisasi (Winardi, 2001).

Dari sebab-sebab konflik antar kelompok, Gibson (1996) menyebutkan adanya kesalingtergantungan, perbedaan tujuan, perbedaan persepsi dan meningkatnya permintaan spesialis. Konflik dapat berdampak positif maupun negatif, tergantung jenis konflik apakah dapat menimbulkan manfaat jika dipergunakan sebagai alat untuk mengubah atau inovasi. Ada akibat disfungsi berupa interaksi antar kelompok yang merugikan organisasi atau menghalangi pencapaian tujuan organisasi berupa perubahan dalam kelompok dan penekanan pada kesetiaan, serta ada akibat fungsional yang merupakan akibat konfrontasi antar kelompok yang menambah keuntungan kinerja organisasi seperti upaya-upaya efisiensi, kesadaran akan masalah, mencari pemecahan, perubahan dan penyesuaian yang selanjutnya berakibat tindakan positif menuju tujuan dan kelangsungan organisasi dari berbagai upaya teknik resolusi konflik.

Dalam bentuk konflik apapun seorang manajer diharapkan terampil dalam dinamika konflik perorangan, mampu mengenal situasi yang memiliki potensi terjadinya konflik, mampu mendiagnosis situasi yang ada, dan melaksanakan tindakan-tindakan melalui komunikasi-komunikasi sehingga tujuan organisasi dapat terpenuhi sebaik mungkin, begitu pula pihak-pihak yang terlibat dalam konflik tersebut. Untuk itu dibutuhkan proses manajemen konflik yang berpatokan pada penyelesaian konflik (*conflict resolution*) yang benar di mana alasan-alasan yang

melandasi konflik yang bersangkutan dapat ditiadakan. Dikenal lima gaya manajemen konflik berupa: menghindari konflik (*avoidance*), komando otoritatif (*authoritative command*), meratakan (*smoothing*), kompromi (*compromise*), dan pemecahan masalah (*problem solving*). Dari gambaran Grid Manajemen Konflik didapatkan hanya gaya pemecahan masalah yang mencapai skor tertinggi pada dimensi kooperatif. Hal ini menjadikan alasan bahwa hanya strategi-strategi pemecahan masalah dapat menyebabkan timbulnya penyelesaian konflik yang benar. Sebagai inti manajemen konflik adalah bahwa pemecahan masalah sebenarnya berarti dipersatukan pihak yang berkonflik untuk mendiskusikan situasi yang dihadapi. Melalui komunikasi langsung, diupayakan untuk mengidentifikasi di mana fakta nilai-nilai, metode-metode, dan atau perbedaan-perbedaan tentang tujuan penyebab timbulnya konflik yang bersangkutan (Winardi, 2001).

Gibson (1996) menambahkan tentang upaya mengelola konflik antar kelompok melalui resolusi, perundingan/negosiasi, dan stimulasi. Pemilihan suatu resolusi yang cocok seperti pemecahan masalah, penghindaran tujuan sub ordinat berupa kerjasama dari kelompok yang terlibat, pelunakan perbedaan antar kelompok sangat tergantung pada faktor alasan terjadinya konflik dan hubungan antar manajer dengan kelompok yang berinteraksi. Proses perundingan mempertemukan dua pihak dengan kepentingan berbeda, bersama-sama mencapai suatu persetujuan. Jika dilakukan dengan efektif, proses negosiasi dapat melanjutkan kerjasama untuk pencapaian tujuan bersama dan usaha kerjasama menciptakan nilai-nilai baru yang disepakati. Selain itu teknik meningkatkan komunikasi dengan melibatkan orang luar dalam kelompok, mengubah struktur dan

mendorong adanya persaingan merupakan suatu bentuk pengelolaan konflik melalui pemberian semangat / stimulasi merupakan tantangan yang cukup sulit karena dapat dengan mudah berbalik dan memperparah konflik.

Filosofi Manajemen Mc Gregor mengungkapkan tentang pengelolaan perilaku individu berdasarkan pembagian teori X yang menekankan pada manajemen otoritarian dan teori Y tentang manajemen partisipatif. Manajemen berdasarkan teori X melakukan pendekatan terhadap organisasi dalam bentuk struktur pekerjaan, pengawasan ketat, penggunaan pengendalian hirarki manajemen dan prinsip *carrot and stick*. Menyoroti teori Y yang dianggap lebih baik, diasumsikan karyawan memiliki dorongan psikologis untuk mencetak prestasi, sehingga menyukai tantangan dan tanggung jawab, menginginkan otonomi, pengakuan, dan lingkungan kerja yang memadai untuk mewujudkan ketrampilan, kreativitas, dan komitmen mereka (Bowie, 1998; Gibson, 1996)

Drucker dalam Bowie (1998) memperkuat teori Y dengan menyebutkan bahwa pada kenyataannya orang yang sama menunjukkan reaksi yang berbeda bila lingkungan (kerjanya) berbeda. Teori Y hanya mengasumsikan seseorang akan meningkatkan kontrol dan arah dirinya sesuai komitmen diri mereka terhadap sasaran yang diterapkan perusahaan. Kebijakan manajemen dan penerapannya yang kemudian mempengaruhi tinggi rendahnya komitmen individu. Penyelesaian masalah terletak pada lingkaran manajemen, pada metode yang diterapkan manajemen, pada tantangan manajemen untuk menciptakan inovasi dan cara baru dalam mengelola sumber daya manusianya menghadapi perubahan lingkungan yang terjadi.

Manajemen perubahan adalah suatu tantangan, artinya tidak mudah dilakukan tetapi juga merupakan suatu keharusan agar organisasi dapat terus berkembang.

Supriyantoro (2000) menyatakan adanya paradigma perubahan di rumah sakit yang meliputi lima hal, yaitu:

1. Mengubah tantangan menjadi peluang, yaitu *problem solving mindset* menjadi *opportunity mindset* dengan butir perbedaan sebagai berikut:

No	Butir-butir perbedaan	Karakteristik orang yang memiliki <i>problem solving mindset</i>	Karakteristik orang yang memiliki <i>opportunity mindset</i>
1	Pemicu tindakan	Penyimpangan kondisi sekarang dari kondisi normal	Peluang bisnis masa depan
2	Dasar untuk membentuk masa depan	<i>Creating the future from the past</i>	<i>Creating the future from the future</i>
3	Respon terhadap pemicu	Menghindari resiko	Menantang resiko
4	Sikap terhadap aturan yang berlaku	Mempertahankan aturan yang sudah ada	Mendobrak aturan yang sudah ada

2. Perubahan manajemen rumah sakit ditujukan pada *soft side of change*. Biasanya perubahan yang dilakukan dalam menyikapi perubahan lingkungan umumnya hanya menyentuh aspek-aspek nyata, misalnya perubahan aspek operasional, sistem, prosedur yang lebih mudah diidentifikasi (*hard side of change*). Disini perubahan terutama ditujukan terhadap elemen sumber daya manusianya yang mendorong setiap orang di organisasi sukses dalam melakukan perubahan.
3. Perubahan dari era kompetisi menjadi *coopetition* (yaitu *cooperation* dan *competition*).
4. Pergeseran konsep organisasi ke arah organisasi *cellular* yang menekankan pada *customer learning* dan inovasi, dengan kemampuan membuat visi, membangun

enterpreuneurship, self organizing, kemampuan dalam menginvestasikan sumber daya manusia, dan memaksimalkan keunggulan. Keberhasilan organisasi *celluler* sangat tergantung pada kemampuan sumber daya manusia.

5. Gaya kepemimpinan ke arah transformasional yang mencakup upaya perubahan organisasi dan merupakan perluasan dari kepemimpinan karismatik, menciptakan visi dan lingkungan yang memotivasi karyawan.

Aditama (1999) menambahkan bahwa para pemimpin masa depan yang efektif adalah mereka yang mampu menciptakan lingkungan yang di dalamnya orang-orang merasa bertambah kuat. Dalam mengelola perubahan, manajer dapat melakukan empat pendekatan dalam menghadapi perubahan, yaitu pendekatan teknologi, pendekatan struktur, pendekatan tugas, dan pendekatan manusia. Empat pendekatan ini saling berkait satu sama lainnya, dan akan dapat mempengaruhi organisasi secara keseluruhan. Khususnya tentang pendekatan manusia dalam mengelola perubahan, dipakai metode *Organizational Development* (OD), yaitu suatu strategi perubahan perilaku jangka panjang yang terencana dengan baik untuk mengerti, mengubah dan mengembangkan tenaga kerja di organisasi agar senantiasa dapat meningkatkan efektifitasnya. Ada anjuran dua cara pelaksanaan, yaitu dengan *survey feedback* dan *team building*. *Survey feedback* adalah metode yang memungkinkan manajer dan pekerja untuk memberikan umpan balik tentang organisasi dan menerima umpan balik tentang perilakunya sendiri. Sementara *Team building* merupakan metode yang membantu agar sebuah tim dapat bekerja lebih efektif dengan memperbaiki struktur, proses kerja yang dijalani, serta kepuasan para

anggota tim tersebut (McGill, 1986; Aditama, 2000). Pengelolaan perubahan organisasi rumah sakit dipengaruhi pula oleh perubahan pola hidup dokter spesialis.

Menurut Dessler (1991), perubahan pola hidup dokter spesialis dengan meningkatnya tuntutan atas kualitas hidup kerja (*quality of work life*) yang memandang manusia secara keseluruhan melalui lingkungan kerja yang nyaman, kerabat kerja yang menyenangkan, kesempatan pengembangan profesi, pekerjaan yang menarik dan menantang, keterbukaan berkomunikasi, pemberian kompensasi yang adil dan adekuat, serta pengakuan dan rasa hormat memicu rumah sakit untuk mengembangkan sistem kerjasama dengan dokter spesialis untuk meningkatkan produktivitasnya.

Muchlas (1997) menyebutkan produktivitas sebagai salah satu variabel yang penting dalam pengembangan model perilaku organisasi, disamping absen kerja, pindah atau pemutusan kerja, dan kepuasan kerja. Organisasi dikatakan produktif kalau mencapai sasarannya secara efektif dan efisien, yaitu memenuhi kebutuhan organisasi dengan biaya yang rendah

Untuk menempatkan diri sebagai organisasi yang produktif, rumah sakit harus mampu berinteraksi dengan lingkungan melalui sistem yang terbuka (*open system*) dan memiliki pekerja produktif sebagai input yang bermutu. Kerja produktif memerlukan prasyarat lain sebagai faktor pendukung, yaitu: kemauan kerja yang tinggi, kemampuan kerja yang sesuai dengan isi kerja, lingkungan kerja yang nyaman, penghasilan yang dapat memenuhi kebutuhan hidup minimum, jaminan sosial yang memadai, kondisi kerja yang manusiawi dan hubungan kerja yang harmonis (Sinungan, 1997).

Lebih jauh, Sinungan (1997) menambahkan bahwa pengukuran produktivitas secara tradisional diartikan sebagai suatu perbandingan antara hasil keluaran atau output dibanding masukan atau input. Input sering dibatasi dengan tenaga kerja, jam kerja, biaya produksi, dan biaya peralatan. Output diukur dalam kesatuan fisik bentuk dan nilai, seperti: hasil penjualan, pangsa pasar, pendapatan, dan dampak. Integrasi dari nilai investasi, manajemen dan tenaga kerja disebutkan sebagai tiga faktor esensial yang secara serasi menjadi pengukuran tingkat produktivitas yang terbaru.

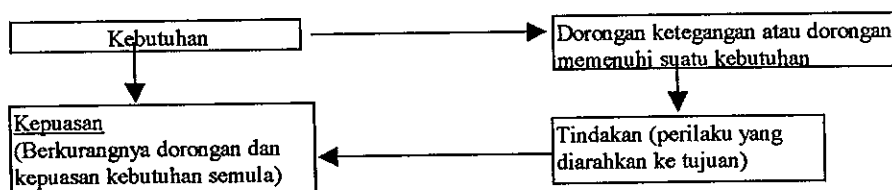
Makassau (1985) mengungkapkan tentang pengelolaan sistem administrasi suatu produk pelayanan membutuhkan kemampuan ketrampilan konsepsional pada eselon strategis, kemampuan manajerial pada eselon koordinatif, dan kemampuan operasional pada eselon taktis. Sebagai perangkat operasional administrasi meliputi unsur-unsur: (1) perangkat kendali manajemen berupa peraturan, kebijakan, prosedur kerja, (2) perangkat operasional manajemen berupa perencanaan program dan anggaran, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian, dan (3) perangkat pendukung manajemen berupa prasarana / fasilitas, biaya / anggaran, dan materiil / logistik.

2.8. MOTIVASI, HARAPAN DAN KEBUTUHAN.

“Manusia tidak akan pernah bisa lepas dari kebutuhan. Begitu kebutuhannya terpuaskan, kebutuhan lainnya akan muncul. Dan proses ini tidak akan pernah berakhir. Karenanya seseorang akan terus menggiatkan kerjanya supaya dapat memenuhi kebutuhannya itu” (McGregor, 1966)

Pandangan kontemporer tentang motivasi berkembang dengan pendekatan teori modern, seperti diungkapkan oleh Stoner (1995) tentang Teori Kebutuhan (*Need theory*) dan Teori Ekspektansi (*Expectancy theory*).

Menurut Teori Kebutuhan, seseorang termotivasi apabila ia belum mencapai tingkat tertentu kepuasan kehidupannya. Dalam praktik, teori kebutuhan berhubungan dengan peranan yang dimainkan pekerjaan dalam hal memenuhi kebutuhan-kebutuhan. Logika dasar teori kebutuhan adalah sebagai berikut:

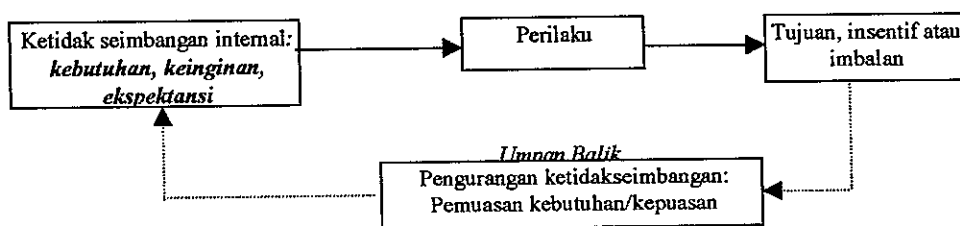


Gambar 2.6. Teori Motivasi Berlandaskan Kebutuhan (Stoner dalam Winardi, 2001)

Teori hirarki kebutuhan dari Abraham Maslow menyebutkan adanya lima jenjang kebutuhan dasar yang terbagi dalam dua urutan yaitu: (1) kebutuhan urutan rendah yaitu fisiologis (makan, minum, tempat tinggal, bebas dari sakit, kesejahteraan individu) dan rasa aman (yang bila dikaitkan dengan kerja meliputi keamanan jiwa sewaktu bekerja, aman terhadap masa depan karyawan, bebas dari ancaman) dipenuhi secara eksternal, serta (2) kebutuhan urutan lebih tinggi seperti sosial (kebutuhan teman, afiliasi, ikut serta, interaksi dan cinta), penghargaan (penghargaan diri dan dari orang lain), dan aktualisasi diri (kebutuhan memenuhi diri sendiri, dengan memaksimalkan kemampuan, keahlian dan potensi) yang dipenuhi secara internal. Apabila suatu kebutuhan telah terpenuhi, menurut

Abraham Maslow, kebutuhan tersebut bukan lagi sebuah motivator perilaku (Gibson et al, 1996; Muchlas, 1997; Robbins, 2000).

Kretch *et al* dalam Winardi (2001) menunjukkan inti dari tesis Maslow yakni: jenjang harapan dan kebutuhan yang ada bersifat interdependen dan saling tindih menindih, sehingga kebutuhan individu cenderung dipenuhi secara parsial pada masing-masing wilayah; misalnya, kebutuhan fisiologikal tidak menghilang sewaktu kebutuhan keamanan muncul, hanya kebutuhan fisiologikal ini kurang mendesak. Sebuah model umum tentang variabel-variabel interdependen yang bersifat dasar bagi motivasi kerja, disajikan pada Gambar 2.7 berikut:

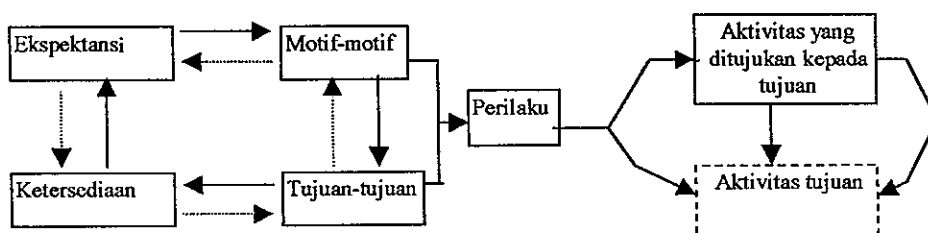


Gambar 2.7. Variabel Interdependen yang Bersifat Dasar bagi Motivasi Kerja (Dunette, *et al* dalam Winardi, 2001)

Sesuai kerangka kerja di atas, komponen dasar motivasi adalah: (1) Kebutuhan, keinginan atau ekspektansi, (2) Perilaku, (3) Tujuan-tujuan, (4) Umpan balik (*feedback*). Kebutuhan dan ekspektansi sebagai komponen dasar motivasi menyebabkan perilaku. Andaikata perilaku tersebut efektif, maka akibatnya berupa kinerja tinggi (Mitchell dalam Winardi, 2001).

Ada dua macam faktor penting yang mempengaruhi kebutuhan, yaitu: ekspektansi dan ketersediaan. Ekspektansi cenderung mempengaruhi kebutuhan, sedangkan ketersediaan cenderung mempengaruhi persepsi tujuan. Menurut Hersey

(1998), ekspektansi adalah kemungkinan yang dipersepsi (orang) untuk memenuhi kebutuhan khusus seorang individu, berdasarkan pengalaman masa lampau. Ketersediaan berhubungan dengan batas-batas lingkungan yang muncul dalam persepsi seseorang, ditentukan oleh bagaimana kemungkinan tercapainya tujuan-tujuan yang dapat memenuhi kebutuhan tertentu. Ketersediaan merupakan variabel lingkungan. Sebuah model hubungan antara motivasi dan kemungkinan keberhasilan adalah seperti pada Gambar 2.8 di bawah ini:



Gambar 2.8. Hubungan antara Motivasi dan Kemungkinan Keberhasilan (Hersey dalam Winardi,2001)

Motif / kebutuhan-kebutuhan yang ada dalam diri individu diarahkan ke tujuan yang merupakan aspirasi di dalam lingkungan yang oleh individu bersangkutan ditafsirkan sebagai hal yang tersedia atau tidak tersedia. Hal tersebut mempengaruhi ekspektansi. Apabila ekspektansi tinggi, maka kekuatan motif akan meningkat dan cenderung sebagai pola siklikal. (tanda panah garis tebal). Tetapi hingga tingkat tertentu, mereka akan merupakan variabel-variabel yang berinteraksi seperti yang ditunjukkan tanda panah garis terputus-putus.

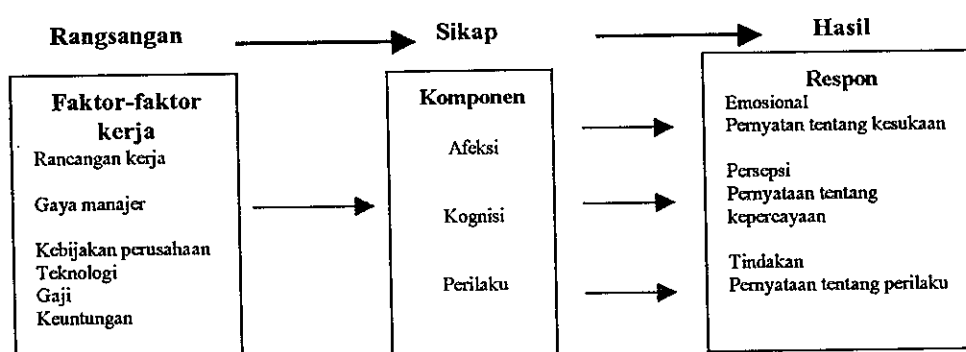
Pendapat lain dari Herzberg di dalam Gibson (1996) tentang kebutuhan diungkapkan melalui pengembangan teori Motivasi Dua Faktor Kepuasan yang terbagi dalam dua kelompok. Kelompok kondisi ekstrinsik sebagai faktor

ketidakpuasan atau faktor hygiene, terutama berhubungan dengan faktor-faktor dalam konteks kerja atau lingkungan yang meliputi upah, keamanan kerja, status, kebijakan dan prosedur perusahaan, mutu supervisi, mutu hubungan interpersonal antar sesama rekan kerja, atasan dan bawahan, kondisi-kondisi kerja sebagai faktor yang paling sering diutarakan karyawan untuk mengekspresikan perasaan tidak puas terhadap pekerjaan. Disamping itu terdapat kelompok kondisi intrinsik sebagai faktor kepuasan atau faktor motivasi, terutama berhubungan dengan hasil, berkaitan dengan isi pekerjaan yang dilaksanakan, meliputi pencapaian prestasi, pengakuan, tanggung jawab, kemajuan, pekerjaan itu sendiri, kemungkinan berkembang / kemajuan dalam karier. Pada dasarnya model Herzberg memiliki asumsi bahwa kepuasan kerja bukan merupakan konsep satu dimensi dan para manajer dapat memotivasi staf dengan cara memasukkan motivator-motivatornya ke dalam pekerjaan seseorang sebagai proses perkayaan pekerjaan (*job enrichment*) berupa penyediaan peluang bagi staf untuk mencapai prestasi dan penghargaan, pekerjaan yang menstimulasi, tanggungjawab dan kemajuan dalam kariernya (Gibson, 1996; Winardi, 2001)

Kebutuhan dan keinginan mempengaruhi persepsi seseorang. Kebutuhan yang tidak terpuaskan merangsang individu dan mempunyai pengaruh kuat pada persepsi mereka. Persepsi merupakan proses dalam memahami lingkungannya melibatkan pengorganisasian dan penafsiran sebagai rangsangan dalam suatu pengalaman psikologis. Apa yang dipersepsikan seseorang dapat berbeda dari kenyataan yang obyektif untuk selanjutnya mempengaruhi perilaku dan pembentukan sikap (Gibson, 1996; Muchlas, 1997; Robbins 2001).

Menurut Gibson (1996), sikap merupakan determinan perilaku karena sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Ditambahkannya pula bahwa sikap adalah suatu perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu dipersiapkan, dipelajari dan diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, obyek atau keadaan. Teori komponen afektif, kognitif dan perilaku sebagai determinan sikap dan perubahan sikap mempunyai implikasi yang nyata pada manajer. Rangsangan/stimuli menghasilkan pembentukan sikap, yang selanjutnya menghasilkan satu/lebih respon.

Berkaitan dengan faktor kerja, kepuasan kerja merupakan sikap yang dipunyai individu tentang pekerjaannya, dihasilkan dari persepsi pekerja mengenai pekerjaannya. Diawali dari rangsangan / stimuli seperti rancangan kerja, faktor lingkungan kerja, gaya penyelia, kondisi kerja, kebijakan perusahaan dan tunjangan memicu respon afektif (emosional), kognitif (pemikiran), dan perilaku (konatif). Individu berusaha memelihara konsistensi diantara komponen sikap, ketika ketidak-konsistenan sikap muncul, individu berusaha menyelesaikan masalah secara kognitif atau perilaku. Seperti pada Gambar 2.9 berikut.



Gambar 2.9. Tiga Komponen Sikap (Gibson, 1996)

Apabila teori di atas diterapkan dalam penelitian ini, dengan diketahuinya sikap dokter spesialis mitra akan faktor-faktor kebutuhannya terhadap pelayanan rawat jalan, maka harapan dan kebutuhan dokter spesialis mitra dapat ditentukan dan dipenuhi, yang selanjutnya memberikan respons meningkatkan kepuasan dalam bekerja dan meningkatkan produktivitas kerja.

Berbicara soal kebutuhan seseorang tidak dapat lepas dari motivasi orang tersebut, seperti pendapat Schermerhorn et al (1991) dan Robbins (1999) yang mendefinisikan motivasi karyawan sebagai “Kesediaan untuk melaksanakan upaya tinggi, untuk mencapai tujuan-tujuan keorganisasian, yang dikondisikan oleh kemampuan upaya untuk memenuhi kebutuhan individual tertentu“. Hal ini dikuatkan Gibson et al (1997) yang berpendapat “Motivasi berkaitan dengan perilaku dan kinerja. Dalam hal mempertimbangkan motivasi, perlu memperhatikan faktor-faktor: fisiologikal, psikologikal dan lingkungan sebagai faktor-faktor penting“. Dapat disimpulkan adanya keterkaitan motivasi dengan upaya kerja, adanya faktor pendorong penting yang menyebabkan manusia bekerja yaitu adanya kebutuhan yang harus dipenuhi dan mempunyai tujuan untuk mendapatkan kepuasan.

Gilmer dalam As’ad (1995) mengungkapkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja meliputi: kesempatan untuk maju, keamanan kerja, gaji, perusahaan dan manajemen, pengawasan (supervisi), faktor intrinsik dari pekerjaan, kondisi kerja, aspek sosial dalam pekerjaan, komunikasi, fasilitas. Penelitian lain oleh Caugemi dan Claypool (1978) menemukan penyebab rasa puas adalah prestasi, penghargaan, kenaikan jabatan, dan pujian. Sedangkan faktor yang

menyebabkan ketidakpuasan adalah kebijaksanaan perusahaan, supervisor, kondisi kerja dan gaji. Secara khusus lagi perlu diketahui kepuasan kerja dokter dalam suatu organisasi.

Lichtenstein (1984), dalam penelitiannya tentang kepuasan kerja dokter di tingkat organisasi, mendapatkan tujuh faktor kepuasan kerja, yaitu kecukupan tenaga kerja yang ada / staf dan ketersediaan peralatan, derajat otonomi dokter, hubungan antar profesi dan pasien, status dan martabat, pembayaran, dan penghasilan tambahan, serta alur kerja.

Dari berbagai pendapat di atas dapat dirangkum mengenai faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja yaitu (As'ad, 1995):

- (1) Faktor psikologik, berhubungan dengan kejiwaan karyawan yang meliputi minat, ketentraman dalam kerja, sikap terhadap kerja, bakat dan ketrampilan.
- (2) Faktor sosial, berhubungan dengan interaksi sosial baik antara sesama karyawan, dengan atasannya, maupun karyawan yang berbeda jenis pekerjaannya.
- (3) Faktor fisik, berhubungan dengan kondisi fisik lingkungan kerja dan kondisi fisik karyawan, meliputi jenis pekerjaan, pengaturan waktu kerja dan waktu istirahat, perlengkapan kerja, keadaan ruangan, suhu, penerangan, pertukaran udara, kondisi kesehatan karyawan, umur.
- (4) Faktor finansial, berhubungan dengan jaminan serta kesejahteraan karyawan yang meliputi sistem dan besarnya gaji, jaminan sosial, macam-macam tunjangan, fasilitas yang diberikan, promosi, dan sebagainya.

Winardi (2001) menambahkan perlunya memperhatikan pengaruh faktor kebutuhan individu dan sikap manajemen. Krech et al dalam Winardi (2001)

menyebutkan bahwa kebutuhan individu merupakan kekuatan yang menginisiasi sikap dan mempertahankan perilaku (*the initiating and sustaining forces of behaviour*). Berkaitan dengan sikap manajemen, Winardi (2001) menegaskan bahwa tugas primer seorang manajer adalah mengupayakan agar organisasinya berfungsi secara efektif. Problem inti motivasi yang berkaitan dengan manajer suatu organisasi adalah bagaimana cara merangsang sekelompok orang yang masing-masing memiliki kebutuhan yang khas dan kepribadian unik untuk bekerja sama mencapai sasaran organisasi. Ditekankan pentingnya mempelajari perilaku orang-orang yang berinteraksi di dalam organisasi. Perlunya penelitian secara lebih mendalam tentang keinginan-keinginan dan kebutuhan-kebutuhan individu dalam organisasi. Dapat dirangkum bahwa setiap individu mempunyai hakikat kebutuhan yang diharapkan. Terpuhinya harapan atas kebutuhannya maka individu akan terpuaskan sehingga mempunyai motivasi untuk memberikan kinerja yang baik bahkan hingga meningkatkan produktivitasnya.

Diungkapkan pula oleh Mazur (1993) tentang *Quality Function Deployment* (QFD), suatu sistem untuk mengidentifikasi kebutuhan *customer* sehingga organisasi dapat mengoptimalkan produk pelayanan yang melebihi harapan *customer*. Oleh karena itu, organisasi harus mampu memadukan harapan *customer* dengan kemampuan organisasi yang dimiliki yang dikelola oleh para manajer, yaitu dengan cara memadukan kedua hal tersebut dalam satu matriks yang dinamakan *House of Quality*. Selanjutnya kegiatan perbaikan yang optimal difokuskan pada area yang paling dibutuhkan *customer* dan organisasi. Bermula dari temuan Prof. Yoji Akao dan Shigeru Mizuno sebagai sistem untuk memastikan kualitas suatu

UPT-PUSTAK-INDIP

produk. Penerapan prinsip fungsi analisis memfokuskan pada pemahaman kebutuhan *customer* dipadukan dengan harapan dan kebutuhan organisasi, sehingga dengan cara ini bentuk potensial dan fungsi-fungsi penting bagi kepuasan *customer* dapat didisain, potensi kegagalan dapat diantisipasi, dan penghematan waktu serta biaya dapat dicapai. *Quality Function Deployment* (QFD) dikembangkan sebagai suatu cara dan dipercaya sebagai solusi untuk meningkatkan kebutuhan dalam organisasi yang cepat berubah. Dimulai dengan menganalisis kebutuhan *customer*, karena tidak lazim bagi *customer* untuk mengkomunikasikan apa yang mereka butuhkan. Hal ini membantu manajemen memahami masalah yang dihadapi *customer*, peluang dan bahkan kebutuhan akan produktivitas yang lebih baik.

Kemudian, kebutuhan *customer* di pilah-pilah kedalam kategori-kategori yang kemudian akan disebar dalam perencanaan. Kebutuhan yang diminta didasarkan pada bahasa *customer* yang mungkin kualitatif dan kurang jelas. Bahasa ini harus diterjemahkan menjadi kuantitatif, keterkaitan dengan kebutuhan manajemen akan diatur pada matriks dua dimensi dan diberi tanda untuk menunjuk kan hubungan kuat antara kebutuhan *customer* dan karakteristik organisasi.

Matriks ini kemudian digunakan untuk memprioritaskan variabel kebutuhan kualitas berdasarkan pentingnya bagi konsumen, posisi persaingan, dan visi perusahaan. Sistem *Quality Function Deployment* (QFD) kemudian mengembangkan produk dari perencanaan sampai produk yang diharapkan, yang semuanya didasarkan pada apa yg penting bagi *customer*, di mana ada peluang bagi posisi persaingan dan apa yg konsisten dengan tujuan dan visi organisasi. Hasilnya adalah produk organisasi akan makin sesuai dengan kebutuhan *customer*.

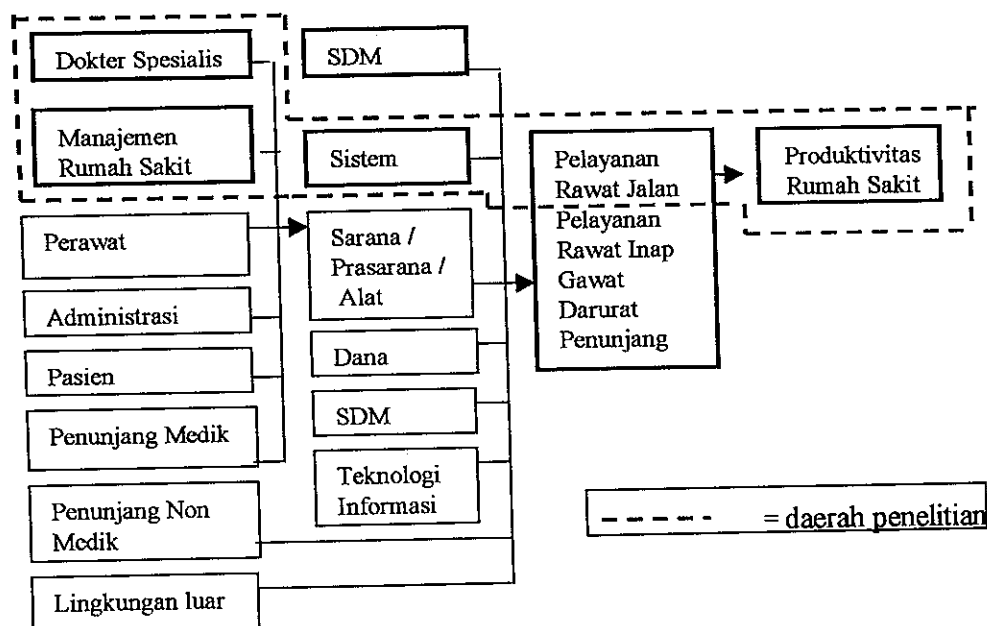
Suatu organisasi diselenggarakan dengan tujuan untuk bertahan, tumbuh dan berkembang. Disamping memperoleh keuntungan finansial, kelanggengan sebuah usaha ditentukan pula oleh kemampuan mempertahankan *customer* yang puas, didukung oleh sumber daya yang memiliki produktivitas dan komitmen yang tinggi terhadap organisasi serta kemampuan menghasilkan *financial return* yang memadai. Hal ini sesuai dengan pendapat Norton dan Kaplan (1995) dengan konsep Balanced Scorecard yang mengungkapkan bahwa untuk bertahan, tumbuh dan berkembang, organisasi harus mempunyai keuntungan yang dapat dipertahankan bila proses bisnis berjalan dan mempunyai *customer* yang loyal. Upaya untuk mempertahankan *customer* dan memperluas jangkauan pelayanan dilakukan dengan memberikan pelayanan jasa yang berkualitas, memiliki nilai terbaik bagi *customer* serta sesuai keinginan dan kebutuhan *customer*. Mutu bagi *customer* diwujudkan melalui proses bisnis yang selalu melakukan *improvement* berkelanjutan dan adaptif terhadap perkembangan maupun perubahan keinginan dan kebutuhan *customer*. Untuk dapat menyelenggarakan proses bisnis yang baik, organisasi membutuhkan individu yang produktif dan komit. Produktivitas sumber daya manusia ditentukan oleh kompetensinya dan ketersediaan sarana prasarana yang memadai sedangkan komitmen ditentukan lingkungan kualitas kerja yang ada. Pada akhirnya organisasi akan mampu bertahan dan meningkatkan pendapatannya (Norton dan Kaplan, 1995; Sumarwanto, 2000; Trisnantoro, 2000; Mulyadi, 1995).

Teori Perilaku dan Pengembangan Organisasi dari Gibson (1996) memberikan langkah-langkah bagi seorang manajer dalam melakukan kegiatannya. Diawali dari kajian faktor lingkungan internal dan eksternal untuk melihat prestasi

keberhasilan kegiatan pelayanan, selanjutnya dilakukan diagnosis masalah dari segi informasi apakah dikarenakan kesalahan persepsi, segi partisipasi seperti peran dokter spesialis mitra dalam masalah manajemen serta segi bagaimana perubahan organisasi dapat terjadi. Batasan-batasan iklim kepemimpinan, kultur organisasi, analisis diarahkan ke model intervensi yang akan diciptakan dan selanjutnya ditetapkan metode implementasi dan evaluasi sebagai saran untuk diterapkan.

2.9. KERANGKA TEORI

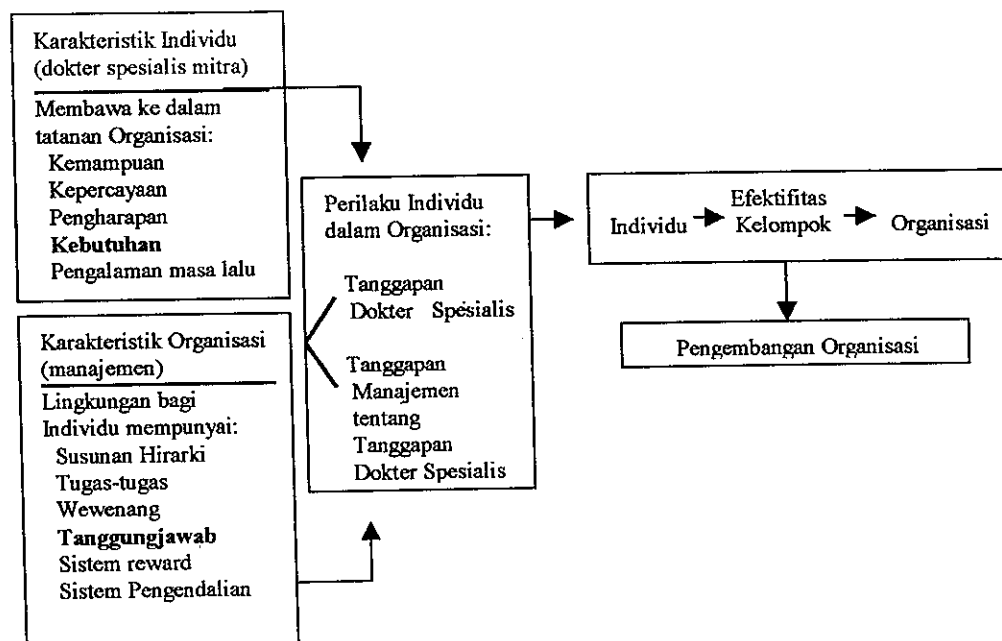
Landasan teori yang menjadi dasar kerangka teori penelitian pelayanan rawat jalan ini adalah teori-teori yang telah dijabarkan pada tinjauan pustaka, yaitu Teori Organisasi dari Thompson dan Teori Perilaku Organisasi dari Gibson, yang dibagikan pada Gambar 2.10 berikut.



Gambar 2.10. Sistem Rumah Sakit

(Modifikasi dari Thompson dalam Ilyas, 1999; Gibson, 1997)

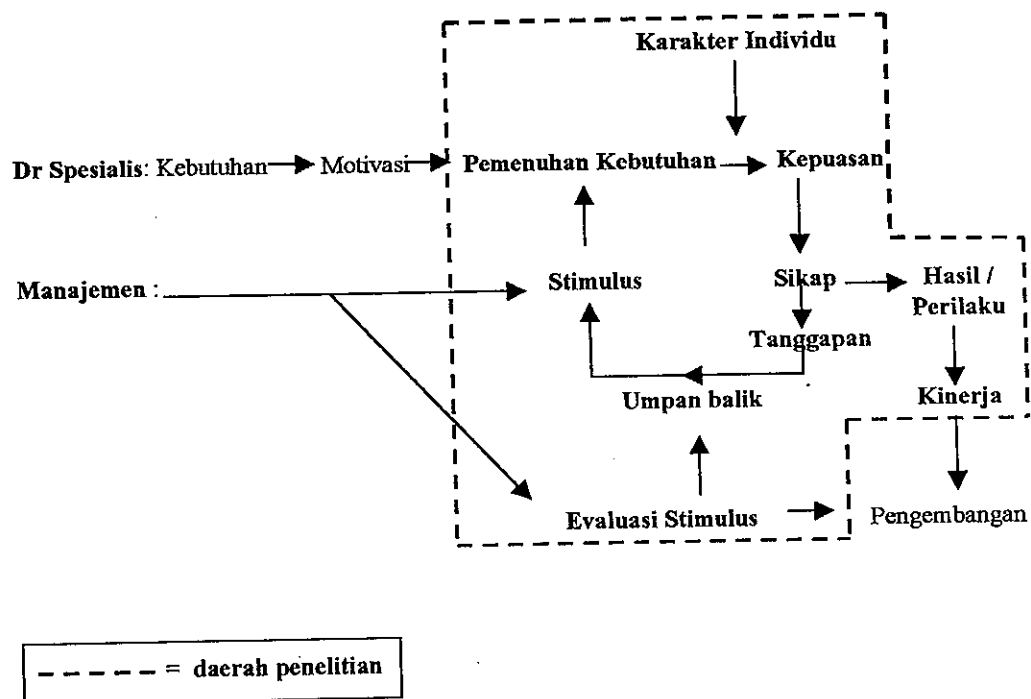
Kerangka dasar teori sebagai pedoman dalam pengembangan kerangka konsep penelitian adalah mengembangkan teori Perilaku Individu dalam Organisasi David A. Nadler dan teori Perilaku Organisasi dari Gibson, dimodifikasi dengan teori-teori yang menyangkut kepuasan, komunikasi, konflik yang dibagikan pada Gambar 2.11 berikut.



Gambar 2.11. Perilaku Individu Dalam Organisasi dipadukan dengan kontribusi manajemen Menuju Tiga Perspektif Efektivitas, Elemen Dasar Sistem dan Model Dimensi Waktu dari Efektivitas (Modifikasi dari David A. Nadler dalam Thoha, 1999; Gibson, 1997)

Perpaduan Dokter Spesialis Mitra dan Manajemen untuk keefektifan organisasi ditinjau dari salah satu ukuran yaitu pengembangan organisasi, dilihat dari perilaku: tanggapan dokter spesialis mitra dan tanggapan manajemen. Dalam penelitian ini penulis berupaya mencari salah satu komponen sistem pelayanan rawat jalan yang dapat diterima oleh manajemen rumah sakit dan sesuai dengan kebutuhan dokter spesialis mitra. Sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis yang

sudah berjalan ditanyakan kepada para dokter spesialis mitra tentang sudahkah sesuai dengan harapan dan kebutuhan dokter spesialis mitra. Selanjutnya dipadukan dengan tanggapan manajemen dikembangkan menjadi usulan komponen-komponen sistem pengembangan praktik dokter spesialis yang diharapkan. Dalam hal tanggapan dokter spesialis mitra dan tanggapan manajemen, secara spesifik akan diteliti dengan kerangka teori yang ketiga. Lihat Gambar 2.12 berikut.

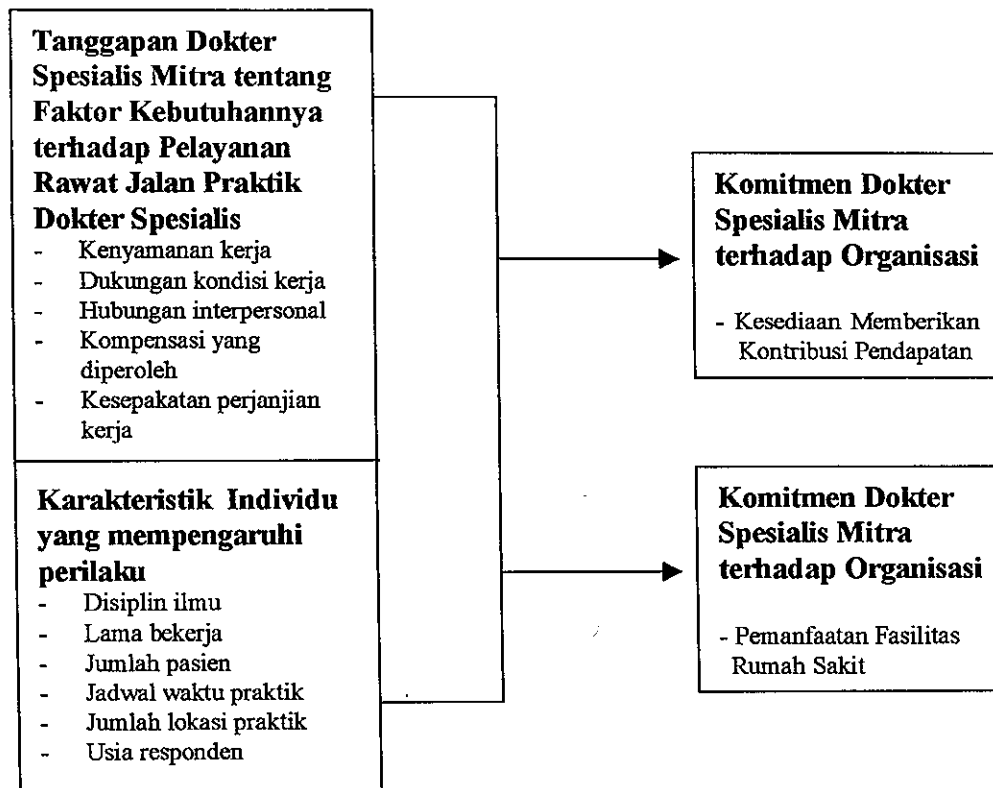


Gambar 2.12. Kerangka Teori Penelitian

(Modifikasi dari Teori Model Perilaku Organisasi dari Gibson, 1997, Teori Precede dan Proceed dari Green, 1991, Teori Kebutuhan dari Stoner, 2001, dan Teori Faktor Kepuasan dari Gilmer dalam As'ad, 1995).

2.10. KERANGKA KONSEP

Berdasarkan teori-teori yang sudah disebutkan di depan serta berlandaskan penelitian yang telah dilakukan terdahulu tentang pelayanan rawat jalan, maka kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai disajikan dalam Gambar 2.13 berikut:



Gambar 2.13. Kerangka Konsep Penelitian Tanggapan Faktor Kebutuhan Dokter Spesialis Mitra terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis

Modifikasi dari Teori Model Perilaku Organisasi (Gibson, 1997), Teori Precede dan Proceed (Green, 1991), Teori Kebutuhan (Stoner, 2001), dan Teori Faktor Kepuasan (Gilmer dalam As'ad, 1995)

2.11. HIPOTESIS

1. Ada pengaruh dari kenyamanan kerja, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang didapatkan dan kesepakatan perjanjian kerja secara bersama-sama terhadap kesediaan memberikan kontribusi pendapatan praktik dokter spesialis oleh dokter spesialis mitra.
2. Ada pengaruh dari kenyamanan kerja, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang didapatkan dan kesepakatan perjanjian kerja secara bersama-sama terhadap komitmen dalam pemanfaatan fasilitas rumah sakit oleh dokter spesialis mitra.
3. Ada pengaruh dari karakteristik individu yang meliputi disiplin ilmu, lama bekerja, jumlah pasien, jadwal waktu praktik, jumlah lokasi praktik, usia responden secara bersama-sama terhadap kesediaan memberikan kontribusi dan komitmen dalam pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian survai, yaitu menguraikan faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra yang berhubungan dan berpengaruh terhadap kontribusi dan pemanfaatan fasilitas pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis saat ini untuk pengembangan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis yang akan datang. Selain itu penelitian ini menguraikan kebutuhan manajemen rumah sakit untuk dipadukan dengan kebutuhan dokter spesialis mitra. Dengan penelitian survai dijalankan transformasi komponen informasi ilmiah mulai dari teori, hipotesis, observasi, generalisasi empiris hingga ke pengujian hipotesis untuk mengetahui status hipotesis terjadi penerimaan atau penolakan hipotesis (Wallace, dalam Singarimbun, 1995).

Pengumpulan terhadap data variabel – variabel kebutuhan dokter spesialis mitra di deskripsikan secara kuantitatif dan kualitatif (Sugiyono, 1997; Nawawi dan Martini, 1995;), sedangkan terhadap data manajemen dideskripsikan secara kualitatif berdasarkan wawancara mendalam (Nawawi, 1995). Selanjutnya dilakukan analisis metode kuantitatif untuk mengetahui korelasi karakteristik dokter spesialis mitra dengan komitmen terhadap organisasi, korelasi antara masing-masing faktor kebutuhan dokter spesialis mitra dengan komitmen terhadap organisasi dan mengetahui faktor-faktor kebutuhan yang paling berpengaruh terhadap dokter spesialis mitra dalam memberikan kontribusi pendapatan dan memanfaatkan fasilitas Rumah Sakit Telogorejo Semarang. Untuk memperbesar manfaat penelitian,

dilakukan analisis secara kualitatif tentang tanggapan manajemen (Gumesson, 1991; Brannen, 1999).

Pendekatan dalam pengumpulan data secara *cross sectional* dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai pengumpul data yang pokok dan wawancara mendalam untuk menggambarkan keadaan saat penelitian.

3.2. MATERI PENELITIAN

3.2.1. Obyek penelitian (unit analisis) dari penelitian ini adalah dokter spesialis mitra dengan faktor - faktor kebutuhan dokter spesialis mitra pada pelayanan rawat jalan serta pendapat manajemen tentang sistem pelayanan rawat jalan. Faktor – faktor tersebut dicari hubungan dan pengaruhnya terhadap peningkatan kontribusi dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit untuk dianalisis bagaimana pengembangan sistem rawat jalan Rumah Sakit Telogorejo di masa depan.

3.2.2. Subyek penelitian yaitu dokter spesialis mitra. Untuk menganalisis pelayanan rawat jalan yang diharapkan oleh dokter spesialis mitra, maka materi yang diteliti terlebih dahulu adalah tanggapan dokter spesialis mitra terhadap kebutuhan pelayanan rawat jalan dan faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra yang berhubungan dan berpengaruh terhadap kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Hasil analisis tersebut digunakan sebagai materi untuk menggali tanggapan manajemen rumah sakit atas kebutuhan dokter spesialis mitra terhadap pelayanan rawat jalan. Selanjutnya hasilnya dianalisis untuk memperoleh sistem pelayanan rawat jalan yang diinginkan bersama. pengolahan kuesioner terstruktur dan wawancara mendalam dipergunakan demi memperdalam analisis sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis untuk direkomendasikan

kepada manajemen Rumah Sakit Telogorejo. Subyek berikutnya diambil dari personil manajemen pengambil keputusan Rumah Sakit Telogorejo untuk memperoleh tanggapan atas hasil temuan dari penelitian pertama tentang faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra terhadap pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis.

Sumber informasi lain berupa data sekunder, yaitu laporan tahunan rumah sakit sebagai data latar belakang, surat keputusan tentang perjanjian kerjasama dokter mitra spesialis rumah sakit Telogorejo, *lay out* pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis menyangkut fisik, alur pelayanan, prosedur dan sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis berkaitan dengan rekam medis, penunjang diagnostik dan keperawatan. Data sekunder tersebut digunakan dasar penyusunan alat pengumpulan data dan analisis pengembangan sistem pelayanan rawat jalan.

3.2.3. Populasi dalam penelitian ini adalah semua dokter spesialis mitra dengan kriteria bukan dokter spesialis tetap ataupun merangkap sebagai dokter spesialis tetap, atau bukan dokter spesialis mitra yang hanya menjalankan praktik rawat inap akan tetapi yang berpraktik di lantai III Graha Rawat Jalan Rumah Sakit Telogorejo, yang sudah menjalani praktik dokter spesialis minimal satu tahun. Didapatkan 90 orang dokter spesialis mitra yang ditetapkan sebagai populasi dan sampel penelitian tahap pertama agar semua dokter spesialis mitra punya kesempatan yang sama dan terwakili. Kriteria eksklusi ditetapkan berdasarkan hasil analisis univariat yaitu apabila pada analisis tendensi sentral terdapat nilai ekstrem pemanfaatan fasilitas rumah sakit yang terlalu besar atau tidak ada pemanfaatan fasilitas rumah sakit, serta alasan dokter spesialis mitra menolak untuk ikut

berpartisipasi dalam penelitian, didapatkan 76 dokter spesialis mitra sebagai unit pengamatan. Sedangkan dari manajemen diambil tujuh manajer pengambil keputusan yang menduduki posisi manajemen puncak, yaitu Direktur Utama, Wakil Direktur Utama, Direktur Pelayanan Umum, Direktur Penunjang Medik, Kepala Biro Direksi Keuangan dan Akuntansi, Kepala Biro Direksi SDM dan Pengembangan, dan Ketua Satuan Pengawasan Intern masing – masing 1 orang untuk penelitian tahap berikutnya dengan wawancara mendalam.

3.3. VARIABEL PENELITIAN DAN SKALA PENGUKURAN

3.3.1. Variabel Independen adalah kenyamanan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang didapatkan, dan kesepakatan perjanjian kerja, serta karakteristik individu (yang meliputi disiplin ilmu, lama bekerja, jumlah pasien, jadwal waktu praktik, jumlah lokasi praktik, usia responden).

3.3.2. Variabel Dependen adalah kesediaan memberikan kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

3.3.3 Skala pengukuran untuk mengukur sikap dokter spesialis mitra terhadap pelayanan rawat jalan yang dibutuhkannya, peneliti menggunakan skala Likert dalam menilai tanggapan dokter spesialis mitra terhadap faktor-faktor kebutuhan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis (dengan menggunakan skor tertinggi 5 untuk pernyataan sangat setuju, 4 untuk setuju, 3 untuk kurang setuju, 2 untuk tidak setuju, dan skor terendah 1 untuk pernyataan sangat tidak setuju), yang memungkinkan dokter spesialis mitra menyampaikan tingkat pendapat mereka mengenai sistem pelayanan

rawat jalan yang diterimanya untuk lebih mendekati keadaan yang sebenarnya.

Penilaian sikap dokter spesialis pada masing-masing variabel dilakukan berdasarkan skor total dari standar nilai seluruh jawaban untuk perhitungan metode kuantitatif dengan statistik. Sedangkan untuk analisis data deskriptif tentang penilaian sikap dokter spesialis mitra terhadap faktor kebutuhan akan kenyamanan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang didapatkan, serta kesepakatan perjanjian kerja pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis pada masing-masing skala didasarkan pada skor total untuk masing-masing kategori dari jawaban untuk tiap pertanyaan variabel yang diberikan pada kuesioner.

Sebagai penentu skor tiap skala digunakan perhitungan lebar kelas interval dari banyaknya sub variabel dikalikan skor nilai tertinggi, atau dengan rumus kelas interval:

$$C = \frac{X_n - X_i}{K}, \text{ dengan pengertian:}$$

C = besar kelas (lebar kelas interval)

X_n = nilai observasi terbesar

X_i = nilai observasi terkecil

K = jumlah kelas interval (Supranto, 1997)

3.4. DEFINISI OPERASIONAL

Dokter Spesialis Mitra, yang dimaksud dalam penelitian ini adalah	Dokter ahli dengan jenjang keahlian dokter fungsional setara S2 ke atas dari berbagai disiplin ilmu yang menjalankan praktik dokter spesialis maupun sub spesialis rawat jalan di lantai III Graha Rawat Jalan dan bukan sebagai tenaga tetap di Rumah Sakit Telogorejo.
Tanggapan Dokter Spesialis Mitra tentang faktor-faktor Kebutuhan terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis, yang dimaksud dalam penelitian ini adalah	Pernyataan sikap responden untuk dapat terpenuhinya motif-motif kepuasan kerja dalam menjalankan praktik rawat jalan praktik dokter spesialis mitra di Rumah Sakit Telogorejo, meliputi kenyamanan kerja, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang didapatkan, kesepakatan perjanjian kerja antara manajemen rumah sakit dengan dokter spesialis mitra yang menjalankan praktik rawat jalan.
Komitmen Dokter Spesialis Mitra terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis, yang dimaksud dalam penelitian ini adalah	Pernyataan afektif dokter spesialis mitra yang menunjukkan sikap kerja dalam partisipasinya ikut berperan serta dalam pengembangan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis dengan kesediaan memberikan kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit yang dalam penelitian ini diukur dari jumlah pasien yang memanfaatkan fasilitas penunjang laboratorium, radiologi, Ct Scan, USG, echocardiografi, instalasi farmasi, rawat inap selama 12 bulan periode Mei 2001 sampai April 2002.

Variabel Independen	Definisi Operasional
Sikap terhadap kenyamanan kerja	Pernyataan sikap dokter spesialis mitra tentang kondisi ruang praktik dan lingkungannya yang menciptakan rasa nyaman saat menjalankan praktik dokter spesialis, meliputi: kebersihan ruang praktik, ketenangan suasana, kesejukan ruangan, kerapian penataan ruangan, jaminan keamanan barang, kenyamanan ruang tunggu, serta kemudahan mendapat tempat parkir. Diukur dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Skala pengukuran: Ordinal Standar nilai: Sangat setuju, Setuju, Kurang setuju, Tidak setuju, Sangat tidak setuju. Terdapat 7 pertanyaan dari sikap terhadap kenyamanan kerja dengan nilai maksimum 30, nilai minimum 18. Dalam pembahasan dengan analisis data diskriptif, skor untuk masing-masing kategori sebagai berikut: Sangat setuju : skor ≥ 30 Setuju : skor 27 – 29 Kurang setuju : skor 24 – 26 Tidak setuju : skor 21 – 23 Sangat tidak setuju : skor 18 – 20
Sikap terhadap dukungan kondisi kerja	Pernyataan sikap dokter spesialis mitra tentang tersedianya sarana fisik berupa peralatan medis dan penunjang medis serta sarana non fisik sebagai dukungan kerja dalam menjalankan praktik dokter spesialis. Dukungan kerja berupa sarana fisik, meliputi: kesiapan ruang praktik, tersedianya peralatan medis dan penunjang medis, tersedianya obat-obatan dan peralatan sesuai kebutuhan,

	tersedianya ruang untuk berdiskusi dan istirahat. Sedangkan dukungan kerja non fisik, meliputi: tersedianya perawat, ketrampilan perawat yang memadai, disiplin kerja perawat, adanya sistem perjanjian waktu pemeriksaan, kecepatan dan kemudahan pelayanan administrasi dan kasir, kemudahan alur pelayanan ke bagian penunjang instalasi farmasi, laboratorium, radiologi dan rawat inap, ketersediaan informasi perkembangan klinik serta kejelasan informasi tentang perkembangan klinik. Diukur dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Skala Pengukuran: Ordinal Standar nilai: Sangat setuju, Setuju, Kurang setuju, Tidak setuju, Sangat tidak setuju Terdapat 20 pertanyaan dari sikap terhadap dukungan kondisi kerja dengan nilai maksimum 82, nilai minimum 54. Dalam pembahasan dengan analisis data diskriptif, skor untuk masing-masing kategori sebagai berikut: Sangat setuju : skor ≥ 82 Setuju : skor 75 – 81 Kurang setuju : skor 68 – 74 Tidak setuju : skor 61 – 67 Sangat tidak setuju : 54 – 60
--	--

Sikap terhadap hubungan interpersonal	Pernyataan sikap dokter spesialis mitra tentang jalur komunikasi hubungan antar individu yang mendukung jalannya praktik dokter spesialis meliputi kerjasama antar dokter spesialis dalam sistem rujukan pasien dan mematuhi ketepatan waktu praktik, adanya komunikasi serta tanggapan yang cepat dari pihak manajemen dalam memberikan dukungan praktik dokter spesialis, serta kerjasama yang baik antara dokter spesialis dengan perawat Diukur dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Skala Pengukuran: Ordinal Standar nilai: Sangat setuju, Setuju, Kurang setuju, Tidak setuju, Sangat tidak setuju Terdapat 11 pertanyaan dari sikap terhadap hubungan interpersonal dengan nilai maksimum 47, nilai minimum 27. Dalam pembahasan dengan analisis data diskriptif, skor untuk masing-masing kategori sebagai berikut: Sangat setuju : skor ≥ 47 Setuju : skor 42 – 46 Kurang setuju : skor 37 – 41 Tidak setuju : skor 32 – 36 Sangat tidak setuju : skor 27 – 31
Sikap terhadap kompensasi yang didapatkan	Pernyataan dokter spesialis mitra tentang terpenuhinya kebutuhan finansial dan non finansial yang memadai dari praktik klinik spesialis, meliputi: ikut dilibatkan dalam keputusan menyangkut medis yang meliputi pemenuhan kebutuhan peralatan, kebutuhan pelayanan, aktualisasi diri berupa adanya rasa dihargai dan pengakuan atas keberhasilan kerja. Diukur dengan kuesioner dan wawancara mendalam.

	Skala pengukuran: Ordinal Standar nilai: Sangat setuju, Setuju, Kurang setuju, Tidak setuju, Sangat tidak setuju. Terdapat 12 pertanyaan dari sikap terhadap kompensasi yang didapatkan dengan nilai maksimum 65, nilai minimum 35. Dalam pembahasan dengan analisis data diskriptif, skor untuk masing-masing kategori sebagai berikut: Sangat setuju : skor ≥ 65 Setuju : skor 60 – 64 Kurang setuju : skor 55 – 59 Tidak setuju : skor 50 – 54 Sangat tidak setuju : 35 – 49
Sikap terhadap kesepakatan perjanjian kerja	Pernyataan sikap dokter spesialis mitra terhadap kesepakatan perjanjian kerja antara dokter spesialis mitra dengan manajemen RS Telogorejo yang dituangkan dalam butir-butir perjanjian kerjasama no 26/DIR/PKS/K/2001, meliputi: kejelasan isi perjanjian, komitmen dokter spesialis mitra berupa kewajiban pemanfaatan penunjang diagnostik, farmasi serta tanggung jawab dalam perawatan pasien, ketepatan waktu kedatangan dokter, berpartisipasi dalam kegiatan SMF dan komitmen dari pihak manajemen berupa penyediaan sarana dan prasarana, pengelolaan rekam medik, penyediaan jaminan kesehatan, sistem pembayaran jasa, sistem evaluasi yang dijalankan secara periodik. Diukur dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Skala pengukuran: Ordinal Standar nilai: Sangat setuju, Setuju, Kurang setuju, Tidak setuju, Sangat tidak setuju.

	Terdapat 14 pertanyaan dari sikap terhadap hubungan interpersonal dengan nilai maksimum 55, nilai minimum 39. Dalam pembahasan dengan analisis data diskriptif, skor untuk masing-masing kategori sebagai berikut: Sangat setuju : skor ≥ 55 Setuju : skor 51 – 54 Kurang setuju : skor 47 – 50 Tidak setuju : skor 43 – 46 Sangat tidak setuju : skor 39 – 42
Variabel Dependen	Definisi Operasionil
Kesediaan memberikan kontribusi pendapatan	Pernyataan afektif dokter spesialis mitra yang menunjukkan sikap kerja dalam partisipasinya ikut berperan serta dalam pengembangan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis dengan ukuran kesediaan memberikan dukungan kontribusi 10-15% dari pendapatan per bulannya bagi kelangsungan pengembangan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis. Diukur dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Skala pengukuran: nominal Kriteria: 0. Tidak mendukung, untuk standar nilai: Sangat Tidak Setuju (1), Tidak Setuju (2), Kurang Setuju (3) 1. Mendukung, untuk standar nilai: Setuju (4), Sangat Setuju (5)
Pemanfaatan fasilitas rumah sakit	Perhitungan sejumlah pasien yang dikirim dokter ke fasilitas penunjang (Laboratorium, Radiologi, CT Scan, USG, Echocardiografi, Instalasi Farmasi) dan fasilitas rawat inap yang telah disediakan Rumah Sakit Telogorejo yang diukur

	dengan skala tinggi rendah untuk perhitungan nilai rata-rata dari data sekunder kegiatan per bulan selama bulan Mei 2001 sampai bulan April 2002. Diukur dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Diukur dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Skala pengukuran: nominal Kriteria: 0. Rendah atau di bawah rata-rata 1. Tinggi atau di atas rata-rata
Variabel Karakteristik Dokter Spesialis Mitra	Definisi Operasionil
Disiplin Ilmu	Jenis pendidikan spesialisasi yang ditekuni masing-masing dokter untuk menjalankan praktiknya di Praktik Dokter Spesialis, dikategorikan menjadi 2 kelompok disiplin ilmu dimana dilakukan penggabungan dari disiplin ilmu yang termasuk <i>vak</i> besar meliputi spesialis penyakit dalam, spesialis penyakit kandungan dan kebidanan, spesialis penyakit anak, spesialis bedah. Sedangkan kriteria disiplin ilmu yang termasuk <i>vak</i> kecil meliputi spesialis penyakit syaraf, spesialis penyakit mata, spesialis penyakit THT, spesialis penyakit jiwa, spesialis penyakit kulit kelamin, spesialis penyakit paru, spesialis androlog, spesialis gizi, spesialis imunologi, spesialis orthodonti, spesialis sitogenetika dan accupressure. Diukur dengan kuesioner. Skala pengukuran: nominal Kriteria: 1. <i>Vak</i> besar 2. <i>Vak</i> kecil

Lama bekerja	Kelompok bilangan tahun yang sudah dijalani dokter spesialis mitra dalam bekerja menjalankan praktik dokter spesialis pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Telogorejo. Diukur dengan kuesioner. Skala pengukuran: ordinal Kriteria: 1. 1-5 tahun 2. 6-10 tahun 3. 11-20 tahun 4. ≥ 21 tahun
Jumlah pasien	Kelompok jumlah pasien rawat jalan yang dilayani dokter spesialis mitra di praktik dokter spesialis setiap kali menjalankan praktik. Diukur dengan kuesioner. Skala pengukuran: ordinal Kriteria: 1. 1 – 10 pasien 2. 11 – 20 pasien 3. 21 – 30 pasien 4. ≥ 31 pasien
Jadwal waktu praktik	Kelompok jumlah kegiatan berpraktik dokter spesialis dalam seminggu di Rumah Sakit Telogorejo. Diukur dengan kuesioner. Skala pengukuran: ordinal Kriteria: 1. 1 kali dalam seminggu 2. 2-3 kali dalam seminggu 3. 4-6 kali dalam seminggu 4. ≥ 7 kali dalam seminggu
Jumlah lokasi	Tanggung jawab dokter spesialis mitra terhadap jumlah

praktik	lokasi praktik yang dijalankan saat diadakan penelitian. Diukur dengan kuesioner. Skala pengukuran: nominal Kriteria: 1. ≤ 2 lokasi praktik 2. ≥ 3 lokasi praktik
Usia responden	Bilangan tahun yang diperhitungkan mulai lahir sampai saat diadakan pengisian kuesioner oleh dokter spesialis mitra. Skala pengukuran: ordinal. Diukur dengan kuesioner. Kriteria: 1. < 40 tahun 2. 41 – 50 tahun 3. 51 – 60 tahun 4. ≥ 61 tahun

3.5. PENGUMPULAN DATA

Data primer berupa tanggapan sikap dokter spesialis mitra terhadap faktor-faktor kebutuhan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis saat penelitian dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur yang dijalankan oleh peneliti bersama petugas terlatih. Sedangkan data tentang penggunaan fasilitas rumah sakit diperoleh dengan cara pengumpulan data sekunder.

Selanjutnya berdasarkan analisis data kuantitatif didapatkan faktor-faktor kebutuhan yang paling berpengaruh. Dan data yang didapatkan dipergunakan sebagai faktor yang perlu mendapat penekanan dalam wawancara mendalam dengan manajemen tentang kebutuhan terhadap sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis. Hasil dari pengumpulan data selanjutnya di edit, diklasifikasikan dan

dianalisis dengan berpedoman pada teori perilaku organisasi, teori perilaku pendidikan kesehatan dipadukan dengan teori organisasi pelayanan rawat jalan, serta pendapat para ahli.

3.6. ALAT PENELITIAN

3.6.1. Data Kuantitatif

Untuk memperoleh data tentang tanggapan sikap dokter spesialis mitra terhadap faktor-faktor kebutuhan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis digunakan instrumen berupa kuesioner terstruktur. Kuesioner yang dipergunakan berlandaskan panduan Malcolm Balridge Award Criteria (Bernadine dan Russel, 1993) mengenai manajemen sumber daya manusia, keterlibatan karyawan, pengukuran penghargaan dan kinerja karyawan, kualitas pendidikan dan pelatihan serta harapan karyawan. Modifikasi disesuaikan dengan variabel yang peneliti gunakan, di mana modifikasi dari kuesioner sudah pernah diuji validitas dan reliabilitas dalam penelitian Kusba (1997) untuk menilai komitmen, kepuasan, dan perilaku kerja dokter spesialis dan Lahida (1999) untuk menilai persepsi sistem kompensasi non moneter dokter spesialis tamu. Adapun variabel-variabel yang dikembangkan dalam kuesioner penelitian ini sesuai dengan kondisi di Rumah Sakit Telogorejo adalah tanggapan dokter spesialis mitra tentang kebutuhan terhadap pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis, yang meliputi kenyamanan yang diperoleh di dalam pekerjaan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang didapatkan, dan kesepakatan perjanjian kerja selama ini.

Sistematika kuesioner terstruktur terdiri dari dua bagian;

1. Daftar pertanyaan identitas responden untuk mengetahui karakteristik responden, yang meliputi disiplin ilmu, lama bekerja, jumlah pasien, jadwal waktu praktik, jumlah lokasi praktik, serta usia responden
2. Daftar pertanyaan untuk mengukur sikap dokter spesialis mitra terhadap faktor-faktor kebutuhan pelayanan rawat jalan yang berpengaruh pada komitmen kepada organisasi yang meliputi kenyamanan kerja, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang didapatkan, dan kesepakatan perjanjian kerja antara manajemen rumah sakit dengan dokter spesialis mitra yang menjalankan praktik rawat jalan. Kuesioner terbagi dua berupa kuesioner terbuka dan kuesioner tertutup:
 - a. Kuesioner terbuka terdiri dari 1 pertanyaan untuk masing-masing variabel,
 - b. Kuesioner tertutup dengan 64 pertanyaan dimana untuk variabel kenyamanan terdiri dari 7 pertanyaan yang meliputi 4 pertanyaan kenyamanan ruang praktik, 1 pertanyaan kenyamanan ruang tunggu, 1 pertanyaan keamanan, dan 1 pertanyaan fasilitas parkir; variabel dukungan kondisi kerja yang meliputi 6 pertanyaan untuk dukungan kondisi fisik dan 14 pertanyaan untuk dukungan kondisi non fisik; variabel hubungan interpersonal terdiri dari 11 pertanyaan yang meliputi 2 pertanyaan hubungan antar dokter spesialis, 4 pertanyaan hubungan dengan manajemen, dan 5 pertanyaan hubungan dengan staf; variabel pemenuhan kompensasi terdiri dari 12 pertanyaan yang meliputi 4 pertanyaan kompensasi finansial dan 8 pertanyaan kompensasi non finansial; variabel kesepakatan perjanjian kerja terdiri dari 14 pertanyaan yang meliputi 10 pertanyaan pemenuhan

perjanjian kerja, 3 pertanyaan pengelolaan rekam medik, dan 1 pertanyaan kesediaan memberikan kontribusi pendapatan.

Daftar pertanyaan untuk mengukur sikap dokter spesialis mitra terhadap komitmen kepada organisasi berupa kesediaan memberikan kontribusi pendapatan ditanyakan dengan menggabungkan dalam pertanyaan kelompok kedua di atas, yang selanjutnya analisis pembahasannya dipisahkan.

3.6.2. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Uji coba alat ukur yang digunakan untuk penelitian ini dilakukan dengan uji validitas dan uji reliabilitas kuesioner penelitian pada dokter spesialis yang mempunyai kriteria sama dengan dokter spesialis mitra sebanyak 21 orang (Notoatmodjo, 1993), yang bukan bagian dari responden penelitian yaitu 11 dokter spesialis di Rumah Sakit Pantiwilasa Citarum dan 10 dokter spesialis di Rumah Sakit Telogorejo.

Uji coba validitas (untuk melihat apakah alat ukur yang dipakai dapat mengukur dengan cermat dan tepat) menggunakan uji korelasi *pearson product moment*. Uji ini akan mengkorelasikan antara skor yang diperoleh masing-masing pertanyaan dengan skor total. Angka korelasi tiap pertanyaan dibandingkan dengan taraf signifikansi dalam tabel. Dikatakan valid apabila angka korelasi di atas taraf signifikansi dalam tabel.

Adapun rumus korelasi *pearson product moment* yang digunakan, sebagai berikut:

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Dengan pengertian:

- r = koefisien validitas
- X = skor subyek pada pertanyaan nomor 1
- Y = skor total subyek
- XY = skor pernyataan nomor 1 dikalikan skor total
- N = banyaknya subyek

Sedangkan uji reliabilitas, untuk melihat apakah alat ukur yang dipakai konsisten, dilakukan terhadap alat ukur (kuesioner) yang telah teruji valid. Indeks reliabel dalam penelitian ini menggunakan pengukuran dengan teknik *Scale*. Apabila hasil uji validitas dan reliabilitas alat ukur memiliki hasil validitas dan reliabilitas yang tinggi, maka instrumen dapat digunakan dalam penelitian ini. (Arikunto, 1998) Apabila diperlukan dilakukan perbaikan kalimat dengan penekanan pada penelitian sikap dan perubahan kata-kata.

Dalam penelitian ini uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan menggunakan bantuan program SPSS Window. Adapun interpretasi uji validitas diketahui dengan membandingkan angka korelasi (r) hasil perhitungan dengan r tabel. Dikatakan valid apabila r hasil perhitungan lebih besar dari r tabel.

Setelah terbukti alat ukur tersebut valid maka baru dapat dilakukan uji reliabilitas dengan cara yang sama dengan uji validitas namun interpretasi hasil pengujian diketahui dengan membandingkan angka r alpha dengan r tabel. Dikatakan reliabel apabila r alpha lebih besar dari r tabel.

Didapatkan bahwa uji validitas untuk variabel faktor kebutuhan dokter spesialis mitra sub variabel kenyamanan dan sub variabel kompensasi seluruh pertanyaan valid dengan nilai r hitung $> r$ tabel (0,2914 pada derajat bebas $n-2=19$). Selanjutnya dapat langsung diketahui uji reliabilitas pada sub variabel ini dengan nilai r alpha hitung (0.8926) $> r$ tabel (0,2914) menunjukkan pertanyaan

pada sub variabel kenyamanan dan sub variabel kompensasi adalah reliabel. Sedangkan sub variabel dukungan kondisi kerja ditemukan 2 pertanyaan yang tidak valid, dan sub variabel hubungan interpersonal ada 1 pertanyaan yang tidak valid serta sub variabel kesepakatan perjanjian kerja mempunyai 1 pertanyaan yang tidak valid dengan nilai r hitung $< r$ tabel (0,2914) selanjutnya dilakukan uji validitas ulang dengan mengeluarkan pertanyaan yang tidak valid tersebut. Didapatkan valid dengan nilai r hitung pada tiap pertanyaan sub variabel dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal dan kesepakatan perjanjian kerja $> r$ tabel, kecuali pertanyaan yang sudah tidak diikuti dalam instrumen yang berlaku.

Dua pertanyaan sub variabel dukungan kondisi kerja nomor 4 dan 12 tentang sistem pendaftaran pasien tanpa perjanjian waktu kerja dan sistem perjanjian dengan waktu pemeriksaan / *by appointment* dengan koefisien korelasi masing-masing $r = -0,5401$ dan $r = 0,2228$, 1 pertanyaan sub variabel hubungan interpersonal nomor 11 tentang kehadiran direksi di acara undangan pribadi dengan koefisien korelasi $r = -0,0014$ serta 1 pertanyaan sub variabel kesepakatan perjanjian kerja nomor 8 tentang tidak perlu pengelolaan catatan medik poliklinik spesialis oleh rumah sakit dengan koefisien korelasi $r = 0,0282$, dikeluarkan dari daftar pertanyaan instrument penelitian karena tidak valid dan ditinjau secara keseluruhan tidak merubah makna penelitian

Hasil uji reliabilitas untuk semua pertanyaan yang telah valid dengan mengeluarkan pertanyaan yang tidak valid di atas dapat diketahui dengan nilai r alpha hasil perhitungan berkisar antara $0.8-0.9 > r$ tabel (0,2914), berarti reliabel dalam arti konsistensi kuesioner baik. Secara terperinci dapat digambarkan sebagai

berikut:

Tabel 3.1. Data Reliabilitas Kuesioner Faktor Kebutuhan Dokter Spesialis Mitra terhadap Pelayanan Rawat Jalan dengan Menggunakan Perhitungan Koefisien Alpha

No	Variabel	α (alpha)
1	Kenyamanan	0,8926
2	Dukungan kondisi kerja	0,9075
3	Hubungan Interpersonal	0,8256
4	Kompensasi	0,8555
5	Kesepakatan perjanjian kerja	0,9317
6	Antar variabel	0,8111

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

r tabel: 0.2914

Hubungan antar variabel-variabel juga diuji, yang menunjukkan hasil uji validitas dan reliabilitas antar variabel-variabel nilai r hitung pada tiap item pertanyaan $> r$ tabel, sehingga dapat dikatakan semua variabel pada kuesioner adalah valid dan reliabel

3.6.3. Data Kualitatif

Instrumen yang dipergunakan untuk mendapatkan tanggapan dari pihak manajemen pengambil keputusan serta kebutuhannya terhadap pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis adalah pedoman wawancara. Materi pedoman wawancara dikembangkan berdasarkan analisis kuantitatif untuk mendapatkan apa yang dicari bagi tujuan penelitian ini. Pedoman pertanyaan dikonsultasikan kepada ahlinya untuk kesesuaian terhadap model pertanyaan dan substansi keilmuan dalam hal ini manajemen rumah sakit.

3.7. JALANNYA PENELITIAN

Tahap pertama: Melaksanakan uji coba kuesioner dengan melakukan analisis validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian terhadap 21 dokter spesialis mitra dari rumah sakit lain yang setara.

Tahap kedua: Pengumpulan data primer dengan mengidentifikasi tanggapan kebutuhan dokter spesialis mitra sebagai komponen organisasi terhadap sistem Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis. Penelitian dilakukan terhadap 90 dokter spesialis mitra Rumah Sakit Telogorejo sesuai kriteria sebagai responden dengan kuesioner terstruktur. Pada tahap ini, penulis dan asisten terlatih menemui responden satu persatu pada saat jam praktik dokter spesialis yang bersangkutan untuk meminta kesediaan responden dan mendampingi responden dalam pengisian kuesioner terstruktur tentang tanggapan terhadap pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis Rumah Sakit Telogorejo saat penelitian ini. Hasil kuesioner ditabulasi dan dianalisis sementara untuk mendapatkan data yang sekiranya perlu mendapat pemahaman lebih lanjut dalam wawancara mendalam. Pengumpulan data sekunder dilaksanakan dengan melakukan rekapitulasi data kegiatan dokter spesialis mitra ke bagian rawat inap maupun bagian penunjang diagnostik. Selanjutnya dilakukan analisis data kuantitatif.

Tahap ketiga: Pengumpulan data kualitatif sekunder didapatkan dari wawancara mendalam dengan pihak manajemen pengambil keputusan sebanyak 7 orang untuk identifikasi dan eksplorasi tanggapan manajemen terhadap pengembangan sistem Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis di Rumah Sakit Telogorejo berdasarkan: 1) Harapan dan kebutuhan manajemen secara riil berdasarkan visi, misi dan tujuan organisasi, 2) Hasil analisis data kuantitatif yang menunjukkan faktor kebutuhan dokter spesialis mitra yang paling berpengaruh terhadap pelayanan rawat jalan. Selanjutnya dilakukan analisis data kualitatif

Tahap keempat: berdasarkan hasil-hasil tahap pertama, kedua, dan ketiga, penulis memadukan data-data dan pendapat yang diperoleh sebagai rangkuman usulan sistem Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis sesuai harapan dokter spesialis mitra dan pihak manajemen pembuat keputusan Rumah Sakit Telogorejo. Tahap pengolahan dan analisis data itu dilakukan berdasarkan perpaduan tahap-tahap pertama, kedua, ketiga dan keempat. Penulis mengolah data yang terkumpul untuk editing dan selanjutnya dilakukan analisis sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis Rumah Sakit Telogorejo berdasarkan data kuantitatif dan kualitatif.

Tahap kelima: Laporan penelitian disusun dengan menggunakan sistematika penulisan tesis sesuai dengan pedoman penulisan tesis Program Pasca Sarjana UNDIP Semarang, yang disusul dengan presentasinya.

3.8. ANALISIS DATA

3.8.1 ANALISIS DATA KUANTITATIF

Pada penelitian ini, penulis melakukan analisis secara bertingkat dimulai dari:

- a. *Analisis Univariat* dilakukan pada setiap variabel yang terdapat pada instrumen penelitian yang meliputi karakteristik responden, variabel independen dan variabel dependen. Dengan perhitungan berupa distribusi tabel frekuensi berdasar semua variabel, ukuran tendensi sentral, penghitungan rerata, proporsi, presentase serta pembahasan tentang kondisi karakteristik responden yang meliputi disiplin ilmu, lama bekerja, jumlah pasien setiap kali praktik, jadwal berpraktik dalam seminggu, usia responden dan jumlah lokasi praktik; variabel independen dengan skala ordinal untuk mendapatkan tingkat kenyamanan kerja, ada tidaknya dukungan kondisi kerja, ada tidaknya hubungan interpersonal, terpenuhinya kompensasi finansial dan

non finansial yang didapatkan, serta sesuai tidaknya kesepakatan perjanjian kerja dalam hubungan kerja antara dokter spesialis mitra dengan rumah sakit; variabel dependen dengan skala nominal yang meliputi kesediaan memberikan kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

b. *Analisis Bivariat* untuk analisis data dua variabel bertujuan mencari kemaknaan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen untuk masing-masing data variabel dengan *cross tab*. Hubungan antara variabel independen dengan skala ordinal terhadap variabel dependen berskala nominal dianalisis dengan uji Chi Square untuk mendapatkan hubungan bermakna. Begitu juga uji Chi Square untuk mencari kemaknaan hubungan antara variabel karakter responden berskala ordinal/nominal terhadap variabel dependen berskala nominal. Selanjutnya Variabel karakteristik responden dan variabel independen yang mempunyai hubungan bermakna dengan variabel dependen dimasukkan dalam Analisis Multivariat, sedangkan variabel yang tidak bermakna dalam hubungan tersebut tidak akan digunakan untuk memasuki Analisis Multivariat.

c. *Analisis Multivariat* untuk data lebih dari dua variabel dilakukan untuk mencari pengaruh masing-masing variabel independen secara bersama sama terhadap variabel dependen serta mencari manakah variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen dengan uji analisis regresi logistik.

Analisis Regresi Logistik merupakan analisis yang dipergunakan untuk menguji variabel yang diukur dengan skala biner (dikotomi = nominal) untuk menganalisis hubungan, sekaligus mengontrol pengaruh sejumlah faktor dan menemukan model regresi yang paling sesuai (Murti, 1997). Adapun tujuan analisis ini adalah

memprediksi besar variabel dependen yang berupa variabel biner dengan menggunakan data variabel yang sudah diketahui besarnya serta mengukur hubungan antara variabel independen dan dependen setelah mengontrol pengaruh independen lainnya (Santoso, 2001). Variabel biner dalam hal ini data nominal dikotomi dari kesediaan memberikan kontribusi dan kesediaan pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

Adapun persamaan Model Regresi Logistik, sebagai berikut

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

- a = konstanta
- b₁, b₂, ..., b_k = koefisien regresi variabel independen/bebas
- x₁, x₂, ..., x_k = variabel independen
- p = probabilitas terjadinya peristiwa dari variabel dependen.
- 1-p = probabilitas tidak terjadinya suatu peristiwa

Dengan menggunakan data kuesioner, variabel-variabel yang mempunyai kriteria kemaknaan statistik dimasukkan ke dalam analisis multivariat regresi logistik dengan metode forward untuk mendapatkan faktor yang berpengaruh secara signifikan dan dapat dihitung nilai estimasi parameter-parameternya

Variabel	B	SE	Wald	Df	Sig	Exp(B)
Variabel						
Constant						

- B estimasi koefisien regresi logistik
- SE nilai standar error dari koefisien regresi logistik B
- Wald nilai statistik Wald yang berdistribusi secara 'chi square' yang merupakan ukuran apakah koefisien regresi logistik B tidak sama dengan 0
- Df derajat kebebasan
- Sig hasil uji nilai signifikansi B terhadap 0 dengan statistik Wald
- Exp (B) besarnya perubahan nilai odds, bila variabel independen berubah sebesar 1 unit dengan catatan variabel lain tidak berubah.

Sebagai interpretasi hasil, analisis regresi logistik mampu untuk:

1. Menilai kelayakan model regresi

Untuk menilai apakah model regresi binary layak dipakai atau tidak untuk analisis selanjutnya diketahui dari nilai goodness of fit test yang diukur dengan nilai Chi Square pada bagian bawah uji Hosmer and Lemeshow dengan kriteria:

- Jika $p > 0,05$ H_0 diterima dan sebaliknya
- Jika $p < 0,05$ H_0 ditolak

2. Menilai Keseluruhan model

Dinilai pada angka -2 Log Likelihood. Jika ada penurunan nilai -2 Log Likelihood menunjukkan model regresi yang lebih baik.

3. Menguji Koefisien Regresi

Pada bagian akhir output terlihat bahwa variabel yang signifikan secara statistik (lihat pada angka Sig) dibandingkan dengan 0,05. Dikatakan signifikan apabila dibawah 0,05.

4. Menilai variabel independen yang paling berpengaruh dengan mengulangi sekali lagi dengan langkah yang sama namun hanya memasukkan variabel independen yang signifikan.

3.8.2. ANALISIS DATA KUALITATIF

Selanjutnya variabel-variabel yang paling berpengaruh dari hasil analisis regresi logistik multivariat dilengkapi dengan data tanggapan dokter spesialis mitra. Kemudian jenis data itu diolah untuk menjadi dasar pedoman wawancara bagi manajemen pengambil keputusan. Untuk memperoleh informasi tentang tanggapan para manajer pengambil keputusan dilakukan wawancara mendalam menyangkut

perpaduan dari kebutuhan dokter spesialis mitra yang meliputi variabel-variabel kenyamanan kerja, dukungan kondisi kerja, kompensasi yang didapatkan, hubungan interpersonal dan kesepakatan perjanjian, serta data karakteristik responden. Hasilnya di edit, di olah, dan dilakukan analisis kualitatif terhadap semua data yang terkumpul selama penelitian secara *content analysis*.

3.8.3. ANALISIS TERHADAP PELAYANAN RAWAT JALAN YANG SALING MENGUNTUNGAN BAGI DOKTER SPESIALIS MITRA DAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT SERTA ORGANISASI.

Dari hasil Analisis Kuantitatif dan Kualitatif dianalisis dengan menggunakan Teori Organisasi dan Manajemen untuk selanjutnya dirumuskan rekomendasi tentang sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis yang sesuai baik dengan kebutuhan dokter spesialis mitra maupun manajemen Rumah Sakit Telogorejo. Selanjutnya dibahas dengan menggunakan pendekatan teori *Quality Function Deployment (QFD)* yaitu dengan *House of Quality (HOQ)*. HOQ pada dasarnya matriks yang memadukan suara *customer* dengan kepentingan organisasi yang di beri bobot untuk menetapkan urutan prioritas program perbaikan yang bertumpu pada pemberian nilai tambah bagi kepuasan *customer*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN TENTANG KEBUTUHAN DOKTER SPESIALIS MITRA PADA PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS DI RUMAH SAKIT TELOGOREJO

Bagian tulisan ini menguraikan tentang hasil penelitian faktor kebutuhan dokter spesialis mitra terhadap pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis, tanggapan manajemen terhadap data yang diperoleh tersebut, serta pembahasan terhadap hasil penelitian yang memadukan analisis statistik dan analisis kualitatif untuk analisis pengembangan sistem pelayanan rawat jalan Rumah Sakit Telogorejo.

Penyajian hasil penelitian penulis awali dari gambaran umum Rumah Sakit Telogorejo, gambaran umum pelayanan rawat jalan. Selanjutnya penulis sampaikan hasil penelitian pertanyaan terstruktur, hasil distribusi frekuensi variabel penelitian yang penulis rangkai dengan tanggapan responden terhadap pertanyaan terbuka, hasil analisis statistik dengan uji bivariat dan uji multivariat serta hasil wawancara mendalam. Sedangkan tentang pembahasan, penulis uraikan di akhir bab ini.

4.1. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT TELOGOREJO SEMARANG SEBAGAI LOKASI PENELITIAN.

Rumah Sakit Telogorejo merupakan salah satu rumah sakit swasta di kota Semarang yang berada di jalan KH Ahmad Dahlan Semarang, di atas tanah seluas 9.910 m² terletak bangunan berlantai 4 seluas 20.872 m². Lokasi tersebut mudah dijangkau dari berbagai penjuru kota. Disamping letaknya yang strategis, Rumah Sakit Telogorejo memiliki beberapa keunggulan seperti bangunan yang cukup modern, fasilitas peralatan medik dan penunjang yang lengkap, mengikuti

perkembangan teknologi terbaru serta mempunyai bidang spesialisasi yang lengkap. Jenis pelayanan medisnya meliputi: Pelayanan Rawat Inap dengan 324 tempat tidur, Pelayanan Rawat Jalan yang terdiri atas Unit Gawat Darurat, Klinik Umum, Klinik Spesialis lantai II, Praktik Dokter Spesialis lantai III serta Unit Medical Check up, Pelayanan Penunjang Diagnostik dan Terapi termasuk di dalamnya Laboratorium, Radiologi dan Instalasi Farmasi. Dalam melaksanakan kegiatannya, sebagian besar kegiatan rumah sakit memberikan pelayanan perawatan 24 jam dengan dukungan dokter umum, dokter spesialis yang ahli di bidangnya baik mitra maupun purna waktu, paramedis, dan non medis.

Pengembangan pelayanan rawat jalan bertitik tolak dari perencanaan strategis Rumah Sakit Telogorejo, yang berorientasikan ke *customer* sebagai pangkal kegiatan manajemen berdasar perumusan visi dan misi rumah sakit. Visi Rumah Sakit Telogorejo adalah untuk menjadi rumah sakit yang unggul dengan pelayanan prima, reputasi medik berstandar internasional, serta mempunyai komitmen yang tinggi terhadap pasien, karyawan, dan lingkungannya. Sedangkan misinya adalah memberikan pelayanan kesehatan yang utuh dan menyeluruh dengan mengutamakan mutu dan kepuasan *customer* melalui sumber daya manusia yang profesional, berdedikasi serta mencerminkan unit yang mampu berkembang dengan memperhatikan perubahan lingkungan.

Pihak manajemen Rumah Sakit Telogorejo, dengan rencana strategi empat tahun ke depan bagi pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis, mengarah ke strategi pertumbuhan dengan menerapkan program pengembangan pelayanan medik tersier didukung sarana maupun sumber daya lain yang dimiliki. Sebagai rumah sakit

rujukan dengan strategi pilihan yang khas yaitu deferensiasi, praktik dokter spesialis diharapkan menjadi salah satu tumpuan rumah sakit, pelayanan yang mandiri, dan dapat memberikan kontribusi yang baik untuk rumah sakit. Hal ini sejalan dengan upaya pemerataan kontribusi pendapatan dari masing-masing pusat pelayanan dengan mengembangkan program-program perluasan cakupan pelayanan ke daerah pelayanan yang masih rendah cakupannya.

4.2. GAMBARAN UMUM PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS RUMAH SAKIT TELOGOREJO, SEMARANG.

Sejak tahun 1989, Rumah Sakit Telogorejo menyiapkan pelayanan rawat jalan, khususnya praktik dokter spesialis, di lantai tiga Graha Rawat Jalan. Sistem pelayanan para dokter spesialis sebagai mitra rumah sakit dengan memanfaatkan praktik dokter spesialis sebagai tempat praktik pribadi. Rumah Sakit Telogorejo menyediakan fasilitas, sarana, ruang dan peralatan medik, serta tenaga perawat yang mendampingi para dokter spesialis.

Sedangkan pengelolaan catatan medik pasien, tarip jasa maupun jadwal untuk berpraktik ditentukan sendiri oleh dokter yang bersangkutan. Para dokter spesialis tersebut tidak dikenakan beban kontribusi bagi rumah sakit dari praktiknya di lantai tiga, walaupun secara implisit diharapkan pemasukan dari pemanfaatan fasilitas penunjang yang disediakan Rumah Sakit Telogorejo.

Hal ini termuat dalam SK Dir 31/DIR/In/1999 tentang perjanjian kerjasama rumah sakit dengan dokter spesialis mitra yang melaksanakan profesinya di lingkungan Rumah Sakit Telogorejo yang berjangka waktu tiga tahun. Ketentuan khusus di pasal V diadendumkan sejak tahun 2001 bagi dokter mitra yang

memanfaatkan sarana pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis, yang mencakup antara lain dokter mitra mendapatkan kesempatan menjalankan praktik pribadi dengan disarankan memanfaatkan fasilitas yang sudah disediakan oleh rumah sakit, mendapat imbalan jasa, memberikan pelayanan medis kepada pasien karyawan dengan tidak memungut biaya, wajib melengkapi catatan medik, serta mendapat jaminan kesehatan dari pihak Yayasan Kesehatan Rumah Sakit Telogorejo. Sebaliknya pihak manajemen mendapatkan kesempatan melaksanakan manajemen pelayanan rumah sakit dengan menyediakan sarana, obat-obatan dan peralatan medis yang diperlukan dalam penanganan pasien, serta menyelenggarakan pelayanan administrasi. Evaluasi secara periodik dilaksanakan setiap tahun terhadap optimalisasi pemanfaatan sarana praktik dan tanggung jawab medik dokter spesialis untuk peninjauan ulang pemberian ijin berikutnya. Evaluasi akhir dilaksanakan 3 bulan sebelum berakhirnya jangka waktu kerjasama dengan kriteria evaluasi yang ditentukan oleh Direksi Rumah Sakit bersama dengan Komite Medik.

4.3. KARAKTERISTIK RESPONDEN DAN FAKTOR KEBUTUHANNYA

Penelitian yang dilakukan kepada 90 responden diperoleh kembali 83 kuesioner (92,23 %) dan sisanya 7 kuesioner (7,77%) tidak kembali, dengan alasan selama periode penelitian dokter spesialis tersebut cuti, tidak berkenan mengisi kuesioner karena jumlah pasien yang sedikit, dan tidak pernah hadir karena tidak punya pasien.

Kuesioner yang masuk terdapat beberapa data yang tidak diikutsertakan dalam analisis karena alasan statistik. Pada analisis tendensi sentral terdapat nilai variabel dependen pada responden yang harus dieksklusi karena tidak ada kontribusi

pemanfaatan fasilitas rumah sakit dan karena nilai kontribusi pemanfaatan fasilitas rumah sakit yang terlalu besar. Jadi dengan kriteria di atas dikeluarkan 7 responden, sehingga 76 data responden yang dianalisis.

4.3.1. KARAKTERISTIK RESPONDEN

4.3.1.1. Disiplin Ilmu Dokter Spesialis

Jenis spesialisasi dokter spesialis mitra meliputi disiplin ilmu Penyakit Dalam 25%, Penyakit Bedah 17,1%, selanjutnya Penyakit Syaraf dan Penyakit Mata masing-masing 10,5%, Penyakit Kulit Kelamin 7,9%, Penyakit Kebidanan dan Penyakit THT masing-masing 5,3%, Penyakit Anak dan Psikiatri masing-masing 3,9%, Penyakit Paru 2,6% dan masing-masing 1,3% untuk Sitogenetika, Andrologi, Accupressure, Orthodonti dan Gigi. Lihat Tabel 4.1 berikut ini.

TABEL 4.1 Karakteristik Responden Berdasar Disiplin Ilmu Dokter Spesialis yang Berpraktik di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No Jenis Spesialisasi	Jumlah Dokter	Persentase
1 Penyakit Dalam	19	25,0
2 Bedah	13	17,1
3 Penyakit Syaraf	8	10,5
4 Penyakit Mata	8	10,5
5 Penyakit Kulit dan Kelamin	6	7,9
6 Kandungan Kebidanan	4	5,3
7 Penyakit THT	4	5,3
8 Penyakit Anak	3	3,9
9 Penyakit Psikiatri	3	3,9
10 Penyakit Paru	2	2,6
11 Sitogenetika	1	1,3
12 Andrologi/Infertilitas	1	1,3
13 Acupressure	1	1,3
14 Imunologi	1	1,3
15 Orthodonti	1	1,3
16 Gigi	1	1,3

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Jenis spesialisasi tersebut dikategorikan menjadi 2 kelompok disiplin ilmu.

Dasar kategori yaitu untuk kepentingan uji statistik, skala data dikategorikan secara

dikotomi dimana dilakukan penggabungan dari disiplin ilmu yang termasuk *vak* besar dimasukkan kategori 1 sedangkan kriteria disiplin ilmu yang termasuk *vak* kecil dimasukkan ke kategori 2.

Berdasar Tabel 4.2 di bawah ini, dapat diketahui bahwa 63,2% responden yang menjalankan praktik di Praktik Dokter Spesialis berasal dari disiplin ilmu *vak* besar, yang meliputi spesialis penyakit dalam, spesialis penyakit kandungan dan kebidanan, spesialis penyakit anak, spesialis bedah. Sedangkan 36,8% responden dari disiplin ilmu *vak* kecil, yang meliputi spesialis penyakit syaraf, spesialis penyakit mata, spesialis penyakit THT, spesialis penyakit jiwa, spesialis penyakit kulit kelamin, spesialis penyakit paru, spesialis androlog, spesialis gizi, spesialis imunologi, spesialis orthodonti, spesialis sitogenetika, dan accupressure.

TABEL 4.2. Karakteristik Responden Berdasar Penggolongan Disiplin Ilmu Dokter Spesialis yang Berpraktik di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No Kategori	Frekuensi	Persentase
1 <i>Vak</i> besar	48	63,2
2 <i>Vak</i> kecil	28	36,8

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.3.1.2. Lama Bekerja

Lama Bekerja dokter spesialis mitra yang menjalankan praktik di Pelayanan Rawat Jalan terbanyak adalah pada kelompok 11-20 tahun (36,8%), 30,3% mempunyai lama kerja 6-10 tahun, 18,4% telah bekerja lebih dari atau sama dengan 21 tahun dan 14,5% baru bekerja dalam kurun waktu 1-5 tahun seperti tampak pada Tabel 4.3 di bawah ini

TABEL 4.3 Karakteristik Responden Berdasar Lama Bekerja Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No Kategori Lama Bekerja	Frekuensi	Persentase
1 1-5 tahun	11	14,5
2 6-10 tahun	23	30,3
3 11-20 tahun	28	36,8
4 ≥ 21 tahun	14	18,4

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.3.1.3. Rata-rata Jumlah Pasien

Tabel 4.4 di bawah ini memperlihatkan 80,3% dokter spesialis mitra mendapat rata-rata kunjungan pasien 1-10 pasien, 14,5% mendapat kunjungan 11-20 pasien, 3,9% mendapat kunjungan 21-30 pasien setiap kali berpraktik dan hanya 1,3% yang mendapat kunjungan ≥ 31 pasien setiap kali berpraktik.

TABEL 4.4. Karakteristik Responden Berdasar Rata-rata Jumlah Pasien Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No Kategori Jumlah Pasien	Frekuensi	Persentase
1 1-10 pasien	61	80,3
2 11-20 pasien	11	14,5
3 21-30 pasien	3	3,9
4 ≥ 31 pasien	1	1,3

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.3.1.4. Jadwal Praktik

Berdasarkan jadwal praktik dalam seminggu 50,0% dokter spesialis mitra mempunyai jadwal praktik 2-3 kali dalam seminggu, 26,3% berpraktik 4-6 kali dalam seminggu, 17,1% berpraktik 1 kali dalam seminggu dan hanya 6,6% yang berpraktik sama atau lebih dari 7 kali dalam seminggu seperti terlihat pada Tabel 4.5 berikut ini.

TABEL 4.5. Karakteristik Responden Berdasar Jadwal Praktik Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No	Kategori Jadwal Praktik	Frekuensi	Persentase
1	1 kali dalam seminggu	13	17,1
2	2-3 kali dalam seminggu	38	50,0
3	4-6 kali dalam seminggu	20	26,3
4	≥ 7 kali dalam seminggu	5	6,6

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.3.1.5. Usia Dokter Spesialis

Kelompok usia dokter spesialis mitra terbanyak berada pada kelompok usia 51- 60 tahun (51,3%), sedangkan 32,9% berusia sama atau lebih dari 61 tahun, dan hanya 15,8% berusia 41-50 tahun seperti tampak pada Tabel 4.6 di bawah ini.

TABEL 4.6. Karakteristik Responden Berdasar Usia Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No	Kategori Usia	Frekuensi	Persentase
1	41-50 tahun	12	15,8
2	51-60 tahun	39	51,3
3	≥ 61 tahun	25	32,9

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.3.1.6. Jumlah Lokasi Praktik Dokter Spesialis

Tabel 4.7 di bawah ini menunjukkan jumlah lokasi praktik dokter spesialis mitra terbanyak 39,4% dokter spesialis mitra berpraktik di 2 lokasi, 30,3% berpraktik di 1 lokasi, 21,0% berpraktik di 3 lokasi, 4 % berpraktik di 4 lokasi, dan yang hanya berpraktik di Rumah Sakit Telogorejo sebanyak 5,3% responden

TABEL 4.7. Karakteristik Responden Berdasar Jumlah Lokasi Praktik Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No	Kategori Jumlah Lokasi	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Berpraktik diluar RS	4	5,3
2	Berpraktik di 1 lokasi	23	30,3
3	Berpraktik di 2 lokasi	30	39,4
4	Berpraktik di 3 lokasi	16	21,0
5	Berpraktik di 4 lokasi	3	4,0

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Selanjutnya jumlah lokasi praktik tersebut dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 2 kelompok. Dasar kategori yaitu untuk kepentingan uji statistik, skala data dikategorikan secara dikotomi di mana dilakukan penggabungan dari kelompok yang berpraktik ≤ 2 lokasi praktik dan kelompok yang berpraktik ≥ 3 lokasi praktik.

Didapatkan ada 75 % responden menjalankan praktik Kurang dari dan sama dengan 2 lokasi, sedangkan 25% berpraktik pada lebih dari dan sama dengan tiga lokasi. Adapun yang dimaksud lokasi sesuai kuesioner penelitian adalah praktik di rumah, di klinik swasta, di rumah sakit swasta lain, atau di rumah sakit pemerintah. Lihat pada Tabel 4.8 berikut ini:

TABEL 4.8. Karakteristik Responden Berdasar Kelompok Jumlah Lokasi Praktik Dokter Spesialis Mitra di Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No	Kategori Kelompok Jumlah Lokasi	Frekuensi	Persentase
1	Berpraktik ≤ 2 lokasi	53	75,0
2	Berpraktik ≥ 3 lokasi	19	25,0

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.3.2. KEBUTUHAN DOKTER SPESIALIS MITRA TERHADAP PELAYANAN RAWAT JALAN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS

Tulisan pada bagian ini penulis susun dengan urutan pertama analisis distribusi frekuensi untuk variabel independen, yang meliputi variabel kenyamanan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi finansial dan non finansial, serta kesepakatan perjanjian kerja. Selanjutnya analisis pertanyaan terbuka untuk setiap tanggapan responden pada sub variabel penelitian dan tanggapan responden untuk hal-hal lain yang belum termasuk dalam sub variabel tetapi menurut responden perlu untuk mendukung variabel penelitian. Berikutnya adalah analisis pembahasan variabel dependen, yang meliputi kesediaan memberikan

keseluruhan pada saat ini. Namun demikian sebanyak 5,3% menanggapi dengan tidak setuju, dan 2,6% sangat tidak setuju. Lihat pada Tabel 4.10 berikut.

TABEL 4.10. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Terpenuhiya Kebutuhan Kenyamanan Secara Keseluruhan (n=76)

No	Kategori	Frekuensi	Persentase
1	Sangat tidak setuju	2	2,6
2	Tidak Setuju	4	5,3
3	Kurang Setuju	20	26,3
4	Setuju	28	36,8
5	Sangat setuju	22	28,9

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Data di atas didukung dengan informasi tambahan pada pernyataan sikap responden dengan memberikan tanggapannya pada pertanyaan terbuka.

Tanggapan tentang Variabel Kenyamanan

Pernyataan sikap tersebut secara spesifik dinyatakan oleh para responden dengan memberikan tanggapannya pada kuesioner terbuka seperti dipaparkan berikut ini. Dari 76 responden, yang memberikan tanggapan pada pertanyaan terbuka tentang kenyamanan ada 49 responden (64%) yang memberikan komentar/usulan bahkan ada yang memberi lebih dari 1 pendapat, sisanya 36% tidak memberikan komentar. Ditinjau dari masing-masing sub variabel kenyamanan, dari 49 responden terdapat 74 pendapat yang masuk, ada yang berkomentar tentang kenyamanan ruang praktik menyangkut kebersihan 2 responden dan ketenangan suasananya 4 responden, kesejukan ruangnya 13 responden, kerapian penataan ruang praktik 3 responden, fasilitas ruang tunggu 8 responden, kemudahan mendapat fasilitas parkir 16 responden. Disamping itu didapatkan masukan pula tentang hal lain di luar variabel penelitian yang dibutuhkan tentang kenyamanan, menyangkut sistem 6 responden, tersedianya makanan-minuman 8 responden, dan

kelengkapan peralatan 14 responden. Urutan komentar atau usulan terbanyak tampak pada kebutuhan fasilitas parkir 22%, dan kesejukan ruangan 18%. Lihat Tabel 4.11 berikut.

Tabel 4.11. Tanggapan mengenai Variabel Kenyamanan (n=74)

Sub Variabel kenyamanan	Pendapat yang masuk	Persentase
Fasilitas parkir	16	22
Kesejukan ruangan	13	18
Fasilitas Ruang tunggu	8	11
Ketenangan suasana	4	5
Kerapian penataan ruang	3	4
Kebersihan ruangan	2	3
Hal Lain:		
- Kelengkapan peralatan	14	18
- Makanan-minuman	8	11
- Sistem	6	7

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Sebagian besar responden menyampaikan betapa penuh dan sulitnya tempat parkir serta perlunya penambahan tempat parkir dokter, responden lain menyampaikan adanya waktu-waktu tertentu di mana parkir penuh tetapi ada juga jam-jam yang sepi parkir, beberapa responden menyarankan perbaikan dan perluasan tempat parkir. Diungkapkan tanggapan seorang responden yang dapat menjadikan peringatan bagi rumah sakit sebagai berikut

“... ruang parkir yang susah, memberi dampak angka kunjungan pasien berobat jalan menurun drastis...”

Diperoleh pula tanggapan tentang kebutuhan akan kesejukan ruangan dari sebagian besar responden yang menekankan pada masalah AC yang sudah tua, sering macet, tidak dingin, tidak bekerja dengan baik, bahkan kadang mati, serta harapan agar AC dalam kondisi harus selalu dingin dan selalu baik.

Selanjutnya tanggapan tentang kenyamanan menyangkut fasilitas ruang

tunggu terungkap dari sebagian responden tentang tidak muatnya ruang tunggu, dengan komentar seperti:

“... pasien dari teman sejawat kami menempati tempat tunggu dokter yang sedang praktik ...”

Ada pula kebutuhan akan kenyamanan ruang tunggu dengan tersedianya majalah kesehatan, suara musik yang lembut, kelancaran kipas angin dan TV, serta hilangnya gangguan kegaduhan seperti diungkapkan:

“... sering gaduh terutama waktu masih praktik ... pasien masih menunggu tapi SATPAM sudah menutup koridor di “nurse station”... pasien yang masih menunggu jadi gelisah...”

Ditambahkan pula tentang perlu dilengkapinya tulisan HARAP TENANG bagi pasien agar tidak berbicara keras-keras, tidak menggunakan *handphone* dengan suara keras tetapi hal inipun harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh petugas.

Diperoleh tanggapan tentang kebutuhan akan kebersihan dan ketenangan ruang praktik yang nyaman dari 6 pendapat yang beragam tentang (a) harapan agar suasana ruangan praktik minimal semi aseptis, (b) jumlah tempat praktik yang dirasakan kurang karena ada dokter yang harus berpindah tempat saat praktik disebabkan ruangan akan dipakai dokter lain, (c) dibutuhkannya sekat antar ruang praktik yang lebih kedap suara karena saat ini suara pasien ruang sebelah terdengar jelas, serta (d) adanya peraturan pasien dan 1 pengantar saja yang boleh masuk ruang praktik.

Tanggapan tentang kerapian penataan ruangan terungkap dari pendapat beberapa responden tentang (a) dibutuhkannya kelengkapan alat tulis ruang praktik,

(b) kelengkapan kerja seperti handuk lap tangan, tissue, *handschoen*, wastafel yang mengalir airnya, kebersihan ruangan, serta (c) penataan meja kursi.

Selain tanggapan di atas, ada 28 usulan/pendapat tentang kebutuhan lain berkaitan dengan kenyamanan yang belum termasuk dalam variabel kenyamanan, dengan menyikapi sistem pendukung kenyamanan melalui (a) kelengkapan sistem komputer data pasien, (b) kesiapan perawat pendamping, (c) sistem alur pelayanan yang cepat tanpa adanya adu argumentasi antara suster dengan pasien yang dirasa tidak perlu, (d) sistem pendaftaran bagi masing-masing dokter yang dimengerti oleh petugas perawat yang berganti-ganti, (e) pentingnya faktor keramahan dan ketelitian personil penerima pendaftaran terutama terhadap identitas pasien yang sering salah terhadap kenyamanan bekerja, dan (f) adanya sistem penerimaan telpon seperti terungkap:

“... Bunyi dering telpon bagian pendaftaran sering lama tidak ada yang mengangkat, perlu tenaga fulltime operator? ...”

Hal lain lagi menyangkut tersedianya makanan dan minuman sebagai faktor yang dibutuhkan untuk kenyamanan dalam berpraktik disampaikan oleh sebagian kecil responden dengan perlu disediakannya makanan kecil serta pilihan minuman seperti dulu. Disamping itu, terungkap pula perlunya kelengkapan peralatan sebagai salah satu variabel pendukung kenyamanan dari pernyataan sebagian responden tentang: (a) sarana disesuaikan dengan kebutuhan spesialis, (b) tidak tersedianya peralatan bantu di tempat praktik di mana saat dibutuhkan lama mencarinya, (c) perlunya tiap ruang ada kelengkapan alat periksa karena adanya pengalaman kalau sewaktu dipinjam oleh suster lain lupa mengembalikan, serta (d) perlunya kontrol alat setiap

hari. Berdasar kedua data di atas, informasi yang didapatkan saling berkaitan dan memperjelas kebutuhan kenyamanan yang diharapkan responden.

4.3.2.2. Variabel Dukungan Kondisi Kerja

Dukungan kondisi kerja (fisik) dalam arti kesiapan ruangan, tersedianya alat medis, alat non medis, obat-obat di tempat praktik, alat penunjang medis, ruang istirahat dan diskusi, oleh sebagian besar responden ($\pm 50\%$) menyetujui keadaan yang sekarang ini, sebagian responden menyatakan tidak setuju tentang sudah tersedianya obat di tempat praktik, tersedianya alat medis dan penunjang medis, serta ruang istirahat-diskusi. Hanya sebagian kecil (1,3%) responden sangat tidak setuju dengan pernyataan telah tersedianya kebutuhan alat medis. Lihat pada Tabel 4.12 di bawah ini.

TABEL 4.12. Pernyataan Mengenai Dukungan Kondisi Kerja Segi Fisik (n=76)

No	Sub Variabel	Kategori									
		STS		TS		KS		S		SS	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Kesiapan ruangan	0	0.0	0	0.0	6	7.9	48	63.2	22	28.9
2	Tersedia alat medis	1	1.3	2	2.6	20	26.3	43	56.6	10	13.2
3	Tersedia alat non medis	0	0.0	1	1.3	20	26.3	43	56.6	12	15.8
4	Tersedia obat di tempat praktik	0	0.0	5	6.6	29	38.2	37	48.7	5	6.6
5	Tersedia alat penunjang medis	0	0.0	2	2.6	19	25.0	45	59.2	10	13.2
6	Tersedia ruang istirahat-diskusi	0	0.0	9	11.8	11	14.5	41	53.9	15	19.7

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Dukungan kondisi kerja (non fisik), dalam arti tersedianya perawat, ketrampilan perawat, kedisiplinan perawat, pelayanan administrasi, pelayanan kasir, pelayanan farmasi, kecepatan dan ketepatan hasil laboratorium-radiologi, dan pelayanan rawat inap, oleh hampir seluruh responden ($\pm 60\%$) menyetujui keadaan yang sekarang ini. Bila diteliti lebih lanjut pernyataan mengenai tersedianya obat di

instalasi farmasi, tersedianya dan kejelasan informasi perkembangan didukung oleh sebagian besar responden (50%). Hanya sebagian kecil responden yang menyatakan tidak setuju tentang pelayanan farmasi, sudah tersedianya obat di instalasi farmasi, tersedianya informasi dan kejelasan informasi perkembangan klinik spesialis saat ini, juga tentang tersedianya perawat, ketrampilan perawat, kedisiplinan perawat dan pelayanan administrasi, serta sangat tidak setuju untuk kecepatan dan ketepatan laboratorium. Lihat pada Tabel 4.13 di bawah ini.

TABEL 4.13. Pernyataan mengenai Dukungan Kondisi Kerja Segi Non Fisik (n=76)

No	Sub Variabel	Kategori									
		STS		TS		KS		S		SS	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Tersedia perawat	0	0.0	2	2,6	9	11,8	47	61,8	19	25,0
2	Ketrampilan perawat	0	0.0	2	2.6	9	11.8	48	63.2	17	22.4
3	Kedisiplinan perawat	0	0.0	1	1.3	5	6.6	57	75.0	13	17.1
4	Pelayanan Admin	0	0.0	1	1.3	6	7.9	53	69.7	16	21.1
5	Pelayanan Kasir	0	0.0	0	0.0	9	11.8	51	67.1	15	19.7
6	Pelayanan Farmasi	0	0.0	1	1.3	16	21.1	49	64.5	10	13.2
7	Tersedia obat di Farmasi	0	0.0	1	1.3	27	35.5	42	55.3	6	7.9
8	Hasil Lab cepat & tepat	1	1.3	0	0.0	3	3.9	59	77.6	11	14.5
9	Hasil Rad cepat & tepat	0	0.0	0	0.0	7	9.2	55	72.4	11	14.5
10	Pelayanan Rawat Inap	0	0.0	0	0.0	12	15.8	54	71.1	9	11.8
11	Tersedia informasi	0	0.0	6	7.9	18	23.7	44	57.9	8	10.5
12	Kejelasan informasi	0	0.0	7	9.2	18	23.7	45	59.2	6	7.9

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Agak berbeda halnya pernyataan tentang dukungan kondisi kerja yang dipandang dari setiap sub variabel, pernyataan sikap atau tanggapan para responden sebanyak 47,4% menyatakan kurang setuju dan 23,7% tidak setuju terhadap dukungan kondisi kerja dipandang secara keseluruhan baik fisik maupun non fisik pada saat ini. Namun demikian masih ada sebanyak 15,8% responden yang setuju dan 5,3% sangat setuju terhadap dukungan kondisi kerja yang ada saat ini. Lihat Tabel 4.14. berikut ini.

TABEL 4.14. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Terpenuhinya Dukungan Kondisi Kerja Secara Keseluruhan (n=76)

No	Kategori	Frekuensi	%
1	Sangat tidak setuju	6	7,9
2	Tidak Setuju	18	23,7
3	Kurang Setuju	36	47,4
4	Setuju	12	15,8
5	Sangat setuju	4	5,3
	Total	76	100

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Data ini didukung dengan informasi tambahan pada pernyataan sikap secara spesifik para responden dengan memberikan tanggapannya pada kuesioner terbuka tentang dukungan kondisi kerja seperti disajikan berikut ini.

Tanggapan tentang Variabel Dukungan Kondisi Kerja

Diperoleh 71 pendapat yang masuk dari 76 responden. Tanggapan pada pertanyaan terbuka tentang dukungan kondisi kerja ada 37 responden (28,12%), dukungan kondisi pelayanan sebanyak 34 responden (25,18%), dan ada pula yang memberi lebih dari 1 pendapat. Ditinjau dari masing-masing sub variabel, dari total 92 tanggapan yang masuk ada yang berpendapat tentang kesiapan ruangan untuk berpraktik dari 4 responden, tersedianya peralatan medis dan penunjang medis datang dari 22 responden, tersedianya obat-obatan di ruang praktik datang dari 8 responden, tersedianya ruang untuk beristirahat dan berdiskusi diungkapkan oleh 5 responden, tersedianya perawat dikemukakan oleh 9 responden, ketrampilan kerja perawat diajukan oleh 8 responden, kecepatan dan kemudahan pelayanan administrasi dan kasir datang dari 6 responden, ketersediaan obat-obatan di instalasi farmasi disebut oleh 10 responden, kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium oleh 3 responden, serta pelayanan radiologi oleh 3 responden, kecepatan dan kemudahan pelayanan rawat inap dari 9 responden, serta tersedianya dan kejelasan

informasi perkembangan klinik dari 5 responden. Urutan komentar / usulan terlihat pada Tabel 4.15 berikut:

Tabel 4.15. Tanggapan mengenai Variabel Dukungan Kondisi Kerja (n=92)

Sub Variabel kenyamanan	Pendapat yang masuk	Persentase
Tersedia peralatan medis dan penunjang medis	22	20,2
Ketersediaan obat-obatan di instalasi farmasi	10	9,2
Tersedia perawat	9	8,3
Kecepatan dan kemudahan pelayanan rawat inap	9	8,3
Tersedia obat-obatan di ruang praktik	8	7,3
Ketrampilan kerja perawat	8	7,3
Kecepatan & kemudahan pelayanan admin dan kasir	6	5,5
Tersedia ruang untuk beristirahat dan berdiskusi	5	4,6
Tersedia dan kejelasan informasi perkembangan klinik	5	4,6
Kesiapan ruangan untuk berpraktik	4	3,6
Kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium	3	2,7
Kecepatan dan ketepatan pelayanan radiologi	3	2,7

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Tanggapan untuk tersedianya peralatan medis dan penunjang medis disampaikan oleh sebagian besar responden yang menekankan pada fasilitas peralatan sesuai disiplin ilmu masing-masing dokter yang dirasa masih kurang seperti untuk bagian mata, kulit, urologi, THT, kandungan dan kebidanan, bedah minor dan penggantian segera alat-alat yang rusak, dilengkapi, dan diperbaharui. Perhatian akan sterilitas dan kelengkapan peralatan ditekankan pula oleh sebagian besar responden seperti (a) sterilitas peralatan diharapkan pula dengan perlu tersedianya sterilitas kecil untuk setiap klinik, (b) peralatan sebaiknya perlu ditera, (c) perlengkapan peralatan pemeriksaan diharapkan tidak dipindah-pindah, (f) keberadaan kursi roda atau *brankard* sewaktu-waktu mengirim pasien untuk rawat inap, serta (g) pemeliharaan peralatan pun sangat diharapkan oleh para dokter spesialis seperti terungkap berikut ini:

“...Trial lens banyak hilang, pecah, perlu ada orang yang bertanggungjawab; setiap kali dokter selesai praktik alat-alat sering ditinggal dalam keadaan berantakan karena dokter terburu-buru pulang; jam habis! Mepet!...”

Tentang ketersediaan obat-obatan di instalasi farmasi, sebagian besar responden berkomentar bahwa obat kurang lengkap, harga obat mahal dan standarisasi obat kurang dikomunikasikan. Seorang responden memberikan masukan khusus tentang pelayanan farmasi, berikut ini:

“... sebaiknya policy tentang obat sesuai standar diberlakukan hanya untuk in patient saja dan tidak untuk out patient; untuk out patient sebaiknya dokter tidak dibatasi, diberi kebebasan, karena apotek merupakan revenue untuk dukungan operasional ... pada pelayanan out patient seharusnya apotek dapat menangkap pasien dari 150 dokter yang berpraktik di klinik out patient, resep yang mahal dan obat yang tidak ada merupakan image yang harus dihilangkan apabila outpatient ingin berjalan baik dan dokter-dokter dapat bekerja dengan baik ... hal ini berkaitan pula dengan adanya persaingan dengan apotek lain di luar rumah sakit ...”

Untuk dukungan pelayanan menyangkut tersedianya perawat ditanggapi oleh responden di mana sebagian besarnya mengharapkan penambahan tenaga, karena alasan (a) perawat sering harus bekerja di dua tempat pada jam yang sama, (b) adanya pengaturan jadwal kerja, (c) saat banyak pasien langganan / asuransi dengan administrasi yang rumit, (d) tidak menyukai perawat yang ganti-ganti, (e) perlu seorang perawat khusus sesuai kepribadian untuk setiap dokter berpraktik. Agak berbeda adalah adanya tanggapan sebagian kecil responden yang menyampaikan bahwa koordinasi dan rotasi perawat di klinik rawat jalan sudah cukup baik.

Disamping itu kecepatan dan kemudahan Pelayanan Rawat Inap mendapat tanggapan dari sebagian responden yang mengharapkan perbaikan dengan (a) peningkatan kapasitas rawat inap karena pasien sering ditolak karena penuh, (b) adanya keterbatasan ruang vip untuk bagian kebidanan, (c) penambahan ruang rawat inap yang murah, (d) adanya buku operan di ruang perawatan bila perawat operan supaya apa yang disampaikan dokter nyambung ke perawat, supaya komunikasi tidak putus, dan ada satu masukan khusus untuk RPP (Ruang Penerimaan Pasien) dari seorang responden sebagai berikut:

“... Keterangan dari RPP tampaknya kurang sesuai dengan keadaan kamar untuk penderita di ruangan rawat inap. Kalau saya tanyakan sendiri ke ruangan ternyata ada tempat, tetapi kepada penderita dikatakan tidak ada tempat...”

Tanggapan tentang kebutuhan obat-obatan di tempat praktik dikemukakan oleh sebagian besar responden berupa pentingnya obat-obat emergency yang sebaiknya disediakan di setiap ruangan periksa, serta tersedianya emergency kit dengan *emergency trolley* dan tangki oksigen.

Ada pula sebagian responden yang menilai kurangnya ketrampilan perawat; dan masukan yang diberikan mengharapkan (a) adanya tingkat ketrampilan kerja perawat sesuai dengan tuntutan kinerja masing-masing disiplin ilmu, (b) perawat tidak setiap kali ganti baru agar dapat melayani dengan trampil sekaligus merawat peralatan yang ada, (c) sebaiknya perlu *refreshing* bagi perawat tentang tindakan atau penguasaan alat, (d) menerapkan konsep sepsis-asepsis. Pernyataan terakhir ini dikuatkan oleh pendapat seorang responden sebagai berikut:

“... saya belum pernah menemukan perawat rumah sakit swasta yang secara benar mengerjakan pekerjaan yang steril / bebas hama ...”

Tentang kecepatan dan kemudahan dukungan pelayanan administrasi dan kasir ditanggapi oleh sebagian kecil responden yang menyampaikan kurangnya kelancaran status-status di bagian klinik spesialis di mana status sering sulit ditemukan. Ditanggapi pula counter untuk perusahaan mitra yang membuat pasien seperti di pingpong dan diusulkan untuk sebaiknya diletakkan pada lantai yang sama, serta adanya harapan akan administrasi dari orang medis.

Tersedianya ruang untuk beristirahat dan berdiskusi ditanggapi oleh sebagian kecil responden; ada yang mengharapkan terpisahnya ruang istirahat dan ruang diskusi, perlu disediakan majalah-majalah kedokteran di ruang istirahat, dilengkapi tempat sholat dan kamar kecil khusus untuk dokter.

Tanggapan tentang tersedianya informasi dan kejelasan informasi hanya mendapat masukan dari sebagian kecil responden yang menyatakan tidak jelasnya maksud dari informasi perkembangan klinik dan sebagian lagi mengharapkan jurnal dihidupkan, brosur-brosur tentang pelayanan khusus / baru didistribusikan ke dokter dan masyarakat serta adanya papan informasi kesehatan untuk masyarakat / pengunjung rumah sakit.

Ada pula pendapat tentang kesiapan ruangan untuk berpraktik dari sebagian kecil responden yang menekankan pada ketepatan waktu dimulainya praktik, keberadaan perawat di tempat, kesiapan perawat menguasai tugas dokter, disamping adanya keluhan masih kurangnya jam untuk berpraktik bagi dokter yang hanya mendapat 1 kali kesempatan.

Pendapat akhir untuk dukungan kondisi kerja datang dari sebagian kecil

responden untuk kecepatan dan ketepatan pelayanan Laboratorium dan Radiologi. Masukan yang didapatkan yaitu tentang lamanya hasil PA, perlunya diganti alat rontgen (gigi) karena hasilnya yang tidak bagus, dan harapan akan adanya dokter Radiologi yang *standby* agar hasil foto yang sudah cepat dapat diimbangi dengan hasil interpretasi yang cepat pula.

4.3.2.3. Variabel Hubungan Interpersonal

Pernyataan tentang Hubungan Interpersonal terbagi dalam bentuk pernyataan positif dalam arti keramahan yang diberikan staf klinik, perhatian pada pasien, adanya jalinan komunikasi dengan manajemen, adanya kerjasama antar dokter spesialis, adanya kepatuhan waktu praktik yang oleh sebagian besar responden (lebih dari 60%) menyetujui keadaan yang sekarang ini, demikian pula tentang adanya tanggapan yang cepat dari pihak manajemen didukung oleh sebagian besar responden ($\pm 50\%$). Konsistensi jawaban sikap responden diperkuat pula dengan pernyataan negatif yang oleh sebagian besar responden ($\pm 40\%$) menjawab kurang setuju untuk pernyataan tidak adanya kerjasama antar staf klinik, tidak perlu menepati jadwal praktik, tidak adanya keramahan staf klinik, serta tidak adanya kesediaan manajemen untuk berkomunikasi.

Walaupun demikian ada lebih dari 30% responden menyatakan setuju dan kurang dari 10 % responden menyatakan sangat setuju untuk pernyataan tidak adanya keramahan staf klinik, tidak adanya kerjasama antar staf klinik, tidak adanya kesediaan manajemen untuk berkomunikasi, serta tidak perlu menepati jadwal praktik yang telah disepakati. Lihat Tabel 4.16 berikut ini.

TABEL 4.16. Pernyataan mengenai Hubungan Interpersonal (n=76)

No	Sub Variabel	Kategori									
		STS		TS		KS		S		SS	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Kerjasama antar dokter spesialis	0	0.0	1	1.3	4	5.3	51	67.1	20	26.3
2	Kepatuhan waktu praktik	0	0.0	2	2.6	19	25.0	46	60.5	9	11.8
3	Komunikasi dengan manajemen	0	0.0	2	2.6	11	14.5	53	69.7	10	13.2
4	Tanggapan cepat manajemen	0	0.0	2	2.6	20	26.3	43	56.6	11	14.5
5	Tak ditepatinya jadwal praktik	2	2.6	7	9.2	33	43.4	23	30.3	11	14.5
6	Tak ada kesediaan manajemen berkomunikasi	2	2.6	11	14.5	31	40.8	26	34.2	6	7.9
7	Tak adanya keramahan staf	1	1.3	6	7.9	32	42.1	29	38.2	8	10.5
8	Tak ada kerjasama antar staf	1	1.3	7	9.2	35	46.1	28	36.8	5	6.6
9	Perhatian pada pasien pribadi	0	0.0	2	2.6	11	14.5	54	71.1	9	11.8
10	Keramahan staf klinik pada pasien pribadi	0	0.0	0	0.0	8	10.5	57	75.0	11	14.5

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Agak berbeda halnya dengan pernyataan tentang hubungan interpersonal dipandang dari setiap sub variabel, maka pernyataan sikap atau tanggapan dari sebanyak 50,0% responden menyatakan tidak setuju, 31,6% responden kurang setuju terhadap terpenuhinya harapan adanya hubungan interpersonal dipandang secara keseluruhan pada saat ini. Namun demikian ada sebanyak 13,2% menanggapi dengan setuju dan 2,6% responden sangat setuju, seperti dapat dilihat pada Tabel 4.17 berikut ini.

TABEL 4.17. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Hubungan Interpersonal Secara Keseluruhan (n=76)

No	Kategori	Frekuensi	%
1	Sangat tidak setuju	2	2.6
2	Tidak Setuju	38	50.0
3	Kurang Setuju	24	31.6
4	Setuju	10	13.2
5	Sangat setuju	2	2.6

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Data ini didukung dengan informasi tambahan pada pernyataan sikap para responden dengan memberikan tanggapannya pada pertanyaan terbuka tentang

hubungan interpersonal seperti disajikan berikut ini.

Tanggapan tentang Variabel Hubungan Interpersonal

Dari 76 responden, yang memberikan tanggapan pada pertanyaan terbuka tentang hubungan interpersonal, ada 20 responden (15,2%). Ditinjau dari masing-masing sub variabel, dari pendapat yang masuk ada yang berpendapat tentang hubungan dengan pihak manajemen 10 responden, hubungan antar dokter spesialis dari 6 responden, serta hubungan dengan staf klinik spesialis oleh 4 responden.

Hubungan dengan pihak manajemen yang ditanggapi oleh sebagian besar responden, menyatakan selama ini hubungan dengan pihak manajemen nihil, komunikasi yang kurang baik karena tak pernah bertemu, jarang ada pertemuan antara pihak manajemen dan dokter, kurangnya *sense of crisis* terhadap masalah pasien-dokter. Sedangkan sebagian kecil responden memberikan tanggapan bahwa hubungan dengan pihak manajemen pada umumnya baik dan akrab, perlu dikuatkan dengan adanya pertemuan keluarga, serta kerjasama yang baik dan terbuka. Ada pula masukan dari responden yang mengaitkan hubungan antar dokter dengan melibatkan peran manajemen di mana manajemen diharapkan bisa mengatur dan menegur dokter spesialis yang tidak tepat waktu karena sudah sangat mengganggu praktik sejawat lainnya.

Hubungan antar dokter spesialis ditanggapi oleh sebagian responden yang mengharapkan di antara dokter (a) saling menghargai etika rujukan, (b) dalam pemilihan konsultasi tidak berat sebelah, (c) saling menaati waktu pemakaian ruangan, serta (d) saling melayani sesuai keahlian masing-masing.

Hubungan dengan staf klinik spesialis ditanggapi oleh sebagian kecil

responden dengan kebutuhan pada (a) perhatian dan keramahan pada pasien yang dirasakan kurang (antara lain sebab perawat yang bertugas selalu berganti), (b) pengenalan pada tugas / keahlian bidang masing-masing, (c) tidak adanya media yang menampung keluhan dokter spesialis (maka diusulkan adanya buku komunikasi yang menampung usulan dari setiap dokter spesialis yang dapat dipelajari pimpinan di pagi harinya). Diakui kerjasama staf klinik yang kurang dikarenakan sifat dokter yang individualistik, bahkan seorang responden menyatakan:

“ ... Sulit diambil kesimpulan tentang hubungan interterpersonal, karena menyangkut banyak faktor/personal baik dokter maupun staf klinik serta lebih condong ke arah hubungan pribadi ... ”

4.3.2.4. Variabel Kompensasi Finansial dan Kompensasi Non Finansial

Hampir seluruh responden ($\pm 70\%$) menyatakan setuju terhadap terpenuhinya kebutuhan kompensasi finansial dalam arti kesempatan menambah income, memperoleh pendapatan imbal jasa yang baik, serta dilibatkannya dalam peningkatan pendapatan klinik spesialis. Hanya sebagian kecil saja responden yang tidak setuju dengan dilibatkan dalam peningkatan pendapatan dan kesempatan menambah income. Lihat pada Tabel 4.18 berikut ini

TABEL 4.18. Pernyataan mengenai Kompensasi Finansial (n=76)

No	Sub Variabel	Kategori									
		STS		TS		KS		S		SS	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Dapat imbal jasa yang baik	0	0.0	0	0.0	2	2.6	57	75.0	17	22.4
2	Dilibatkan dlm peningkatan income	0	0.0	2	2.6	9	11.8	53	69.7	12	15.8
3	Kesempatan menambah income	0	0.0	1	1.3	5	6.6	58	76.3	12	15.8

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Kompensasi Non Finansial, dalam arti dilibatkan dalam memberikan pendapat, dilibatkan dalam peningkatan mutu pelayanan customer, dilibatkan dalam pola kebijakan tarif bersama manajemen, dihargai sesuai keprofesionalan, dan adanya perhatian rumah sakit, ditanggapi dengan pernyataan setuju untuk keadaan yang diterima sekarang ini oleh hampir seluruh responden ($\pm 70\%$). Hanya beberapa yang menyatakan tidak setuju dan sangat tidak setuju, yaitu tentang dilibatkannya dalam kebijakan tarif dan adanya perhatian dari rumah sakit.

Konsistensi jawaban sikap responden diperkuat pula dengan pernyataan negatif yang oleh sebagian besar responden ($\pm 40\%$) dijawab kurang setuju untuk pernyataan tidak banyak yang diperoleh dari praktik di klinik spesialis, tidak adanya kesempatan berinisiatif dan berkreasi, tidak berkesempatan untuk mengembangkan diri, serta tidak melibatkan dokter spesialis dalam perkembangan klinik spesialis. Walaupun demikian sekitar 20%-35% responden setuju dan sebagian kecil responden ($\pm 6\%$) sangat setuju untuk pernyataan tidak didapatnya kesempatan untuk mengembangkan diri, tidak banyak yang diperoleh dari praktik di klinik spesialis, tidak adanya kesempatan berinisiatif dan berkreasi, serta tidak dilibatkannya dokter spesialis dalam perkembangan klinik spesialis. Lihat Tabel 4.19 di bawah ini.

TABEL 4.19. Pernyataan mengenai Kompensasi Non Finansial (n=76)

No	Sub Variabel	Kategori									
		STS		TS		KS		S		SS	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Dilibatkan dalam kebijakan tarip	1	1.3	2	2.6	7	9.2	55	72.4	11	14.5
2	Dihargai sesuai profesi	0	0.0	1	1.3	2	2.6	54	71.1	19	25.0
3	Dilibatkan dalam memberi pendapat	0	0.0	0	0.0	7	9.2	56	73.7	13	17.1
4	Adanya perhatian rumah sakit	1	1.3	1	1.3	3	3.9	54	71.1	17	22.4
5	Dilibatkan dalam peningkatan mutu	1	1.3	3	3.9	12	15.8	56	73.7	4	5.3
6	Tak dilibatkan perkembangan klinik	4	5.3	18	23.7	31	40.8	18	23.7	5	6.6
7	Tidak ada kesempatan berinisiatif	0	0.0	17	22.4	35	46.1	19	25.0	5	6.6
8	Tak banyak yang didapat dari praktik	1	1.3	11	14.5	36	47.4	23	30.3	5	6.6
9	Tak berkesempatan kembangkan diri	1	1.3	11	14.5	33	43.4	26	34.2	5	6.6

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Untuk mengetahui pernyataan responden terhadap terpenuhinya kebutuhan kompensasi baik finansial maupun non finansial secara keseluruhan dapat dilihat pada Tabel 4.20 di bawah ini. Ada tanggapan tidak setuju untuk keadaan yang didapatkan saat ini dari 42,1% responden, 34,2% responden kurang setuju, dan 7,9% sangat tidak setuju. Hanya 11,8% yang menyatakan setuju, serta 3,9% sangat setuju terhadap terpenuhinya kebutuhan kompensasi.

TABEL 4.20. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Penerimaan Kompensasi Secara Keseluruhan (n=76)

No	Kategori	Frekuensi	Persentase
1	Sangat tidak setuju	6	7,9
2	Tidak Setuju	32	42,1
3	Kurang Setuju	26	34,2
4	Setuju	9	11,8
5	Sangat setuju	3	3,9

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Data ini didukung dengan informasi tambahan pada pernyataan sikap para responden dengan memberikan tanggapannya pada pertanyaan terbuka tentang kompensasi seperti disajikan berikut ini.

Tanggapan tentang Variabel Kompensasi

Pernyataan sikap yang didapatkan di atas, secara spesifik didukung oleh tanggapan dari 76 responden pada pertanyaan terbuka tentang kompensasi finansial dan non finansial dari 16 responden (12,2%). Ditinjau dari masing-masing sub variabel, dari pendapat yang masuk ada yang berpendapat tentang pendapatan yang cukup baik dari 5 responden, kebijakan pola tarip jasa medis dari 5 responden, dan perlunya pengembangan diri dari 4 responden. Selain tanggapan di atas, ada usulan kebutuhan lain tentang kompensasi finansial dan non finansial dari 3 responden yang belum termasuk dalam variabel kompensasi, yaitu menyangkut penambahan peralatan dan penghapusan karcis ganda dari 3 responden.

Tanggapan tentang kompensasi finansial menyangkut pendapatan yang diterima cukup baik, disampaikan oleh sebagian besar responden. Seorang responden menekankan pada kompensasi yang fair saja. Selanjutnya sebagian kecil responden mengharapkan perlunya kebijakan pola tarip jasa medik dengan penyesuaian tarip, yang bila difokuskan lagi berada pada tarip ortodonti yang sudah ketinggalan, penyesuaian jasa medis untuk pembaca alat-alat diagnosis, penyesuaian honor dokter untuk perawatan pasien rawat inap, serta penyesuaian jasa askes/kontraktor dengan tarip umum yang penggantiannya sering mengecewakan. Seperti diungkapkan oleh seorang responden berikut:

“... Kompensasi finansial dari perusahaan mitra/kontraktor klien/askes sangat mengecewakan, tarif sangat rendah dan bayarannya telaat ...”

Tanggapan kompensasi non finansial tentang perlunya pengembangan diri muncul dari responden, yang menyatakan (a) belum mendapat kesempatan, (b)

butuh dibiayai untuk kegiatan seminar/kursus/kegiatan ilmiah demi perkembangan ilmu suatu bagian, (c) belum jelasnya visi pengembangan klinik spesialis mau kemana, untuk itu (d) perlunya pertemuan baik antar dokter spesialis, maupun pertemuan manajemen rumah sakit dengan dokter spesialis dan staf perawat.

Tanggapan tentang kebutuhan lain di luar sub variabel kompensasi adalah menyangkut penambahan peralatan medis yang dirasakan persediaannya sangat minim serta perlunya peningkatan mutu perawatan yang ditunjang dengan penyediaan alat/bahan yang disampaikan oleh sebagian kecil responden. Disamping itu disampaikan pula harapan terhadap penghapusan karcis ganda oleh sebagian kecil responden yang kurang setuju bila penderita harus membayar karcis ganda bila perlu konsul ke spesialis lain dalam satu hari, serta diharapkan pelayanan karcis yang lebih fleksibel terutama untuk yang sakit agak parah agar pasien tidak harus ke bagian karcis tapi langsung ke klinik dan dapat diusahakan oleh staf yang melayani pasien.

4.3.2.5. Variabel Kesepakatan Perjanjian Kerja

Dalam hal kewajiban masing-masing pihak, pernyataan kesepakatan perjanjian kerja, dalam arti kesanggupan terlibat kegiatan SMF, kesanggupan pemanfaatan fasilitas penunjang diagnostik, fasilitas instalasi farmasi, fasilitas rawat inap, dan kesanggupan hadir tepat waktu, sebagian besar responden ($\pm 70\%$) menyatakan setuju terhadap relevansi kesepakatan perjanjian kerja antara dokter spesialis mitra dan pihak rumah sakit.

Terhadap kewajiban pihak manajemen saat ini, hampir seluruh responden ($\pm 70\%$) menyatakan setuju untuk pemenuhan penyediaan sarana non medis oleh

manajemen, penyediaan sarana medis oleh manajemen, sistem evaluasi yang dijalankan rumah sakit secara periodik, serta tersedianya jaminan kesehatan bagi dokter spesialis. Sikap sebagian besar responden ($\pm 50\%$) diperkuat pula dengan jawaban setuju bahkan sangat setuju untuk pernyataan kesepakatan perjanjian kerja yang saling menguntungkan. Walaupun demikian sebagian kecil responden ($< 10\%$) kurang setuju terhadap relevansi kesepakatan perjanjian kerja untuk pernyataan-pernyataan kesanggupan hadir tepat waktu dan sistem evaluasi secara periodik, kesanggupan pemanfaatan fasilitas instalasi farmasi, pemanfaatan fasilitas rawat inap, pemanfaatan fasilitas penunjang diagnostik, kesanggupan terlibat kegiatan SMF Dokter Spesialis, dan pemenuhan penyediaan sarana medis dan non medis oleh rumah sakit

Khususnya tentang pernyataan perlunya catatan rekam medik di klinik spesialis dikelola secara baik oleh rumah sakit, untuk alasan guna mengetahui perkembangan riwayat penyakit pasien disetujui oleh sebagian besar responden ($\pm 60\%$), begitu pula untuk alasan pertanggungjawaban aspek hukum. Tetapi untuk kedua alasan di atas ada sebagian kecil responden yang kurang setuju bahkan sangat tidak setuju ($< 5\%$) terhadap pernyataan pengelolaan catatan rekam medik oleh rumah sakit berdasarkan manfaat mengetahui riwayat penyakit pasien. Lihat Tabel 4.21 berikut ini.

TABEL 4.21. Pernyataan mengenai Kesepakatan Perjanjian Kerja (n=76)

No	Sub Variabel	Kategori									
		STS		TS		KS		S		SS	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Hadir tepat waktu	0	0.0	0	0.0	9	11.8	52	68.4	15	19.7
2	Pemanfaatan fasilitas penunjang	0	0.0	1	1.3	3	3.9	59	77.6	13	17.1
3	Pemanfaatan fasilitas rawat inap	0	0.0	1	1.3	5	6.6	57	75.0	12	15.8
4	Pemanfaatan fasilitas farmasi	0	0.0	1	1.3	7	9.2	59	77.6	9	11.8
5	Terlibat kegiatan SMF Dr Spesialis	0	0.0	0	0.0	2	2.6	64	84.2	10	13.2
6	Penyediaan sarana medis	0	0.0	0	0.0	7	9.2	54	71.1	15	19.7
7	Penyediaan sarana non medis	0	0.0	0	0.0	4	5.3	59	77.6	13	17.1
8	Jaminan kesehatan bagi dr spesialis	0	0.0	0	0.0	1	1.3	44	57.9	31	40.8
9	Dijalankannya evaluasi periodik	0	0.0	0	0.0	9	11.8	55	72.4	12	15.8
10	Pengelolaan catatan medik guna kepentingan pasien	1	1.3	0	0.0	3	3.9	46	60.5	26	34.2
11	Pengelolaan catatan medik guna tanggung jawab aspek hukum	0	0.0	1	1.3	3	3.9	45	59.2	27	35.5
12	Perjanjian kerja saling menguntungkan	0	0.0	1	1.3	2	2.6	45	59.2	28	36.8

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Ditinjau dari pernyataan terhadap kesepakatan perjanjian kerja secara keseluruhan, tanggapan dari 51,3% responden menyatakan kurang setuju, 14,5% responden tidak setuju, dan 1,3% sangat tidak setuju untuk keadaan saat ini. Hanya 17,1% yang menyatakan setuju, serta 15,8 % sangat setuju dengan terpenuhinya relevansi kesepakatan perjanjian kerja. Untuk mengetahui pernyataan responden terhadap terpenuhinya relevansi kesepakatan perjanjian kerja dapat dilihat pada Tabel 4.22 berikut ini.

TABEL 4.22. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis tentang Kesepakatan Perjanjian Kerja Secara Keseluruhan (n=76)

No	Kategori	Frekuensi	Persentase
1	Sangat tidak setuju	1	1.3
2	Tidak Setuju	11	14.5
3	Kurang Setuju	39	51.3
4	Setuju	13	17.1
5	Sangat setuju	12	15.8

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Data ini didukung dengan informasi tambahan pernyataan sikap para

responden dengan memberikan tanggapannya pada pertanyaan terbuka tentang kesepakatan perjanjian kerja seperti disajikan berikut ini.

Tanggapan tentang Variabel Kesepakatan Perjanjian Kerja

Pernyataan di atas didukung pendapat secara spesifik dari responden untuk pertanyaan terbuka tentang relevansi kesepakatan perjanjian kerja saat ini. Dari 76 responden, ada 21 responden (15,9%) yang memberikan tanggapan tentang kesepakatan perjanjian kerja, dan ada responden yang memberikan lebih dari 1 tanggapan. Ditinjau dari masing-masing sub variabel, ada pendapat tentang kesepakatan perjanjian kerja menyangkut pemanfaatan fasilitas penunjang dari 1 responden, perjanjian kerjasama yang saling menguntungkan dari 9 responden, serta hal lain yang dibutuhkan tentang kesepakatan perjanjian kerja yang belum termasuk dalam sub variabel kesepakatan perjanjian kerja dari 11 responden menyangkut prinsip perjanjian kerja dari 3 responden, penambahan isi perjanjian kerja dari 8 responden, dan sisanya tidak memberikan komentar.

Tanggapan tentang kesepakatan perjanjian kerjasama yang saling menguntungkan ditanggapi sebagian besar responden dengan mengharapkan sifat kerjasama yang sebaik-baiknya, penuh pengertian, dikomunikasikan, didiskusikan, dan disosialisasikan serta dibicarakan sampai ada kesepakatan semua pihak sebelum diresmikan atau dioperasikan. Ada pula responden yang berpendapat perlunya disosialisasikan lebih dulu visi dan misi rumah sakit serta ditingkatkannya hubungan interpersonal yang saat ini sudah ada, untuk dapat menjalin kerjasama yang lebih baik dengan prinsip *win-win solution*, serta diusulkan kesepakatan perjanjian kerja untuk jangka waktu 3 tahun. Selanjutnya tanggapan tentang

pemanfaatan fasilitas rumah sakit disampaikan oleh sebagian kecil responden yang menyetujui kesepakatan pemanfaatan instalasi farmasi asalkan sesuai dengan indikasi, dikerjakan ahlinya, dan sepanjang harganya tidak berbeda dengan harga di luar.

Hal lain yang dibutuhkan tentang kesepakatan perjanjian kerja disampaikan oleh sebagian besar responden yang sudah cukup lama bergabung di praktik dokter spesialis, dengan mengingatkan kembali prinsip perjanjian kerja yang sudah disepakati, bahwa:

- (a) Prinsip praktik partikelir (pribadi) harus tetap dihargai oleh pihak manajemen
 - (b) Perjanjian hendaknya tak melupakan sejarah
 - (c) Praktik dokter spesialis oleh dokter mitra adalah tanggung jawab dokter masing-masing yang kebetulan memakai fasilitas Rumah Sakit Telogorejo. Jadi masing-masing dokter mitra berdiri sendiri
 - (d) Perjanjian kerja memang perlu, tapi terutama lebih tergantung pada ketaatan atas kepercayaan yang didapat, disiplin kerja dan kode etik, serta saling pengertian.
- Kalau hal itu dilaksanakan perjanjian kerja hanyalah nomor dua.

Hal-hal lain yang perlu dipertimbangkan sebagai materi kebutuhan penambahan isi kesepakatan perjanjian kerja disampaikan oleh sebagian responden bahwa (a) dokter bekerja sesuai dengan disiplin ilmu yang dipunyai, (b) mengutamakan kepentingan pasien, (c) bantuan bagi para dokter yang datang seminar / *workshop* untuk menambah ilmu dengan membawa nama rumah sakit dan memberi keuntungan buat rumah sakit, (d) adanya jadwal jaga tiap kelompok dokter spesialis yang harus ditaati, (e) diperbolehkannya dokter spesialis menjalankan

pekerjaan dengan bebas berpraktik di praktik dokter spesialis, sama dengan di tempat praktik swasta, (f) pendapatan diperoleh lewat karcis dan peraturan rumah sakit, serta (g) persaingan standar tarip dengan memperhatikan kebebasan pasien untuk memilih, harga yang harus dibayar dan mutu pelayanan yang diberikan.

4.3.2.6. Variabel Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Berdasarkan Tabel 4.23. berikut ini, diketahui bahwa sebagian besar responden (68,4%) mempunyai kategori di bawah rata-rata dalam pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Sedangkan responden lainnya (31,6%) termasuk kategori di atas rata-rata dalam pemanfaatan fasilitas yang telah disediakan oleh rumah sakit.

Variabel ini merupakan variabel dependen penelitian yang diperoleh dari data sekunder pemanfaatan fasilitas penunjang dokter spesialis mitra yang berpraktik di praktik dokter spesialis periode 1 tahun terhitung sejak bulan Mei 2001 hingga bulan April 2002. Adapun yang termasuk fasilitas rumah sakit adalah kegiatan dari kiriman dokter spesialis mitra ke rawat inap, laboratorium, radiologi, CT scan, USG, echocardiografi, dan instalasi farmasi. Dari data yang diperoleh dengan perhitungan statistik distribusi frekuensi didapatkan nilai rata-rata dari data sekunder pemanfaatan fasilitas 215,04, dimana angka minimum 12 hingga mencapai angka maksimum 954 pada perhitungan standard deviasi 227,42.

TABEL 4.23. Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit (n=76)

No	Kategori Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit	Frekuensi	Persentase
1	Di bawah rata-rata	52	68,4
2	Di atas rata-rata	24	31,6

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.3.2.7. Variabel Kontribusi Pendapatan Dokter Spesialis Mitra

Berdasarkan Tabel 4.24 di bawah ini, dapat diketahui bahwa untuk

pernyataan mengenai diperlukannya partisipasi kontribusi pendapatan dari hasil praktik dokter spesialis Rumah Sakit Telogorejo mendapat jawaban yang hampir seimbang antara responden yang mendukung (52,46%) dan responden yang tidak mendukung (47,4%).

Variabel ini merupakan variabel dependen penelitian, di mana dalam penelitian ini diuji secara statistik manakah faktor kebutuhan responden pada variabel independen yang secara bersama-sama berpengaruh terhadap variabel dependen.

TABEL 4.24. Pernyataan mengenai Partisipasi Kontribusi Pendapatan Dokter Spesialis Mitra (n=76)

No	Kontribusi Pendapatan Dr Spesialis Mitra	Frekuensi	Persentase
1	Mendukung	40	52,6
2	Tidak mendukung	36	47,4

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Tanggapan Pada Variabel Kontribusi Pendapatan Dokter Spesialis Mitra

Pernyataan di atas didukung pula dengan pendapat secara spesifik pada kuesioner terbuka tentang kesediaan memberikan kontribusi pendapatan dari praktik dokter spesialis.

Dari 76 responden, yang memberikan tanggapan pada kuesioner terbuka tentang kontribusi ada 58 responden (44,1%), sedangkan sisanya tidak memberi komentar. Ditinjau dari dua tanggapan yang saling bertentangan, berdasarkan isian yang masuk ada yang berpendapat tidak setuju untuk partisipasi kontribusi pendapatan sebanyak 28 responden dan ada yang berpendapat setuju untuk partisipasi kontribusi pendapatan sebanyak 30 responden.

Tanggapan yang tidak setuju terhadap adanya kontribusi pendapatan dapat

dibagi dalam dua kelompok, yaitu:

- (a) Kelompok sebagian besar responden yang berpendapat bahwa rumah sakit sudah memperoleh dari pemungutan karcis, pemanfaatan fasilitas penunjang termasuk farmasi, serta dari pemanfaatan fasilitas rawat inap.
- (b) Kelompok sebagian kecil responden yang berpendapat bahwa peraturan tentang jasa dokter yang ditetapkan IDI hingga saat ini belum jelas, perlu evaluasi terlebih dulu serta sejumlah pendapat lain.

Bila diperinci lebih dalam, untuk kelompok pertama didapatkan tanggapan bahwa sebenarnya pihak rumah sakit telah mendapat manfaat yang cukup banyak dari kesediaan dokter untuk berpraktik di rumah sakit. Tanggapan lain menyampaikan bahwa rumah sakit telah memperoleh bagian dari uang pendaftaran/biaya administrasi, resep obat, laboratorium, radiologi, Ct Scan, USG, EEG, Echo, Treadmill, Fisioterapi, kiriman ke rawat inap, konsultasi pada spesialis lain di rumah sakit. Lebih jauh lagi sebagian kecil responden menanggapi bila akan meningkatkan pendapatan sebaiknya tidak memungut dari dokter tetapi meningkatkan tarip karcis, bahkan seorang responden memberikan saran pengambilan pajak dokter ditambahkan pula pada karcis dan dilaporkan sebagai pajak rata-rata pasien. Beberapa responden memberikan alasan ketidaksetujuannya bila diminta kontribusi pendapatan dengan pernyataan sebagai berikut:

"... tidak perlu dibebankan ke dokter lagi, karna tarip rumah sakit sudah cukup mahal di Semarang ..."

"... tuntutan proporsional akan muncul. Bila perlu dana, yang dirubah dulu aturannya ..."

Kelompok kedua tidak mengungkapkan bahwa dirinya tidak setuju, tetapi memberikan pendapat yang berkaitan, yaitu (a) pendapatan merupakan hak pribadi masing-masing, (b) pendapatan dirasakan makin kurang, (c) dibebankan ke pasien saja, (d) kurang adanya keterbukaan bila rumah sakit minta %-an, (e) belum jelasnya etika tentang jasa dokter yang ditetapkan oleh IDI. Seorang responden menanggapi bila rumah sakit membuat aturan baru sebaiknya dievaluasi dulu, seperti terungkap berikut:

"... harus dievaluasi dulu keadaan sekarang ini dari tarip sekarang yang tidak ada kontribusi dengan dulu yang pernah ada kontribusi . . . sangat sensitif dan banyak aspek yang perlu dipertimbangkan . . . dulu berjalan dengan tarip terserah dokter, tidak ada kontribusi . . . bila dirubah ada kontribusi ada kemungkinan pasien dibawa pulang dokter, apa benefitnya untuk rumah sakit? pernahkah dihitung pendapatan pemakaian sarana penunjang lebih besar dari pendapatan potongan kontribusi? . . . bila ada kontribusi akan dipertimbangkan kenyamanan berpraktik di rumah saja..."

Tanggapan yang setuju (dari 30 responden), dengan adanya partisipasi dari kontribusi pendapatan dapat dibagi sesuai besar persentase yang diusulkan, yaitu:

- (a) Usulan 5% dari 4 responden (13,3%),
- (b) Usulan 5-10% dari 4 responden (13,3%)
- (c) Usulan 10% dari 14 responden (46,7%)
- (d) Usulan 10-15% dari 1 responden (3,3%)
- (e) Sisanya sebanyak 7 responden (23,33%), menyatakan persetujuannya tanpa menyebutkan persentase, disesuaikan kesepakatan bersama dan peraturan yang diberlakukan rumahsakit setelah disosialisasikan.

Beberapa alasan persetujuan diungkapkan pula oleh para responden, yaitu karena (a) sudah memakai dan mendapatkan fasilitas praktik dari rumah sakit, (b)

sudah memakai listrik, alat medis dan non medis, serta (c) sudah disediakannya perawat (untuk kesejahteraan para perawat; untuk kesejahteraan bersama; supaya bisa maju bersama). Disamping itu beberapa persyaratan juga diajukan responden seperti setuju memberikan kontribusi asalkan laporan yang jelas, asalkan dengan perjanjian, asalkan *open management*.

Kelompok yang setuju, tetapi tidak menyebutkan usulan persentase, memberikan tanggapannya bahwa hal ini sudah lazim, tinggal menunggu hasil musyawarah bersama sesuai konsensus dokter spesialis, terserah pihak manajemen rumah sakit dan ketentuan pemerintah asal yang sesuai saja dengan operasional rumah sakit, terserah hasil rapat, diharapkan kerjasama dengan penuh pengertian dan kesepakatan bersama. Seorang responden mengingatkan:

“... tidak hanya bentuk ini yang diutamakan tapi perlu terjun ke lapangan melihat dan mengatur apa yang dilihat oleh pihak manajemen selanjutnya keputusan diambil oleh pihak manajemen sesuai dengan kemampuan pihak rumah sakit...”

Tanggapan tentang Variabel Faktor Kebutuhan yang Paling Dibutuhkan dalam Menjalankan Kerjasama Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis untuk Kemajuan Bersama.

Selanjutnya diperoleh tanggapan dari para responden tentang pernyataan faktor manakah yang paling dibutuhkan untuk meningkatkan kerjasama pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis Rumah Sakit Telogorejo. Dari 76 responden, yang memberikan tanggapan pada kuesioner terbuka tentang faktor yang paling dibutuhkan untuk menjalankan pelayanan rawat jalan ada 55 responden (41.8%). Ditinjau dari variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian, dari 12 pendapat

yang masuk menunjukkan bahwa semua faktor kebutuhan yang meliputi kelima variabel (yaitu kenyamanan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi dan kesepakatan perjanjian kerja) adalah penting, yang berpendapat hanya 3 variabel yang penting ada 5 responden, yang berpendapat hanya 2 variabel yang penting ada 8 responden, yang berpendapat hanya 1 variabel yang penting ada 25 responden. Selanjutnya 3 responden mengungkapkan kebutuhan akan catatan medik pasien serta 2 responden yang memberikan pendapat tentang faktor lain yang sangat dibutuhkan. Lihat Tabel 4.25 sebagai berikut.

Tabel 4.25. Pernyataan mengenai Faktor Kebutuhan yang Paling Dibutuhkan Dokter Spesialis Mitra (n=76)

No	Kategori	Faktor kebutuhan	Perincian	% responden
1	Semua faktor penting	Kenyamanan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi, kesepakatan perjanjian	12	15,79%
2	3 variabel penting	Kenyamanan, Kesepakatan, Kompensasi	1	6,58%
		Kenyamanan, Dukungan, Hub interpersonal	3	
		Dukungan, Kompensasi, Kesepakatan	1	
3	2 variabel penting	Kenyamanan, Dukungan	6	11,84%
		Kenyamanan, Kompensasi	1	
		Dukungan, Hub interpersonal	1	
4	1 variabel penting	Dukungan	12	31,58%
		Kenyamanan	2	
		Kesepakatan	3	
		Hub interpers	8	
5	Usulan lain	Perundingan; Bantuan hukum; Catatan medik sentral	5	6,58%
6	Tidak berkomentar		28	36,8%

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Sebagai penjelasan terhadap faktor pilihan responden didapatkan alasan pemilihan sebagai berikut:

1. Pilihan 5 variabel dengan alasan bahwa dianggap semua komponen saling berkaitan dan penting, tidak mungkin lepas harus seimbang antara ke lima variabel; sudah berjalan baik perlu evaluasi peningkatan sesuai situasi & kondisi rumah sakit;

saling berhubungan dan berpengaruh, perlu keterbukaan dan saling menghormati; akhirnya target rumah sakit terpenuhi antara lain kepuasan customer baik internal (dokter mitra) dan eksternal (pasien); harus seimbang/selaras seperti disampaikan:

"... dari kesepakatan perjanjian kerja akan timbul kepastian, kenyamanan, kemampuan finansial dan non finansial, dukungan kerja yang baik. Kesemua hal di atas sudah cukup meliputi semua hal yang dibutuhkan ..."

2. Pilihan variabel-variabel yang terpisah mendapat tanggapan: (a) untuk dukungan kondisi kerja diharapkan birokrasi pengadaan alat tidak terlalu berbelit, dukungan kondisi kerja sangat penting karena di masa depan profesionalisme adalah syarat utama dan sangat dicari konsumen, lingkungan kerja yang harmonis dan selaras dapat menciptakan suasana kerja yang baik dan berkelanjutan, dapat lebih profesional dan responsibel dalam menjalankan tugas 'pelayanan' pada pasiennya; (b) untuk kesepakatan perjanjian kerja dianggap penting karena masing-masing individu akan memajukan sendiri sehingga akan membawa kemajuan bagi rumah sakit; (c) untuk kenyamanan dianggap penting sebab *bila nyaman jadi krasan, senyum makin diobral*; (d) untuk hubungan interpersonal dianggap penting karena dapat menjalin kerjasama yang baik, saling pengertian, dapat mengatasi masalah yang timbul, perlu peningkatan hubungan interpersonal karena:

"... ketersediaan semuanya tidak banyak manfaatnya bila tidak disertai action . . . action tidak ada bila tidak ada hubungan interpersonal..."

Perlu diperhatikan pula adanya pendapat sebagian kecil responden tentang faktor lain di luar variabel penelitian sebagai faktor yang dibutuhkan, yaitu (a) perlunya catatan medik sentral, serta (b) perlunya dibuat suatu kerjasama dalam bantuan hukum. Terungkap pula pendapat seorang responden yang dapat mewakili

suara para dokter spesialis sebagai harapannya pada manajemen

“... dengarkanlah pendapat dokter dan rundingkanlah bila tidak ada kecocokan ...”

Bila disusun rekapitulasi pendapat tentang faktor yang paling dibutuhkan dalam menjalankan kerjasama pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis dengan rumah sakit (sesuai urutan pendapat responden terbanyak; responden dapat memberi lebih dari satu jawaban), didapatkan faktor kebutuhan utama adalah dukungan kondisi kerja (30,2%), selanjutnya kebutuhan akan kenyamanan (21,6%) dan hubungan interpersonal (20,7%). Sedangkan kesepakatan perjanjian kerja dan terpenuhinya kebutuhan kompensasi hanya didukung oleh pendapat dari kurang 15% responden. Lihat Tabel 4.26.

Tabel 4.26. Rekapitulasi Pendapat Responden tentang Faktor yang Paling Dibutuhkan dalam Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (n=116)

No	Faktor kebutuhan	Jumlah pendapat responden	%
1	Dukungan Kondisi Kerja	35	30,2
2	Kenyamanan	25	21,6
3	Hubungan Interpersonal	24	20,7
4	Kesepakatan Perjanjian Kerja	17	14,6
5	Kompensasi Finansial dan Non Finansial	15	12,9

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.4. ANALISIS STATISTIK

4.4.1. ANALISIS BIVARIAT

Untuk kepentingan uji statistik, skala data dikategorikan secara dikotomi, yang mana dilakukan penggabungan dari 5 kategori (skala kontinyu) menjadi 2 kategori (skala diskret), yaitu kriteria sangat tidak setuju, tidak setuju dan kurang setuju masuk kategori 1, sedangkan kriteria sangat setuju dan setuju masuk ke kategori 2. Selanjutnya dilakukan uji statistik Tabulasi Silang Chi square dengan

ditetapkan α sebesar 5% dan apabila p-value diperoleh $<$ dari 0,05 berarti mempunyai hubungan yang signifikan yang berarti H_0 ditolak. Begitu pula sebaliknya, apabila p-value diperoleh $>$ dari 0,05 berarti tidak mempunyai hubungan yang signifikan yang berarti H_0 diterima.

4.4.1.1. Hubungan Karakteristik Responden dengan Kontribusi Pendapatan

4.4.1.1.1. Hubungan Disiplin Ilmu dengan Kontribusi Pendapatan

Persentase responden yang mendukung kontribusi pendapatan dari *vak* besar adalah 54,2%, lebih besar dari jumlah responden *vak* kecil (50,0%). Sedangkan persentase responden yang tidak mendukung kontribusi pendapatan dari *vak* kecil adalah 50,0%, lebih besar dari jumlah responden *vak* besar (45,8%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara disiplin ilmu dan kontribusi pendapatan. Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,726. Karena p-value $>$ α ($0,726 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti pola hubungan antara disiplin ilmu dan kontribusi pendapatan pada tingkat kepercayaan 95% tidak bermakna secara statistik. Lihat Tabel 4.27 di bawah ini.

TABEL 4.27. Hubungan antara Disiplin Ilmu dan Kontribusi Pendapatan

Disiplin Ilmu	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak mendukung		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
<i>Vak</i> besar	26	54,2	22	45,8	48	100
<i>Vak</i> kecil	14	50,0	14	50,0	28	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,726

H_0 diterima

4.4.1.1.2 Hubungan Lama Kerja dengan Kontribusi Pendapatan

Analisis menunjukkan bahwa jumlah responden yang mendukung kontribusi

pendapatan lebih besar dari responden yang lama kerja Kurang dari dan sama dengan rata-rata (58,1) daripada yang lama kerja lebih dari rata-rata (28,6%). Sedangkan jumlah responden yang tidak mendukung kontribusi pendapatan lebih besar yaitu responden yang lama kerja lebih dari rata-rata (71,4%) daripada yang lama kerja Kurang dari dan sama dengan rata-rata (41,9%). Rata-rata lama bekerja responden 12 tahun. Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara lama kerja dan kontribusi pendapatan. Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji .chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,046. Karena p-value lebih kecil dari α ($0,046 < 0,05$), maka H_0 ditolak, yang berarti bahwa pola hubungan antara lama bekerja dan kontribusi pendapatan pada tingkat kepercayaan 95% bermakna secara statistik. Lihat Tabel 4.28 berikut ini.

Tabel 4.28. Hubungan antara Lama Kerja dan Kontribusi Pendapatan

Lama Kerja	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak Mendukung		F	%
	F	%	F	%		
$\leq$ lama kerja rata-rata	36	58,1	26	41,9	62	100
$>$ lama kerja rata-rata	4	28,6	10	71,4	14	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,046

H_0 ditolak

4.4.1.1.3. Hubungan Rata-rata Jumlah Pasien dengan Kontribusi Pendapatan

Pada Tabel 4.29 di bawah ini, disajikan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa jumlah responden yang mendukung kontribusi pendapatan lebih besar dari responden dengan jumlah pasien Kurang dari dan sama dengan rata-rata (54,1%) daripada responden dengan jumlah pasien di atas rata-rata (46,7%). Sedangkan persentase yang tidak mendukung kontribusi pendapatan lebih besar dari responden

yang jumlah pasien di atas rata-rata (53,3%), daripada responden dengan jumlah pasien Kurang dari dan sama dengan rata-rata (45,9%). Rata-rata jumlah pasien 8 orang. Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara rata-rata jumlah pasien dan kontribusi pendapatan.

Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,606. Karena p-value lebih besar dari α ($0,606 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan antara rata-rata jumlah pasien dan kontribusi pendapatan tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

Tabel 4.29. Hubungan antara Rata-Rata Jumlah Pasien dan Kontribusi Pendapatan

Rata-rata Jumlah Pasien	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak mendukung		F	%
	F	%	F	%		
$\leq$ rata-rata jumlah ps	33	54,1	28	45,9	61	100
$>$ rata-rata jumlah ps	7	46,7	8	53,3	15	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,606

H_0 diterima

4.4.1.1.4. Hubungan Jadwal Praktik dengan Kontribusi Pendapatan

Analisis menunjukkan bahwa persentase yang mendukung kontribusi pendapatan dari responden dengan jadwal praktik lebih dari dan sama dengan 7 kali dalam seminggu adalah 80,0%, lebih besar dari responden yang punya jadwal praktik kurang dari 7 kali dalam seminggu (50,7%). Sedangkan persentase yang tidak mendukung kontribusi pendapatan dari responden dengan jadwal praktik kurang dari 7 kali dalam seminggu adalah 49,3%, lebih besar dari jumlah responden yang jadwal praktiknya lebih dari dan sama dengan 7 kali dalam seminggu (20,0%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara jadwal

praktik dokter spesialis dan kontribusi pendapatan. Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,205. Karena p-value lebih besar dari α ($0,205 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan antara jadwal praktik dan kontribusi pendapatan tidak bermakna secara statistik. Lihat Tabel 4.30 berikut ini.

TABEL 4.30. Hubungan antara Jadwal Praktik dan Kontribusi Pendapatan

Jadwal Praktik	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak mendukung		F	%
	F	%	F	%		
< 7 kali dalam seminggu	36	50,7	35	49,3	71	100
≥ 7 kali dalam seminggu	4	80,0	1	20,0	5	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,205

H_0 diterima

4.4.1.1.5. Hubungan Usia dengan Kontribusi Pendapatan

Pada Tabel 4.31 disajikan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa persentase yang mendukung kontribusi pendapatan dari responden dengan usia kurang dari atau sama dengan rata-rata adalah 62,7%, lebih besar dari responden dengan usia lebih dari rata-rata (32,0%). Sedangkan persentase yang tidak mendukung kontribusi pendapatan dari responden dengan usia lebih dari rata-rata adalah 68,0%, lebih besar dari responden dengan usia kurang dari atau sama dengan rata-rata (37,3 %). Usia rata-rata responden 52 tahun pada kelas interval 51 – 60 tahun. Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara usia dokter spesialis dan kontribusi pendapatan.

Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,012. Karena p-value lebih kecil dari α ($0,012 < 0,05$), maka H_0 ditolak, yang berarti bahwa pola

hubungan antara usia dokter spesialis dan kontribusi pendapatan bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.31 Hubungan antara Usia dan Kontribusi Pendapatan

Usia	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak mendukung		F	%
	F	%	F	%		
≤usia rata-rata	32	62,7	19	37,3	51	100
>usia rata-rata	8	32,0	17	68,0	25	100
					76	100

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,012

Ho ditolak

4.4.1.1.6. Hubungan Jumlah Lokasi Praktik dengan Kontribusi Pendapatan

Pada Tabel 4.32 di bawah ini, dikemukakan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa persentase yang mendukung kontribusi pendapatan dari responden dengan jumlah lokasi praktik Kurang dari dan sama dengan 2 lokasi adalah sama besarnya dengan responden yang berpraktik lebih dari dan sama dengan 3 lokasi (52,6%). Demikian pula persentase responden yang tidak mendukung kontribusi pendapatan dari responden dengan jumlah lokasi berpraktik Kurang dari dan sama dengan 2 lokasi sama dengan responden yang berpraktik lebih dari dan sama dengan 3 lokasi (47,4 %). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan tidak adanya hubungan antara jumlah lokasi praktik dokter spesialis dan kontribusi pendapatan. Pernyataan ini diperkuat pula dengan analisis statistik menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 1,00. Karena p-value lebih besar dari α ($1,00 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah lokasi praktik dan kontribusi pendapatan pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.32. Hubungan antara Jumlah Lokasi Praktik dan Kontribusi Pendapatan

Jumlah Lokasi	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak Mendukung			
	F	%	F	%	F	%
Berpraktik $\leq$ 2 lokasi	30	52,6	27	47,4	57	100
Berpraktik $\geq$ 3 lokasi	10	52,6	9	47,4	19	100
					76	100

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002) p value = 1,00 Ho diterima

4.4.1.2. Hubungan Variabel Independen dengan Kontribusi Pendapatan

4.4.1.2.1 Hubungan Variabel Kenyamanan dengan Kontribusi Pendapatan

Tabel 4.33 berikut ini memperlihatkan jumlah responden yang mendukung kontribusi pendapatan lebih besar dari responden yang berpendapat nyaman (56,0%) daripada yang berpendapat kurang nyaman (46,2%). Sedangkan jumlah responden yang tidak mendukung kontribusi pendapatan lebih besar dari responden yang berpendapat kurang nyaman (53,8%) daripada yang berpendapat nyaman (44,8%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara kenyamanan dan kontribusi pendapatan. Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,415. Karena p-value lebih besar dari α ($0,415 > 0,05$), maka Ho diterima, yang berarti bahwa pola hubungan antara kenyamanan dan kontribusi pendapatan pada tingkat kepercayaan 95% tidak bermakna secara statistik.

TABEL 4.33 Hubungan antara Kenyamanan dan Kontribusi Pendapatan

Kenyamanan	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak Mendukung			
	F	%	F	%	F	%
Kurang Nyaman	12	46,2	14	53,8	26	100
Nyaman	28	56,0	22	44,0	50	100
					76	100

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002) p value = 0,415 Ho diterima

4.4.1.2.2. Hubungan Variabel Dukungan Kondisi Kerja dengan Kontribusi

Pendapatan

Analisis menunjukkan bahwa jumlah responden yang mendukung kontribusi pendapatan lebih besar dari responden yang menyatakan dukungan kondisi kerja mendukung (75,0%) daripada yang menyatakan kondisi kerja tidak mendukung (46,7%). Sedangkan jumlah responden yang tidak mendukung kontribusi pendapatan lebih besar dari responden yang menyatakan kondisi kerja tidak mendukung (53,3%) daripada responden yang menyatakan kondisi kerja mendukung (25,9%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara dukungan kondisi kerja dan kontribusi pendapatan. Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value 0,044. Karena p-value lebih kecil dari α ($0,044 < 0,05$), maka H_0 ditolak, yang berarti bahwa pola hubungan antara dukungan kondisi kerja dan kontribusi pendapatan pada tingkat kepercayaan 95% bermakna secara statistik. Lihat Tabel 4.34 berikut ini.

TABEL 4.34. Hubungan antara Dukungan Kondisi Kerja dan Kontribusi Pendapatan

Dukungan Kondisi Kerja	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak Mendukung		F	%
Tidak mendukung	28	46,7	32	53,3	60	100
Mendukung	12	75,0	4	25,0	16	100
					76	100

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,044 H_0 ditolak

4.4.1.2.3. Hubungan Variabel Hubungan Interpersonal dengan Kontribusi

Pendapatan

Pada Tabel 4.35 di bawah ini dikemukakan hasil penelitian yang

menunjukkan bahwa dukungan kontribusi pendapatan lebih besar dari kelompok responden yang berpendapat bahwa hubungan interpersonal sudah memenuhi harapan (66,7%) daripada responden yang berpendapat hubungan interpersonal tidak memenuhi harapan (50,0%). Sedangkan responden yang tidak mendukung kontribusi pendapatan lebih besar dari responden yang berpendapat bahwa hubungan interpersonal tidak memenuhi harapan (50,0%) daripada yang memenuhi harapan (33,3%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara hubungan interpersonal dan kontribusi pendapatan. Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,289. Karena p-value lebih besar dari α ($0,289 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan antara hubungan interpersonal dan kontribusi pendapatan tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.35. Hubungan antara Hubungan Interpersonal dan Kontribusi Pendapatan

Hubungan Interpersonal	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak Mendukung			
	F	%	F	%	F	%
Tak memenuhi harapan	32	50,0	32	50,0	64	100
Memenuhi Harapan	8	66,7	4	33,3	12	100
					76	100

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,289

H_0 diterima

4.4.1.2.4. Hubungan Variabel Kompensasi Yang Didapatkan dengan

Kontribusi Pendapatan

Tabel 4.36 di bawah ini didapatkan hasil di mana responden yang mendukung kontribusi pendapatan lebih besar dari kelompok responden yang berpendapat bahwa kompensasi yang didapatkan cukup (58,3%) daripada

responden yang berpendapat kompensasi yang didapatkan kurang (51,6%). Sedangkan jumlah responden yang tidak mendukung kontribusi pendapatan dari kelompok yang berpendapat bahwa kompensasi yang didapatkan kurang adalah 48,4%, lebih besar dari responden yang berpendapat bahwa kompensasi yang didapatkan cukup (41,7%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara kompensasi yang didapatkan dan kontribusi pendapatan. Berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,666. Karena p-value lebih besar dari α ($0,666 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan antara kompensasi yang didapatkan dan kontribusi pendapatan pada tingkat kepercayaan 95% tidak bermakna secara statistik.

TABEL 4.36. Hubungan antara Kompensasi dan Kontribusi Pendapatan

Kompensasi yang didapatkan	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak Mendukung		F	%
	F	%	F	%		
Kurang	33	51,6	31	48,4	64	100
Cukup	7	58,3	5	41,7	12	100
					76	100

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,666

H_0 diterima

4.4.1.2.5. Hubungan Variabel Kesepakatan Perjanjian Kerja dengan

Kontribusi Pendapatan

Analisis menunjukkan bahwa jumlah responden yang mendukung kontribusi pendapatan dari kelompok yang berpendapat kesepakatan perjanjian kerja sesuai adalah 68,0%, lebih besar dari responden yang berpendapat kesepakatan kerja tidak sesuai (45,1%). Sebaliknya jumlah responden yang tidak mendukung kontribusi pendapatan dari kelompok yang berpendapat bahwa kesepakatan kerja tidak sesuai

adalah 54,9%, lebih besar dari kelompok yang berpendapat kesepakatan kerja sesuai

Berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,060. Karena p-value lebih besar dari α ($0,060 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan antara kesepakatan perjanjian kerja dan kontribusi pendapatan tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%. Lihat Tabel 4.37 berikut ini.

TABEL 4.37. Hubungan antara Kesepakatan Perjanjian Kerja dan Kontribusi Pendapatan

Kesepakatan Perjanjian Kerja	Kontribusi Pendapatan				Total	
	Mendukung		Tidak Mendukung			
	F	%	F	%	F	%
Tidak sesuai	23	45,1	28	54,9	51	100
Sesuai	17	68,0	8	32,0	25	100
					76	100

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002) p value = 0,060 H_0 diterima

4.4.1.3. Hubungan Karakteristik dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

4.4.1.3.1 Hubungan Disiplin Ilmu dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Pada Tabel 4.38 di bawah ini dikemukakan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa responden yang menggunakan pemanfaatan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata dari *vak* kecil adalah 82,1%, lebih besar dari jumlah responden *vak* besar (60,4%). Sedangkan jumlah responden yang menggunakan pemanfaatan fasilitas rumah sakit di atas rata-rata dari *vak* besar adalah 39,6%, lebih besar dari *vak* kecil (17,9). Dari data yang diperoleh dengan perhitungan statistik distribusi frekuensi didapatkan nilai rata-rata dari data sekunder pemanfaatan fasilitas 215,04, dimana angka minimum 12 hingga mencapai angka maksimum 954. Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara disiplin ilmu dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya berdasarkan uji chi square

pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,049. Karena p-value lebih kecil dari α ($0,049 < 0,05$), maka H_0 ditolak, yang berarti pola hubungan antara disiplin ilmu dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.38. Hubungan antara Disiplin Ilmu dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Disiplin Ilmu	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
	F	%	F	%		
Vak besar	29	60,4	19	39,6	48	100
Vak kecil	23	82,1	5	17,9	28	100
					76	

Sumber: Data primeryang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,049

H_0 ditolak

4.4.1.3.2 Hubungan Lama Kerja dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Pada Tabel 4.39 di bawah ini, dikemukakan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa jumlah responden yang memanfaatkan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata lebih besar dari responden yang lama kerjanya lebih dari rata-rata (71,4%), daripada responden yang lama kerjanya Kurang dari dan sama dengan rata-rata (67,7%). Sedangkan jumlah responden yang menggunakan fasilitas rumah sakit di atas rata-rata lebih besar dari responden yang lama kerja Kurang dari dan sama dengan rata-rata (32,3%) daripada yang lama kerjanya lebih dari rata-rata (28,6%). Lama kerja rata-rata responden 12 tahun. Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara disiplin ilmu dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Berdasarkan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,789. Karena p-value lebih besar dari α ($0,789 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.39. Hubungan antara Lama kerja dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Lama Kerja	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
	F	%	F	%		
≤ Lama kerja rata-rata	42	67,7	20	32,3	62	100
> Lama kerja rata-rata	10	71,4	4	28,6	14	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,789

Ho diterima

4.4.1.3.3. Hubungan Rata-Rata Jumlah Pasien dengan Pemanfaatan Fasilitas

Rumah Sakit

Pada Tabel 4.40 di bawah ini dikemukakan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa jumlah responden yang menggunakan pemanfaatan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata lebih besar dari responden dengan jumlah pasien Kurang dari dan sama dengan rata-rata (80,3%) daripada responden dengan jumlah pasien di atas rata-rata (20,0%). Sedangkan jumlah responden yang menggunakan pemanfaatan fasilitas rumah sakit di atas rata-rata lebih besar dari responden dengan jumlah pasien di atas rata-rata (80,0%) daripada responden dengan jumlah pasien Kurang dari dan sama dengan rata-rata (19,7%). Rata-rata jumlah pasien 8 orang per kali praktik. Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara rata-rata jumlah pasien dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya berdasarkan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,000. Karena p-value lebih kecil dari α ($0,000 < 0,05$), maka H_0 ditolak, yang berarti bahwa pola hubungan antara rata-rata jumlah pasien dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit bermakna pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.40. Hubungan antara Rata-rata Jumlah Pasien dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Rata-rata jumlah pasien	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata			
	F	%	F	%	F	%
≤ rata-rata jumlah ps	49	80,3	12	19,7	61	100
> rata-rata jumlah ps	3	20,0	12	80,0	15	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,000 Ho ditolak

4.4.1.3.4. Hubungan Jadwal Praktik dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah

Sakit

Analisis menunjukkan bahwa jumlah responden yang menggunakan pemanfaatan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata lebih besar pada responden dengan jadwal praktik kurang dari 7 kali dalam seminggu (71,8%) daripada responden yang mempunyai jadwal praktik lebih dari dan sama dengan 7 kali dalam seminggu (20,0%). Sebaliknya pemanfaatan fasilitas rumah sakit di atas rata-rata lebih besar dari responden dengan jadwal praktik lebih dari dan sama dengan 7 kali dalam seminggu (80,0%) daripada responden yang mempunyai jadwal praktik kurang dari 7 kali dalam seminggu (28,2%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara jadwal praktik dokter spesialis dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,016. Karena p-value lebih kecil dari α ($0,016 < 0,05$), maka H_0 ditolak, yang berarti bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara jadwal praktik dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit pada tingkat kepercayaan 95%. Lihat Tabel 4.41 berikut ini.

TABEL 4.41. Hubungan antara Jadwal Praktik dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Jadwal Praktik	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
	F	%	F	%		
< 7 kali dalam seminggu	51	71,8	20	28,2	71	100
≥ 7 kali dalam seminggu	1	20,0	4	80,0	5	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,016

Ho ditolak

4.4.1.3.5. Hubungan Usia dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Didapatkan jumlah responden yang menggunakan pemanfaatan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata dari responden berusia Kurang dari dan sama dengan rata-rata adalah 68,6%, sedikit lebih besar dari responden yang berusia lebih dari rata-rata (68,0%). Sedangkan pemanfaat fasilitas rumah sakit di atas rata-rata dari responden berusia lebih dari rata-rata adalah 32,0%, sedikit lebih besar dari responden berusia Kurang dari dan sama dengan rata-rata (31,4%). Usia rata-rata responden 52 tahun pada kelas interval 51-60 tahun. Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara usia dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, didapatkan p-value sebesar 0,956. Karena p-value lebih besar dari α ($0,956 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti pola hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95% Lihat Tabel 4.42 berikut ini.

TABEL 4.42. Hubungan antara Usia Responden dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Usia	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
	F	%	F	%		
≤ usia rata-rata	35	68,6	16	31,4	51	100
> usia rata-rata	17	68,0	8	32,0	25	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,956

Ho diterima

4.4.1.3.6. Hubungan Jumlah Lokasi Praktik dengan Pemanfaatan Fasilitas

Rumah Sakit

Analisis menunjukkan bahwa jumlah responden yang menggunakan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata lebih besar dari responden yang berpraktik lebih dari dan sama dengan 3 lokasi praktik (89,5%) daripada responden yang berpraktik Kurang dari dan sama dengan 2 lokasi praktik. (61,4%). Sedangkan jumlah responden yang menggunakan fasilitas rumah sakit di atas rata-rata lebih besar dari responden yang berpraktik Kurang dari dan sama dengan 2 lokasi praktik (38,6%) daripada yang berpraktik lebih dari dan sama dengan 3 lokasi praktik (10,5%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara jumlah lokasi praktik dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya berdasarkan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,023. Karena p-value lebih kecil dari α ($0,023 < 0,05$), maka H_0 ditolak, yang berarti bahwa pola hubungan antara jumlah lokasi praktik dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%. Lihat Tabel 4.43 berikut.

TABEL 4.43. Hubungan antara Jumlah Lokasi Praktik dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Jumlah Lokasi	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
Berpraktik ≤ 2 lokasi	F	%	F	%	57	100
Berpraktik ≥ 3 lokasi	35	61,4	22	38,6	19	100
	17	89,5	2	10,5	76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,023

H_0 ditolak

4.4.1.4. Hubungan Variabel Independen dengan Pemanfaatan Fasilitas

Rumah Sakit

4.4.1.4.1. Hubungan Variabel Kenyamanan dengan Pemanfaatan Fasilitas

Rumah Sakit

Pada Tabel 4.44 di bawah ini disajikan data pengguna fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata lebih besar pada responden yang berpendapat nyaman (74,0%) daripada responden yang berpendapat kurang nyaman (57,7%). Sedangkan pengguna fasilitas rumah sakit di atas rata-rata lebih besar dari responden yang berpendapat kurang nyaman (42,3%) daripada yang berpendapat nyaman (26,0%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan adanya hubungan antara kenyamanan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya berdasarkan uji chi square pada α sebesar 5%, diketahui bahwa p-value sebesar 0,147. Karena p-value lebih besar dari α ($0,147 > 0,05$), maka H_0 diterima, berarti bahwa pola hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.44. Hubungan antara Kenyamanan dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Kenyamanan	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
	F	%	F	%		
Kurang Nyaman	15	57,7	11	42,3	26	100
Nyaman	37	74,0	13	26,0	50	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,147

H_0 diterima

4.4.1.4.2 Hubungan Variabel Dukungan Kondisi Kerja dengan Pemanfaatan

Fasilitas Rumah Sakit

Pada Tabel 4.45 dikemukakan bahwa jumlah responden yang memanfaatkan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata lebih besar dari responden yang berpendapat dukungan kondisi kerja saat ini mendukung (75,0%), daripada responden yang berpendapat tidak mendukung (66,7%). Sedangkan jumlah responden yang

memanfaatkan fasilitas rumah sakit di atas rata-rata lebih besar dari responden yang berpendapat dukungan kondisi kerja saat ini tidak mendukung (33,3%) daripada responden yang berpendapat mendukung (25,0%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan ada hubungan antara dukungan kondisi kerja dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya dengan uji chi square pada α sebesar 5%, didapatkan p-value sebesar 0,524. Karena p-value lebih besar dari α ($0,524 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.45. Hubungan antara Dukungan Kondisi Kerja dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Dukungan Kondisi Kerja	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
	F	%	F	%		
Tidak mendukung	40	66,7	20	33,3	60	100
Mendukung	12	75,0	4	25,0	16	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,524

H_0 diterima

4.4.1.4.3. Hubungan Variabel Hubungan Interpersonal dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Pada Tabel 4.46 di bawah ini dikemukakan bahwa jumlah responden yang memanfaatkan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata dari responden yang berpendapat bahwa hubungan interpersonal memenuhi harapan adalah 75,0%, lebih besar dari responden yang berpendapat tidak memenuhi harapan (67,2%). Sedangkan jumlah pengguna fasilitas rumah sakit di atas rata-rata dari responden yang berpendapat bahwa hubungan interpersonal tidak memenuhi harapan adalah 32,8%, lebih besar dari responden yang berpendapat memenuhi harapan (25,0%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan ada hubungan antara hubungan

interpersonal dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya berdasarkan uji chi square pada α sebesar 5%, diketahui bahwa p-value sebesar 0,593. Karena p-value lebih besar dari α ($0,593 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan antara hubungan interpersonal dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.46. Hubungan antara Hubungan Interpersonal dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Hubungan Interpersonal	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
Tak memenuhi harapan	F	%	F	%	64	100
Memenuhi harapan	43	67,2	21	32,8	12	100
	9	75,0	3	25,0	76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,593

H_0 diterima

4.4.1.4.4. Hubungan Variabel Kompensasi yang Didapatkan dengan

Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Jumlah responden yang memanfaatkan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata lebih besar dari responden yang berpendapat kompensasi yang didapatkan kurang (71,9%) daripada responden yang berpendapat bahwa kompensasi yang didapatkan cukup (50,0%). Sedangkan responden yang memanfaatkan fasilitas rumah sakit di atas rata-rata lebih besar dari responden yang berpendapat bahwa kompensasi yang didapatkan cukup (50,0%) daripada responden yang berpendapat kurang (28,1%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan ada hubungan antara kompensasi yang didapatkan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya berdasarkan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,135. Karena p-value lebih besar dari α ($0,135 > 0,05$), maka H_0

diterima, yang berarti bahwa pola hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%. Lihat Tabel 4.47 berikut ini.

TABEL 4.47. Hubungan antara Kompensasi yang Didapatkan dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Kompensasi yang didapatkan	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
	F	%	F	%		
Kurang	46	71,9	18	28,1	64	100
Cukup	6	50,0	6	50,0	12	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,135

Ho diterima

4.4.1.4.5. Hubungan Variabel Kesepakatan Perjanjian Kerja dengan

Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Pada Tabel 4.48 dikemukakan bahwa jumlah responden yang memanfaatkan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata lebih besar pada responden yang berpendapat kesepakatan perjanjian kerja sesuai (76,0%) daripada responden yang berpendapat bahwa kesepakatan perjanjian kerja tidak sesuai (64,7%). Sedangkan jumlah responden pemanfaat fasilitas rumah sakit di atas rata-rata lebih besar dari responden yang berpendapat bahwa kesepakatan perjanjian kerja tidak sesuai (35,3%) daripada responden yang berpendapat sesuai (24,0%). Hal ini berarti pola penyebaran data menunjukkan ada hubungan antara kesepakatan perjanjian kerja dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Selanjutnya berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji chi square pada α sebesar 5%, dapat diketahui bahwa p-value sebesar 0,320. Karena p-value lebih besar dari α ($0,320 > 0,05$), maka H_0 diterima, yang berarti bahwa pola hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik pada tingkat kepercayaan 95%.

TABEL 4.48. Hubungan antara Kesepakatan Perjanjian Kerja dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Kesepakatan perjanjian kerja	Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit				Total	
	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		F	%
	F	%	F	%		
Tidak sesuai	33	64,7	18	35,3	51	100
Sesuai	19	76,0	6	24,0	25	100
					76	

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

p value = 0,320

Ho diterima

4.4.1.5. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square antara Karakteristik

Individu dan Kontribusi Pendapatan

Tabel 4.49 berikut ini menyatakan tentang rekapitulasi hasil uji statistik menggunakan uji chi square untuk mengetahui hubungan karakteristik individu dengan kontribusi pendapatan dari praktik dokter spesialis.

TABEL 4.49. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square untuk Mengetahui Hubungan antara Karakteristik Individu dan Kontribusi Pendapatan dari Praktik Dokter Spesialis (n=76)

No	Variabel Karakteristik Individu	Mendukung		Tidak Mendukung		p-Val	Signifikansi	Hasil
		Jumlah	%	Jumlah	%			
1	Disiplin Ilmu							
	- <i>Vak</i> Besar	26	54,2	22	45,8	0,726	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- <i>Vak</i> Kecil	14	50,0	14	50,0			
2	Lama Bekerja							
	- ≤ lama kerja rata-rata	36	58,1	26	41,9	0,046	Ada hubungan	Ho ditolak
	- > lama kerja rata-rata	4	28,6	10	71,4			
3	Jadwal Praktik							
	- < 7 kali dalam seminggu	36	50,7	35	49,3	0,205	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- ≥ 7 kali dalam seminggu	4	80,0	1	20,0			
4	Usia							
	- ≤ usia rata-rata	32	62,7	19	37,3	0,012	Ada hubungan	Ho ditolak
	- > usia rata-rata	8	32,0	17	68,0			
5	Jumlah pasien							
	- ≤ rata-rata jumlah pasien	33	54,1	28	45,9	0,606	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- > rata-rata jumlah pasien	7	46,7	8	53,3			
6	Jumlah Lokasi Praktik							
	- ≤ 2 lokasi	30	52,6	27	47,4	1,000	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- ≥ 3 lokasi	10	52,6	9	47,4			

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.4.1.6. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square antara Variabel

Independen dan Kontribusi Pendapatan

Tabel 4.50 berikut ini menyatakan tentang rekapitulasi hasil uji statistik menggunakan uji chi square untuk mengetahui hubungan variabel independen dengan kontribusi pendapatan dari praktik dokter spesialis.

TABEL 4.50. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square untuk Mengetahui Hubungan Variabel Independen dengan Kontribusi Pendapatan dari Praktik Dokter Spesialis (N=76)

No	Variabel Independen	Mendukung		Tidak Mendukung		p-Val	Signifikansi	Hasil
		Jumlah	%	Jumlah	%			
1	Kenyamanan							
	- Kurang nyaman	12	46,2	14	53,8	0.415	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- Nyaman	28	56,0	22	44,0			
2	Dukungan kondisi kerja							
	- Tidak Mendukung	28	46,7	32	53,3	0.044	Ada hubungan	Ho ditolak
	- Mendukung	12	75,0	4	25,0			
3	Hubungan Interpersonal							
	- Tidak memenuhi harapan	32	50,0	32	50,0	0.289	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- Memenuhi Harapan	8	66,7	4	33,3			
4	Kompensasi yang diperoleh							
	- Kurang	33	51,6	31	48,4	0.666	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- Cukup	7	58,3	5	41,7			
5	Kesepakatan perjanjian kerja							
	- Tidak sesuai	23	45,1	28	54,9	0.060	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- Sesuai	17	68,0	8	32,0			

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.4.1.7. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square antara Karakteristik

Individu dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Tabel 4.51 berikut ini menyatakan tentang rekapitulasi hasil uji statistik menggunakan uji chi square untuk mengetahui hubungan karakteristik individu dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

TABEL 4.51. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square untuk Mengetahui Hubungan Karakteristik Individu dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit (n=76)

No	Variabel Karakteristik Individu	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		p-Value	Signifikansi	Hasil
		Jumlah	%	Jumlah	%			
1	Disiplin Ilmu							
	- <i>Vak</i> Besar	29	60,4	19	39,6	0,049	Ada hubungan	Ho ditolak
	- <i>Vak</i> Kecil	23	82,1	5	17,9			
2	Lama Bekerja							
	- ≤ lama kerja rata-rata	42	67,7	20	32,3	0,789	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- > lama kerja rata-rata	10	71,4	4	28,6			
3	Jadwal Praktik							
	- < 7 kali dalam seminggu	51	71,8	20	28,2	0,016	Ada hubungan	Ho ditolak
	- ≥ 7 kali dalam seminggu	1	20,0	4	80,0			
4	Usia							
	- ≤ usia rata-rata	35	68,6	16	31,4	0,956	Tak ada hubungan	Ho diterima
	- > usia rata-rata	17	68,0	8	32,0			
5	Jumlah pasien							
	- ≤ rata-rata jumlah pasien	49	80,3	12	19,7	0,000	Ada hubungan	Ho ditolak
	- > rata-rata jumlah pasien	3	20,0	12	80,0			
6	Jumlah Lokasi Praktik							
	- ≤ 2 lokasi	35	61,4	22	38,6	0,023	Ada hubungan	Ho ditolak
	- ≥ 3 lokasi	17	89,5	2	10,5			

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

4.4.1.8. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square antara Variabel

Independen dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Tabel 4.52 berikut ini menyatakan tentang rekapitulasi hasil uji statistik menggunakan uji chi square untuk mengetahui hubungan variabel independen dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

TABEL 4.52. Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Square untuk Mengetahui Hubungan Variabel Independen dengan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit (n=76)

No	Variabel Independen	Di bawah rata-rata		Di atas rata-rata		p-Value	Signifikansi	Hasil
		Jumlah	%	Jumlah	%			
1	Kenyamanan							
	- Tidak Nyaman	15	57,7	11	42,3	0.147	Tak ada hubungan Ho diterima	
	- Nyaman	37	74,0	13	26,0			
2	Dukungan kondisi kerja							
	- Tidak mendukung	40	66,7	20	33,3	0.524	Tak ada hubungan Ho diterima	
	- Mendukung	12	75,0	4	25,0			
3	Hubungan Interpersonal							
	- Tidak memenuhi harapan	43	67,2	21	32,8	0.593	Tak ada hubungan Ho diterima	
	- Memenuhi Harapan	9	75,0	3	25,0			
4	Kompensasi yang diperoleh							
	- Kurang	46	71,9	18	28,1	0.135	Tak ada hubungan Ho diterima	
	- Cukup	6	50,0	6	50,0			
5	Kesepakatan perjanjian kerja							
	- Tidak Sesuai	33	64,7	18	35,3	0.320	Tak ada hubungan Ho diterima	
	- Sesuai	19	76,0	6	24,0			

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus, 2002)

4.4.2 ANALISIS MULTIVARIAT REGRESI LOGISTIK

Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui dari seluruh variabel independen secara bersama-sama faktor kebutuhan dokter spesialis yang manakah yang paling berpengaruh terhadap kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit dengan uji statistik multivariat regresi logistik. Variabel-variabel yang terbukti mempunyai hubungan yang signifikan dengan variabel kontribusi pendapatan dan variabel pemanfaatan fasilitas rumah sakit dari hasil uji bivariat diikutsertakan dalam uji regresi logistik selanjutnya.

4.4.2.1. Analisis Pengaruh Variabel Independen terhadap Variabel Dependen

(Kontribusi Pendapatan)

Hasil dari uji bivariat terhadap variabel karakteristik responden dan variabel independen dengan kontribusi pendapatan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.53. Ringkasan Hasil Uji Chi-Square tentang Hubungan antara Variabel Independen dan Variabel Dependen (Kontribusi Pendapatan)

Hubungan antara variabel	Hasil Uji Chi-Square	p-value
Disiplin ilmu dengan kontribusi	Tidak ada hubungan	0,726
Lama bekerja dengan kontribusi	Ada hubungan	0,046
Rata-rata jumlah pasien dengan kontribusi	Tidak ada hubungan	0,606
Jadwal praktik dalam seminggu dengan kontribusi	Tidak ada hubungan	0,205
Usia dengan kontribusi	Ada hubungan	0,012
Jumlah lokasi praktik dengan kontribusi	Tidak ada hubungan	1,000
Kenyamanan dengan kontribusi	Tidak ada hubungan	0,415
Dukungan kondisi kerja dengan kontribusi	Ada hubungan	0,044
Hubungan interpersonal dengan kontribusi	Tidak ada hubungan	0,289
Kompensasi yang didapatkan dengan kontribusi	Tidak ada hubungan	0,666
Kesepakatan perjanjian kerja dengan kontribusi	Tidak ada hubungan	0,060

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus, 2002)

Dari Tabel 4.53 di atas dapat diketahui bahwa variabel-variabel yang diikutsertakan dalam uji selanjutnya adalah variabel independen yang signifikan dengan variabel dependen, yang mempunyai p-value < 0,5 yaitu lama kerja dokter spesialis yang kurang dari dan sama dengan rata-rata 12 tahun (p value: 0,046), usia dokter spesialis yang kurang dari dan sama dengan rata-rata 52 tahun (p value: 0,012), dan dukungan kondisi kerja yang mendukung (p value: 0,044). Variabel-variabel di atas secara bersama-sama di uji regresi logistik dengan metode forward untuk mendapatkan faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap kontribusi pendapatan, seperti tampak pada Tabel 4.54 berikut ini.

Tabel 4.54. Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik dengan Metode Forward untuk Variabel Kontribusi Pendapatan (p value < 0,05)

Variabel	B	SE	Wald	Df	Sig	Exp(B)
Usia	1,275	0,517	6,071	1	0,014	3,578
Constant	-1,796	0,721	6,212	1	0,013	0,166

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus, 2002)

Dari tabel 4.54 hasil analisis regresi logistik yang dilakukan dengan SPSS 10 ternyata variabel usia dokter spesialis adalah yang paling berpengaruh secara

signifikan terhadap kesediaan memberikan kontribusi pendapatan, hal ini terlihat dari p-value usia 0,014 ($p\text{-value} < 0,05$). Berarti dari variabel lama kerja, usia dan dukungan kondisi kerja yang berhubungan secara bermakna dengan kesediaan memberikan kontribusi pendapatan, bersama-sama yang berpengaruh secara bermakna terhadap kontribusi pendapatan adalah usia dokter spesialis. Hal ini menunjukkan bahwa variabel usia dokter spesialis yang kurang dari dan sama dengan rata-rata 52 tahun berpengaruh terhadap komitmen dokter spesialis untuk kesediaannya memberikan kontribusi pendapatan.

4.4.2.2. Analisis Pengaruh Variabel Independen terhadap Variabel Dependen (Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit)

Hasil uji bivariat terhadap variabel karakteristik responden dan variabel independen dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit adalah sebagai berikut:

Tabel 4.55. Ringkasan Hasil Uji Chi-Square tentang Hubungan antara Variabel Independen dan Variabel Dependen (Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit)

Hubungan antar variabel	Keterangan	p-value
Disiplin ilmu dengan pemanfaatan fasilitas RS	Ada hubungan	0,049
Lama bekerja dengan pemanfaatan fasilitas RS	Tidak ada hubungan	0,789
Rata-rata jumlah pasien dengan pemanfaatan fasilitas RS	Ada hubungan	0,000
Jadwal praktik dengan pemanfaatan fasilitas RS	Ada hubungan	0,016
Usia dengan pemanfaatan fasilitas RS	Tidak ada hubungan	0,956
Jumlah lokasi praktik dengan pemanfaatan fasilitas RS	Ada hubungan	0,023
Kenyamanan dengan pemanfaatan fasilitas RS	Tidak ada hubungan	0,147
Dukungan kondisi kerja dengan pemanfaatan fasilitas RS	Tidak ada hubungan	0,524
Hubungan interpersonal dengan pemanfaatan fasilitas RS	Tidak ada hubungan	0,593
Kompensasi yang didapatkan dengan pemanfaatan fasilitas RS	Tidak ada hubungan	0,135
Kesepakatan perjanjian kerja dengan pemanfaatan fasilitas RS	Tidak ada hubungan	0,320

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus 2002)

Dari Tabel 4.55 di atas dapat diketahui bahwa variabel-variabel yang akan diikutsertakan dalam uji selanjutnya adalah variabel independen yang signifikan,

yang mempunyai $p\text{-value} < 0,5$ yaitu: disiplin ilmu dokter spesialis dari *vak* besar ($p\text{-value}$: 0,049), jadwal praktik lebih besar sama dengan 7 kali dalam seminggu ($p\text{-value}$: 0,016), jumlah pasien di atas rata-rata 8 orang per kali praktik ($p\text{-value}$: 0,000), dan jumlah lokasi praktik kurang dari dan sama dengan 2 lokasi praktik ($p\text{-value}$: 0,023).

Variabel-variabel di atas secara bersama-sama di uji regresi logistik dengan metode forward untuk mendapatkan faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit, seperti tampak pada Tabel 4.56 berikut.

Tabel 4.56. Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik dengan Metode Forward untuk Variabel Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit ($p\text{-value} < 0,05$)

Variabel	B	SE	Wald	Df	Sig	Exp(B)
Jumlah pasien	2,793	0,721	14,992	1	0,000	16,332
Constant	-4,200	0,912	21,212	1	0,000	0,015

Sumber: Data primer yang telah diolah (Agustus, 2002)

Dari Tabel 4.56 hasil analisis regresi logistik yang dilakukan dengan SPSS 10 ternyata variabel jumlah pasien adalah yang paling berpengaruh secara signifikan terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Hal ini terlihat dari $p\text{-value}$ jumlah pasien 0,000 ($p\text{-value} < 0,05$). Berarti dari variabel disiplin ilmu, jumlah pasien, jadwal praktik dan jumlah lokasi praktik yang berhubungan secara bermakna dengan kesediaan pemanfaatan fasilitas rumah sakit, bersama-sama yang berpengaruh secara bermakna terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit adalah jumlah pasien. Hal ini menunjukkan bahwa variabel jumlah pasien di atas rata-rata berpengaruh terhadap komitmen dokter spesialis untuk kesediaannya dalam pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

4.5. HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN PIHAK MANAJEMEN

Hasil penelitian dari kuesioner terstruktur baik yang tertutup maupun yang terbuka dan analisis dari faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra yang berpengaruh terhadap kontribusi pendapatan serta pemanfaatan fasilitas rumah sakit dikembangkan sebagai materi pedoman wawancara untuk mendapatkan tanggapan atau pendapat dari pihak manajemen pengambil keputusan yang selanjutnya digunakan untuk melengkapi hasil penelitian tentang pengembangan Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis.

Wawancara mendalam dilakukan dengan 7 orang manajemen pengambil keputusan, yang terdiri dari Direktur Utama, Wakil Direktur, Direktur Pelayanan Rawat Jalan, Direktur Pelayanan Umum, Kepala Biro Sumber Daya Manusia, Kepala Biro Keuangan, dan Ketua Sistem Pengawasan Internal (SPI)

Materi pedoman wawancara membicarakan gambaran umum tentang keberadaan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis, mengeksplorasi pernyataan sikap dokter spesialis terhadap terpenuhinya kebutuhan kenyamanan, dukungan kondisi kerja, terjalinnya hubungan interpersonal, kompensasi finansial dan non finansial, serta kesepakatan perjanjian kerja; selanjutnya menanggapi pernyataan dokter spesialis mitra mengenai partisipasi kontribusi pendapatan dari hasil praktik dan perolehan data sekunder pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

Tentang keberadaan Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis terhadap pelayanan di Rumah Sakit Telogorejo ditanggapi sebagian besar informan dengan pernyataan positif, bahwa sebenarnya awal keberadaan praktik dokter

spesialis di pelayanan rawat jalan diciptakan sebagai salah satu pintu gerbang masuk ke pelayanan rawat inap maupun unit penunjang lainnya, agar rumah sakit dapat mengendalikan pasien rumah sakit.

Dokter mendapat semua kemudahan, dapat merasakan senang dan nyaman berpraktik di tempat tersebut, pasien dapat memanfaatkan pelayanan penunjang yang dibutuhkan karena mudah terjangkau dan berada di satu lokasi, begitupula rumah sakit mendapatkan kelebihan-kelebihan dari pemanfaatan pelayanan yang diberikan. Dengan makin tingginya tingkat pendidikan masyarakat pengguna jasa kesehatan, kesadaran kesehatan makin tinggi, harapannya pasien berobat tidak cukup dengan dokter umum saja, seharusnya ke dokter spesialis atau sub spesialis, sehingga sebenarnya dari perkembangan ini praktik dokter spesialis dapat menangkap cakupan yang lebih banyak.

Sebagian kecil informan menanggapi pula bahwa memandang pelayanan Praktik Dokter Spesialis tidak dapat hanya dari satu bagian pelayanan saja, tetapi dilihat secara menyeluruh peranannya bagi pelayanan Rumah Sakit Telogorejo.

Tentang ada tidaknya perkembangan yang diamati selama ini, komentar sebagian besar informan yang sudah menjalani aktivitas di bagian manajemen mulai dari 2,5 tahun, 4 tahun, 5 tahun, 7 tahun, 17 tahun hingga 21 tahun menyatakan dari segi jumlah dokter, jumlah pasien nampaknya ada kenaikan tetapi dari segi penggunaan fasilitas penunjang seperti laboratorium, radiologi dan pemanfaatan rawat inap masih memprihatinkan dan belumlah optimal. Hal ini terlihat dari sebagian besar rujukan yang masuk ke rawat inap adalah dari Unit Gawat Darurat bukan dari Praktik Dokter Spesialis, yang sebenarnya diharapkan akan memberikan

kontribusi seimbang ataupun lebih tinggi dibanding kiriman Unit Gawat Darurat.

Sebetulnya bagian ini mempunyai potensi pasar yang luar biasa tapi seolah-olah belum bisa menggarap dengan maksimal, padahal Praktik Dokter Spesialis dinyatakan sebagai *tambang emasnya* Rumah Sakit Telogorejo. Ungkapan ini dikuatkan pula oleh pernyataan seorang informan yang dengan optimis menyatakan:

“... dalam mengantisipasi perkembangan rawat inap menjadi day care benar-benar Out Patient Department di kemudian hari akan berkembang jauh lebih maju dari rawat inap...”.

Menanggapi pertanyaan tentang perkembangan Praktik Dokter Spesialis terhadap pertumbuhan bidang rawat inap, sebagian besar informan berpendapat bahwa belum terlihat adanya perkembangan terhadap pertumbuhan rawat inap. Hal ini terlihat dari persentase kiriman terbesar ke rawat inap adalah dari Unit Gawat Darurat dan Klinik Umum, sedangkan Praktik Dokter Spesialis belum mencapai separonya. Padahal dari Praktik Dokter Spesialis mestinya bisa seimbang, dimana pencapaian *coverage* perusahaan sudah 20% yang menunjukkan bahwa rumah sakit sudah mempunyai *captive market* yang lumayan dari praktik dokter spesialis. Sayangnya belum ada perhitungan seberapa besar persentase orang yang harus mondok dari keseluruhan pasien yang memeriksakan diri ke praktik dokter spesialis.

Dengan adanya kemitraan dengan dokter spesialis yang menggunakan fasilitas pelayanan praktik rawat jalan walaupun mungkin tidak terlihat terlalu banyak, dokter spesialis terlihat mengirimkan juga pasien ke rawat inap dari praktik pribadinya di rumah. Hal inilah yang menunjukkan adanya fungsi secara tidak langsung dari *service* yang diberikan oleh rumah sakit.

Walau demikian sebagian kecil informan mengingatkan untuk tidak mengabaikan keinginan pasien yang diartikan sebagai adanya hak asasi pasien untuk memilih ke mana akan menjalani perawatan, dan itu sangat tergantung pada bagaimana bagian tersebut mampu memberikan pelayanan yang baik dan bermutu, serta memotivasi dan meyakinkan baik pasien maupun klinisi untuk memanfaatkan pelayanan yang ada.

Selanjutnya hasil wawancara mendalam dengan manajemen pengambil keputusan, dengan mengeksplorasi (a) pernyataan sikap dokter spesialis terhadap variabel-variabel faktor kebutuhan dokter spesialis, serta dengan menanggapi (b) pernyataan dokter spesialis mengenai kesediaan memberikan kontribusi pendapatan dari hasil praktik, dan (c) perolehan data sekunder pemanfaatan fasilitas rumah sakit, demi kemudahan alur penulisan dan pemahaman, penulis sampaikan dan padukan di bagian pembahasan berikut ini.

4.6. PEMBAHASAN

Pada bagian pembahasan ini, hasil penelitian yang sudah didapatkan dibahas dengan pendekatan konsep/teori *Quality Function Deployment (QFD)*, yaitu suatu sistem dan prosedur yang memadukan pendekatan hasil statistik dengan pendekatan empiris untuk mencari kuatnya hubungan dalam penelitian dan prioritas pembahasan. Dengan mengidentifikasi, mengkomunikasikan, dan memprioritaskan kebutuhan *customer*, organisasi dapat mengoptimalkan produk pelayanannya yang melebihi harapan *customer*. Identifikasi dilakukan melalui analisis kebutuhan dari suara *customer*, komunikasi dicapai melalui serangkaian matriks hubungan *customer* dan manajemen, serta prioritas didapatkan dari kebutuhan *customer*, kompetitor,

dan visi organisasi. Optimalisasi kegiatan difokuskan pada area yg paling dibutuhkan dan sangat berarti buat *customer*, unggul di persaingan dan berada di garis visi organisasi. Keseluruhan hubungan matriks membentuk rancangan interaksi sebagai *House of Quality* yang mempunyai potensi memberikan solusi yang lebih akurat (Mazur, 1993).

4.6.1. Karakteristik Dokter Spesialis dan Tanggapan Manajemen

Berdasarkan hasil penelitian, karakteristik dokter spesialis yang berpraktik di Praktik Dokter Spesialis ditinjau dari segi disiplin ilmu lebih dari 60% berasal dari *vak* besar terutama penyakit dalam dan bedah sedang sisanya dari *vak* kecil terutama penyakit saraf dan mata. Dari segi usia dokter spesialis yang bekerja rata-rata 52 tahun, lebih dari 51% responden berusia 51-60 tahun, 33 % berusia lebih dari dan sama dengan 61 tahun, dan kurang dari 16 % berusia di bawah 50 tahun. Berdasarkan kedua karakteristik, disiplin ilmu dan usia responden, manajemen berpendapat dapat dikembangkan dengan membuat kriteria dan penggolongan dokter spesialis yang “punya nama” di kota Semarang dan sekitarnya, untuk kemungkinan mempersiapkan regenerasi 5-10 tahun mendatang dengan mengkategorikan ke dalam 3 tingkatan, yaitu kandidat yang sudah terkenal dan punya nama, calon kandidat yang akan menggantikan 5-10 tahun mendatang, dan calon yang belum punya nama tapi berkaitan dengan pengembangan pelayanan di Rumah Sakit Telogorejo ke depan. Rekrutmen dokter spesialis mitra untuk peremajaan dan mengisi kebutuhan rumah sakit perlu dipersiapkan agar pelayanan rawat jalan dapat berlangsung konsisten dan berlanjut. Pengembangan pelayanan disini dapat berarti (1) menambah dokter spesialis mitra dengan jenis spesialisasi

tetap, atau (2) menambah jenis layanan spesialisasi. Hal tersebut membutuhkan penelitian tentang strategi pengembangan Rumah Sakit Telogorejo berdasarkan kebutuhan pasien.

Ditinjau dari lama bekerja di Rumah Sakit Telogorejo, diperoleh tanggapan dari sebagian besar informan bahwa praktik dokter spesialis tampaknya cukup menyenangkan bagi para dokter spesialis yang rata-rata sudah 12 tahun bergabung di Rumah Sakit Telogorejo. Hal ini sesuai dengan tingkat kemapanan seseorang dalam organisasi. Apabila tujuan individunya terpenuhi maka yang bersangkutan akan merasakan nyaman dalam organisasi tersebut.

Selanjutnya dalam hal jadwal praktik, $\pm 90\%$ responden mempunyai jadwal ≤ 7 kali dalam seminggu, sisanya, berpraktik lebih dari dan sama dengan 7 kali dalam seminggu. Sedangkan dari jumlah lokasi praktik 75% responden menjalankan praktik kurang dari dan sama dengan 2 lokasi, sedangkan 25% responden berpraktik pada lebih dari dan sama dengan tiga lokasi, yaitu praktik di rumah, di klinik swasta, di rumah sakit swasta lain, atau di rumah sakit pemerintah. Hal ini memperlihatkan bahwa sebagian besar dokter spesialis mempunyai 2 tempat praktik. Hasil ini sesuai pendapat Laksono (2001) yang mengemukakan bahwa para spesialis tidak puas dengan pendapatan yang diperoleh dari suatu rumah sakit. Akibatnya para spesialis cenderung untuk bekerja tidak hanya di satu rumah sakit. Hal ini dikarenakan sistem kompensasi yang didapatnya dirasakan rendah (secara keuangan), maka terjadi fenomena bekerja rangkap yang pada akhirnya akan mengurangi komitmen kepada suatu rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa dalam era globalisasi ekonomi ini, persaingan menjadi semakin ketat dan *customer*lah yang

mengendalikan produk, oleh karena itu organisasi harus mampu memberikan yang melebihi harapan *customer*. Untuk tujuan itulah penelitian ini dilakukan.

Dalam hal jumlah kunjungan pasien setiap kali praktik, diperoleh rata-rata 8 pasien. Menurut tanggapan informan, jumlah kunjungan pasien yang sedikit tersebut, menunjukkan utilisasi praktik dokter spesialis yang juga rendah dan belum banyak memanfaatkan fasilitas penunjang yang ada sehingga perlu mendapat *touch* khusus. Perlu dipikirkan sistem pengaturannya dengan beberapa alternatif seperti sistem pelayanan klinik dengan perjanjian, sistem dokter rawat jalan berstatus sebagai konsultan bagi yang sedikit pasiennya, dan bagi yang di atas rata-rata dapat diterapkan sistem praktik klinik yang diselenggarakan seperti saat ini dengan penambahan jadwal praktik. Selain itu, untuk meningkatkan jumlah kunjungan tersebut, diperlukan penelitian strategi pemasaran rumah sakit yang berlandaskan pada kebutuhan pasien sebagai pengguna jasa dokter dan rumah sakit.

Data karakteristik dokter yang berpraktik di Praktik Dokter Spesialis meliputi disiplin ilmu, usia, lama kerja, jadwal praktik, jumlah pasien dan jumlah lokasi praktik yang bervariasi tersebut, membantu manajemen dalam menentukan langkah perbaikan ke depan. Pemahaman tentang karakteristik dokter spesialis diperlukan mengingat prestasi organisasi tergantung atas prestasi individu, sehingga untuk memaksimalkan prestasi individu, manajemen perlu memiliki pengetahuan dan pemahaman atas karakter perilaku individu dalam organisasi (Gibson, 1996). Dalam hal ini masih diperlukan penelitian lebih mendalam tentang perilaku Dokter Spesialis Mitra di Rumah Sakit Telogorejo guna menetapkan strategi pengembangan serta kekuatan dan kelemahan yang dijumpai.

4.6.1.1. Analisis Hubungan antara Karakteristik Dokter Spesialis dan Kontribusi Pendapatan serta Tanggapan Manajemen

Analisis hubungan antara karakteristik dokter spesialis dan kontribusi pendapatan menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara lama bekerja dan usia dokter spesialis dengan kesediaan dokter spesialis memberikan kontribusi dari pendapatannya ($p = 0,046$ dan $p = 0,012$). Jumlah dokter spesialis yang bekerja $\leq$ rata-rata 12 tahun lebih banyak yang bersedia mendukung kontribusi pendapatan, sedangkan jumlah dokter spesialis yang bekerja $>$ rata-rata 12 tahun lebih banyak yang tidak bersedia mendukung kontribusi pendapatan praktik dokter spesialis. Begitu pula jumlah dokter spesialis berusia $\leq$ rata-rata 52 tahun lebih besar yang bersedia mendukung kontribusi pendapatan, sedangkan dokter spesialis berusia $>$ rata-rata 52 tahun lebih besar yang tidak bersedia mendukung kontribusi pendapatan Klinik Spesialis. Hasil ini perlu dibandingkan dengan temuan Setyawati (1999) yang menyatakan bahwa, variabel sosio demografik yang meliputi lama kelulusan, lama kerja, jenis kelamin, usia, pendapatan, tanggungan, rujukan, tidak memberikan hubungan signifikan dengan kepuasan kerja, kualitas dokter spesialis, dan kecenderungan perilaku dokter spesialis.

Bila dikaitkan dengan tulisan di depan tentang menghadapi perubahan, terlihat bahwa individu atau kelompok yang sudah mapan, sudah rutin dengan prosedur yang dijalannya dan sudah merasa puas untuk dirinya cenderung menolak perubahan, apalagi bila perubahan itu mengenai dirinya. Menurut Johnson (2001) hal yang membuat seorang individu tetap bertahan, tidak siap dengan tawaran

perubahan, menolak serta mengingkari adanya perubahan adalah karena takut perubahan akan mengakibatkan sesuatu yang buruk, takut mengalami kegagalan, sudah merasa enak di daerah *comfort zone*, tidak menyadari apa yang sedang terjadi, selalu mengeluh dan tidak mencari jalan keluar serta baru mencoba beradaptasi jika melihat perubahan akan mendatangkan sesuatu yang lebih baik. Benar disadari bahwa sebagai individu dalam menghadapi perubahan terdapat dua jenis pertentangan, ada kelompok yang membutuhkan pemikiran dan pertimbangan mendalam, tetapi ada kelompok yang membutuhkan keberanian, kecepatan, dan kesiapan bertindak untuk mengambil keputusan.

Menurut informan, sistem rekrutmen dokter spesialis yang berlangsung di Rumah Sakit Telogorejo saat ini belumlah melalui proses seleksi yang cermat, belum ada pembatasan usia pensiun maupun ketentuan-ketentuan lain tentang mekanisme pengakhiran hubungan kerja. Oleh karena itu, berpedoman pada hasil penelitian bila manajemen merencanakan bentuk kontribusi pendapatan ke depan, karakter usia $\leq$ rata-rata 52 tahun dan lama kerja dokter spesialis $\leq$ rata-rata 12 tahun yang signifikan ini perlu dipertimbangkan.

4.6.1.2. Analisis Hubungan antara Karakteristik Dokter Spesialis dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit serta Tanggapan Manajemen.

Analisis hubungan antara karakteristik dokter spesialis dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara disiplin ilmu, jadwal praktik, jumlah pasien, dan jumlah lokasi praktik dengan kesediaan dokter mendukung pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Masing-masing dengan

$p = 0,049$ dan $p = 0,016$ untuk disiplin ilmu dan jadwal praktik, serta $p = 0,000$ dan $p = 0,023$ untuk jumlah pasien dan jumlah lokasi praktik.

Disiplin ilmu seorang dokter spesialis menentukan seberapa besar peranan dokter spesialis dalam pemanfaatan fasilitas yang dimiliki rumah sakit; dokter spesialis dengan disiplin ilmu *vak* besar (seperti penyakit dalam, penyakit anak, bedah) menggunakan pemanfaatan fasilitas rumah sakit lebih banyak dibanding dokter dari disiplin ilmu *vak* kecil. Para informan menanggapi bahwa ke depan perlu memperhatikan benar penempatan dokter spesialis yang ada dan mempertimbangkan perekrutan dokter spesialis mitra yang baru.

Hubungan antara rata-rata jumlah pasien dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit menunjukkan dokter spesialis dengan jumlah pasien di bawah rata-rata 8 pasien menerapkan pemanfaatan fasilitas rumah sakit di bawah rata-rata juga. Sedangkan dokter spesialis dengan jumlah pasien rata-rata 8 pasien ke atas per kali praktik lebih besar menggunakan fasilitas rumah sakit. Begitu pula hubungan antara jadwal praktik dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit menunjukkan dokter spesialis dengan jadwal praktik < 7 kali dalam seminggu lebih sedikit menggunakan pemanfaatan fasilitas rumah sakit, sedangkan yang berpraktik sebaliknya lebih banyak memanfaatkan. Hal ini menunjukkan perlunya meninjau ulang jadwal praktik agar penempatan dokter spesialis yang jumlah pasiennya termasuk banyak mendapatkan kesempatan lebih banyak untuk berpraktik. Dari pengamatan peneliti, perlu meningkatkan jadwal praktik dokter spesialis di pagi hari yang saat ini belum optimal dengan memberikan waktu berpraktik pada dokter spesialis yang punya potensi untuk mendukung praktik dokter spesialis.

Berkaitan dengan hubungan antara jumlah lokasi praktik dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit menunjukkan dokter spesialis yang berpraktik ≤ 2 lokasi, lebih banyak memanfaatkan fasilitas dibanding dengan yang jumlah tempat praktiknya ≥ 3 lokasi. Untuk itu diperlukan upaya dari pihak rumah sakit mempertahankan para dokter spesialis agar tetap berpraktik di praktik dokter spesialis dengan menjaga hubungan kerja yang baik dan menciptakan kondisi kerja yang menyenangkan dan nyaman.

Para informan masih melihat adanya masa depan untuk perbaikan, perlunya strategi penataan dokter yang berpraktik sesuai karakternya dan sentuhan strategi marketing untuk menjangkau pasien-pasien yang sudah datang berobat ke praktik dokter spesialis. Disamping itu pemanfaatan semaksimal mungkin ruangan praktik dengan terus berupaya menghadirkan dokter spesialis berpraktik di situ, pengisian ruangan praktik terutama pada pagi hari, atau dengan mengaktifkan sistem perjanjian. Evaluasi dokter yang produktif dan yang kurang produktif untuk diajak bicara bagaimana lebih meningkatkan efisiensi dan efektifitas pemanfaatan praktik dokter spesialis dengan pendekatan pribadi perlu diterapkan. Upaya lain dengan menjangkau dokter yang potensial, melengkapi sarana dan prasarannya dengan kerjasama imbal balik pemanfaatan fasilitas rumah sakit yang ada, perlu diprioritaskan penataan kapasitas tempat praktik sesuai perbandingan dokter yang ada, banyak sedikitnya jumlah pasien, panjangnya jam praktik, walaupun kelengkapan berbagai sub spesialis tetap diperlukan secara proporsional. Diharapkan dengan mengatur kembali proporsi dokter yang berpraktik sesuai disiplin ilmu dapat meningkatkan pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

4.6.2. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Kebutuhan Kenyamanan dan Tanggapan Manajemen

Sikap dokter spesialis terhadap kebutuhan kenyamanan, menyatakan setuju (60%) mengenai (a) ketenangan, (b) kebersihan ruang praktik, (c) kerapian ruang praktik, (d) jaminan keamanan, dan (e) fasilitas ruang tunggu; sisanya yang kurang setuju, yaitu terhadap kemudahan fasilitas parkir dan kesejukan ruang praktik.

Hal ini sesuai dengan jawaban sebagian besar responden terhadap pertanyaan terbuka yang mengharapkan terpenuhinya kebutuhan (a) fasilitas parkir, (b) kesejukan ruangan dan (c) fasilitas ruang tunggu, disamping tersedianya (d) sistem pelayanan berbasis komputer, (e) sistem alur pelayanan yang cepat, (f) sistem pendaftaran, (g) sistem penerimaan telepon, (h) juga faktor keramahan, ketelitian dan kesiapan perawat, (i) tersedianya makanan-minuman, serta (j) kelengkapan peralatan kerja.

Pernyataan sikap para dokter dan tanggapan para manajer rumah sakit terhadap hal kenyamanan dipadukan dalam matriks *House of Quality* pada QFD. Perpaduan tersebut diberi bobot sesuai dengan kuat lemahnya hubungan secara statistik kemudian diberi angka menurut teori QFD yaitu bernilai 9 sebagai peringkat kuat, bernilai 3 peringkat sedang, dan 1 peringkat lemah (Mazur, 1993). Kemudian untuk menentukan urutan prioritas pemecahan masalah, penulis menetapkan berdasarkan (a) kemudahan penyelesaian pada bagian yang bersangkutan, (b) biaya terjangkau, dan (c) memicu ketidakpuasan yang cukup besar. Urutan prioritas tersebut sebagai berikut rating tinggi bernilai 3, rating sedang bernilai 2, dan rating rendah bernilai 1.

Matriks 4.57. : *House of Quality Kenyamanan*

Tanggapan Manajemen Kebutuhan Dokter Spesialis		Fasilitas Parkir sebagai dilema	Fasilitas ruang tunggu ber AC, baik, rapi, nyaman	Tempat praktik dingin, sejuk	Tempat praktik rapi dan bersih	Ketrampilan perawat	Pendaftaran pasien lancar, tertib, sistem teratur
	Rating						
<i>Kuantitatif</i>							
Fasilitas Parkir	1	9					
Kesejukan Ruangan	3			9			
<i>Pertanyaan terbuka</i>							
Fasilitas Parkir							
- sulit tempat	1	9					
- tambah parkir dokter	1	9					
Kesejukan Ruangan: AC	3			9			
Fasilitas ruang tunggu							
- kipas angin, TV	2		9				
- tidak muat	2		9				
- gaduh	2		9				
- musik lembut	2		9				
Kerapian							
- alat tulis	2				3		
- handuk, wastafel lengkap	2				3		
- penataan meja kursi	2				3		
Kebersihan							
- semi aseptis	1				3		
- jumlah ruang kurang	2				3		
- kedap suara	1				3		
- pembatasan jmlh pengantar	2				3		
Lain-lain: Sistem							
- sistem komputer	1						9
- sistem kesiapan perawat	3						9
- sistem alur pelayanan	3						9
- sistem pendaftaran	3						9
- keramahan & ketelitian staf	2					9	
- kontrol & evaluasi alat	2						9
PENILAIAN		27	72	54	45	18	108
PRIORITAS		V	II	III	IV	VI	I

Keterangan:

Kriteria Prioritas Solusi: kemudahan pembenahan dikerjakan di bagian yang bersangkutan, biaya terjangkau, memicu ketidakpuasan. Peringkat tinggi (3), sedang (2), rendah (1).

Kekuatan hubungan : Peringkat kuat (9), sedang (3), lemah (1)

Berdasarkan matriks di atas, prioritas utama untuk kenyamanan yaitu pada (a) perbaikan sistem pelayanan terutama mengenai segi-segi kesiapan perawat dan kemudahan pendaftaran, (b) fasilitas ruang tunggu yang perlu dilengkapi, (c) kesejukan ruang praktik, (d) kerapian dan kebersihan tempat praktik, (e) fasilitas parkir dan (f) ketrampilan perawat.

Prioritas utama pada pembenahan sistem pelayanan yang dibutuhkan dokter spesialis yaitu (a) kesiapan perawat, (b) sistem alur pelayanan, (c) sistem pendaftaran, (d) sistem kontrol dan (e) evaluasi kelengkapan peralatan. Manajemen menanggapi perlunya penataan sistem di praktik dokter spesialis dengan kesiapan perawat sebelum dokter datang, sewaktu dokter berpraktik, dan sesudah dokter selesai berpraktik. Untuk itu perlu disusun prosedur-prosedur kesiapan perawat dan catatan-catatan yang melengkapi seperti formulir, laporan pemakaian alat tulis dan alat medis, laporan inventaris yang diperlukan pula unsur-unsur pengendali untuk mengatur sebelum berpraktik, sewaktu dan se usai berpraktik. Diperlukan pula sistem pendaftaran pasien yang lancar, tertib dan teratur dengan menyediakan kartu pendaftaran pasien yang sudah diurutkan, sehingga dokter spesialis datang dalam kondisi siap kerja. Nilai tambah akan didapat pula apabila ada kemudahan-kemudahan yang didapat dokter spesialis sejak dari mulai parkir sampai menjalankan tugas profesionalnya. Sebagian kecil informan menguatkan arti kenyamanan seperti terungkap berikut:

“... feel free to do anything...feel at home...dalam hubungan antara kolega tidak ada barrier... nyaman tidak hanya physical facility tapi juga intangible facility...bila akan meningkatkan kenyamanan hal-hal inilah yang disentuh...”

Prioritas berikutnya adalah pemenuhan kelengkapan fasilitas ruang tunggu, meliputi kipas angin/AC, TV, ruang tunggu yang cukup luas dan nyaman, tidak gaduh dengan alunan musik yang lembut. Sedangkan tanggapan manajemen dapat diakomodasikan dengan kelengkapan majalah sebagai bahan bacaan, perbaikan dinding, sofa, meja yang rusak dan lepas, menjaga kebersihan dan ketenangan ruang tunggu, memperhatikan sudut-sudut ruangan yang tak terjamah, karena kebutuhan tersebut tidaklah terlalu susah untuk dipenuhi asal dana mencukupi. Mulai dipikirkan para manajer, penambahan penyejuk ruangan (AC) bagi pasien di ruang tunggu praktik dokter spesialis. Menurut pengamatan penulis, kondisi ruang tunggu praktik dokter spesialis saat ini memang terasa panas walau sudah ada kipas angin yang terpasang. Selain itu *space* ruang tunggu yang terlalu lebar dengan kursi sofa yang terlihat memakan tempat perlu ditata kembali sesuai dengan kebutuhan jumlah pasien yang menunggu. Oleh karena itu, perlu dilakukan terlebih dulu Evaluasi Pasca Huni (*Post Occupancy Evaluation*), yaitu suatu proses evaluasi terhadap pemanfaatan bangunan yang telah digunakan untuk jangka waktu tertentu sebagai dasar perencanaan perbaikan dan pembangunan di masa depan (Preiser, Rabinowitz dan White, 1988). Tentunya kegiatan ini perlu dikoordinasikan dengan tim perencana arsitektur rumah sakit.

Dari analisis statistik dan pertanyaan terbuka, didapatkan hasil persentase yang cukup besar pada kebutuhan penyejuk ruangan (AC) pada ruang praktik. Hal itu sesuai dengan pendapat Barr dan Breindel dalam Wolper (1995), lokasi yang nyaman sebagai indikator mutu layanan rawat jalan penting bagi dokter sebagai *customer* disamping ketepatan waktu layanan, dan penjadwalan yang cepat untuk

sebuah prosedur. Seluruh informan sepakat bahwa indikator kenyamanan di bagian praktik dokter spesialis meliputi kenyamanan fisik yaitu ruangan dengan AC dalam kondisi baik, ruangan bersih, linen yang bersih dan tidak kusam, pengaturan pemakaian ruang praktik, ruang tunggu pasien yang rapi, nyaman dan sejuk. Sebagai pertimbangan pembenahan perlu diperhatikan adanya (a) data umur AC, (b) pemeliharaan AC dan pengisian kartu pemeliharaan, (c) kelengkapan prosedur pemeliharaan dan perbaikan AC, serta (d) anggaran dana setiap tahunnya untuk pemeliharaan dan penggantian apabila diperlukan. Untuk ini perlu evaluasi bersama dengan bagian prasarana rumah sakit. Disadari pula sudah lebih dari 10 tahun usia AC yang dimiliki bidang rawat jalan khususnya ruangan dokter spesialis, dan belum adanya kelengkapan AC pada ruang tunggu pasien. Pemecahan masalah kesejukan ruangan lebih mudah untuk diatasi asal ada dana pendukungnya. Hal inipun menjadi peluang bagi manajemen apabila dapat ditindaklanjuti dengan *agreement* yang baik dengan dokter spesialis, didapatkan peningkatan pendapatan bagi rumah sakit sehingga dapat diperoleh dana untuk perbaikan AC.

Berikutnya kebutuhan dokter spesialis yang merupakan kenyamanan secara fisik tetapi mempengaruhi secara psikis, adalah kerapian dan kebersihan ruangan dengan kelengkapan alat tulis, kelengkapan non medis seperti handuk, wastafel, serta penataan meja kursi. Disamping itu diharapkan pula ruangan yang semi aseptis, kedap suara, dan pengaturan ruangan sesuai jumlahnya. Bila diperhatikan pemanfaatan ruangan praktik belumlah optimal, ada ruangan dengan dua tempat tidur dipakai berpraktik seorang dokter, ada pula ruangan yang sudah disekat. Ke depan pembenahan tata ruang praktik perlu dilakukan agar pemanfaatannya dapat

optimal. Hal tersebut perlu penelitian tentang optimalisasi pemanfaatan fungsi ruang praktik dokter spesialis. Menanggapi kebutuhan ruangan semi aseptis, dapat dijelaskan bahwa ruangan praktik dokter spesialis selain dipakai untuk pemeriksaan pasien, dipakai pula untuk melakukan tindakan medis terutama bagi dokter bedah, dokter penyakit kandungan dan kebidanan. Sehingga perlu dipersiapkan diskusi terlebih dahulu dengan dokter yang bersangkutan dan bagian sanitasi, sejauh mana prosedur kondisi aseptis ruangan dapat dijalankan di ruang praktik dokter spesialis.

Permasalahan parkir merupakan dilema bagi rumah sakit. Dapat dikemukakan bahwa penyelesaian masalah parkir tidaklah mudah karena sangat berhubungan dengan *master plan* rumah sakit, bahkan sebagian kecil informan cukup pesimis dengan masalah parkir yang mungkin hingga 10 tahun ke depan masih belum dapat teratasi. Upaya yang dapat dilakukan saat ini adalah memberi akses-akses kemudahan parkir khusus bagi dokter, walaupun disadari itupun tak cukup terutama pada jam-jam visite dokter yang bersamaan waktunya dengan waktu kunjung pasien. Masalah parkir harus diperhatikan betul, untuk itu manajemen perlu mempertimbangkan (a) ide penyediaan gedung parkir untuk jangka waktu yang tidak terlalu panjang, (b) peminjaman lahan di sekitar rumah sakit untuk tempat parkir, atau (c) penutupan sungai sebagai lahan perparkiran.

Sebagian kecil informan memandang bahwa untuk mereka, masalah parkir bukanlah pendukung utama dalam pelayanan, tapi fasilitas kebutuhan ini memberi pengaruh bagi dokter spesialis dalam kenyamanan bekerja. Berkenaan dengan hal tersebut ada baiknya ke depan, dipersiapkan *master plan* rumah sakit menyangkut

perpakiran, serta dilakukan Evaluasi Pasca Huni (*Post Occupancy Evaluation*) untuk area perpakiran seperti yang perlu dijalankan untuk ruang tunggu.

Permasalahan parkir belumlah dapat diselesaikan manajemen dalam jangka pendek. Ada pendapat dialihkan dengan mengambil upaya memenuhi kebutuhan lainnya yang lebih mudah diatasi. Sebagian besar informan memandang kenyamanan praktik dokter spesialis terutama secara fisik meliputi tempat yang enak, rapi, bersih, dingin, dan sejuk. Sebagian kecil informan memberi masukan bahwa memang terlihat dari data bahwa responden mengeluh akan kurang nyamanan fasilitas parkir, kesejukan ruangan, dan kenyamanan ruang tunggu. Perlu dipertimbangkan bila kebutuhan dipenuhi, belum tentu itu memuaskan dokter spesialis, akan ada tuntutan-tuntutan kebutuhan yang lain karena selain *need* ada *expectation*. Hal ini sesuai pendapat Hersey (1998) bahwa harapan cenderung mempengaruhi kebutuhan, sedangkan ketersediaan cenderung mempengaruhi persepsi tujuan. Bila *intangible facility* yang disentuh, akan ada rasa tentang sesuatu yang tidak didapatkan responden di tempat lain. Bila hanya menyediakan fasilitas secara fisik, rumah sakit lainpun berlomba-lomba melakukan hal yang sama. Apakah hal ini menyelesaikan masalah, karena mungkin ada masalah-masalah baru yang belum terselesaikan. Sedangkan bila kebutuhan *intangible* terpenuhi bisa saja hal-hal fisik terabaikan.

Disadari adanya keterbatasan-keterbatasan yang tidak bisa dilewati dan permasalahan yang sebenarnya tidak bisa diatasi oleh manajemen, seperti masalah parkir, pemenuhan kesejukan ruangan secara menyeluruh, yang dapat diatasi dengan menggunakan kiat-kiat pemenuhan kebutuhan *intangible*. Memang benar kebutuhan

tangible tetap diupayakan untuk diatasi sepanjang kemampuan rumah sakit, selanjutnya upaya pemenuhan kebutuhan *intangible* yang bahkan mungkin tidak memerlukan banyak biaya seperti mempercepat proses pelayanan ke pasien maupun ke dokter, meningkatkan ketrampilan dan keramahan perawat pendamping dokter spesialis, kunjungan ke dokter secara rutin dengan dialog informal untuk mengeratkan hubungan kerja. Hal-hal seperti itulah yang seharusnya perlu dikejar oleh manajemen, seperti terungkap oleh penjelasan berikut:

"...bila kebutuhan intangible tidak kita sentuh karena terpancing upaya pemenuhan kebutuhan tangible, dikuatirkan manajemen malahan ditinggal oleh para dokter spesialis..."

Sesuai pendapat Gibson (1997), pencarian faktor kebutuhan dokter spesialis dalam penelitian ini banyak menggali faktor informal dalam gunung es organisasi yang terletak di bawah air yang berkaitan dengan masalah perilaku individu, tidak terlihat, tetapi ada, tersembunyi, afektif, dan berorientasi pada proses psikologi dikaitkan dengan pandangan individu, orientasi nilai, perasaan dan pertimbangan faktor perilaku. Kedalaman perubahan yang diinginkan mengacu sejauh mana manajemen masuk ke dalam gunung es organisasi untuk memecahkan masalah.

4.6.3. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Kebutuhan Dukungan

Kondisi kerja dan Tanggapan Manajemen

Secara analisis statistik sikap dokter spesialis terhadap terpenuhinya kebutuhan dukungan kondisi kerja secara keseluruhan, disetujui lebih dari 60% responden. Ditinjau pernyataan sikap dokter spesialis per sub variabel, dari segi fisik hanya sebagian kecil saja yang tidak setuju dengan pernyataan (a) tersedianya obat

di tempat praktik, (b) tersedianya kebutuhan alat medis dan alat penunjang medis, serta (c) tersedianya ruang istirahat dan diskusi. Sedangkan dari segi non fisik, sebagian responden kurang setuju sampai sangat tidak setuju untuk pernyataan (a) pelayanan farmasi, (b) tersedianya obat di instalasi farmasi, (c) tersedianya dan kejelasan informasi yang dibutuhkan, (d) tersedianya perawat, dan (e) ketrampilan kerja perawat.

Ke dalam pokok pembahasan ini ada informasi tambahan tentang dukungan kondisi kerja dari pertanyaan terbuka yang menyatakan kurang tersedianya peralatan medis dan penunjang medis, disamping kurangnya ketersediaan obat-obatan di instalasi farmasi, serta kurang tersedianya perawat. Hal kecil lainnya adalah kurangnya ketrampilan kerja perawat, kecepatan dan kemudahan pelayanan di rawat inap, maupun pelayanan penunjang lainnya (seperti radiologi, laboratorium). Hal ini sesuai dengan pendapat Barr dan Breindel dalam Wolper (1995), selain lokasi yang nyaman sebagai indikator mutu layanan rawat jalan, yang penting bagi dokter sebagai *customer* adalah ketepatan waktu layanan, khususnya kecepatan dalam pemrosesan tes atau perawatan serta pelaporan hasilnya, serta penjadwalan yang cepat, terutama kemampuan untuk menjadwalkan sebuah prosedur atau tes dalam jangka waktu beberapa hari dari pengidentifikasian suatu kebutuhan.

Berdasarkan data di atas selanjutnya dipadukan tanggapan manajemen dengan menggunakan matriks QFD. Lihat pada Matriks 4.58 berikut ini.

Matriks 4.58. *House of Quality* Dukungan Kondisi kerja

Tanggapan Manajemen Kebutuhan Dokter Spesialis	Rating	Memperbaiki Sistem Informasi	Perbaikan fasilitas Medik & obat di tempat praktik	Perbaikan Sistem & Fasilitas Penunjang	Proses pelayanan administrasi & perawat	Situasi pelayanan oleh staf perawat tidak mendukung	Kelengkapan pelayanan Farmasi	Peningkatan kinerja SDM.
<i>Kuantitatif</i>								
Tersedia obat di tempat praktik	3		9					
Tersedia alat medis	3		9					
Pelayanan Administrasi	2				9			
Tersedia perawat	2					9		
Ketrampilan perawat	3							9
Pelayanan Farmasi	3						3	
Tersedia obat di Farmasi	1						9	
Tersedia informasi	3	9						
Kejelasan informasi	3	9						
Kecepatan dan ketepatan Lab	3			9				
<i>Pertanyaan Terbuka</i>								
Peralatan Medis								
- peralatan kurang	3		9					
- penggantian alat rusak	3		9					
- sterilitas alat	3		9					
- lokasi alat(pindah)	3		9					
- pemeliharaan alat	3		9					
Tersedia obat di Instalasi Farmasi								
- kurang lengkap	3						9	
- harga mahal	3						9	
- standar obat < komunikasi	3						9	
- persaingan apotik luar	3						9	
Tersedia perawat								
- tambah tenaga	1					3		
- pengaturan jadwal kerja	3					9		
- perawat khusus	1					3		
Tersedia obat di tempat praktik								
- obat emergency	3		9					
- emergency kit	3		9					
Ketrampilan kerja perawat								
- ketrampilan sesuai disiplin ilmu	1							9
- tidak sering ganti	2							9

Tanggapan Manajemen		Memperbaiki Sistem Informasi	Perbaikan fasilitas Medik & obat di tempat praktik	Perbaikan Sistem & Fasilitas Penunjang	Proses pelayanan administrasi & perawat	Situasi pelayanan oleh staf perawat tidak mendukung	Kelengkapan pelayanan Farmasi	Peningkatan kinerja SDM.
Kebutuhan Dokter Spesialis								
- refreshing penguasaan alat	1							9
- konsep sepsis-asepsis	1							3
Pelayanan Administrasi & Kasir								
- status pasien < lancar	3				9			
- cpm membuat pingpong	3				9			
- administrasi orang medis	1				1			
Tersedia kejelasan informasi								
- journal dihidupkan	3	9						
- brosur pelayanan diperbarui	3	9						
- papan informasi untuk pasien	3	9						
Kesiapan ruang praktik								
- tepat waktu mulai	2				3			
- keberadaan perawat	2				9			
- kesiapan perawat	2				9			
- jam praktik kurang	2				3			
Pelayanan Lab & Radiologi								
- hasil PA lama	3			9				
- dr Rad sedia untuk interpretasi	1			3				
PENILAIAN		135	189	57	121	48	126	66
PRIORITAS		II	I	VI	IV	VII	III	V

Keterangan:

Kriteria Prioritas Solusi : kemudahan pembenahan dikerjakan di bagian yang bersangkutan, biaya terjangkau, memicu ketidakpuasan.

Peringkat tinggi (3), sedang (2), rendah (1).

Kekuatan hubungan : Peringkat kuat (9), sedang (3), lemah (1)

Dengan pendekatan matriks QFD, didapatkan prioritas utama dukungan kondisi kerja pada (a) tersedianya peralatan medis dan obat di tempat praktik, (b) perbaikan sistem informasi dan kejelasan informasi bagi dokter spesialis, (c) pelayanan farmasi dan tersedianya obat di instalasi farmasi, (d) pelayanan administrasi dan perawat, (e) peningkatan kinerja dan ketrampilan SDM, (f)

perbaikan sistem dan fasilitas penunjang, serta (g) tersedianya perawat. Sebagian besar informan mengakui pula kekurangan maupun keterbatasan dukungan kondisi kerja yang telah diberikan bagi praktik dokter spesialis. termasuk kecepatan pelayanan.

Menanggapi hasil ini, sebagian besar informan menyadari bahwa untuk pemenuhan fasilitas kerja memang perlu lebih diperhatikan, walaupun ada di antara mereka melihat tidaklah terlalu jelek kondisi saat ini kecuali diperlukannya pemeliharaan peralatan dilaksanakan dengan teratur, penggantian peralatan rusak, serta melengkapi peralatan yang kurang. Berpatokan pada standar terapi dan standar medis yang ditetapkan oleh IDI perlu ditata standar pelayanan medis yang diberlakukan di Rumah Sakit Telogorejo, selanjutnya diharapkan manajemen dapat mematuhi terpenuhinya kelengkapan fasilitas perlengkapan medik yang dibutuhkan karena hal ini akan mendorong dan mengendalikan kepatuhan dokter spesialis terhadap standar pelayanan medik maupun kebijakan lainnya. Sebagai langkah awal, manajemen perlu menginventaris keadaan sekarang termasuk kelengkapan fasilitas medik dan obat-obatan di tempat praktik. Selanjutnya mengidentifikasi kebutuhan peralatan medik dan obat-obatan serta membuat urutan prioritas menggunakan pendekatan analisis ABC dengan mempertimbangkan Economic Order Quantity.

Prioritas berikutnya adalah tentang perbaikan sistem informasi dan kejelasan informasi bagi dokter spesialis. Menurut pengamatan peneliti, saat ini penyampaian informasi kepada para dokter spesialis dalam bentuk surat pemberitahuan yang dialamatkan ke rumah masing-masing dokter spesialis, baik tentang penjelasan cuti dokter, perubahan kebijakan rumah sakit, pertemuan formal untuk rapat-rapat SMF,

dan penjelasan kegiatan rumah sakit lainnya. Upaya mengantisipasi kejelasan informasi bagi para dokter spesialis memerlukan perbaikan sistem informasi baik untuk *customer* internal maupun eksternal sehingga mempermudah dan mempercepat perolehan informasi yang jelas. Peran bagian humas diperlukan dan peningkatan komunikasi digiatkan. Dalam hal ini dibutuhkan pelatihan agar petugas bagian humas mampu melayani *customer* dengan baik, disamping itu yang tidak kalah pentingnya adalah penguasaan produk-produk rumah sakit. Ada baiknya dilaksanakan *training need assesment* untuk mengidentifikasi kebutuhan pelatihan bagi petugas sehingga pelatihan yang didapatkan benar-benar dapat diimplementasikan termasuk pengetahuan produk yang dimiliki tentang rumah sakit, jasa pelayanan sampai sistem yang diharapkan untuk diketahui oleh semua orang .

Tentang masalah pelayanan farmasi dan kurang tersedianya obat-obatan di instalasi farmasi, para informan menanggapi bahwa terus terang tidak bisa menjamin kepuasan para dokter untuk pemenuhan seluruh permintaan obat. Sebenarnya dari masalah jumlah obat Rumah Sakit Telogorejo termasuk rekor dengan lebih dari 4000 jenis obat yang saat ini tersedia di instalasi farmasi, tiap bulan muncul obat baru, desakan para duta farmasi ke dokter spesialis, tidaklah mungkin menyediakan semua obat permintaan dokter yang dari bulan ke bulan pola peresepannya bisa berubah dengan cepat dan susah diprediksi. Dengan makin banyaknya jenis obat yang dibandingkan, membuat penyediaan obat menjadi tidak efektif karena *bargaining power* ke PBF dengan *Principal* menjadi lemah. Hal ini disebabkan dengan pengambilan obat yang sedikit, kondisi yang diperoleh tidak optimal dan kurang kompetitif seperti di rumah sakit lain sehingga ini mempengaruhi harga obat

menjadi mahal. Permasalahan ini seperti telur dan ayam, tidak mudah menentukan mana dulu yang harus dibenahi.

Diharapkan bila ada kerjasama, dokter spesialis mau menindaklanjuti pemanfaatan formularium yang telah disepakati dengan rela mengarahkan persepehan dengan data yang ada di formularium, dan jenis obat tidak terlalu banyak, pasti bisa menekan kondisi harga obat, dan ini merupakan keuntungan buat pasien selaku *customer* mendapatkan harga yang kompetitif. Pihak rumah sakitpun dengan hati terbuka memberi kesempatan pada dokter spesialis untuk menuliskan resep sesuai keyakinannya, memperhatikan obat-obat yang sudah digunakan beberapa kali untuk dapat terpenuhi pengadaannya dan selanjutnya ditampung di bagian suplemen formularium. Pihak rumah sakit tidak menolak obat baru, tetapi membutuhkan waktu yang lebih panjang untuk penyediaannya karena menjadi kewajiban rumah sakit untuk menyediakan obat yang ada di formularium, tetapi tidak wajib menyediakan obat baru yang fluktuasinya begitu cepat, karena rumah sakit pula yang nantinya harus menanggung beban dan resiko penyediaannya. Saat inipun untuk membantu pasien, pihak rumah sakit telah memberikan keringanan 5% bagi pembelian obat di depo farmasi lantai tiga pelayanan rawat jalan.

Kegagalan untuk mendapatkan obat yang diresepkan merupakan salah satu hambatan terbesar terhadap kunjungan klinik disamping transportasi yang tidak adekuat dan waktu tunggu yang lama berdasarkan hasil penelitian Newman, et al. (1996) tentang identifikasi terhadap hambatan pelayanan rawat jalan. Berkaitan dengan hal tersebut himbauan manajemen kepada para dokter spesialis untuk memanfaatkan obat sesuai formularium perlu dijalankan terus, karena bila obat yang

diberikan ke pasien adalah jenis obat yang tidak tersedia di apotik, dan pasien terus ditolak karena tidak tersedianya obat, menjadi hambatan pasien berobat ke praktik dokter spesialis. Penyampaian kepada dokter spesialis lebih mengena apabila menggunakan bukti data, untuk itu perlu dijalankan monitoring evaluasi terhadap dokter spesialis mitra untuk kepatuhan pemakaian obat-obatan yang dapat diambil *sample* dari pemakaian antibiotika. Dari segi pelayanan, instalasi farmasi perlu berbenah diri dengan mengevaluasi waktu tunggu untuk mempersiapkan obat bagi *customer*, mengaktifkan petugas untuk membantu *customer* memasukkan resep ke instalasi farmasi tentunya dengan memperhitungkan tenaga yang ada, mempertimbangkan kemudahan pelayanan bagi *customer* dengan mengatur alur pelayanan di satu lokasi mulai dari memasukkan resep, pembayaran hingga pengambilan obat, serta meningkatkan *service* pelayanan dengan mempertimbangkan kemungkinan penghantaran obat ke rumah *customer* untuk jarak jangkauan tertentu sebagai *added value* bagi *customer*.

Menanggapi harapan para responden terhadap perawat yang bertugas di bagian praktik dokter spesialis, para informan mengakuinya sebagai masukan yang baik dari dokter tentang keberadaan perawat di lingkungan praktik dokter spesialis, dan hal ini merupakan tantangan bagi manajemen agar dapat diantisipasi lebih baik lagi. Lain daripada itu, sebagian besar informan merasa prihatin dengan situasi pelayanan di bagian praktik dokter spesialis yang sudah terkondisioning santai, tidak disiplin, memberi kesan bahwa para *customer* baik internal maupun eksternal bukan sebagai prioritas, terlihat kemauan memberi pelayanan pada orang lain kurang,

terlihat sering 'ngobrol sendiri' sehingga diperlukan perbaikan seperti dikatakan oleh ungkapan berikut:

"...perlu pelatihan terus menerus ... gembelengan harus diberikan dengan tidak bosan-bosannya, walaupun ini berpulang pada apakah motivasi yang bersangkutan untuk meningkatkan kinerja ada atau tidak... tapi tentunya kepala bagian, manajer, direksi harus selalu memberi bimbingan, mengarahkan ... untuk meningkatkan kinerja mereka... pihak manajemen harus lebih bersusah payah meningkatkan performance SDM tersebut..."

Upaya meningkatkan dukungan kondisi kerja dan meningkatkan kinerja SDM adalah tanggungjawab pihak manajemen yang perlu segera dibenahi. Diperlukan pertemuan tiap hari pada saat mengawali kerja bersama dengan kepala bagian terkait untuk mengetahui permasalahan yang dihadapi di lapangan, diperolehnya masukan dan segera dicarikan solusi permasalahan. Perlu ditingkatkan pembinaan dari kepala bagian bagi staf untuk selalu memberikan pelayanan yang terbaik bagi *customer*, selalu menjaga kekompakan tim dan saling mendukung antar staf di bagian praktik dokter spesialis.

Disamping itu pihak rumah sakit pun perlu terus memacu perbaikan pelayanan personil dengan *excellence service* mulai dari perpakiran sampai ke tahap akhir pembayaran obat dan *customer* mengakhiri kegiatan menerima pelayanan rumah sakit sebagai mata rantai yang saling terkait. Pihak manajemen optimis bila hal itu menjadi harapan dan kebutuhan *customer* maka pelayanan ke *customer* merupakan prioritas rumah sakit secara bersama-sama. Diharapkan bila sudah dapat meningkatkan sarana kerja dan SDM, maka permasalahan obat, kemahalan harga obat dapat diatasi.

Berikutnya untuk keberadaan perawat dipandang dari segi ketrampilan perawat sudah cukup baik, hanya karena dukungan sistem komputer yang masih belum baik mengakibatkan perawat masih harus melakukan duplikasi kerja, hal ini mempengaruhi kecepatan pelayanan. Para informan menyetujui perlunya *refreshing* tentang penguasaan alat dan penempatan perawat terlatih di bagian yang membutuhkan ketrampilan khusus, agar dapat lebih baik membantu pelayanan praktik dokter. Khususnya masukan tentang kurangnya jumlah perawat tidaklah harus langsung ditanggapi dengan penambahan jumlah perawat, perlu direview efektifitas kinerja perawat yang berada di praktik dokter spesialis, apakah sudah diatur dengan baik alokasi penempatan perawat, apakah jam-jam efektif benar-benar sudah dipenuhi. Nampaknya harapan dokter adalah semua permasalahan administratif teratasi dengan baik; jadi kiatnya adalah dengan membenahi jam efektif, tidak harus dengan menambah perawat. Tetapi apabila sudah dijajagi benar adanya kebutuhan penambahan tenaga, sebagian kecil informan mengusulkan penambahan tenaga yang bukan pegawai rumah sakit dapat dilakukan dari tenaga kontrak yang dananya diperoleh dari perhitungan kontribusi administrasi pasien (karcis).

4.6.4. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Kebutuhan Hubungan Interpersonal dan Tanggapan Manajemen

Dari analisis mengenai faktor hubungan interpersonal per subvariabel secara statistik cukup baik, yaitu dimana lebih dari 60 % responden menyetujui adanya (a) keramahan staf klinik, (b) perhatian pada pasien, (c) jalinan komunikasi dengan

manajemen, dan (d) adanya kerjasama antar dokter spesialis. Konsistensi jawaban diperkuat pula dari jawaban terhadap pertanyaan negatif.

Dipandang secara keseluruhan didapatkan hasil yang berbeda yaitu 50% responden tidak setuju adanya hubungan interpersonal yang terjalin saat ini. Hasil penelitian diperkuat dengan pernyataan dari sebagian besar responden bahwa selama ini (a) hubungan dengan pihak manajemen nihil, (b) komunikasi kurang baik karena tak pernah bertemu, (c) jarang ada pertemuan pihak manajemen dan dokter, (d) kurangnya *sense of crisis* terhadap masalah pasien-dokter. Disamping itu adanya ketidak harmonisan dalam hubungan antar dokter spesialis untuk masalah etika rujukan dan ketaatan waktu praktik, juga hubungan dengan staf klinik yang kurang ramah, kurang pengenalan tugas di bidangnya, serta kurangnya media komunikasi.

Selanjutnya dilakukan perpaduan antara kebutuhan hubungan interpersonal dokter spesialis dan tanggapan manajemen menggunakan matriks QFD. Diperoleh prioritas fokus aktivitas manajemen terletak pada (a) pentingnya proses komunikasi dengan pendekatan secara individual oleh staf humas maupun manajemen sendiri, (b) pengaturan dan kepatuhan jadwal praktik, (c) pertemuan-pertemuan baik formal maupun informal dengan manajemen, antara dokter spesialis sendiri dan dengan staf klinik, serta (e) peningkatan kepekaan manajemen terhadap permasalahan di lapangan. Lihat Matriks 4.59 berikut ini.

Matriks 4.59. *House of Quality* Hubungan Interpersonal

Tanggapan Manajemen		Manajemen merasa tidak bermasalah	Pengaturan jadwal praktik	Komunikasi, Pendekatan perorangan	Pertemuan
	Kebutuhan Dokter Spesialis				
	Rating				
<i>Kuantitatif</i>					
Kesediaan manajemen berkomunikasi <	3			9	
Jadwal praktik disepakati <	2		9		
Keramahan staf klinik <	2			3	
Kerjasama staf klinik <	2			3	
<i>Pertanyaan Terbuka</i>					
Hubungan DSp dengan manajemen					
- nihil	3			1	
- komunikasi <	3			9	
- jarang pertemuan	2				9
- sense of crisis <	3	9			
- pertemuan keluarga perlu	2				9
- kerjasama baik & akrab	3			3	
- mengatur & menegur dokter	2		9		
Hubungan antar DSp					
- Hargai etika rujukan	2	1			
- Taat waktu	2		9		
- Melayani sesuai keahlian	1	1			
Hubungan dengan staf klinik					
- perhatian & keramahan <	3			3	
- Pengenalan tugas bidang	2			3	
- media komunikasi kurang	3			3	
PENILAIAN		30	54	102	36
PRIORITAS		IV	II	I	III

Keterangan:

Kriteria Prioritas Solusi : kemudahan pembenahan dikerjakan di bagian yang bersangkutan, biaya terjangkau, memicu ketidakpuasan.

Peringkat tinggi (3), sedang (2), rendah (1).

Kekuatan hubungan : Peringkat kuat (9), sedang (3), lemah (1)

Menanggapi hasil perpaduan di atas, sebagian besar informan tidak menyangka adanya fakta bahwa responden merasa kurang harmonis, padahal dilihat oleh pihak manajemen sepertinya tidak ada masalah dengan dokter spesialis.

Menurut pendapat sebagian besar informan hal ini benar-benar di luar prediksi, walaupun disadari adanya kendala komunikasi, frekuensi pertemuan yang sulit, dikarenakan kesibukan masing-masing bagian. Walau demikian, sebagian kecil informan sudah menyadari bahwa memang terasa ada kesenjangan hubungan dokter spesialis mitra dengan pihak manajemen, dengan kesadaran bahwa:

“...yang disebut manajemen itu, inti paling dasar tidak lain adalah hubungan interpersonal... sehebat apapun manajemen kalau hubungan interpersonal jelek maka manajemen tidak bisa berjalan dengan baik... faktor hubungan interpersonal sangat menentukan berhasil tidaknya manajemen itu walaupun sudah dibuat sehebat apapun... jadi menurut saya itu merupakan kunci... masih sangat perlu ditingkatkan terutama dari level Kepala Bagian dan Manajer ... saya yakin bila hubungan dapat ditingkatkan, keluhan yang dikemukakan dapat dieliminir...”

Pendapat di atas sesuai dengan pendapat Aditama (1999), Ingerani (1996), Yunianto (1998), Gibson (1997) yang mengatakan perlunya dibina hubungan yang baik dan serasi antara rumah sakit sebagai organisasi dan dokter sebagai individu dalam organisasi tersebut dalam memberikan pelayanan yang optimal pada pasiennya sebagai pengguna produk rumah sakit.

Sebagai kiat untuk meningkatkan hubungan interpersonal, para informan menyarankan (1) harus mulai dari manajemen dulu, (2) komunikasi informal dari Direktur atau manajemen terkait dengan lebih sering ketemu dokter, (3) perlu adanya pertemuan – pertemuan formal maupun informal, (4) memanfaatkan dokter lounge sebagai alternatif tempat pertemuan informal, karena di situlah ada banyak masukan dari dokter spesialis, (5) pertemuan khusus membuka data perkembangan praktik dokter spesialis dalam pertemuan formal yang diharapkan dengan membuka

dialog akan didapatkan manfaat positif, serta (6) pendekatan khusus berupa kunjungan rutin ke dokter spesialis oleh bagian humas sebagai program berkala, untuk menjangkau keluhan dan masukan, serta memberikan informasi perkembangan pelayanan rumah sakit termasuk informasi mengenai kondisi internal pelayanan seperti jenis pemeriksaan laboratorium, jenis perkembangan obat-obat baru, dan lain-lain informasi yang dibutuhkan. Untuk ini memang rumah sakit perlu memperkuat bagian humas dengan penguasaan *product knowledge* Rumah Sakit Telogorejo.

Komunikasi yang menurut manajemen sepertinya tidak ada masalah mengandung pengertian bahwa persoalan sebenarnya bukan apakah manajemen berkomunikasi atau tidak, karena disadari komunikasi adalah bagian dari fungsi organisasi. Persoalan sebenarnya adalah apakah manajemen sudah berkomunikasi dengan baik, mungkin komunikasi itu tidaklah efektif. Menurut Gibson (1997) pihak manajemen yang berusaha keras untuk menjadi komunikator yang baik perlu melakukan dua hal, yaitu meningkatkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan serta meningkatkan pemahaman tentang apa yang ingin dikomunikasikan orang lain. Harus berusaha keras tidak saja untuk dipahami melainkan juga untuk memahami. Diingatkan pula oleh Covey (1997), kebiasaan dalam berkomunikasi sebagai salah satu ketrampilan terpenting dalam hidup dengan berusaha mengerti lebih dahulu, baru dimengerti. Hal ini merupakan salah satu dari kebiasaan efektif individu dalam kesalingtergantungan dalam organisasi.

Untuk mengantisipasi kesenjangan ini sesuai harapan responden, memang diperlukan pertemuan diskusi yang topiknya berdasarkan data apa yang menjadi

kebutuhan dokter spesialis, dipaparkan apa yang menjadi harapan pihak rumah sakit, dilengkapi data pendapatan, jumlah persentase cakupan kegiatan yang masuk ke pelayanan penunjang, jumlah pengeluaran biaya, sisa hasil usaha yang minus, kesulitan tak adanya data rekam medik dan kelengkapan data lain. Dipandu dengan moderator yang bisa menjadikan pertemuan ini ajang komunikasi yang baik, tidak berat sebelah dan terpelihara. Sehingga dengan berbicara menggunakan data diharapkan dokter memahami, bahwa upaya rumah sakit agar mampu memberikan *service* yang baik dibutuhkan dukungan dari para dokter pengguna fasilitas praktik dokter spesialis. Tetapi untuk pemaparan kegiatan perorangan, lebih baik dengan pendekatan secara personal di mana pihak manajemen perlu menggunakan ketrampilan asertifnya dalam berkomunikasi, hal ini untuk menghindari friksi lebih lanjut dari para dokter spesialis yang mungkin tidak menyukai bila datanya dipaparkan secara umum. Menurut Cawood (1997), perilaku asertif yang menunjukkan ekspresi langsung, jujur dan memperhitungkan hak dan perasaan individu lain pada waktu dan tempat yang tepat dibutuhkan oleh seorang manajer dalam berkomunikasi. Ketrampilan asertif yang bertujuan menjaga proses komunikasi tetap lancar serta membangun sikap saling menghormati hak, kebutuhan, pikiran dan perasaan orang lain akan mendukung tujuan manajemen untuk dapat membangun kerjasama secara efektif dan komitmen yang berkesinambungan dari individu dengan siapa pihak manajemen bekerja.

Disamping masukan di atas, ada pendapat informan bahwa permasalahan hubungan interpersonal memang masih perlu ditingkatkan terutama antara Direktur Utama, Direktur Medis dan Manajer langsung yang representatif. Pendapat ini agak

berbeda dengan pendapat responden yang melihat manajemen sebagai suatu tim. Informan menyatakan bahwa memang manajemen sebagai tim, tetapi tetap ada pembagian kewenangan, di mana hubungan baik dengan dokter adalah kewenangan bidang tertentu saja dan tidak melibatkan seluruh manajemen. Bila ditelaah lebih lanjut, dikuatirkan hal ini tidak menyuarakan kesatuan suara manajemen rumah sakit, dan dapat menjadi penghalang upaya menjalin hubungan interpersonal yang baik antara manajemen dan dokter spesialis. Menurut Gassiot dan Lindsey (1990), kunci sukses kegiatan pelayanan rumah sakit terletak pada dokter sebagai pemberi pelayanan di rumah sakit, dan dalam hal ini hubungan yang baik dan sistem yang kondusif akan menjembatani dokter dengan rumah sakit. Bila hubungan baik, maka apabila pihak manajemen akan melontarkan sesuatu ide yang baru, diharapkan tidak akan ada sikap dokter spesialis yang apriori.

Analisis tentang hubungan diantara dokter spesialis, yang memperlihatkan adanya ketidakharmonisan dalam hal menghargai etika rujukan, pemilihan konsultasi, ketaatan waktu, serta melayani sesuai keahlian, ditanggapi oleh sebagian besar informan dengan keheranan. Di mata para informan sepertinya tak ada masalah, karena ikatan korps dokter cukup kuat dan terlihat ada rasa saling menghormati senioritas. Data di atas menunjukkan perlunya peningkatan hubungan diantara dokter, dengan manajemen sebagai pengendali untuk memainkan peranan memfasilitasi komunikasi seperti acara ilmiah dan kekeluargaan, supervisi yang dijalankan rutin. Jadi - arahnya tidak hanya interpersonal tetapi benar-benar *profesional relationship*, yang kaitannya dengan bagaimana *provider* melayani *customer* dan sejauh mana menjalankan *responsiveness* profesi manajemen dengan

diterapkan adanya media komunikasi yang menampung usulan dari setiap dokter spesialis, keberadaan kepala jaga yang perlu diketahui para dokter spesialis terutama pada sore hari, sehingga dokter dapat lebih bebas menyampaikan aspirasinya untuk dapat diteruskan ke pimpinan keesokan harinya. Lebih jauh lagi sebagian besar informan memandang perlunya proses *recruitment* dengan kualifikasi yang baik untuk staf klinik sehingga dapat tercipta pelayanan yang baik pula.

4.6.5. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Terpenuhinya Kebutuhan

Kompensasi Finansial dan Non Finansial dan Tanggapan Manajemen

Analisis statistik mengenai pernyataan sikap dokter spesialis terhadap terpenuhinya kompensasi finansial dan non finansial secara keseluruhan menunjukkan lebih dari 60% responden menyatakan kurang setuju sampai sangat tidak setuju. Sedangkan apabila dilihat dari hasil pernyataan per sub variabel, hampir seluruh responden setuju ($\pm 70\%$) terhadap pernyataan (a) imbalan jasa yang baik, (b) kesempatan menambah *income*, (c) dilibatkan dalam kebijakan tarip, (e) dihargai sesuai profesi, (f) dilibatkan dalam memberikan pendapat, dan (g) perhatian yang diberikan dari rumah sakit. Konsistensi jawaban terlihat pula dari jawaban untuk pertanyaan negatif, walaupun ada 24% sampai 34% responden yang memberikan pernyataan inkonsisten untuk keterlibatan dalam perkembangan klinik, kesempatan berinisiatif, kesempatan mengembangkan diri dan perolehan yang didapat dari praktik.

Selain data statistik, para responden mengakui bahwa pendapatan yang cukup baik sudah diterima dari praktik dokter spesialis, malahan ada sebagian kecil responden mengusulkan kebijakan penyesuaian pola tarip jasa medis. Sedangkan

untuk kebutuhan non finansial perlu pengembangan diri bagi para dokter spesialis, perlu mendapat kesempatan, perlu pertemuan-pertemuan, penambahan peralatan dan penghapusan karcis ganda. Perpaduan antara kebutuhan kompensasi baik finansial maupun non finansial dokter spesialis dan tanggapan manajemen menggunakan matriks QFD dapat terlihat pada Matriks 4.60 berikut ini.

Matriks 4.60. House of Quality Kompensasi Finansial dan Non Finansial

Tanggapan Manajemen Kebutuhan Dokter Spesialis	Rating	Kompensasi finansial tergantung dokter	Kompensasi non finansial penting untuk deferensiasi	Pemberian kompensasi non finansial agak kurang	Pendekatan intens & memahami kebutuhan Dr Sp
Kuantitatif					
Finansial cukup	1	9			
Tidak didapatkan kesempatan mengembangkan diri	2			9	
Tidak banyak yang diperoleh	1			9	
Tidak ada kesempatan berkreasi	1		9		
Tidak dilibatkan dalam perkembangan klinik	2				9
Pertanyaan terbuka					
Finansial					
- kompensasi fair	1	9			
- penyesuaian tarip	1	1			
- penyesuaian jasa medis	1	3			
- penyesuaian honor kontraktor	1			3	
Non Finansial					
-belum dapat kesempatan	3			9	
-butuh biaya unt pengembangan	2				3
-belum jelas visi dan misi	3				9
-perlu pertemuan- pertemuan	3				9
-penghapusan karcis ganda	1				3
-pelayanan karcis fleksibel	3		9		
PENILAIAN		22	36	57	81
PRIORITAS		IV	III	II	I

Keterangan:

Kriteria Prioritas Solusi : kemudahan pembenahan dikerjakan di bagian yang bersangkutan, biaya terjangkau, memicu ketidakpuasan.

Peringkat tinggi (3), sedang (2), rendah (1).

Kekuatan hubungan : Peringkat kuat (9), sedang (3), lemah (1)

Berdasarkan matriks di atas, prioritas utama kompensasi finansial dan non finansial, adalah pada (a) kebutuhan pendekatan intens dan memahami kebutuhan dokter spesialis, (b) pemberian kompensasi non finansial yang masih dirasa kurang, (c) pemenuhan kompensasi non finansial untuk diferensiasi pelayanan rumah sakit, serta (d) kebutuhan kompensasi finansial tergantung dokter spesialis.

Menanggapi kebutuhan kompensasi finansial terlebih dulu walau menempati prioritas terakhir dari pernyataan tersebut di atas, sebagian besar informan menyetujui bahwa tentunya para dokter spesialis sudah sangat merasa cukup dengan kompensasi finansial yang diperoleh. Agak bertentangan dengan pernyataan di atas, adanya tanggapan informan yang menyatakan bahwa variabel kompensasi finansial kurang relevan untuk dipertanyakan mengingat bukan rumah sakit yang menggaji para dokter spesialis. Banyak sedikitnya pasien adalah tergantung dari dokter sendiri, makin banyak pasien maka makin banyak pula pendapatan yang diperolehnya. Memang ada andil rumah sakit untuk mencari pasien, tetapi yang terbesar ialah andil dokter. Bila dokter spesialis tidak puas dengan kompensasi finansial karena sedikitnya pasien yang diperoleh, bisa-bisa kompensasi finansial dibebankan ke rumah sakit, padahal hal ini tidak bisa dituntut dari rumahsakit.

Efektifitas gaji sebagai motivator perilaku individu yang berdampak pada organisasi sampai saat ini memang masih menjadi bahan perdebatan. Menurut hasil penelitian Opshal dan Dunnette dalam Armstrong (2003), tidak ada perbedaan peran uang sebagai pemicu kepuasan dan ketidakpuasan terhadap pekerjaan. Sedangkan teori Herzberg menyebutkan uang /gaji sebagai faktor higienis berfungsi sebagai sumber ketidakpuasan potensial. Kesimpulan yang didapatkan dari

perbedaan ini adalah peran finansial diperlukan sebagai sarana untuk memuaskan/memotivasi sejumlah kebutuhan yang harus dipenuhi. Lain daripada itu, secara 'tidak sadar' seorang individu menyadari potensi kapasitasnya sendiri untuk suatu pekerjaan, serta tingkat pendapatan yang mestinya diterima untuk pekerjaan tersebut. Ini merupakan prinsip 'rasa adil' bahwa finansial yang diterima sesuai dengan tingkat pekerjaan dan kapasitas individu untuk mengerjakannya. Disamping finansial, motivator non finansial juga harus diperhatikan.

Sebagian informan berpendapat bahwa pemberian kompensasi non finansial bagi dokter spesialis mungkin agak kurang. Saat ini eranya manajemen harus merangkul dokter, memberi perhatian pada dokter untuk mengcover hal-hal yang bisa diberikan, menyediakan yang diperlukan walau tidak semua bisa dipenuhi dan yang terpenting pendekatan *intens* pada dokter spesialis. Pendekatan ini tidak hanya dengan kunjungan dari bagian humas atau melalui undangan pertemuan SMF Medik secara formal, tetapi peran dari pimpinan sebagai komunikator pun perlu. Menurut Shulz dan Johnson (1983) diperlukan seorang Direktur Medis yang berperan sebagai koordinator antara dokter dengan manajemen rumah sakit, berperan terhadap produktivitas rumah sakit dan bertanggungjawab untuk memecahkan konflik disfungsional dan membantu rumah sakit memperbaiki pelayanan terhadap pasien. Masalah lain dalam *relationship* antara dokter dan manajemen muncul karena kurangnya keterlibatan staf medis dalam pengambilan keputusan. Hal ini dikarenakan ada beda dalam prioritas tujuan rumah sakit, bila dokter lebih memperhatikan pelayanan kepada individu, manajemen lebih memelihara organisasi secara keseluruhan. Ada kecurigaan bahwa kadang-kadang

manajemen merasa dokter mengabaikan kesejahteraan rumah sakit & sebaliknya dokter merasa manajemen mengabaikan kesejahteraan pasien. Partisipasi manajemen dipercaya merupakan cara untuk mengatasi masalah ini. Selanjutnya Shortell & Logerfo (1981) menemukan bahwa partisipasi dokter dalam pengambilan keputusan rumah sakit, keterlibatan dokter dengan *governing board*, frekuensi pertemuan dokter, dan persentase dokter yang aktif pada kontrak, secara positif berhubungan dengan kualitas perawatan yang lebih baik.

Harapan utama dari terlibatnya dokter dalam keputusan manajemen akan membantu mengontrol biaya rumah sakit, antara lain dengan jalan sebagai berikut,

- (a) jika dokter terlibat dalam keputusan mengalokasikan dana dan sumber daya lain mungkin evaluasi yang dilakukan akan lebih efektif, orientasi utama dokter ada pada kebutuhan pasien dan mungkin akan lebih memperhatikan biaya yang dibebankan,
- (b) jika dokter terlibat dalam masalah anggaran dan finansial mereka mungkin lebih banyak mengetahui dan memperhatikan pemanfaatan tempat tidur dan layanan yang seharusnya tidak dilakukan. Melalui partisipasi pengambilan keputusan, komunikasi antara manajemen dan dokter yang lebih dekat akan meningkatkan minat mereka untuk memberi hasil yang lebih efektif.

Di sisi lain, kita dapat melihat bahwa meningkatnya keterlibatan dokter mungkin membawa masalah, meskipun poin di atas dapat dicapai. Keterlibatan dokter dalam manajemen mungkin akan memberikan perubahan prioritas tujuan organisasi dan mengurangi perhatian terhadap pasien, partisipasi dalam manajemen akan mengganggu kerja dokter, partisipasi pada masalah anggaran dan program perencanaan mungkin membuat dokter menggunakan pengaruhnya untuk membuat

agar layanan lebih mahal, dokter yang sudah terlibat sering mengaitkan peran mereka dalam penetapan biaya yang seharusnya ditekan.

Berdasarkan penelitian manajemen dan organisasi, serta pengalaman bekerja di rumah sakit, Schulz & Detmer (1977) menyarankan langkah bagi pendekatan dokter dan membangun kerjasama rumah sakit, yaitu (a) Klarifikasi tujuan: manajemen perlu menyampaikan tujuan dengan jelas dengan berbagai pendekatan. (b) Menspesifikasi tanggungjawab formal: Satu alasan mengapa organisasi gagal adalah karena kurang jelasnya pemahaman peran manajemen yang bertentangan dengan dokter dan staf medis lainnya. Terjadinya krisis di rumah sakit merupakan manifestasi dari ketidakjelasan tujuan & peran masing-masing, (c) Membentuk tim proyek yang saling berkoordinasi: Pemecahan masalah bersama dapat dicapai lewat tim proyek yang melibatkan baik direktur, dokter maupun perawat, (d) Percayakan pada seorang penghubung: Untuk memikul tanggung jawab (eksekutif) tertentu, direktur medis harus bersedia menjadi penghubung antara staf medis, bagian administrasi, dan *board*, (e) Memperbaiki keterampilan komunikasi. (f) Jangan sekali-kali membuat kejutan (*spring no surprises*): Manusia biasa pasti marah jika tidak diajak konsultasi mengenai keputusan yang mempengaruhi dirinya. Jika dokter diijinkan bekerja sama dalam mengidentifikasi suatu masalah & alternative pemecahannya, mereka kemungkinan lebih membantu mengembangkan solusi yang baik. Di pihak lain, jika pimpinan manajemen memutuskan suatu tindakan dan secara sepihak mengumumkannya kepada staf medis, ide yang telah dibuat akan sulit diterima. (g) Membangun keakraban/kedekatan: Keakraban dapat mengurangi konflik. (h) Fokus pada masalah, bukan personalitas. (i) Minimalkan *power* &

status: Kerja sama antar personal akan tumbuh ketika disadari bahwa tiap individu atau kelompok memiliki *power* yang sama untuk bersaing. (j) Perbedaan pendapat jangan dihindari: Penelitian menunjukkan bahwa kerja sama meningkat ketika masing-masing individu tidak takut untuk berbeda pendapat, karena dengan demikian mereka akan duduk bersama untuk mencari pemecahan yang terbaik. (k) Tujuan individu dan tujuan kelompok sebaiknya berjalan secara simultan (bersamaan): Mustahil kalau kita mengatakan ada individu yang bekerja semata-mata hanya untuk tujuan organisasi/kelompok, pastilah ada kepentingan pribadi. (l) Bagikan /sebar informasi. Dan (m) beri signal seakan-akan mengatakan “apakah kamu baik-baik saja”: Tidak ada yang lebih penting selain staff medis, dengan kepercayaan dan pengertian dalam ber-relasi, dokter dapat sangat mendukung pencapaian tujuan, dan akan bekerja keras untuk mencapainya.

Subanegara (2002) menambahkan, anggapan bahwa dokter hanya mementingkan materi tidaklah seluruhnya benar, karena pada umumnya dokter spesialis merupakan individu yang mapan dalam hal finansial. Secara prinsipil, kelompok ini membutuhkan kanalisasi untuk aktualisasi yang merupakan tingkatan kebutuhan tertinggi dalam teori Maslow. Dengan pemahaman Diamond Head Drill (DHD), digambarkan kekuatan sumber daya rumah sakit seperti mata bor intan, di mana dokter menempati posisi yang paling tinggi dan merupakan ujung tombak mata bor yang akan berhadapan dengan *customer* yang semakin kritis dan penuh dengan ketidakpastian, di bawahnya ada kekuatan kelompok paramedik sebagai penguat pelayanan dokter. Sedangkan staf direksi dan manajemen menempati posisi di bawahnya yang bertujuan memfasilitasi seluruh kegiatan paramedik dan dokter,

serta pimpinan direksi berada pada posisi paling bawah yang menentukan kebijakan agar sistem dapat berjalan dengan baik. Dengan pemahaman posisi masing-masing kelompok, prinsip utama bahwa dokter sebagai ujung tombak pelayanan harus didukung semua pihak di rumah sakit, perlu disosialisasikan secara luas dalam lingkungan internal rumah sakit. Selanjutnya terbentuklah kanalisasi bagi para dokter untuk beraktualisasi sesuai kemampuan profesinya dan perubahan paradigma bahwa dokterlah yang paling bertanggungjawab terhadap mutu pelayanan medik bukan mutu pelayanan manajemen, kelompok manajemen sebagai penanggungjawab sistem dan manajemen, serta peran direktur rumah sakit sebagai penanggungjawab organisasi. Dengan pemahaman ini, tercipta pengakuan yang jelas bagi dokter, perawat dan direksi, serta terbentuk komitmen bahwa pelayanan rumah sakit bukanlah pelayanan yang diberikan oleh individu atau kelompok-kelompok tertentu, tetapi merupakan pelayanan komprehensif yang diberikan oleh seluruh anggota organisasi sebagai pelayanan *team work*.

Selanjutnya menanggapi pentingnya kebutuhan kompensasi non finansial, sebagian besar informan menyatakan perlu diadakan dalam upaya membuat deferensiasi, dan sangat dibutuhkan karena adanya kompetitor dengan pola yang kurang etis mencoba untuk mengambil 'pasar' rumah sakit, seperti dikatakan oleh pernyataan berikut:

"... kompensasi non finansial sangat dibutuhkan... kita punya saingan di luar yang sangat tidak etis ... seperti ngasi uang... padahal kita berpegang pada etik... itu kita sudah kalah satu set... harus bisa menetralsir dengan memberi pelayanan lebih baik, lebih memudahkan dokter melakukan sesuatu, memberi souvenir pada dokter yang banyak ngirim sebagai tanda terimakasih... beri penjelasan keuntungan yang didapat bila memeriksakan ke kita... kiat itu perlu karena kita tidak memberikan sesuatu pada dokter

sebagai imbalan... karena kita satu step kalah dibanding lainnya... karena kita tidak memberi kompensasi uang, kita beri kompensasi lain, yaitu kemudahan, kenyamanan..."

Menanggapi kebutuhan kompensasi non finansial memang perlu kembali ke kekompakan kerjasama organisasi, dan tergantung hubungan antar manusia. Disadari bentuk natura paling diharapkan dan untuk yang satu ini manajemen memang belum pegang kendali. Tetapi upaya dibalik itu perlu dilakukan seperti ingin memberi kenyamanan tidak hanya fisik, tetapi juga kenyamanan intelektual untuk proses peningkatan edukasi dengan rencana adanya *centre of medical up-date* seperti internet, *web camera*, pengadaan *journal* via internet, dokter dapat mengkonsultasikan pasien dengan *link* kerjasama ke rumahsakit-rumah sakit lain. Melalui upaya diferensiasi ini, menurut para informan merupakan upaya dukungan dan terobosan yang diharapkan menambah nilai arti kerjasama. Disamping itu mengajak dokter spesialis terlibat dalam pembelian peralatan yang dibutuhkan untuk mendukung pelayanan selama ini sudah dilakukan, serta perhatian dalam bentuk ucapan-ucapan hari raya atau menyangkut peristiwa dalam keluarga para dokter perlu mendapat perhatian dari humas dengan tidak berlebihan dan sesuai kemampuan rumah sakit. Hal ini sesuai dengan pendapat Subanegara (2002), bahwa perubahan perilaku dokter bukan dilakukan berdasarkan instruksi atau peraturan tetapi lebih bersifat pemberdayaan dengan memberikan kanalisasi atau dukungan yang optimal dari semua pihak. Di sinilah diperlukan peran manajemen terhadap perubahan perilaku dokter dengan cara menjadikan dokter sebagai mitra, menggunakan pendekatan ekspertis berdasar pengetahuan dan kemampuan manajemen, menghindari gaya birokrat yang hanya menyudutkan seseorang ke

dalam perangkat peraturan, memberi keleluasaan semua pihak untuk beraktualisasi dan memberikan arah yang seharusnya ditempuh tanpa memerintah.

Untuk pengembangan peningkatan diri, menurut sebagian besar informan terlihat bahwa fasilitas yang dokter miliki sudah mencukupi, baik fasilitas pribadi maupun lainnya. Disampaikan pula oleh informan, pemilihan dokter spesialis seperti apa yang bisa dibantu harus punya indikator jelas, dan kepentingan yang jelas pula untuk pengembangan di rumah sakit. Melihat data yang diperoleh serta harapan dan kebutuhan dokter spesialis, dapat disimpulkan bahwa sebenarnya dokter spesialis mengharapkan diajak bicara oleh pihak manajemen. Adalah menjadi tugas manajemen untuk memberikan nilai tambah yang luar biasa bagi dokter spesialis sebagai *customer*, dibuat nyaman dan dibuat praktis. Armstrong (2003) memberikan catatan penting untuk diingat bahwa kebutuhan individu sangat bervariasi, mengikuti kondisi psikologis, latar belakang, pengalaman, dan kerja itu sendiri. Maka perlu merumuskan gabungan motivator finansial dan non finansial yang bisa berlaku umum untuk semua individu dalam semua situasi, serta perlu disesuaikan dengan kebutuhan individu maupun organisasi. Selanjutnya ada komitmen bersama antara manajemen dan individu untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dokter spesialis selaku individu yang berpraktik pribadi perlu mendapat pengertian dari pihak manajemen selaku organisasi, untuk mengirimkan ke unit penunjang yang ada di rumah sakit, karena dari situlah rumah sakit mendapat pemasukan yang selanjutnya dapat dipakai untuk perbaikan fasilitas ke dokter spesialis kembali.

4.6.6. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Terpenuhinya Kebutuhan Kesepakatan Perjanjian Kerja dan Tanggapan Manajemen.

Sikap dokter spesialis terhadap terpenuhinya kebutuhan kesepakatan perjanjian kerja ditinjau dari kewajiban masing-masing pihak disetujui oleh sekitar 70% dokter spesialis, antara lain untuk (a) relevansi perjanjian kerja, (b) kesanggupan terlibat kegiatan SMF, (c) pemanfaatan fasilitas rumah sakit, (d) kehadiran tepat waktu, (e) pemenuhan sarana medis oleh manajemen, (f) evaluasi periodik yang dijalankan rumah sakit, (g) adanya jaminan kesehatan. Agak berbeda dengan hasil analisis terhadap kesepakatan perjanjian kerja secara menyeluruh, yaitu lebih dari 50% kurang setuju. Hal ini sesuai dengan jawaban sebagian besar responden pada pertanyaan terbuka, yaitu (a) mengharapkan terjalannya perjanjian kerjasama yang saling menguntungkan, (b) dikomunikasikan dan dibicarakan sampai ada kesepakatan semua pihak sebelum dioperasionalkan, (c) prinsip perjanjian kerja yang menghargai praktik partikelir/pribadi, (d) perjanjian yang tak melupakan sejarah, (e) perlunya perjanjian kerja tapi lebih utama adalah ketaatan atas kepercayaan yang didapat, disiplin kerja, dan kode etik, serta saling pengertian bila hal itu dilaksanakan maka perjanjian kerja formal hanyalah nomor dua.

Para responden mengusulkan pula penambahan isi perjanjian kerja, seperti kewajiban dokter bekerja sesuai disiplin ilmu, utamakan kepentingan pasien, jadwal jaga tiap kelompok dokter spesialis yang harus ditaati, bebas berpraktik sama seperti di tempat praktik swasta. Juga kewajiban rumah sakit untuk membantu para dokter yang datang seminar/workshop dengan membawa nama dan keuntungan buat rumah sakit, memperoleh pendapatan lewat karcis dan peraturan rumah sakit,

serta perlunya persaingan standar tarip memperhatikan kebebasan pasien memilih harga yang harus dibayar dan mutu pelayanan yang diberikan.

Matriks 4.61. House of Quality Kesepakatan Perjanjian Kerja

Tanggapan Manajemen		Kesepakatan perjanjian kerja sesuai (win-win)	Bentuk perjanjian kerja yang ada kekuatan evaluasinya	Saling memperbaiki diri	Data Rekam Medik penting untuk pasien	Penting dalam PKS
Kebutuhan Dokter Spesialis	Rating					
Kuantitatif						
Hadir tepat waktu	3			3		
Sistem evaluasi periodik	2		9			
Pemanfaatan fasilitas penunjang	2			9		
Pemanfaatan fasilitas rawat inap	3			9		
Pemanfaatan fasilitas farmasi	2			9		
Pemenuhan penyediaan sarana	2			9		
Saling menguntungkan	3	9				
Setuju CM	2				9	
Pertanyaan terbuka						
Sifat kerjasama baik, dikomunikasikan	3			9		9
Kerjasama saling menguntungkan	3	9				
Prinsip Perjanjian Kerja						
- partikelir	2					1
- tidak melupakan sejarah	2					1
- taat kepercayaan yang didapat, disiplin, kode etik	2			9		
Materi tambahan PKS						
- kerja sesuai disiplin ilmu	2					9
- utamakan kepentingan pasien	2					9
- bantuan untuk seminar	1					3
- jadwal jaga kelompok dokter	2					3
- pendapatan lewat karcis	3					9
- persamaan standar tarip	1					3
Pengelolaan Rekam Medik						
- Mengetahui perkembangan riwayat penyakit pasien	3				9	
- Pertanggungjawaban aspek hukum	2				9	
- Kaitan dengan pajak	1				3	
PENILAIAN		54	18	135	66	106
PRIORITAS		IV	V	I	III	II

Keterangan:

Kriteria Prioritas Solusi: kemudahan pembenahan dikerjakan di bagian yang bersangkutan, biaya terjangkau, memicu ketidakpuasan.

Peringkat tinggi (3), sedang (2), rendah (1).

Kekuatan hubungan : Peringkat kuat (9), sedang (3), lemah (1)

Berdasarkan matriks di atas, didapatkan prioritas utama kesepakatan perjanjian kerja pada (a) kebutuhan saling memperbaiki diri, (b) hal-hal penting yang perlu ditambahkan pada perjanjian kerja sama, (c) pentingnya data rekam medik untuk pasien, (d) kesepakatan perjanjian kerja sesuai (win-win) dan (e) bentuk perjanjian kerja yang ada kekuatan evaluasinya.

Sebagian besar informan menanggapi bahwa dari segi isi perjanjian kerja, kesepakatan perjanjian kerja tersebut sudahlah sesuai, saling menguntungkan dan merupakan suatu keharusan di Indonesia karena menyangkut masalah yang berkaitan dengan hukum. Tetapi bila ditinjau kenyataannya, diakui oleh semua informan, bahwa pihak rumah sakit belum dapat memenuhi semua kewajibannya, kedua belah pihak sama-sama belum dapat menyepakati, baik itu kewajiban manajemen dalam pemenuhan sarana maupun kewajiban dokter spesialis dalam pemanfaatan penunjang. Seperti diungkapkan oleh pernyataan berikut ini:

"... kita tahu terjadi deviasi-deviasi atas kesepakatan itu ... hanya kesepakatan tetap harus diambil antara dua orang yang sudah saling mengikat kerjasama... Tentang di lapangannya pasti ada pergeseran yang dituangkan... tinggal bagaimana komitmen dari masing-masing pihak untuk saling mengingatkan dan memenuhi apa yang sudah menjadi kesepakatan bersama... walau diakui dalam kenyataan masih sulit..."

Bila pihak manajemen ingin berlaku keras dan tegas terhadap kesepakatan kerja yang ada, tentunya pihak manajemen harus memenuhi kewajibannya dulu dengan memberikan pelayanan, kenyamanan, fasilitas yang memadai, membenahi SDM, sarana dan prasarana. Bila belum dapat menyiapkan diri dengan benar sedangkan pihak manajemen ingin menuntut para dokter, maka dapat menjadikan

alat pemukul manajemen sendiri. Perlu peningkatan ke dalam dulu baru pendekatan ke luar, seperti komentar seorang informan berikut ini:

“... sama-sama belum menyepakati perjanjian...seperti ayam dengan telur, mana dulu yang bergerak... sebaiknya kita dulu yang memperbaiki ...”

Selanjutnya menanggapi usulan responden tentang penambahan isi perjanjian kerja, sebagian kecil informan mengingatkan bahwa yang penting dalam kesepakatan perjanjian kerja ada hak, wewenang, kewajiban dan kejelasan tanggungjawab, jangka waktu kerjasama, mekanisme tugas, imbalan, evaluasi serta berakhirnya kerjasama, dan sebagai dasar adalah nilai-nilai etik untuk mendahulukan kepentingan pasien. Siswanto (2001) dan Jacobalis (2000) mengingatkan bahwa sesuai dengan hak dan kewajiban dokter dan rumah sakit, dokter dan rumah sakit diwajibkan mengadakan perjanjian tertulis, dan ini berbeda-beda tergantung sifat hubungan kerjanya. Perlu diingat pula hubungan kemitraan tenaga profesi dan rumah sakit mencakup sifat hubungan tradisional dengan adanya hubungan pemilik rumah sakit, pengelola rumah sakit dan tenaga profesional dokter yang dapat bersifat memayungi, saling menghormati antara hak dan kewajiban, profesional serta memiliki aspek hukum.

Hubungan kerja antara Rumah Sakit Telogorejo dan dokter spesialis adalah hubungan kerja berdasarkan perjanjian. Pokok-pokok / ketentuan perjanjian dimusyawarahkan antara dokter spesialis dengan rumah sakit, tetapi tetap mengutamakan pelayanan kepada masyarakat. Berlandaskan hakekat hubungan kemitraan, perjanjian ini berasaskan keselarasan, kejelasan, legalitas dan

perlindungan profesional dan etika. Rumah Sakit dengan tugas utama menyediakan fasilitas yang sebaik-baiknya bagi masyarakat, dan bermitra dengan dokter spesialis yang mempunyai keahlian sepadan dengan fasilitas yang disediakan rumah sakit.

Ke depan, pihak manajemen ingin adanya komitmen dokter spesialis untuk mengoptimalkan pemakaian fasilitas penunjang rumah sakit dan mengembangkan bentuk perjanjian kerjasama yang ada 'gigi' kekuatan evaluasinya, baik dari segi medis teknis dan etik oleh pelaksana profesi maupun dari segi perilaku lewat penilaian masyarakat yang diukur dari banyak sedikitnya jumlah pasien yang mencerminkan dokter tersebut dapat diterima oleh masyarakat. Untuk itu lontaran kriteria evaluasi disosialisasikan agar mendapat masukan dari dokter spesialis tentang indikator dan kriteria apa yang sesuai untuk mengevaluasi kinerja seorang dokter spesialis. Sudah saatnya bersikap tegas, dalam arti tidak hanya bentuk himbauan saja, tetapi perlunya evaluasi / penilaian dalam periode tertentu dengan kriteria tertentu atas pemanfaatan penunjang yang ada di rumah sakit, untuk itu perlu duduk bersama antara manajemen dan dokter spesialis (Wirawan, 2002).

Bila ditelaah lebih lanjut seluruh faktor kebutuhan dokter spesialis sebagai variabel penelitian, ada beda hasil deskripsi penelitian untuk pernyataan sikap per subvariabel dan pernyataan sikap terhadap variabel secara keseluruhan. Hal ini sesuai dengan teori persepsi di mana keseluruhan persepsi individu belum dapat terungkap dari sub variabel yang diangkat dalam penelitian ini, karena masih ada persepsi-persepsi lain yang belum bisa diungkapkan. Disamping itu kebutuhan individu yang satu dengan yang lain berbeda sesuai dengan persepsi dan pengalaman yang bersangkutan sebelumnya (Gibson, 1996; Armstrong, 2003).

4.6.7. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Pengelolaan Catatan Rekam Medik oleh Rumah Sakit dan Tanggapan Manajemen.

Analisis terhadap sikap dokter spesialis mitra tentang pengelolaan catatan rekam medik oleh rumah sakit untuk alasan mengetahui perkembangan riwayat penyakit pasien, lebih dari 60% responden setuju, sedangkan untuk alasan pertanggungjawaban aspek hukum lebih dari 55% responden setuju, tetapi untuk kedua alasan di atas ada $\pm 5\%$ responden yang kurang setuju.

Hal ini sesuai dengan tanggapan sebagian besar informan, yang menyatakan (a) sebagai kesempatan dan *moment* yang tepat, dengan memanfaatkan data yang didapat untuk rencana pengelolaan catatan rekam medik oleh rumah sakit, (b) harus ditindaklanjuti secara baik, diatur dan ditata kembali dengan persiapan yang baik, (c) dengan tanggapan positif seperti itu manajemen optimis dapat menjalankan *unit numbering system* dengan lebih optimal. Lepas dari adanya responden yang belum dapat menerima, sebagian besar informan menyatakan pengelolaan catatan rekam medik sebaiknya tetap dijalankan dan diterapkan untuk dokter spesialis yang sudah setuju, sebab kalau terus menunggu sampai semua dokter bersedia selamanya tidak pernah terjadi, seperti yang dikemukakan berikut ini:

"... Kalau ada yang mau, ya kenapa tidak sekalian langsung diterapkan ... memang tidak mudah, tapi something has to be done... memang sudah seharusnya rekam medik dikelola oleh rumah sakit, walau dikatakan praktik pribadi... tetap dianggap yang terjadi adalah di rumah sakit ... diatur oleh rumah sakit ... jadi tanggungjawab rumah sakit... tidak bisa sendiri-sendiri ..."

Tentang kekuatiran dokter spesialis terhadap kaitannya dengan pajak, sebagian besar informan menanggapi bahwa memang harus ada kesadaran orang

membayar pajak sesuai dengan pendapatannya, tetapi berkaitan dengan pencatatan rekam medik tidaklah perlu dikuatirkan karena benar-benar terpisah antara data rekam medik pasien dengan data keuangan. Sebagian kecil informan menyampaikan bahwa pengaitan dengan kekuatiran membayar pajak akan didiskusikan dahulu apakah benar bila akan mengelola rekam medik larinya ke pajak. Bila benar dokter didata harus wajib pungut dari praktik pribadinya, rumah sakit dapat menjelaskan bahwa rumah sakit membebaskan para dokter spesialis dari pungutan apapun.

4.6.8. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Komitmen Kesediaan Memberikan Kontribusi Pendapatan dan Tanggapan Manajemen.

Analisis tentang sikap dokter spesialis terhadap kesediaan memberikan kontribusi pendapatan dari hasil praktik dokter spesialis menunjukkan keinginan hampir sama kuat antara yang tidak mendukung 47,4% dan yang mendukung 52,6%. Alasan ketidaksetujuan terutama karena responden berpendapat bahwa rumah sakit sudah memperoleh dari kontribusi karcis, pemanfaatan fasilitas penunjang termasuk farmasi, pemanfaatan fasilitas rawat inap. Sedangkan alasan yang setuju terutama karena sudah memakai dan mendapatkan fasilitas praktik dari rumah sakit seperti listrik, alat medis dan non medis, serta sudah disediakannya perawat.

Sebagian besar informan menganggap bahwa (a) hal ini adalah baik tetapi harus dipertimbangkan masak-masak, (b) merupakan pilihan yang dapat dipertimbangkan manajemen untuk mengharapkan aliran dana masuk, (c) boleh dipikirkan ke arah kontribusi pendapatan bila praktik dokter spesialis sudah terkenal dan jumlah pasien berlebih. Sedangkan sebagian informan yang berbeda pendapat

menanggapi, bahwa (a) kurang setuju karena memberikan rasa yang kurang nyaman buat dokter spesialis mitra, (b) tidak setuju untuk mencari keuntungan, (c) tidak setuju karena lebih susah buat manajemen mengendalikan situasi, di mana dokter merasa perannya jauh lebih besar daripada manajemen dan sudah memberi penghasilan buat rumah sakit, sehingga dapat meminta atau menuntut hal-hal yang menurutnya harus diadakan, (d) perlu dipertimbangkan apakah cukup strategis memaksakan potongan persentase dari pendapatan dokter tetapi kemudian tidak ada pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Mestinya perlu dipertimbangkan dengan kemungkinan meningkatkan kontribusi karcis ataupun bila rumah sakit sudah siap dengan kenyamanan yang diberikan tentunya dokter spesialis tidak segan memberi kontribusi sebulan atau setahun sekali.

Sebagian kecil informan menambahkan pula bahwa penarikan kontribusi dari hasil pendapatan dokter spesialis mitra yang berpraktik di rawat jalan untuk menambah penghasilan bagi rumah sakit, bukanlah cara yang tepat dan tujuan tak akan tercapai. Rumah sakit sudah menghitung sendiri *unit cost* seperti biaya penyusutan gedung, biaya pemeliharaan, biaya kebersihan, biaya listrik, telepon, *overhead* dan itu semua dibebankan melalui uang karcis retribusi ke pasien, sedangkan profesi dokter dibebankan sesuai dengan pelayanan yang diberikan. Pengertian kontribusi pendapatan tidaklah untuk operasional supaya pasien tidak terbebani dobel, karena menurut Petunjuk Etika Rumah Sakit dan Pedoman Pengelolaan Hubungan Dokter dengan Rumah Sakit dari Yayasan Rumah Sakit Telogorejo, sudah dipisahkan secara jelas fungsi manajemen dari pada fungsi dokter. Jadi apabila para dokter spesialis diminta partisipasinya dari imbalan jasa

masing-masing tidak dimasukkan ke dalam biaya operasional rumah sakit, tetapi masuk ke Yayasan yang selanjutnya dipergunakan untuk menjalankan fungsi sosial Yayasan Rumah Sakit.

Tahap implementasi kontribusi pendapatan dokter spesialis, masih membutuhkan pemikiran jauh ke depan dengan mempersiapkan benar-benar kelengkapan sarana-prasarana Praktik Dokter Spesialis. Sebagai pertimbangan tambahan, sebagian besar informan mengingatkan untuk memandang Praktik Dokter Spesialis sebagai tempat memberi pelayanan pada dokter spesialis dan memberi kesempatan pada pasien untuk menggunakan pelayanan penunjang yang ada dan ini semua memberikan mata rantai pelayanan yang tergabung di dalam rumah sakit.

4.6.9. Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Komitmen Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit dan Tanggapan Manajemen

Analisis pernyataan sikap dokter spesialis terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit menunjukkan, bahwa pemanfaatan di bawah rata-rata jauh lebih besar (68,4%) dibanding pemanfaatan di atas rata-rata (31,6%). Sebagian besar informan menanggapi bahwa utilisasi bagian penunjang belum baik, tetapi justru disitulah para informan melihat adanya peluang pemanfaatan fasilitas rumah sakit bisa meningkat lebih baik.

Sebagai kiat-kiat yang diusulkan sebagian besar informan cukup beragam, antara lain dengan cara (a) menata sistem dan alur yang menjangkau semua orang yang masuk ke rumah sakit untuk menggunakan fasilitas rumah sakit secara maksimal sesuai dengan indikasi medisnya (upaya internal), (2) sistem *marketing* ke

luar rumah sakit (upaya eksternal), (3) pendekatan persuasif lewat komunikasi dengan dokter spesialis, serta (4) perbaikan pelayanan fasilitas rumah sakit.

Sebagian kecil informan memandang dari segi yang lain, yaitu rumah sakit tidak dapat menerapkan prinsip bahwa karena dokter sudah diberi tempat untuk berpraktik pribadi maka tentunya memanfaatkan fasilitas rumah sakit yang ada. Hal yang dikuatirkan bila prinsip ini diterapkan adalah membuat bagian pelayanan penunjang rumah sakit tidak bekerja dengan *all out performance* dan hanya menggantungkan diri pada kiriman dokter spesialis.

Menghadapi persaingan yang tidak sehat (antara lain dengan menggunakan kompensasi natura) oleh pihak penyelenggara penunjang lain, maka bagian pelayanan penunjang rumah sakit harus dapat meyakinkan para klinisi dari segi kualitas, hasil yang benar dan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan kiat (1) memperbaiki mutu hasil, (2) membuat perhitungan biaya yang benar sehingga rumah sakit dapat menjual dengan keuntungan yang cukup dan harga yang bisa bersaing, serta (3) meningkatkan pelayanan (di mana hal ini tergantung pada SDM di bagian penunjang, sudahkan mutu menjadi angan-angan visi dan misi mereka).

4.6.10. Ringkasan tentang Pernyataan Sikap Dokter Spesialis terhadap Faktor yang Paling Dibutuhkan dalam Menjalankan Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis dan Tanggapan Pihak Manajemen.

Hasil penelitian menunjukkan pernyataan sikap dokter spesialis terhadap faktor yang paling dibutuhkan dalam menjalankan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis (sesuai urutan pendapat responden terbanyak) adalah dukungan

kondisi kerja (30,2%), kenyamanan (21,6%), hubungan interpersonal (20,7%), kesepakatan perjanjian kerja (14,7%), serta kompensasi finansial dan non finansial (12,9%).

Lepas dari hasil pernyataan responden, tentang pertanyaan serupa kepada para informan diperoleh jawaban yang sepadan untuk faktor kebutuhan dokter spesialis mitra, yaitu sebagian besar informan menyatakan bahwa kenyamanan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal merupakan faktor kebutuhan yang terutama bagi dokter spesialis dalam pelayanan rawat jalan. Menelaah hasil penelitian di atas, terlihatlah bahwa pendapat responden dan informan tentang faktor kebutuhan dokter spesialis mitra tidaklah berbeda jauh, bahkan boleh dikatakan seimbang dan konsisten, sehingga apa yang menjadi kebutuhan dokter spesialis itupun yang perlu dibenahi oleh pihak rumah sakit.

Walaupun faktor kesepakatan perjanjian kerja hanya merupakan persentase kecil di kalangan responden, ditambah pendapat informan yang menyatakan tidak melihat *urgent* nya kesepakatan perjanjian kerja dan hanya terlihat kebutuhannya kalau menyangkut masalah perselisihan dan hukum, sebagian kecil informan mengingatkan:

"...Jangan sampai terbawa arus keinginan dokter... jadi kita sebagai rumah sakit adalah tetap penanggungjawab utama... jangan lupakan ini. Jadi medical staff bertanggungjawab terhadap terselenggaranya asuhan klinis yang bermutu (clinical governance), sedangkan group administration atau CEO bertanggungjawab 'both of them' baik administrasi atau operasional dan clinical governance... bila administrasi tidak ada touch ke situ ... bertanggungjawab ke suatu hal yang dia tak bisa ngatur ... kan tidak mungkin. Jadi betapa strategisnya peran PKS (catatan penulis: Perjanjian Kerja Sama)... karena di situlah sebetulnya instrumen ... apakah kita punya otonomi SDM atau tidak..."

Jadi, kesepakatan kerjasama tetaplah penting, ditunjang oleh hubungan antara individu. Bila pada awalnya kerjasama sudah jelas, dengan saling menandatangani hubungan kerja yang jelas pula, maka akan terjalin hubungan baik dan akan menjadi enak kerjanya. Makin rinci isi perjanjian kerja tersebut akan makin baik, sehingga perlu dilihat pentingnya mereview kembali perjanjian kerja.

Berkenaan dengan kiat-kiat untuk memenuhi faktor kebutuhan yang diharapkan responden, sebagian besar informan berpendapat harus dimulai dari pihak rumah sakit dengan memperbaiki kenyamanan baik untuk dokter maupun untuk pasien, dan melengkapi dukungan kondisi kerja. Ke dua belah pihak sama-sama memandang kenyamanan tidak hanya dari satu sisi tapi dari beberapa sisi, termasuk kenyamanan fisik (berupa kenyamanan lingkungan rumahsakit dan kenyamanan penyediaan peralatan yang dibutuhkan), serta kenyamanan non fisik (seperti kenyamanan hubungan interpersonal, kenyamanan kemudahan pelayanan dan kenyamanan SDM yang trampil memberikan pelayanan kepada dokter dan pasien). Dari kebutuhan dokter spesialis yang diharapkan ini, terlihat bahwa apabila manajemen rumah sakit mau bekerja keras, maka masih ada harapan dan masih optimis terjadinya pengembangan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis ke depan. Hal ini sesuai dengan pendapat Fletcher et. al, di dalam Laine (1996), dalam penelitian tentang pelayanan rawat jalan, yang mengemukakan faktor kemudahan / kelancaran pelayanan sebagai hal paling utama di dalam mutu pelayanan rawat jalan, sementara tarif dan fasilitas pelayanan rawat jalan bukan merupakan faktor yang dominan.

4.6.11. Analisis Hubungan antara Faktor Kebutuhan Dokter Spesialis dan Kontribusi Pendapatan serta Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit dan Tanggapan Pihak Manajemen

Analisis tentang hubungan antara faktor kebutuhan dokter spesialis dan kontribusi pendapatan menunjukkan, bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan kondisi kerja dan kesediaan dokter spesialis memberikan kontribusi dari pendapatannya ($p = 0,044$). Sedangkan kenyamanan, hubungan interpersonal, kompensasi perjanjian kerja, dan kesepakatan perjanjian kerja tidak ada signifikansi hubungan dengan kesediaan memberikan kontribusi.

Hal ini sesuai dengan perpaduan antara jawaban dokter spesialis untuk pertanyaan terbuka dan wawancara mendalam dengan pihak manajemen, yaitu kedua pihak bersama-sama melihat pemenuhan kebutuhan dukungan kondisi kerja sebagai prioritas awal yang harus ditangani untuk melangkah ke arah perbaikan. Setelah itu lain-lain kebutuhan akan mengikuti dengan sendirinya. Apabila kondisi kerja yang didapatkan ternyata tidak mendukung pelayanan dokter spesialis, maka dokter spesialis mempunyai kecenderungan lebih besar untuk tidak mendukung kontribusi pendapatan praktik dokter spesialis, begitu pula sebaliknya. Lebih jauh lagi manajemen rumah sakit menyepakati perubahan harus dimulai dari pihak manajemen lebih dahulu dengan melengkapi kebutuhan dukungan kondisi kerja yang membuat dokter berpraktik dengan nyaman dan pasien dapat menerima pelayanan dalam suasana yang menyenangkan. Termasuk juga di sini dukungan dalam pelayanan yang mudah dan cepat dari bagian pelayanan penunjang rumah sakit bagi

dokter maupun pasien. Dan hal ini menunjukkan tuntutan akan kenyamanan yang lebih tinggi dan pelayanan yang lebih baik (Jacobalis,2000).

Analisis hubungan antara faktor kebutuhan dokter spesialis dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit menunjukkan, bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kenyamanan kerja, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal, kompensasi yang di dapat, kesepakatan perjanjian kerja pada satu pihak dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit di pihak lain. Pemanfaatan fasilitas rumah sakit tidaklah berkaitan dengan pemenuhan faktor kebutuhan para dokter spesialis ke arah pencapaian kepuasan, tetapi lebih berhubungan dengan disiplin ilmu dokter spesialis, jadwal praktik, jumlah pasien dan jumlah lokasi praktik. Hal ini menunjukkan tanggung jawab moral dan medis teknis yang tinggi dari para dokter spesialis mitra, tidak memanfaatkan kondisi pasien dengan segala macam pemanfaatan fasilitas rumah sakit apabila memang dinilai tidak perlu.

Bila perolehan hasil penelitian ditinjau hanya dari analisis hubungan secara statistik, tampaknya manajemen perlu meninjau kembali kesepakatan kerja yang sudah ada berdasar filosofi awal. Kuranglah tepat bila meneruskan anggapan berikut, bahwa karena rumah sakit sudah memenuhi kebutuhan dokter spesialis dengan memberi kenyamanan, dukungan kondisi kerja, menjalin hubungan interpersonal, pemenuhan kompensasi finansial dan non finansial, kesepakatan perjanjian kerja maka seharusnya para dokter spesialis mau memanfaatkan fasilitas penunjang rumah sakit yang tersedia. Analisis statistik ini perlu dipadukan dengan informasi dari pertanyaan terbuka kepada dokter spesialis dan tanggapan pihak manajemen. Informasi dari pertanyaan terbuka, menunjukkan bahwa untuk

meningkatkan pemanfaatan fasilitas rumah sakit dokter spesialis mitra mengharapkan perbaikan sistem pelayanan penunjang yang dimiliki rumahsakit. Sementara tanggapan dan pandangan manajemen yang menyatakan perlu mengoptimalkan pelayanan penunjang rumah sakit dengan memberikan pelayanan yang baik dan bermutu sehingga mampu menjangkau *customer* rawat jalan untuk memanfaatkannya.

4.6.12. Analisis Pengaruh Variabel Independen yang Signifikan (Karakteristik Dokter Spesialis dan Faktor Kebutuhan Dokter Spesialis) terhadap Variabel Dependen (Kontribusi Pendapatan Dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit) dan Tanggapan Manajemen

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan secara signifikan dengan kesediaan memberikan kontribusi pendapatan adalah lama kerja $\leq$ rata-rata 12 tahun, usia $\leq$ rata-rata 52 tahun, dan dukungan kondisi kerja. Selanjutnya dengan analisis regresi logistik menunjukkan bahwa secara bersama-sama yang paling berpengaruh terhadap kesediaan dokter spesialis memberikan kontribusi pendapatannya adalah usia dokter spesialis ($p\text{-value} = 0,014$).

Sedangkan dari hasil penelitian faktor yang berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit adalah disiplin ilmu dari *vak* besar, jadwal praktik ≥ 7 kali dalam seminggu, jumlah lokasi praktik ≤ 2 lokasi dan jumlah pasien $>$ rata-rata 8 pasien, yang selanjutnya dengan analisis regresi logistik secara bersama-sama paling berpengaruh secara signifikan terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit adalah jumlah pasien ($p\text{-value} = 0,000$).

Agak berbeda dengan penelitian Lahida (1999) yang mendapatkan bahwa sistem kompensasi non moneter berpengaruh terhadap produktivitas dokter spesialis di Rumah Sakit Panti Rapih, Yogyakarta, dalam hal absensi, frekuensi visite dan kelengkapan pengisian data rekam medis, tetapi tidak bermakna untuk jumlah pasien poliklinik yang dilayani. Berbeda pula dengan penelitian Yoseph (2001) yang mendapatkan, bahwa fasilitas dan hubungan interpersonal adalah faktor yang paling mempengaruhi persepsi pasien tentang mutu pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Panti Wilasa Dokter Cipto, Semarang.

Dalam menyikapi pengaruh usia terhadap kontribusi pendapatan dokter spesialis di mana usia $\leq$ rata-rata 52 tahun lebih besar kecenderungannya memberikan kontribusi, manajemen perlu mempertimbangkan (a) perlu tidaknya menerapkan kesepakatan kerja sama yang berbeda menurut usia dokter spesialis yang secara tidak langsung menunjukkan lamanya bekerja, (b) perlu mengacu hasil penelitian ini sebagai faktor yang perlu dipikirkan saat *recruitment* dokter spesialis. Dan tentang pengaruh jumlah pasien terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit, manajemen perlu mempertimbangkan penataan ulang jadwal praktik dokter spesialis agar dapat lebih dimanfaatkan oleh dokter spesialis yang termasuk kriteria hasil penelitian yaitu dilihat dari jumlah pasiennya dan dukungannya dalam pemanfaatan fasilitas rumah sakit, dalam hal ini dokter spesialis tersebut mendapat prioritas kesempatan berpraktik.

Sesuai dengan Teori Organisasi yang berorientasi pada konsep sistem, maka organisasi rumah sakit dipandang sebagai kumpulan bagian yang berinteraksi, yang terdiri dari sumber daya manusia (seperti tenaga profesional, non profesional) serta

sumber daya lain (seperti metode, uang, peralatan dan bahan-bahan) yang saling bergantung satu sama lain. Organisasi pelayanan kesehatan sebagai sistem terbuka setelah mendapat masukan dari lingkungannya, maka organisasi tersebut harus tanggap terhadap apa yang sedang terjadi, dapat mengantisipasi perubahan dan memberikan respon yang akurat agar dapat bertahan di lingkungannya, saling berinteraksi, dan saling bergantung serta mencoba melindungi dirinya terhadap pengaruh lingkungan (Gibson, 1996; Thompson dalam Ilyas, 1999).

Sesuai pendapat Thoha (2001), interaksi ketiga dimensi dalam teori organisasi, (yaitu dimensi teknis sebagai keahlian manajemen, dimensi konsep sebagai motor penggerak dan dimensi manusia) akan menimbulkan kegiatan yang efektif. Jika manajemen bekerja dengan hanya menekankan dimensi teknis dan dimensi konsep, maka akan timbul iklim kerja yang kurang sehat dan tidak respektif terhadap manusia sebagai faktor pendukung utama organisasi. Sesuai pula pendapat Abbey (1998) bahwa perkembangan dari infrastruktur organisasi adalah tantangan dalam meningkatkan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit.

Sesuai teori Green (1991) tentang Health Behaviour, untuk mendiagnosis perilaku diperlukan tahap diagnosis organisasi yang mencakup faktor-faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Hasil dari penelitian ini menunjukkan faktor karakteristik individu sebagai faktor predisposisi, dan faktor dukungan kondisi kerja sebagai faktor penguat berpengaruh paling besar terhadap perilaku dokter spesialis dalam meningkatkan pelayanan rawat jalan. Pemahaman ini menuntut pola penanganan yang berbeda pula untuk menentukan prioritas intervensi terhadap perilaku individu atau kelompok dalam organisasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Bagian ini menyampaikan kesimpulan akhir yang peneliti dapatkan dari penelitian tentang faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis yang dominan dan berpengaruh terhadap kontribusi pendapatan dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit untuk pengembangan sistem pelayanan rawat jalan, serta saran-saran yang diusulkan kepada institusi rumah sakit, serta institusi pendidikan dan penelitian.

KESIMPULAN

A. Tentang Tanggapan Dokter Spesialis Mitra terhadap hubungan antara Kenyamanan Praktik Dokter Spesialis dan Pemberian Kontribusi serta Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit.

Secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan antara kebutuhan kenyamanan dan pemberian kontribusi maupun pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Namun berdasarkan kajian kualitatif, para dokter mengharapkan terpenuhinya (a) fasilitas parkir yang memadai, (b) kesejukan ruangan dan (c) fasilitas ruang tunggu, (d) sistem pelayanan berbasis komputer, (e) sistem pendaftaran dan alur pelayanan yang cepat, (f) sistem penerimaan telepon yang baik, (g) tersedianya makanan dan minuman, (h) kelengkapan peralatan kerja, serta (i) keramahan, ketelitian dan kesiapan perawat.

B. Tentang Tanggapan Dokter Spesialis Mitra terhadap hubungan antara Dukungan Kondisi Kerja Praktik Dokter Spesialis dan Pemberian Kontribusi serta Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Secara statistik ada hubungan yang signifikan antara kebutuhan dukungan kondisi kerja dan pemberian kontribusi ($p\text{-value} = 0,044$), tetapi tidak ada hubungannya dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Hal ini diperkuat pula dengan kajian kualitatif, yaitu para dokter spesialis mengharapkan tersedianya (a) peralatan medis dan penunjang medis, (b) obat-obatan di instalasi farmasi, (c) obat-obatan di ruang praktik, (d) ruang untuk beristirahat dan berdiskusi, (e) kejelasan informasi perkembangan klinik. Selain itu mengharapkan pula (f) tersedianya perawat yang trampil, (g) kesiapan ruangan untuk berpraktik, (h) kecepatan dan kemudahan pelayanan administrasi dan kasir, (i) kecepatan dan kemudahan pelayanan rawat inap, serta (j) kecepatan dan ketepatan pelayanan laboratorium maupun radiologi.

C. Tentang Tanggapan Dokter Spesialis Mitra terhadap kaitan antara Hubungan Interpersonal Praktik Dokter Spesialis dan Pemberian Kontribusi dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan antara kebutuhan hubungan interpersonal dan pemberian kontribusi maupun pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Namun berdasarkan kajian kualitatif, para dokter menyatakan bahwa selama ini dengan pihak manajemen (a) terasa tidak ada hubungan, (b) komunikasi kurang lancar, (c) jarang ada pertemuan antara dokter spesialis mitra dan manajemen, (d) *sense of crisis* terhadap masalah hubungan pasien-dokter kurang diperhatikan. Disamping itu hubungan di antara dokter spesialis tidak harmonis khususnya masalah etika rujukan dan ketaatan waktu praktik. Selain itu hubungan

dengan staf klinik terasa kurang ramah, kurang mengenal tugasnya, serta kurang tersedianya media untuk berkomunikasi.

D. Tentang Tanggapan Dokter Spesialis Mitra terhadap Kompensasi yang Diterima Praktik Dokter Spesialis terhadap Pemberian Kontribusi dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan antara kompensasi yang diterima dan pemberian kontribusi maupun pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Namun berdasarkan kajian kualitatif, para dokter menyatakan (a) sudah menerima pendapatan yang cukup dari praktik dokter spesialis, serta mengusulkan (b) adanya kebijakan penyesuaian pola tarif jasa medis, (c) perlunya pengembangan diri bagi dokter spesialis, (d) perlu pertemuan-pertemuan, dan (e) penambahan peralatan.

E. Tentang Tanggapan Dokter Spesialis Mitra tentang Kesepakatan Perjanjian Kerja Praktik Dokter Spesialis terhadap Pemberian Kontribusi dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Secara statistik tidak ada hubungan antara kesepakatan perjanjian kerja dan pemberian kontribusi maupun pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Namun berdasarkan kajian kualitatif, para dokter mengharapkan (a) perlunya perjanjian kerjasama yang saling menguntungkan, (b) adanya kesepakatan sebelum dioperasionalkan, (c) perlunya catatan medik untuk mengetahui riwayat penyakit pasien, (d) prinsip perjanjian kerja yang menghargai praktik partikelir/pribadi, (e) perjanjian yang tak melupakan sejarah, (f) ketaatan atas kepercayaan yang didapat, disiplin kerja, kode etik, serta saling pengertian. Para dokter spesialis mengusulkan pula penambahan isi perjanjian kerja, seperti kewajiban dokter bekerja sesuai disiplin

ilmu, mengutamakan kepentingan pasien, adanya jadwal jaga tiap kelompok dokter spesialis yang harus ditaati, kebebasan berpraktik sama seperti di tempat praktik swasta, memperoleh pendapatan lewat karcis dan peraturan rumah sakit, serta perlunya persaingan standar tarif dengan memperhatikan kebebasan pasien memilih, harga yang harus dibayar dan mutu pelayanan yang diberikan.

F. Tentang Hubungan antara Karakteristik Dokter Spesialis Mitra dan Pemberian Kontribusi serta Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Secara statistik ada hubungan yang signifikan antara lama kerja $\leq$ rata-rata 12 tahun dan usia dokter spesialis $\leq$ rata-rata 52 tahun dengan kesediaan memberikan kontribusi ($p=0,046$ dan $p=0,012$). Selain itu ada pula hubungan yang signifikan antara disiplin ilmu *vak* besar, jadwal praktik ≥ 7 kali dalam seminggu, jumlah pasien $>$ rata-rata 8 orang dan jumlah lokasi praktik ≤ 2 lokasi praktik dengan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Masing-masing dengan $p=0,049$ dan $p=0,016$ untuk disiplin ilmu dan jadwal praktik, serta $p=0,000$ dan $p=0,023$ untuk jumlah pasien dan jumlah lokasi praktik. Hasil ini mendapat tanggapan dari manajemen yang masih melihat adanya masa depan untuk perbaikan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis, perlunya strategi penataan dokter spesialis yang berpraktik (sesuai karakternya, perbandingan dokter yang ada, banyak sedikitnya jumlah pasien, panjangnya jam praktik), walaupun kelengkapan berbagai sub spesialis tetap diperlukan secara proporsional.

G. Faktor Kebutuhan Dokter Spesialis Mitra yang Paling Berpengaruh Terhadap Pemberian Kontribusi dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Secara statistik disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara lama kerja $\leq$ rata-rata 12 tahun, usia dokter spesialis $\leq$ rata-rata 52 tahun dan dukungan kondisi kerja pada satu pihak dan kesediaan memberikan kontribusi pada pihak lain, sementara secara bersama-sama diantara faktor yang berhubungan ini, faktor yang paling berpengaruh adalah usia dokter spesialis ($p = 0,014$). Lain halnya dengan hasil tentang kesediaan dalam pemanfaatan fasilitas rumah sakit yang secara statistik dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara disiplin ilmu vak besar, jadwal praktik ≥ 7 kali dalam seminggu, jumlah lokasi praktik ≤ 2 lokasi praktik dan jumlah pasien $>$ rata-rata 8 orang pada satu pihak dan kesediaan pemanfaatan fasilitas rumah sakit pada pihak lain, sementara secara bersama-sama diantara faktor yang berhubungan ini faktor yang paling berpengaruh adalah jumlah pasien ($p = 0,000$).

Bila dipadukan dengan pendapat dokter spesialis didapatkan jawaban atas hasil pertanyaan terbuka, bahwa faktor kebutuhan yang berpengaruh terhadap pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis adalah dukungan kondisi kerja (30,2%), kenyamanan (21,6%), hubungan interpersonal (20,7%), kesepakatan perjanjian kerja (14,7%) serta kompensasi finansial dan non finansial (12,9%).

H. Tanggapan Manajemen tentang Faktor-faktor Kebutuhan Dokter Spesialis Mitra terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis di Rumah Sakit Telogorejo

Sebagian besar tanggapan manajemen menyatakan bahwa kenyamanan, dukungan kondisi kerja, hubungan interpersonal merupakan faktor kebutuhan yang utama bagi dokter spesialis dalam pelayanan rawat jalan disamping kompensasi yang

diperoleh dan kesepakatan perjanjian kerja. Menelaah hasil penelitian di atas, dapat terlihat bahwa pendapat dokter spesialis dan manajemen tentang faktor kebutuhan dokter spesialis mitra tidaklah berbeda jauh, boleh dikatakan seimbang dan konsisten, sehingga apa yang menjadi kebutuhan dokter spesialis itu pula yang perlu dibenahi oleh pihak rumah sakit.

Terhadap kenyamanan, manajemen menanggapi perlunya penataan sistem di praktik dokter spesialis dengan kesiapan perawat, sistem pendaftaran pasien yang lancar, tertib dan teratur, perbaikan dan kelengkapan fasilitas ruang tunggu dengan penambahan AC, menjaga kerapian dan kebersihan ruangan praktik, serta penataan masalah parkir. Prinsipnya memberi kemudahan-kemudahan bagi dokter spesialis mulai dari parkir sampai menjalankan tugas profesinya. Menyadari penyelesaian masalah parkir adalah program jangka panjang, manajemen lebih memberikan sentuhan pada *intangible facility* dengan memfokuskan pada pemenuhan kebutuhan yang tidak memerlukan banyak biaya seperti mempercepat proses pelayanan ke pasien maupun ke dokter, meningkatkan ketrampilan dan keramahan staf klinik, kunjungan secara rutin dengan dialog informal untuk mengeratkan hubungan kerja.

Terhadap dukungan kondisi kerja, manajemen menyadari kekurangan maupun keterbatasan dukungan kondisi kerja yang telah diberikan bagi praktik dokter spesialis. Untuk itu manajemen menanggapi perlunya segera membenahi dan meningkatkan sarana kerja dengan pemeliharaan secara teratur, penggantian yang rusak serta melengkapi peralatan yang kurang, selanjutnya meningkatkan kinerja dan perbaikan pelayanan personil dengan *excellence services* serta penguasaan produk-produk rumah sakit. Selain itu juga menaruh harapan dari kerjasama dokter

spesialis untuk menindak lanjuti formularium yang telah disepakati dengan terus menggiatkan himbauan kepada dokter spesialis. Dalam hal ini, manajemen menyepakati perubahan harus dimulai dari pihak manajemen dahulu, dengan melengkapi kebutuhan dukungan kondisi kerja yang membuat dokter berpraktik dengan nyaman dan pasien dapat menerima pelayanan dalam suasana yang menyenangkan. Termasuk juga disini dukungan dalam pelayanan yang mudah dan cepat dari bagian pelayanan penunjang rumah sakit.

Terhadap hubungan interpersonal, sedikit di luar prediksi manajemen yang merasa sepertinya tidak ada masalah komunikasi dengan dokter spesialis, tidak menyangka bahwa dokter spesialis merasa kurang harmonis, walaupun disadari adanya kendala komunikasi, dan kurangnya frekuensi pertemuan karena kesibukan masing-masing. Berkaitan dengan hal ini manajemen menyadari perlunya peningkatan komunikasi dan hal ini harus dimulai dari manajemen terlebih dulu baik melalui komunikasi informal maupun pertemuan-pertemuan formal. Melalui upaya melibatkan dokter spesialis dalam mengikuti perkembangan rumah sakit dengan pertemuan khusus membuka data perkembangan praktik dokter spesialis diharapkan dapat memperoleh manfaat dialog yang positif, serta pendekatan secara individual oleh manajemen untuk pemaparan kegiatan perorangan maupun oleh staf humas untuk memperoleh masukan serta pemberian informasi pelayanan rumah sakit yang ada. Diperlukan pula peran manajemen sebagai fasilitator untuk meningkatkan hubungan dan komunikasi di antara dokter spesialis serta meningkatkan pembenahan pelayanan staf klinik praktik dokter spesialis.

Terhadap penerimaan kompensasi, manajemen menanggapi bahwa dari segi pemenuhan kompensasi finansial perolehan dokter spesialis memang sudah terhitung cukup, tetapi untuk pemenuhan kompensasi non finansial masih memerlukan pendekatan intens dan pemahaman atas kebutuhan yang diharapkan dokter spesialis dan perlu diadakan dalam upaya membuat deferensiasi, seperti memberi kemudahan dan kenyamanan intelektual untuk peningkatan edukasi yang direncanakan melalui *centre of medical up-date*, disamping itu tetap melibatkan dokter spesialis dalam pengadaan peralatan yang mendukung pelayanan, serta bentuk perhatian yang diberikan rumah sakit melalui bagian humas.

Terhadap kesepakatan perjanjian kerja, manajemen menanggapi pentingnya kesepakatan perjanjian, karena bila awalnya kerjasama sudah jelas maka akan terjalin hubungan baik dan akan menjadi komunikatif. Makin rinci isi perjanjian kerja tersebut, akan makin baik. Hal ini sesuai dengan tanggapan manajemen yang menyatakan dari segi isi, perjanjian kerja itu sudah sesuai dan sudah saling menguntungkan, hanya pada kenyataannya diakui oleh manajemen bahwa pihak rumah sakit belum dapat memenuhi seluruh kewajibannya dalam kelengkapan sarana begitu pula pihak dokter spesialis belum dapat memenuhi kewajibannya dalam memanfaatkan fasilitas rumah sakit. Untuk ini dibutuhkan komitmen ulang diantara kedua pihak dan pihak manajemenlah yang harus mengawali memenuhi kewajibannya terlebih dahulu dengan memberikan pelayanan yang baik, kenyamanan, fasilitas yang memadai, membenahi SDM, sarana dan prasarana. Manajemen menanggapi pula usulan penambahan isi perjanjian kerja, dengan memprioritaskan pada hak, wewenang, kewajiban dan kejelasan tanggungjawab,

jangka waktu kerjasama, mekanisme tugas, imbalan, evaluasi serta berakhirnya kerjasama, dan sebagai dasar adalah nilai-nilai etik untuk mendahulukan kepentingan pasien.

Terhadap karakteristik dokter spesialis, mendapat tanggapan dari manajemen yang masih melihat adanya masa depan untuk perbaikan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis, perlunya strategi penataan dokter spesialis yang berpraktik (sesuai karakternya, perbandingan dokter yang ada, banyak sedikitnya jumlah pasien, panjangnya jam praktik), walaupun kelengkapan berbagai sub spesialis tetap diperlukan secara proporsional. Lebih jauh lagi manajemen menanggapi perlunya evaluasi dokter yang produktif maupun yang kurang produktif dengan pendekatan pribadi. Diharapkan dengan mengatur kembali proporsi dokter yang berpraktik sesuai disiplin ilmu, dapat meningkatkan pemanfaatan semaksimal mungkin ruangan praktik dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit, serta pengembangan praktik dokter spesialis dengan mempertimbangkan penempatan dan perekrutan dokter spesialis mitra yang akan bergabung. Berkenaan dengan kiat-kiat untuk memenuhi faktor kebutuhan yang diharapkan responden, pihak manajemen berpendapat harus dimulai dari pihak rumah sakit dengan memperbaiki kenyamanan baik untuk dokter maupun untuk pasien, dan melengkapi dukungan kondisi kerja, serta hubungan interpersonal yang harus terus dipelihara. Kedua belah pihak sama-sama memandang kenyamanan tidak hanya dari satu sisi tapi terkandung maksud kenyamanan fisik (berupa kenyamanan lingkungan rumahsakit dan kenyamanan penyediaan peralatan yang dibutuhkan), serta kenyamanan non fisik (seperti kenyamanan hubungan interpersonal, kenyamanan kemudahan pelayanan dan

kenyamanan SDM yang trampil memberikan pelayanan kepada dokter dan pasien).

I. Perpaduan antara Kebutuhan Dokter Spesialis Mitra dan Manajemen tentang Pengembangan Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis di Rumah Sakit Telogorejo yang akan datang

Pernyataan dokter spesialis mitra mendapat tanggapan manajemen yang selanjutnya dipadukan untuk pengembangan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis. Perpaduan kebutuhan kenyamanan untuk pengembangan pelayanan rawat jalan yang akan datang diprioritaskan pada (a) perbaikan sistem pelayanan terutama kesiapan perawat dan kemudahan pendaftaran, (b) fasilitas ruang tunggu yang perlu dilengkapi, (c) kesejukan ruang praktik, (d) kerapian dan kebersihan tempat praktik, (e) penyediaan fasilitas parkir dan (f) ketrampilan perawat.

Perpaduan kebutuhan dukungan kondisi kerja untuk pengembangan pelayanan rawat jalan yang akan datang pada (a) tersedianya peralatan medis dan obat di tempat praktik, (b) perbaikan sistem informasi dan kejelasan informasi bagi dokter spesialis, (c) pelayanan farmasi dan tersedianya obat di instalasi farmasi, (d) peningkatan pelayanan administrasi dan perawat, (e) peningkatan kinerja dan ketrampilan SDM, (f) perbaikan sistem dan fasilitas penunjang, serta (g) tersedianya perawat.

Perpaduan kebutuhan hubungan interpersonal untuk pengembangan pelayanan rawat jalan yang akan datang pada (a) pentingnya proses komunikasi dengan pendekatan secara individual oleh staf humas maupun manajemen sendiri, (b) pengaturan dan kepatuhan jadwal praktik, (c) pertemuan-pertemuan baik formal

maupun informal dengan manajemen, antara dokter spesialis sendiri dan dengan staf klinik, serta (e) peningkatan kepekaan manajemen terhadap permasalahan di lapangan.

Perpaduan kebutuhan kompensasi finansial dan non finansial untuk pengembangan pelayanan rawat jalan yang akan datang pada (a) kebutuhan pendekatan intens dan pemahaman kebutuhan dokter spesialis, (b) pemberian kompensasi non finansial yang dirasa kurang, (c) pemenuhan kompensasi non finansial untuk diferensiasi pelayanan rumah sakit, serta (d) kebutuhan kompensasi finansial tergantung dokter spesialis.

Perpaduan kebutuhan kesepakatan perjanjian kerja untuk pengembangan pelayanan rawat jalan yang akan datang pada (a) kebutuhan saling memperbaiki diri, (b) hal-hal penting yang perlu ditambahkan pada perjanjian kerja sama, (c) pentingnya data rekam medik untuk pasien, (d) kesepakatan perjanjian kerja sesuai (win-win) dan (e) bentuk perjanjian kerja yang ada kekuatan evaluasinya.

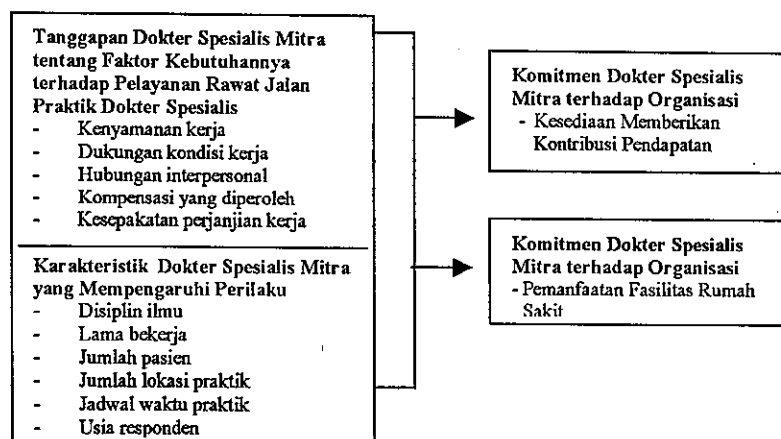
J. Tanggapan Manajemen tentang Pernyataan Sikap Dokter Spesialis Mitra terhadap Komitmen Kesiediaan Memberikan Kontribusi Pendapatan dan Pemanfaatan Fasilitas Rumah Sakit

Secara statistik kesiediaan dokter spesialis memberikan kontribusi pendapatan hampir sama kuat antara dokter spesialis yang mendukung (52,6%) dan yang tidak mendukung (47,4%). Manajemen menanggapi hasil ini merupakan awal yang baik tetapi perlu dipertimbangkan masak-masak karena (a) mengingat peran dokter jauh lebih besar daripada manajemen, (b) dengan memaksakan potongan persentase dari pendapatan dokter dikuatirkan kemudian tidak ada pemanfaatan fasilitas rumah sakit, (c) sebagian besar manajemen masih berpegang pada filosofi

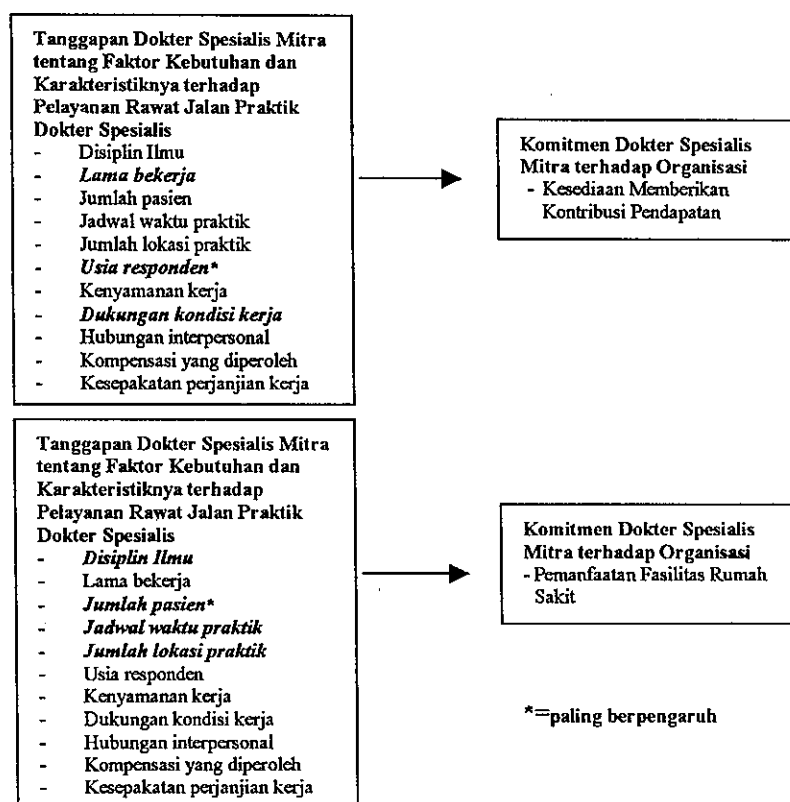
awal menjadikan pelayanan rawat jalan sebagai *gate keeper* untuk menuju pemanfaatan layanan rumah sakit lainnya, dan ini semua memberikan mata rantai pelayanan yang tergabung di dalam rumah sakit, serta (d) pengertian penarikan kontribusi dari hasil pendapatan dokter spesialis mitra untuk biaya operasional rumah sakit adalah masuk ke Yayasan Rumah Sakit untuk menjalankan fungsi sosialnya dan tidak untuk menambah penghasilan bagi rumah sakit.

Terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit secara statistik pemanfaatan di bawah rata-rata (68,4%) jauh lebih besar daripada pemanfaatan di atas rata-rata (31,6%). Hal ini diperkuat dengan pernyataan dokter spesialis tentang pelayanan fasilitas rumah sakit selama ini yang dirasakan belum sesuai harapan dokter spesialis mulai dari alur pelayanan yang belum membuat customer nyaman, kecepatan pelayanan di bagian penunjang rumah sakit, ketrampilan staf klinik hingga komunikasi yang kurang terjalin baik. Manajemen menanggapi bahwa utilisasi bagian penunjang memang belum terlihat baik tetapi justru disitulah terlihat adanya peluang pemanfaatan fasilitas penunjang rumah sakit dengan upaya perbaikan sistem pelayanan yang dapat menjangkau semua *customer* yang masuk ke rumah sakit untuk menggunakan fasilitas rumah sakit secara maksimal sesuai dengan indikasi medisnya. Disamping itu keterbukaan dalam berkomunikasi antara manajemen dengan dokter spesialis sebagai pendekatan persuasif, meningkatkan perbaikan sistem *marketing* dengan upaya setiap staf rumah sakit adalah seorang *marketer*, serta dengan perbaikan pelayanan fasilitas rumah sakit baik sistem maupun mutu hasil pelayanannya.

Kerangka Konsep sebelum penelitian:



Kerangka Konsep sesudah penelitian:



Gambar 5.1. Kerangka Konsep Penelitian Tanggapan Faktor Kebutuhan dan Karakteristik Dokter Spesialis Mitra terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis (sebelum dan setelah penelitian)

K. Tanggapan Konseptual dan Metodologis

Dugaan penulis semula seperti tertuang di dalam hipotesis awal bahwa ada pengaruh faktor kebutuhan dokter spesialis mitra dan ada pula pengaruh karakteristik individu terhadap kesediaan memberikan kontribusi dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Ternyata temuan penelitian menunjukkan bahwa variabel karakteristik responden mempunyai pengaruh paling dominan terhadap kesediaan memberikan kontribusi dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Secara konseptual dapat terlihat beda antara sebelum penelitian dan sesudah penelitian (disajikan dalam Gambar 5.1).

Dalam penelitian ini penulis dapatkan bahwa kajian statistik melalui analisis kuantitatif belum mampu mengungkapkan lebih mendalam faktor-faktor kebutuhan dokter spesialis mitra terhadap pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis, ternyata lebih terungkap melalui pertanyaan terbuka dengan dokter spesialis dan wawancara dengan pihak manajemen melalui analisis kualitatif.

SARAN-SARAN

I. Untuk Pihak Manajemen Rumah Sakit Telogorejo

A. Tentang Pengembangan Sistem Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis Sesuai Karakter.

1. Hasil penelitian ini memberi masukan bagi manajemen, bahwa jumlah pasien memberi pengaruh dominan terhadap pemanfaatan fasilitas rumah sakit bersama-sama dengan disiplin ilmu, jadwal praktik dan jumlah lokasi praktik dokter spesialis. Dalam hal peningkatan jumlah pasien manajemen perlu menata ulang pengaturan jadwal praktik, panjangnya jam praktik, perbandingan jumlah dokter sesuai disiplin

ilmu yang proporsional serta perlu mempertahankan para dokter spesialis agar tetap berpraktik di poliklinik Praktik Dokter Spesialis dengan menjaga hubungan kerja dan menciptakan kondisi kerja yang menyenangkan dan nyaman. Disamping itu perlu perencanaan pemasaran untuk menjangkau pasien yang belum mengetahui fasilitas rumah sakit dan mempertahankan pasien yang pernah berobat ke rumah sakit. Berkaitan dengan hal tersebut, perlu menggali kepuasan pasien terhadap pelayanan rawat jalan untuk memperoleh apa yang diharapkan dan dibutuhkan di masa depan.

2. Melihat adanya hubungan yang signifikan antara usia ≤ 52 tahun, lama kerja dokter spesialis ≤ 12 tahun dan kesediaan memberikan kontribusi pendapatan, maka di waktu mendatang perjanjian kontribusi pendapatan, perlu mempertimbangkan usia dokter spesialis dan lama kerja dokter spesialis. Bagi dokter spesialis berusia muda dan praktik belum lama kontribusinya berbeda dengan yang sudah sejak perjanjian awal dilakukan. Untuk itu pihak manajemen perlu melakukan komunikasi secara intens dalam menyusun perjanjian, dengan mengkonsultasikan ke pihak Yayasan maupun konsultan hukum sekiranya dibutuhkan.

B. Tentang Kenyamanan Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis di Rumah Sakit Telogorejo

1. Berkaitan dengan kebutuhan kenyamanan, pihak manajemen perlu memprioritaskan pada penataan sistem pelayanan meliputi sistem kesiapan perawat, sistem alur pelayanan, sistem pendaftaran pasien, serta sistem kontrol dan evaluasi kelengkapan peralatan. Kesiapan perawat, misalnya dengan pelatihan teknis fungsional dan manajemen pelayanan rawat jalan. Sistem alur pelayanan, perlu di

bahas lebih lanjut struktur yang membentuk sistem pelayanan dan prosedur-prosedur yang memicu kemudahan, kecepatan dan ketepatan pelayanan termasuk sistem pendaftaran pasien. Sistem kontrol dan evaluasi kelengkapan peralatan, kiranya perlu ditata ulang dengan menyusun prosedur-prosedur dan catatan-catatan yang melengkapi seperti formulir, laporan pemakaian, laporan inventaris sebagai unsur-unsur pengendali untuk mengatur sebelum, sewaktu dan selesai berpraktik. Untuk kelancaran dan ketertiban pendaftaran pasien diperlukan penataan urutan kartu pasien. Sistem kontrol dan evaluasi perlu ditata ulang untuk bagian farmasi yaitu dengan *floor stock*. Dengan demikian formulir, catatan dan laporannya pun perlu dirancang agar memudahkan memperoleh informasi.

2. Prioritas berikutnya pada pemenuhan kelengkapan fasilitas ruang tunggu, dimulai dari penataan ruang tunggu yang saat ini cukup luas dan nyaman, menjaga kebersihan dan ketenangan ruang tunggu dengan alunan musik yang lembut, kelengkapan majalah sebagai bahan bacaan, serta perbaikan dinding, sofa, meja yang rusak dan lepas, serta pengadaan penyejuk ruangan. Upaya lain pada pembenahan fasilitas parkir dengan pertimbangan ide penyediaan gedung parkir, peminjaman lahan disekitar rumah sakit atau penutupan sungai sebagai lahan perpakiran. Untuk persiapan master plan rumah sakit menyangkut ruang tunggu dan perparkiran, pihak manajemen perlu menjalankan terlebih dulu Evaluasi Pasca Huni terhadap pemanfaatan bangunan yang telah digunakan berkoordinasi dengan tim master plan.

3. Dalam hal pembenahan kesejukan ruang praktik diperlukan pengadaan penyejuk ruangan (AC) apabila dana mencukupi, disamping itu diperlukan evaluasi bersama dengan bagian prasarana untuk kelengkapan data umur AC, prosedur pemeliharaan

dan perbaikan AC, serta anggaran dana setiap tahunnya untuk pemeliharaan dan penggantian apabila diperlukan.

C. Tentang Dukungan Kondisi Kerja Pelayanan Rawat Jalan Praktik Dokter Spesialis di Rumah Sakit Telogorejo.

1. Prioritas pembenahan dapat diawali dari upaya menginventaris keadaan fasilitas kerja sekarang dalam hal kelengkapan peralatan medik dan obat-obatan di tempat praktik, selanjutnya mengidentifikasi kebutuhan peralatan medik dan obat-obatan serta membuat urutan prioritas.
2. Perbaikan dalam hal penerimaan dan kejelasan informasi tidak lepas dari peran aktif bagian humas dan petugas *front liner* pelayanan rawat jalan dalam penguasaan dan pengetahuan produk yang dimiliki tentang rumah sakit. Untuk itu disarankan *training need assesment* untuk mengidentifikasi kebutuhan pelatihan bagi petugas sehingga pelatihan yang didapatkan benar-benar dapat diimplementasikan, misalnya pelatihan *customers services*, pelatihan operator telpon, pelatihan senyum dan lain – lain kebutuhan pelatihan. Lebih jauh lagi, ke depan perlu kiranya dipikirkan untuk mengembangkan pusat informasi rumah sakit yang dapat menjangkau seluruh kegiatan rumah sakit sehingga dapat tercipta *one stop services*
3. Instalasi farmasi perlu dibenahi yaitu segi pelayanan kepada *customer* dengan melakukan evaluasi waktu tunggu untuk persiapan obat pasien. Upaya mengatur alur pelayanan farmasi di satu lokasi mulai dari masuknya resep, pembayaran hingga pengambilan obat serta mempertimbangkan kemungkinan penghantaran obat ke rumah *customer* dalam jarak jangkauan tertentu untuk obat-obat yang membutuhkan persiapan cukup lama. Sedangkan menanggapi keluhan tentang

kurang tersedianya obat di instalasi farmasi, perlu dijalankan terus himbauan manajemen ke dokter spesialis untuk memanfaatkan obat sesuai formularium. Penyampaian ke dokter spesialis akan lebih mengena apabila menggunakan bukti data, untuk itu perlu dijalankan monitoring evaluasi terhadap kepatuhan pemakaian obat-obatan.

4. Dalam hal peningkatan pelayanan administrasi, serta perbaikan sistem dan fasilitas penunjang perlu ditingkatkan pembinaan bagi staf untuk selalu menjaga kekompakan tim dan memahami mata rantai pelayanan yang saling terkait dengan mengadakan pertemuan tiap hari pada saat mengawali kerja bersama kepala bagian terkait untuk segera dicarikan solusi dari permasalahan yang ada. Untuk peningkatan kinerja dan ketrampilan staf diperlukan refreshing penguasaan alat dan penempatan perawat terlatih di bagian yang butuh ketrampilan khusus. Sedangkan pemahaman kegiatan pelayanan rawat jalan sebagai mata rantai pelayanan yang saling terkait memerlukan petugas yang memantau kesinambungan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Perlu ditelaah efektifitas kinerja staf klinik dokter spesialis, apabila sudah optimal dan memang benar-benar diperlukan, ide pengadaan tenaga kontrak perlu dipertimbangkan.

5. Dukungan kondisi kerja dari bagian penunjang rumah sakit perlu ditingkatkan melalui koordinasi lintas jalur berupa upaya dari bagian penunjang rumah sakit mendekatkan diri ke pelayanan rawat jalan dan memberikan kemudahan dan kecepatan pelayanan kepada *customer*.

D. Tentang Hubungan Interpersonal dalam Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Telogorejo

1. Hubungan interpersonal antara manajemen dan dokter spesialis memerlukan perbaikan yang diawali oleh manajemen dengan mengutamakan pentingnya proses komunikasi baik formal maupun informal. Secara formal melalui pertemuan khusus bersama dokter spesialis mitra dengan menyajikan data dan membuka dialog perkembangan praktik dokter spesialis. Sedangkan secara informal perlu dijalankan pula pendekatan individual oleh manajemen dengan mengembangkan ketrampilan asertifnya dalam berkomunikasi, serta kunjungan rutin dari staf bagian humas untuk menjaring keluhan dan masukan serta penyampaian informasi terkini pelayanan rumah sakit.

2. Dalam hal peningkatan hubungan di antara dokter spesialis diperlukan peran manajemen untuk memfasilitasi komunikasi melalui acara ilmiah dan acara kekeluargaan. Begitu pula peran manajemen dibutuhkan dalam pengaturan dan kepatuhan jadwal praktik yang terkadang menimbulkan friksi diantara dokter spesialis dengan terus mengembangkan sistem evaluasi terhadap kinerja dokter dengan indikator terukur yang mempunyai kekuatan aturan yang tegas.

3. Dalam hal peningkatan hubungan dengan staf klinik perlu diterapkan adanya media komunikasi yang menampung keluhan dokter spesialis serta mengaktifkan peran kepala jaga di praktik dokter spesialis terutama pada sore hari.

E. Tentang Kompensasi yang Diterima Dokter Spesialis Mitra dalam Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Telogorejo

1. Sebagai saran untuk pemenuhan kebutuhan kompensasi non finansial perlu pendekatan intens dan pemahaman kebutuhan dokter spesialis melalui direktur medis dan jajarannya sebagai personalia penghubung. Selanjutnya perlu klarifikasi

tujuan bersama praktik dokter spesialis dan pemaparan spesifikasi tanggungjawab serta peran masing-masing individu di dalam perkembangan praktik dokter spesialis dengan terus mengembangkan peran serta dokter spesialis.

2. Upayakan untuk terus mengembangkan ketrampilan berkomunikasi, keakraban, kerjasama, dengan penyampaian keputusan-keputusan yang tidak sepihak dan tidak mengejutkan. Pemberdayaan dokter spesialis dengan pemberian dukungan yang optimal untuk perkembangan pengetahuan dan teknologi kesehatan dengan meningkatkan kenyamanan intelektual, disamping itu keterbukaan dalam informasi perkembangan rumah sakit sebagai upaya menambah arti nilai kerjasama dan wujud pemenuhan kompensasi non finansial sebagai diferensiasi pelayanan Rumah Sakit Telogorejo.

F. Tentang Kesepakatan Perjanjian Kerja Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Telogorejo

1. Dalam hal pemenuhan kebutuhan kesepakatan perjanjian kerja, perlu saling memperbaiki diri dalam pemenuhan kewajiban masing-masing pihak, dan ini harus dimulai dari pihak manajemen dulu dengan menunjukkan dukungan sarana kenyamanan dan fasilitas yang memadai serta peningkatan kinerja pelayanan SDM.
2. Beberapa hal yang perlu ditambahkan pada perjanjian kerja sama atas usulan dokter spesialis dan masukan manajemen perlu dipertimbangkan dalam evaluasi kesepakatan kerjasama, agar bentuk perjanjian kerjasama antara pihak rumah sakit dan dokter spesialis mempunyai kekuatan yang saling mengikat baik dari segi medis teknis, perilaku dan sanksi yang telah disepakati.

3. Kesadaran para dokter spesialis akan pentingnya data rekam medik bagi pasien perlu segera ditindaklanjuti dengan pengelolaan catatan rekam medik oleh rumah sakit

II. Untuk Penelitian Berikutnya

Pemahaman lebih mendalam tentang karakter dokter spesialis mitra di Rumah Sakit Telogorejo diperlukan guna menetapkan strategi pengembangan serta kekuatan dan kelemahan yang dijumpai. Dalam hal hubungan karakter dokter spesialis dengan kesediaan memberikan kontribusi dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit, penelitian ini dapat dilanjutkan dengan mencari informasi yang menjelaskan hal-hal apa yang melatarbelakangi karakter dokter spesialis yang signifikan melalui wawancara mendalam dengan masing-masing responden sehingga dapat terungkap keadaan yang sebenarnya maupun harapan yang seutuhnya, sehingga selanjutnya memperkaya informasi bagi manajemen pengambil keputusan.

Dalam hal memenuhi kebutuhan rumah sakit untuk pengembangan pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis dalam arti penambahan dokter spesialis ataupun penambahan jenis layanan spesialisasi, dibutuhkan penelitian tentang strategi pengembangan rumah sakit berdasarkan kebutuhan pasien.

Berkaitan dengan rendahnya rata-rata jumlah kunjungan pasien di praktik dokter spesialis dan dalam upaya meningkatkan jumlah kunjungan tersebut, diperlukan penelitian strategi pemasaran rumah sakit yang berlandaskan pada kebutuhan pasien sebagai pengguna jasa pelayanan dokter spesialis dan rumah sakit. Disamping itu diperlukan pula penelitian kepuasan pasien terhadap pelayanan rawat

jalan praktik dokter spesialis untuk memperoleh apa yang diharapkan dan dibutuhkan di masa depan

Dalam hal pentingnya pemenuhan kelengkapan peralatan medik, manajemen perlu mengidentifikasi kebutuhan peralatan medik dan obat-obatan sehingga dapat mengetahui urutan prioritas kebutuhan, untuk itu perlu penelitian menggunakan teori inventory dengan pendekatan analisis ABC berdasarkan pertimbangan Economic Order Quantity.

Dalam mempersiapkan pertemuan dengan dokter spesialis tentang himbauan pemanfaatan obat sesuai formularium, perlu penelitian monitoring evaluasi tentang kepatuhan pemakaian obat-obat sesuai formularium antara lain dengan pengambilan sampel dari pemakaian obat antibiotika.

Pembahasan hasil penelitian dengan pendekatan teori QFD yang peneliti pakai ini belum secara komprehensif digunakan. Peneliti baru berada pada tahap menggunakan perpaduan antara *Voice of Customer* dan tanggapan Manajemen dengan bentuk matriks *House of Quality*. Peneliti menyadari keterbatasan dalam penguasaan konsep pembahasan dengan QFD yang diawali oleh Prof Yoji, tetapi peneliti merasakan manfaatnya di dalam membantu pembahasan karena dengan matriks yang mempertemukan kebutuhan *customer* dan tanggapan manajemen dapat diperoleh nilai-nilai yang berkaitan dengan langkah-langkah prioritas yang perlu diambil manajemen untuk pembenahan di bagian terkait. Peneliti berharap konsep QFD yang cocok untuk menganalisis produk yang menjadi harapan *customer* ini bermanfaat bagi peneliti selanjutnya dengan pemahaman yang lebih mendalam.

Bagi peneliti yang ingin mendalami penelitian manajemen tentang perilaku, penggunaan metodologi penelitian analisis kuantitatif dengan kajian statistik akan mendapatkan hasil yang lebih lengkap dan mendalam bila dipadukan dengan analisis kualitatif, karena dapat mengeksplorasi lebih mendalam hal - hal yang belum terungkap dari gambaran gunung es organisasi.

Penelitian ini membatasi pada tanggapan dokter spesialis mitra dan tanggapan manajemen tentang faktor kebutuhan dalam pelayanan rawat jalan sebagai salah satu komponen sistem pelayanan rawat jalan praktik dokter spesialis sehingga akan dapat dipergunakan pertimbangan secara arif bagi manajemen untuk pengembangan sistem pelayanan rawat jalan Rumah Sakit Telogorejo. Komponen-komponen sistem lainnya seperti komponen pasien, perawat, petugas administrasi, sarana-prasarana, tidak ikut diteliti secara mendalam pada penelitian ini. Komponen-komponen tersebut memang berada di luar cakupan penelitian ini, karena itu peneliti menyarankan perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut terhadap komponen-komponen sistem yang belum diteliti dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 1997. *Kumpulan Peraturan Tentang Rumah Sakit*. PT Mitra Info. Jakarta.
- 1997. "Rumah Sakit Proaktif menuju peningkatan mutu pelayanan." *Bahasan Utama, Medika* no5 tahun XXIII, Jakarta.
- 2001. *Pedoman Penulisan Tesis*. Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. Semarang
- Abbey, DC., 1998. *Outpatient services; Designing, Organizing and Managing Outpatient Resources*. HFMA Healthcare Financial Management Association, Mc Graw Hill.
- Aditama, Tjandra Yoga.2000."Manajemen Perubahan: Suatu tantangan, suatu keharusan." *Jurnal Manajemen Administrasi & Rumah Sakit Indonesia*, Jakarta,no1,edisi 2 hal 1-4.
- Aditama, Tjandra Yoga., 1999."Dari Masa Krisis Ke Masa Datang." *Jurnal Manajemen Dan Adminstrasi Rumah Sakit Indonesia*, vol.1 no 3, Jakarta.
- Arikunto, S.,2000. *Manajemen Penelitian*. Edisi baru. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta
- Armstrong, M and Murlis, H. 2003. Motivasi serta Imbalan Finansial dan Non Finansial *Reward Management: A handbook of Remuneration Strategy and Practice*. Edisi ke empat 4. PT Gramedia
- As'ad, M., 1995. *Psikologi Industri*, Edisi ke empat, Liberty, Yogyakarta
- Azwar, A., 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta
- Azwar, A., 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan: Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta
- Azwar, S., 2000. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*, Edisi ke 2.Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Barr, K.W., and C.Breindel., 1987. *Ambulatory care, Health Care Administration; Principles and Practices*. An Aspen Publication, Maryland.
- Bowie, S., 1998. *Manajemen, Majalah bagi Manajer dan Eksekutif*. PT Gramedia, no117. Jakarta.
- Brannen,J.,1999. *Memadu Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Cawood, D., 1997. *Manajer Yang Asertif: Terampil Mengelola Orang dan Efektif dalam Komunikasi*. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Carey, K.Stefos, T. "Measuring inpatient and outpatient costs: A cost-function approach." *Journal Health Care Financing Review (HCF)* 1.Vol 14. iss: 2. 1992. p115-124
- Covey, SR., 1997. *The 7 Habits of Highly Effective People*. PT Binarupa Aksara (Bahasa Indonesia. Edisi Revisi)
- Dessler, G. 1991. *Human Resource Management*, 6th ed. New Jersey, Prentice -Hall

- Kusnanto, H., *Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan*. Program Studi IKM Pascasarjana UGM, Yogyakarta
- Lahida, S., Agus. 1999. *Pengaruh Persepsi Sistem Kompensasi Non Moneter Terhadap Produktivitas Dokter Spesialis Tamu Di Rumah Sakit Panti Rapih*. Tesis Program Pasca Sarjana. UGM Yogyakarta.unpbl.
- Laine, C; Davidoff, F; Lewis, CE; Nelson, E; Kessler, RC; Delbanco TL., 1996. *Important Elements of Outpatient Care: A Comparison of Patients' and Physicians' Opinions*. *Annals of internal Medicine*, 125:640-645
- Lichtenstein, R., 1984, *Measuring the Job Satisfaction of Physicians in Organized Settings*. *Medical Care*, January. Vol.22, no 1
- Lutz, Sandy. "Hospitals relying more on outpatient income to boost profits". *Modern Healthcare Journal*. vol:25 Iss:36 1995 p:50
- Makkasau, M.A., 1985, *Metoda Analisa Sistem, Pola Operasional Administrasi*, Penerbit Sinar Baru, Bandung
- Mazur, Glenn 1993. "Quality Function Deployment for a Medical Device". *Sixth Annual IEEE Computer-Based Medical Systems Symposium*
- McGill, ME., 1986, *Pengembangan Organisasi bagi manajer operasional*, Seri Manajemen no 71, PPM, PT Pustaka binaman Pressindo, Jakarta
- McGregor, D., 1966. *The Human Side of Enterprise*, Mc.Graw-Hill Book Company. New York.
- Muchlas, M., 1997. *Perilaku Organisasi : Dengan Studi kasus perumhaskitan*. MM UGM, CV Banyubiru, Yogyakarta.
- Mulyadi, 2001. "Balanced Scorecard sebagai instrumen perencanaan dan pengendalian manajemen", Seminar Nasional IV dan Hospital Expo XIV PERSI, Jakarta.
- Murti, B., 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta
- Nawawi, H., Martini., 1995, *Instrumen Penelitian Bidang Sosial*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Newman et al. "Satisfaction with outpatient health care services in Manica Province, Mozambique". *Journal Health Policy and Planning* vol:13 iss:2p .1994. 174-180
- Notoatmodjo, S., 1993. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Orsund-Gassiot, CA. Lindsey, S., 1990. *Handbook of Medical Staff Management*, Aspen Publication, Maryland
- Paramita, Pradnya. 2000 "Manajemen Perubahan Rumah Sakit di Indonesia", *Jurnal Manajemen Administrasi & Rumah Sakit Indonesia*, Jakarta, no1, edisi 2.

- Peyrot, M. Cooper P, and Schnaf, D. "Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient Health services". *Journal of Health Care Marketing*. 1993. p 24- 33
- Pudjo, Sapto Hw., 1999. "Kajian Perikatan Kerja Dokter Spesialis Tidak Tetap Di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok". *Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia* no 4, Volume I. Jakarta
- Preiser, W; Rabinowitzs HZ; White,ET.,1988. *Post-Occupancy Evaluation*. Van Nostrand Reinhold Company, New York
- Reksohadiprodjo,S., Handoko,H., 2000. *Organisasi perusahaan: Teori Struktur dan perilaku*. Edisi 2, BPFE, Yogyakarta.
- Robbins, SP.,2001.*Perilaku Organisasi. Konsep-Kontroversi-Aplikasi*.PT Prenhallindo. Jakarta. Edisi ke8, Jilid 1.
- Ross, a. Williams, SJ. Pavlock, EJ., 1998. *Ambulatory Care Management*. 3rd edition. Delmar Publisher. ITP. USA
- Santoso, S.,2001. *Buku Latihan SPSS Statistik Parametrik*, Elex Media Komputindo. Jakarta
- Santoso, S.,2001. *SPSS versi 10 Mengolah Data Statistik Secara Profesional*, Elex Media Komputindo. Jakarta
- Schermerhorn, JR. Hunt,JG. Osborn, RN., 1985. *Managing Organizational Behavior*. John Wiley & Sons. Second Edition. USA.
- Setyawati,R., Muchlas,M. 1999. "Hubungan Kepuasan Kerja, Kualitas, dan Kecenderungan Perilaku Dokter Spesialis Merawat pasien di Instalasi Rawat Inap Utama RSUP Fatmawati". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* vol. 02. no.03. Yogyakarta, hal 135-142
- Schulz, R and Johnson, AC., 1983. *Management of Hospitals*. Second edition McGraw-Hill Book Company, United States in America
- Shultz, R., Johnson, AC., 1990, *Management of Hospitals and Health Services Strategic Issues and Performance*, 3 rd edition, The C.V. Mosby Company, St Louis
- Sinungan, M., 1997, *Produktivitas, Apa dan Bagaimana*, Edisi2, Bumi Aksara, Jakarta
- Singarimbun, M., Effendi, S., 1995, *Metode Penelitian Survei*. LP3ES, Jakarta
- Siswanto., 2001. "Hubungan Kemitraan Antara Tenaga Profesi dan Rumah Sakit". Seminar Nasional PERSI, Jakarta
- Soelastomo, 2000. *Manajemen Kesehatan*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Soeyitno, Alkatiri dan Ibrahim., 2000. *Reformasi Perumahsakitan di Indonesia*. Ditjen Pelayanan Medik, DEPKES-WHO.
- Subanegara, HP., 2002. 'Perubahan Tingkah Laku Dokter di Rumah Sakit'. Seminar Nasional V dan Hospital Expo XV. PERSI, Jakarta.

- Sugiyono, 1997. *Metode Penelitian Administrasi*, Penerbit Alfabeta, Bnadung
- Supriyantoro, 2000. "Apa dan Bagaimanan Penerapan Change Management di Rumah Sakit", *Jurnal Manajemen Administrasi & Rumah Sakit Indonesia*, Jakarta, no1, edisi 2, 2000.
- Suyudi, A., 1995. "*Perubahan dan Kecenderungan Pelayanan Kesehatan*". Seminar trend Mutakhir Perkembangan Rumah Sakit. MMR UGM, Yogyakarta
- Suyudi, A., 2001. "Sambutan Pembukaan Seminar Nasional PERSI", Jakarta
- Thoha, M., 2001. *Perilaku Organisasi: konsep dasar dan aplikasinya*, Edisi I. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Trisnantoro, L., 2000, *Pelayanan Prima Rumah Sakit, Indikator mutu pelayanan dan Clinical Governance*; Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM; MMR UGM
- Trisnantoro., 2001. "Makalah Seminar Penyebaran Spesialis Di Indonesia Dalam Era Desentralisasi". Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, FK-UGM, Yogyakarta.
- Wasisto, B., 1994. "Kebijaksanaan Pengembangan Rumah Sakit dalam Pembangunan Jangka Panjang Tahap II". Edisi Khusus no 90, Cermin Dunia Kedokteran, Jakarta.
- Winardi, J., 2001. *Motivasi dan Pemasalahan dalam Manajemen*. PT Raja Grafindo Persada, Edisi 1, Jakarta.
- Wirawan, MW., 2002. "Sistem Kontrak Dokter Sebagai Upaya Menunjang Good Corporate Governance di Rumah Sakit". Seminar *Clinical governance & Leadership* di Rumah Sakit. MMR UGM, Yogyakarta
- Yoseph., Karakteristik pasien dan dimensi mutu yang berpengaruh terhadap persepsi mutu pelayanan rawat jalan di RS Pantiwilasa "Dr Cipto", *Tesis Program Pasca Sarjana*, PM IKM -PS UNDIP, Semarang, 2001.unpbl
-