

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT BUDI
RAHAYU PEKALONGAN**



TESIS

**Diajukan untuk memenuhi sebagian syarat guna
memperoleh derajat sarjana S-2 Magister Manajemen
Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro**

Oleh :

**TEGUH MULYONO
NIM. C4A099131**

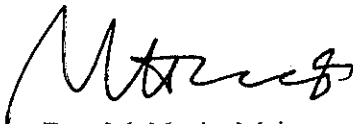
**PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2002**

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis berjudul :
**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPUASAN
PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT BUDI RAHAYU
PEKALONGAN**

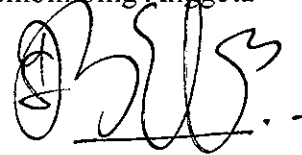
yang disusun oleh Teguh Mulyono, NIM C4A099131
telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 3 April 2002
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Pembimbing Utama



Drs. M. Nasir, Msi

Pembimbing Anggota



Indah Susilowati, Ph.D

Semarang, April 2002
Universitas Diponegoro
Program Pasca Sarjana
Program Studi Magister Manajemen
Ketua Program



Prof. Dr. Suyudi Mangunwihardjo



Sertifikat

Saya, *Teguh Mulyono*, yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah hasil karya saya sendiri yang belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister manajemen ini ataupun pada program lainnya. Karya ini adalah milik saya, karena itu pertanggungjawabannya sepenuhnya berada di pundak saya

Teguh Mulyono
April 2002

ABSTRACT

The most often problems encountered by hospital industry in Indonesia are low quality in service and its work performance. In order to meet the health service as stipulated by society (user) and the progress of medical technology, thus quality of service and work performance of hospital are indeed need to be improved. The performance indicators used by this study are BOR, ALOS, TOI and BTO.

The objectives of the study is to analyze the influence of service quality, life satisfaction and strategic location of hospital towards patient satisfaction. This study will provide suggestions to formulate the strategy to achieve the patient's satisfaction.

Primary data were collected by this study through distributing the angket. There were 100 respondents had been withdrawn by using stratified sampling method. Secondary data is also collected to support the analysis of this study. Further, multiple regression is imposed to estimate the data. Validity, reliability test and test of from classical assumption violation were conducted. It has been found that the data used in this study performed normal in distribution.

The results showed that quality of service ($p = 0,000$), life satisfaction ($p = 0,012$) and location strategic ($p = 0,002$) of the hospital are significantly influence to the patient's satisfaction. This implies that in order to improve the hospital's performance as stipulated by its users, then need enhancement in the service quality as the first shoot.

ABSTRAKSI

Masalah-masalah yang paling sering dihadapi oleh rumah sakit-rumah sakit di Indonesia adalah rendahnya mutu pelayanan dan kinerja. Untuk memenuhi standar pelayanan kesehatan seperti yang dikehendaki oleh masyarakat (si pemakai) dan tuntutan kemajuan teknologi dibidang medis, maka mutu pelayanan dan kinerja rumah sakit perlu ditingkatkan. Indikator-indikator kinerja yang digunakan dalam penelitian ini adalah BOR, ALOS, TOI dan BTO.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisa pengaruh kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit terhadap kepuasan pasien. Penelitian ini memberikan saran terhadap formulasi strategi untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Data primer dikumpulkan melalui angket yang disebarakan. Terdapat 100 responden yang dipilih/dikumpulkan dengan menggunakan metode stratified sampling. Data sekunder juga dikumpulkan untuk mendukung analisa dalam penelitian ini. Lebih lanjut, untuk mengestimasi data digunakan regresi berganda. Disamping itu juga diadakan uji validitas, reliabilitas dan penyimpangan asumsi klasik. Ditemukan bahwa data yang dipakai pada penelitian ini, penyebarannya normal/distribusi normal.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan ($p = 0,000$), kepuasan hidup ($p = 0,012$), dan lokasi strategis rumah sakit ($p = 0,002$), secara signifikan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Hasil penelitian ini secara tidak langsung mengemukakan bahwa untuk meningkatkan kinerja rumah sakit seperti yang dikehendaki para pengguna, perlu kiranya ditingkatkan kualitas pelayanan terlebih dahulu.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat yang diberikan pada penulis hingga dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul : ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT BUDI RAHAYU PEKALONGAN. Tesis ini diajukan guna memenuhi persyaratan menyelesaikan program Pascasarjana (S-2) di Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang.

Sehubungan dengan selesainya penulisan tesis ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

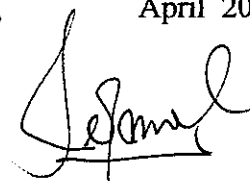
1. Prof Dr. Suyudi Mangunwiharja selaku Ketua Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang.
2. Drs. M. Nasir, Msi dan Indah Susilowati, Ph.D selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk dan pengarahan dalam penyusunan tesis ini.
3. Seluruh Staf Pengajar Program Studi Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang, khususnya Bapak Drs. Harry Soesanto,MMR, Drs. L. Suryanto, MM dan Drs. Sutopo, MS serta karyawan Magister Manajemen Universitas Diponegoro Semarang.
4. Dr. Yoseph Rachmat selaku Direktur Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan yang telah memberikan izin dalam penulisan tesis tentang Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan.
5. Seluruh Karyawan Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.
6. Bapak, Ibu dan keluarga yang telah memberikan dukungan moril dan materiil.
7. Pak Arif, Pak Rusli, Pak Firza, terima kasih atas kesabarannya membantu terselesainya tesis ini, Mba Nana (Pengajar Brian English Course Semarang), serta tak lupa Mas Hamam Kurniawan.

8. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya tesis ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan-kekurangan dalam penulisan tesis ini, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari para pembaca. Besar harapan penulis, semoga tesis ini bisa bermanfaat. Amin.

Semarang,

April 2002



Teguh Mulyono

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ABSTRAKSI.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah.....	7
1.3. Tujuan Penelitian.....	7
1.4. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TELAAH PUSTAKA DAN PENGEMBANGAN MODEL.....	9
2.1. Karakteristik Jasa.....	9
2.2. Jasa Pelayanan Kesehatan.....	10
2.3. Kepuasan Konsumen.....	11
2.4. Konsep Kualitas Pelayanan.....	17
2.5. Kepuasan Hidup (Life Satisfaction).....	21
2.6. Lokasi Strategis Rumah Sakit.....	23
2.7. Penelitian Terdahulu.....	25
2.8. Kerangka Pemikiran Teoritis.....	29
BAB III METODE PENELITIAN.....	33

3.1. Lokasi Penelitian.....	33
3.2. Jenis Data.....	33
3.3. Populasi dan Sampel.....	33
3.4. Definisi dan Pengukuran Variabel.....	35
3.5. Metode Pengumpulan Data.....	37
3.6. Teknik Analisis.....	38
3.6.1. Uji Validitas.....	38
3.6.2. Uji Realibilitas.....	38
3.6.3. Penyimpangan Asumsi Klasik.....	38
3.6.3.1. Uji Normalitas.....	39
3.6.3.2. Uji Multikolinearitas.....	40
3.6.3.3. Uji Heterokedastisitas.....	42
3.6.4. Analisis Regresi.....	43
3.6.5. Uji Hipotesis.....	44
BAB IV ANALISIS DATA.....	47
4.1. Gambaran Umum Rumah Sakit	
Budi Rahayu Pekalongan.....	47
4.1.1. Sejarah Singkat Rumah Sakit	
Budi Rahayu Pekalongan.....	47
4.1.2. Visi, Misi, Falsafah, Motto Rumah Sakit	
Budi Rahayu Pekalongan.....	48
4.1.3. Struktur Organisasi Rumah Sakit Budi Rahayu	
Pekalongan.....	50
4.1.4. Ketenagaan Rumah Sakit	
Budi Rahayu Pekalongan.....	50
4.1.5. Fasilitas Pelayanan.....	51
4.2. Gambaran Umum Profil Responden.....	51
4.2.1. Responden Berdasarkan Pendidikan.....	52

4.2.2. Responden Berdasarkan Agama.....	52
4.2.3. Responden Berdasarkan Usia.....	53
4.2.4. Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	54
4.2.5. Responden Berdasarkan Status Perawatan.....	54
4.2.6. Responden Berdasarkan Pekerjaan	55
4.2.7. Responden Berdasarkan Penghasilan.....	56
4.2.8. Responden Berdasarkan Inisiatif Perawatan.....	57
4.2.9. Responden Berdasarkan Penanggungjan Biaya Pengobatan.....	57
4.3. Teknik Analisis.....	58
4.3.1. Uji Realibilitas dan Valditas.....	58
4.3.2 Pengujian Asumsi Klasik.....	60
4.3.2.1. Uji Normalitas.....	61
4.3.2.2. Uji Multikolinearitas.....	62
4.3.2.3. Uji Heterokedastisitas.....	63
4.3.3. Analisis Regresi	65
4.3.3.1. Uji t (Uji Slope).....	68
4.3.3.2. Uji F-Test (Uji Signifikansi Simultan)	70
4.3.3.3. Koefisien Determinasi (R^2).....	71
4.3.4. Interpretasi Ekonomi.....	72
BAB V KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN.....	77
5.1. Kesimpulan.....	75
5.2. Implikasi.....	76
5.2.1. Implikasi Teoritis.....	76
5.2.2. Implikasi Manajerial.....	77
5.3. Saran.....	79
5.4. Keterbatasan Penelitian.....	80

5.5. Agenda yang Diusulkan untuk Penelitian

yang Akan Datang..... 77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1.1. Indikator Kinerja Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan Indikator Kinerja menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia	5
Tabel 2.1. Kepuasan Konsumen, Kualitas Pelayanan, Kepuasan Hidup Dan Lokasi Strategis.....	28
Tabel 2.2. Item-item Kepuasan Pasien, Kualitas Pelayanan, Kepuasan Hidup, Lokasi Strategis Rumah Sakit.....	32
Tabel 3.1. Alokasi Sampel Penelitian.....	35
Tabel 4.1. Responden Berdasarkan Pendidikan.....	52
Tabel 4.2. Responden Berdasarkan Agama.....	53
Tabel 4.3. Responden Berdasarkan Usia.....	53
Tabel 4.4. Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	54
Tabel 4.5. Responden Berdasarkan Status Perawatan.....	55
Tabel 4.6. Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	55
Tabel 4.7. Responden Berdasarkan Penghasilan.....	56
Tabel 4.8. Responden Berdasarkan Inisiatif Perawatan.....	57
Tabel 4.9. Responden Berdasarkan Penanggungungan Biaya Pengobatan.....	57
Tabel 4.10 Ringkasan Hasil Perhitungan Realibilitas.....	60
Tabel 4.11. Nilai VIF (Variance Inflation Factor) dan Tolerance.....	62
Tabel 4.12. Zero-Order Correlation Matrix.....	63
Tabel 4.13. Ringkasan Hasil Regresi.....	67

DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 2.1. Kerangka Pemikiran Teoritis.....	31
Gambar 4.1. Normal P-P Plot of Regression Stand.....	61
Gambar 4.2. Scatterplot.....	64

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Data Penelitian
- Lampiran 2. Output Hasil Estimasi
- Lampiran 3. Kuesioner
- Lampiran 4. Daftar Panelis Kuesioner
- Lampiran 5. Struktur Organisasi Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan
- Lampiran 6. Daftar Riwayat Hidup

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sulastomo (2000), menyatakan bahwa disamping masalah-masalah manajemen, rumah sakit di Indonesia juga menghadapi masalah-masalah yang lebih mendasar, yaitu aspek-aspek filosofi. Rumah sakit boleh *profit making* dengan tidak meninggalkan fungsi sosialnya. Masalah manajemen rumah sakit pada akhir-akhir ini memang banyak disorot. Tidak saja atas keluhan-keluhan dari masyarakat yang merasa kecewa dengan pelayanan rumah sakit, baik dari segi mutu, kemudahan dan tarif, tetapi juga perkembangan zaman yang memang sudah mendesak ke arah perbaikan-perbaikan.

Sulastomo (2000), juga menyatakan bahwa setidaknya-tidaknya ada beberapa alasan untuk meningkatkan kemampuan manajemen rumah sakit yaitu :

- a. Perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran yang cepat.

Dalam 10-20 tahun terakhir, ilmu kedokteran telah berkembang tidak saja ketingkat spesialisasi dalam bidang kedokteran, tetapi juga sudah ke superspesialisasi. Sejalan dengan hal ini, teknologi yang digunakan semakin meningkat. Bisa dipahami bahwa investasi dalam dunia kedokteran dan rumah sakit akan semakin mahal (termasuk *human investment*). Karena itu manajemen rumah sakit yang tidak baik akan menimbulkan pelayanan kesehatan yang semakin mahal atau sebaliknya, bahwa rumah sakit tidak

dapat berjalan dan bangkrut. Dalam hal ini perlu disadari bahwa dengan perkembangan tersebut, pelayanan rumah sakit pada dasarnya memang cenderung menjadi mahal.

- b. Permintaan masyarakat yang semakin meningkat dan meluas.

Masyarakat tidak saja menghendaki pelayanan kedokteran yang baik, tetapi juga semakin meluas. Masalah-masalah yang dahulu belum termasuk bidang kedokteran sekarang menjadi tugas bidang kedokteran. Terjadi apa yang disebut proses pengobatan. Dapat dimengerti bahwa karenanya beban rumah sakit akan semakin berat.

- c. Dengan semakin luasnya bidang kegiatan rumah sakit, semakin diperlukan unsur-unsur penunjang medis yang semakin luas pula, misalnya masalah-masalah administrasi, pengelolaan keuangan, hubungan masyarakat dan bahkan aspek-aspek hukum/legalitas. Belum lagi kehendak pasien yang menghendaki unsur penunjang non-medis yang semakin meningkat sesuai dengan kebutuhan manusia masa kini. Manajemen rumah sakit dengan demikian akan semakin kompleks. Makin lama makin dirasakan perlunya peningkatan pengelolaan rumah sakit secara profesional.

Manajemen rumah sakit memang semakin kompleks. Makin banyak disiplin ilmu yang terlibat di dalamnya. Tidak saja profesi kedokteran, tetapi juga teknik, ekonomi, hukum, akuntan dan lain-lain. Perkembangan itu sejalan dengan perkembangan ekonomi, teknologi, penemuan obat-obatan dan bahkan kebutuhan masyarakat modern pada umumnya. Rumah sakit, seperti halnya

pelayanan kesehatan pada umumnya, makin luas jangkauannya dan bahkan menjangkau hal-hal yang dulu dianggap bukan masalah kesehatan. Inilah yang dinamakan proses pengobatan, yang memperluas jangkauan masalah kesehatan dan merupakan satu faktor dari kenaikan biaya kesehatan.

Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan merupakan rumah sakit di bawah Yayasan Santa Maria, yang dimiliki oleh Tarekat Suster-Suster Santa Bunda Maria atau SND (Sours de notre Dame). Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan adalah rumah sakit bertipe Setara Kelas C (Madya), yang berdiri sejak 15 Mei 1975. Rumah Sakit Budi Rayahu memiliki visi yaitu dengan pelayanannya ingin menjadi rumah sakit pilihan masyarakat Pekalongan dan sekitarnya. Sedangkan misi Rumah Sakit Budi Rahayu adalah memberi pelayanan yang bermutu dan terjangkau dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Misi tersebut dijabarkan dalam Falsafah Rumah Sakit Budi Rahayu yaitu Hormat akan kehidupan; Tiap manusia diciptakan oleh Tuhan dengan kepribadian yang unik; Kelahiran, kesehatan, penderitaan dan kematian memiliki hikmah khusus bagi manusia; Manusia dipandang secara utuh baik jasmani, jiwa, rohani, maupun sosial; Pelayanan yang kita berikan selalu ramah, ugahari, hormat, adil, dan bermutu; Perlunya kerjasama dengan lembaga/institusi sejenis baik pemerintah maupun swasta; Mengusahakan lingkungan yang memberi rasa aman dan tertib; Kepuasan pelanggan diutamakan. Falsafah tersebut ditampung dalam Motto Rumah Sakit Budi Rahayu yaitu Bermutu dalam pelayanan.

Unit Rawat Inap merupakan salah satu unit usaha pelayanan kesehatan Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Berdasarkan prinsip departementalisasi menurut Hartanto (1991), rumah sakit sebagai unit usaha dibagi menjadi Pusat-Pusat Biaya Produktif, salah satunya adalah Unit Rawat Inap. Soejadi (1996), menyatakan bahwa dengan adanya informasi tentang kinerja setiap rumah sakit, akan diketahui arah pembinaan yang diperlukan bagi rumah sakit tentang pelayanan.

Adapun penilaian kinerja rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, Pusat Data Kesehatan, 1995), secara umum menggunakan indikator-indikator *BOR* (*Bed Occupancy Rate*) atau Angka Penggunaan Tempat Tidur, *ALOS* (*Average Length of Stay*) atau Rata-rata Lamanya Dirawat, *TOI* (*Turn Over Interval*) atau Interval Penggunaan Tempat Tidur, *BTO* (*Bed Turn Over*) atau Frekuensi Penggunaan Tempat Tidur.

Adapun gambaran mengenai indikator-indikator tersebut yang terjadi pada Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan dengan indikator kinerja menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1
 Indikator Kinerja (BOR, LOS, TOI, BTO) Rumah Sakit Budi Rahayu
 Pekalongan dengan Indikator Kinerja menurut Departemen Kesehatan Republik
 Indonesia

No	Keterangan	Tahun 1995	Tahun 1996	Tahun 1997	Tahun 1998	Tahun 1999	Tahun 2000	Nilai Ideal (Depkes RI)
1.	BOR	37,8 %	37 %	41,7 %	35,6 %	42,5 %	52 %	70– 85 %
2.	LOS	6 hari	6 hari	6 hari	5 hari	5 hari	5 hari	7–10 hari
3.	TOI	10 hari	9 hari	10 hari	9 hari	6 hari	4 hari	1 – 3 hari
4.	BTO	21 kali	22 kali	21 kali	25 kali	32 kali	32 kali	40–50 kali

Sumber : Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan, 2000 dan Depkes RI, 1995

Dari Tabel 1.1. terlihat bahwa indikator mutu pelayanan Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan yang dibandingkan dengan indikator standar, nampak bahwa mutu pelayanan belum memenuhi indikator ideal.

Dalam meningkatkan pelayanan, pengelolaan *complaint* dari pasien sangat diperlukan. Beberapa jenis keluhan atau aduan dari pasien rawat inap Rumah Sakit Budi Rahayu yang sering muncul, diantaranya adalah kurangnya kenyamanan, minimnya fasilitas (tidak adanya telepon, televisi, dan lain-lain), pelayanan yang kurang cepat, disiplin atau peraturan yang dianggap kaku, dan lain-lain.

Adanya indikator pelayanan di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan yang belum memenuhi nilai ideal serta munculnya keluhan-keluhan dari pasien rawat inap, perlu diwaspadai oleh pihak manajemen. Ada kemungkinan bahwa hal-hal diatas dikarenakan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan belum seperti yang diharapkan pengguna jasa pelayanan kesehatan

(pasien rawat inap) dan bisa jadi pasien tidak merasa puas atas pelayanan kesehatan yang diterima.

Secara umum, kualitas pelayanan dipandang sebagai hasil dari sistem penyampaian layanan murni, namun kenyataannya kepuasan konsumen selain dipengaruhi oleh kualitas pelayanan murni juga dipengaruhi oleh kondisi konsumen itu sendiri (Fitzsimmons dan Sullivan dalam Duffy, 1998). Kepuasan hidup menunjukkan pada dimensi kepuasan positif atau negatif yang mempengaruhi kebahagiaan seseorang, yang diukur berdasarkan faktor kesehatan, sosial serta psikologis (Duffy, 1998). Maka faktor kepuasan hidup perlu mendapat perhatian bagi pemberi jasa, agar kepuasan pengguna atau pemakai jasa terpenuhi.

Pemberi jasa idealnya memiliki lokasi yang baik sebagai tempat usahanya, tempat yang disukai baik oleh pemberi jasa maupun pengguna jasa. Lokasi suatu rumah sakit menjadi faktor yang penting bagi pasien (Boscario dan Steiber, 1982; Hisrich dan Peter, 1982; Malhotra, 1983, Powills, 1986c, dalam Duffy, 1998). Salah satu alasan mengapa lokasi suatu rumah sakit begitu penting adalah karena lokasi rumah sakit tersebut dekat dengan rumah pasien/tempat tinggal ataupun dekat dengan tempat bekerja (Fisher dan Anderson, 1990). Sehingga faktor ini perlu diperhatikan bagi pemberi jasa.

Atas dasar uraian di atas, perlu kiranya dilakukan kajian untuk mengetahui kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan.

1.2. Perumusan Masalah

Dari uraian ringkas mengenai latar belakang masalah, menunjukkan bahwa masih ditemukan kesenjangan pelayanan (*customer service gap*) di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan yang ditunjukkan dengan munculnya keluhan atau aduan dari pasien serta indikator-indikator kinerja Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan yang belum memenuhi nilai ideal.

Berdasarkan pada latar belakang di atas, maka permasalahan yang akan dijadikan fokus dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah kualitas pelayanan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien rawat inap.
2. Apakah kepuasan hidup mempengaruhi tingkat kepuasan pasien rawat inap.
3. Apakah lokasi strategis rumah sakit mempengaruhi tingkat kepuasan pasien rawat inap.

1.3. Tujuan Penelitian

Adapun yang menjadi tujuan dalam penelitian ini adalah :

- a. Untuk menganalisis pengaruh kualitas pelayanan terhadap tingkat kepuasan pasien rawat inap.
- b. Untuk menganalisis pengaruh kepuasan hidup terhadap tingkat kepuasan pasien rawat inap.
- c. Untuk menganalisis pengaruh lokasi strategis rumah sakit terhadap tingkat kepuasan pasien rawat inap.

1.4. Manfaat Penelitian

Bagi Manajemen Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi manajemen rumah sakit dalam penyusunan strategi pelayanan agar dapat memuaskan pasien rawat inap.

BAB II TELAAH PUSTAKA DAN PENGEMBANGAN MODEL

2.1. Karakteristik Jasa

Karakteristik yang melekat pada jasa meliputi tiga hal (Parasuraman dkk, 1988) yaitu :

1. Tidak berwujud (*intangible*), berarti bahwa jasa tidak seperti produk fisik. Jasa tidak dapat dirasa, dilihat, dicium atau didengar sebelum jasa tersebut dibeli. Mengingat ketidakwujudannya, maka perusahaan jasa seringkali menemukan kesulitan untuk mengetahui persepsi konsumen dan mengevaluasi kualitasnya.
2. Tidak dapat dipisahkan (*inseparable*), berarti bahwa jasa pada umumnya dihasilkan dan dikonsumsi secara bersamaan. Konsumen hadir pada saat jasa tersebut dilakukan sehingga timbul interaksi antara penyedia jasa dengan konsumen, yang merupakan ciri khusus pemasaran jasa. Baik penyedia jasa maupun konsumen akan mempengaruhi hasil dari jasa.
3. Heterogenitas (*heterogeneity*), berarti bahwa jasa sangat bervariasi tergantung siapa yang menyediakan, kapan serta dimana jasa tersebut dilakukan. Konsistensi perilaku personal jasa sulit untuk dijamin sehingga apa yang telah diberi oleh penyedia jasa mungkin secara keseluruhan berbeda dari apa yang diterima konsumen.

2.2. Jasa Pelayanan Kesehatan

Jasa pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, kelompok ataupun masyarakat (Azwar, 1995). Amiroen (1990) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan rumah sakit adalah jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh institusi rumah sakit dan dikelompokkan menjadi :

1. Pelayanan medik, yaitu memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan ilmu kedokteran mutakhir, kemampuan dan fasilitas rumah sakit.
2. Pelayanan penunjang medik, yaitu pelayanan yang sifatnya menunjang pelayanan medik, terdiri dari pelayanan laboratorium, pelayanan farmasi, pelayanan radiologi, pelayanan gizi, pelayanan anestesi, pelayanan rehabilitasi.
3. Pelayanan penunjang, yaitu kegiatan penunjang yang memberi dukungan untuk pelaksanaan jasa profesional, terdiri dari administrasi umum termasuk keuangan, administrasi pasien rawat inap, administrasi bangsal dan rekam medik, penunjang umum meliputi dapur, laundry, logistik dan air.

Angelia (2000) menyatakan bahwa rumah sakit menyediakan fasilitas-fasilitas yang dapat dibagi menjadi tiga hal yaitu :

1. Fasilitas medis, merupakan sarana dan prasarana medis yang digunakan dalam proses diagnosa maupun pengobatan, meliputi peralatan infus, alat tensimeter, termometer, stetoskop.
2. Fasilitas penunjang medis, merupakan sarana yang digunakan untuk membantu dalam proses diagnosa dan pengobatan, meliputi instalasi gizi, farmasi (apotik), radiologi, phsycoterapi, laboratorium.
3. Fasilitas penunjang umum, merupakan sarana dan prasarana yang berkaitan dengan ruang rawat inap, diantaranya ruang rawat inap, kamar mandi dan WC, makanan serta fasilitas pendukung, misalnya tempat parkir, kantin.

2.3. Kepuasan Konsumen

Kepuasan konsumen pada dasarnya berhubungan dengan tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dia rasakan dengan harapannya. Apabila kinerja dibawah harapan, konsumen akan kecewa. Kinerja yang sesuai dengan harapan, maka konsumen akan puas dan apabila kinerja melebihi harapan, konsumen sangat puas. Parasuraman (1988) menyatakan bahwa ukuran kualitas pelayanan yang diterima adalah tingkat perbandingan dari apa yang konsumen harapkan dengan yang diterima, sedangkan ukuran kepuasan konsumen adalah evaluasi konsumen terhadap pelayanan yang diterima. Kualitas pelayanan dan kepuasan konsumen secara universal mengakui adanya korelasi positif yang kuat antara kualitas pelayanan dengan kepuasan konsumen (Donald J. Shemwell, et. al., 1996). Bolton dan Drew (1991) menyatakan bahwa harapan

dan tingkat kerja aktual akan mempengaruhi kepuasan konsumen dalam mempersepsikan kualitas suatu jasa. Kepuasan konsumen adalah pengalaman sejati atau keseluruhan kesan konsumen atas pengalamannya dalam mengkonsumsi jasa (Oliver, 1993). Gotlieb, Grawal dan Browm (1994) menyatakan bahwa kepuasan terhadap suatu jasa berkaitan dengan proses konfirmasi dan diskonfirmasi dengan harapan. Pendapat ini didasarkan pada paradigma diskonfirmasi yang menyatakan bahwa kepuasan akan berhubungan dengan pengalaman diskonfirmasi yang merupakan pengalaman personal yang sesungguhnya.

Aryani (1997) menyatakan bahwa untuk mengukur kepuasan konsumen, cara yang umum digunakan adalah dengan :

1. Sistem keluhan dan saran (*complaint and suggestion system*).

Dalam sistem ini perusahaan membuat saluran khusus yang dipakai para pelanggannya untuk mengungkapkan keluhan dan memberikan saran terhadap suatu produk, misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, *customer hot line* dan lain-lain. Dalam hal ini karyawan yang berada di depan atau yang berhubungan langsung dengan konsumen memberikan andil yang cukup besar tentang bagaimana mendengarkan suara pelanggan.

2. Survei kepuasan pelanggan (*customer satisfaction survey*).

Umumnya penelitian pelanggan dilakukan dengan metode survei, dapat melalui pos, telepon, juga dapat dilakukan dengan wawancara langsung. Hal ini dikarenakan bahwa melalui survei, perusahaan akan mendapatkan

tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan dapat memberikan signal (tanda) positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap pelanggannya.

3. Pembeli bayangan (*ghost shopping*)

Perusahaan mempekerjakan beberapa orang untuk bertindak seolah-olah sebagai pembeli yang potensial untuk memberikan laporan tentang kekuatan dan kelemahan dalam pembelian produk antara perusahaan tersebut dengan produk pesaingnya berdasarkan pengalaman yang dialami ketika membeli produk tersebut.

4. Analisis pelanggan yang hilang (*lost customer analysis*).

Perusahaan berusaha menghubungi para pelanggannya yang berhenti membeli produk atau jasa serta berganti kepada pesaingnya. Apabila berdasarkan analisis tingkat konsumen yang hilang naik, maka ini menunjukkan bahwa perusahaan telah gagal memberikan kepuasan kepada pelanggannya.

Pengukuran mengenai kepuasan konsumen dan kualitas pelayanan dilakukan dengan melalui survei konsumen dalam rangka evaluasi strategi pemasaran dibidang jasa. Seorang konsumen dapat meningkatkan atau menurunkan kepercayaan terhadap kinerja suatu jasa berdasarkan pada perbedaan antara kinerja jasa yang diharapkan dengan kinerja yang diterima. Sesuai dengan konsep kepuasan maka harapan konsumen dianggap sebagai konsep kumulatif dari beberapa transaksi. Artinya, kepuasan konsumen akan dipengaruhi oleh pengalaman terhadap kinerja suatu jasa sebanyak akumulasi

pengalaman yang ditujukan kepada harapan secara keseluruhan terhadap jasa tersebut.

Handi (2000), menyatakan bahwa berdasarkan pengalamannya dalam membantu perusahaan melakukan pengukuran kepuasan pelanggan, ada lima alasan perlunya perusahaan-perusahaan melakukan pengukuran kepuasan pelanggan, yaitu :

1. Sebenarnya, tidak ada perusahaan yang sungguh-sungguh tidak menghadapi persaingan. Sebagian besar perusahaan monopoli tak luput menghadapi persaingan dengan produk-produk substitusi yang juga mempengaruhi mereka. Oleh karena itu, setiap ketidakpuasan pelanggan masih mempunyai potensi untuk menurunkan tingkat penggunaan dari masing-masing pelanggannya.
2. Hasil survei kepuasan pelanggan dapat digunakan untuk meningkatkan efisiensi budget program kualitas pelayanan. Banyak studi yang dia lakukan, yang menunjukkan bahwa perbedaan efisiensi budget peningkatan pelayanan dapat berkisar antara 10 – 50%. Prosentase ini menunjukkan perbedaan antara yang optimal dan kenyataan yang dicapai oleh perusahaan. Dengan demikian, perusahaan monopolipun sebenarnya juga dihadapkan pada resiko tidak efisiennya program pelayanan.
3. Hasil survei kepuasan pelanggan dapat digunakan sebagai sarana bagi top manajemen untuk menyatakan komitmennya dan sekaligus sarana untuk mengkomunikasikan visi dan misinya kepada jajaran di bawahnya.

Meningkatkan pelayanan harus dimulai dari top manajemen. Penyajian fakta tentang hasil kepuasan pelanggan akan memberikan sinyal kepada seluruh jajaran bahwa top manajemen akan sungguh-sungguh dalam program peningkatan pelayanan. Implementasi program kualitas pelayanan, agar efektif, membutuhkan keteladanan dari top manajemen.

4. Hasil survei kepuasan pelanggan dapat digunakan untuk membentuk budaya semakin dekat dengan pelanggan. Penciptaan budaya ini akan mempengaruhi *attitude* segenap karyawan secara perlahan-lahan. Perubahan *attitude* adalah perubahan paling fundamental yang diinginkan perusahaan agar siap bersaing.
5. Hasil survei kepuasan pelanggan dapat digunakan sebagai proses benchmarking internal. Setiap area atau unit, dapat belajar dari unit atau area lain yang relatif lebih baik pelayanannya. Dalam beberapa hal, hasil survei kepuasan pelanggan juga dapat pula digunakan sebagai ajang kompetisi internal yang sehat. Hasil survei, adalah wasit yang paling adil untuk melihat kinerja masing-masing area atau unit.

Dimensi kepuasan pasien sangat bervariasi sekali. Menurut Azwar (1996), bahwa secara umum dimensi kepuasan adalah mengacu pada penerapan standar dan kode etik profesi. Ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan kesehatan terbatas hanya pada kesesuaian dengan standar serta kode etik profesi saja.

Azwar (1996), menyatakan bahwa ukuran-ukuran kepuasan pasien mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai :

a. Hubungan dokter-pasien (*doctor-patient relationship*).

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

b. Kenyamanan pelayanan (*amenities*).

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

c. Kebebasan melakukan pilihan (*choise*).

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

d. Pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*).

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

e. Efektifitas pelayanan (*effectives*).

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

f. Keamanan tindakan (*safety*).

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

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

2.4. Konsep Kualitas Pelayanan

Pengertian mengenai kualitas atau mutu ada beberapa diantaranya adalah:

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

Beberapa pengertian kualitas tersebut, batasan kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Parasuraman, et. al. (1985) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai suatu konsep yang secara tepat mewakili inti dari kinerja suatu pelayanan, yaitu perbandingan terhadap keterandalan (*excellence*) dalam *service ecouter* yang

dilakukan oleh konsumen. Sedangkan Bitner dkk (1992) menyatakan bahwa kualitas pelayanan merupakan keseluruhan kesan konsumen terhadap inferioritas/superioritas organisasi beserta jasa yang ditawarkan.

Lovelock (1998) menyatakan bahwa kualitas pelayanan adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas keunggulan tersebut untuk memenuhi harapan pelanggan. Parasuraman dkk (1985) menyatakan bahwa ada dua faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan yang dirasakan yaitu pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang dirasakan. Apabila pelayanan yang diterima atau dirasakan sesuai dengan harapan maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Kualitas pelayanan dan kepuasan konsumen secara universal mengakui adanya korelasi yang positif (Donald, et. al, 1998). Menurut Anderson dan Sullivan (1993) kualitas pelayanan sebagai antesenden kepuasan.

Cronin dan Taylor (1992) menyatakan bahwa secara konseptual dan operasional skala *servqual* adalah tidak tepat. Sebenarnya tidak perlu memasukkan elemen harapan konsumen dalam mengukur pelayanan, mengingat perbandingan antara persepsi konsumen dengan harapannya tidaklah tepat untuk mengukur kualitas pelayanan karena tidak ada efek atas harapan konsumen terhadap kualitas pelayanan dengan persepsinya. Kualitas pelayanan hasil penelitian mereka diukur berdasar kinerja pelayanan yang sesungguhnya yang disebut *servperf* (*service performance*).

Parasuraman, et. al. (1985) dalam penelitian awalnya mengidentifikasi sepuluh dimensi pokok yaitu realibilitas, daya tanggap, kompetensi, akses, kesopanan, komunikasi, kredibilitas, keamanan, kemampuan memahami pelanggan dan bukti fisik. Parasuraman, et. al (1988) dalam penelitian selanjutnya merangkum kesepuluh dimensi tersebut menjadi lima dimensi kualitas pelayanan. Kompetensi, kesopanan, kredibilitas dan keamanan disatukan menjadi jaminan (*assurance*). Sedangkan akses, komunikasi dan kemampuan memahami pelanggan disatukan menjadi empati (*emphaty*). Tiga dimensi kualitas pelayanan lainnya adalah *realibility*, *responsiveness* dan bukti fisik (*tangible*).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Duffy (1998), hasilnya menunjukkan bahwa kualitas pelayanan , yang terdiri dari lima item (*tangible*, *realibility*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*) berpengaruh signifikan dan positif terhadap kepuasan pelayanan secara keseluruhan. Parasuraman et. al. (1988) mengemukakan 22 item yang dipertimbangkan konsumen dalam mempersepsikan kualitas pelayanan, item tersebut dikelompokkan menjadi lima item yaitu :

1. Berwujud (*tangible*), berupa penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil dan media komunikasi.
2. Kehandalan (*realibility*), yaitu kemampuan rumah sakit untuk melaksanakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.

3. Ketanggapan (*responsiveness*), yaitu kemampuan rumah sakit untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan dengan cepat.
4. Keyakinan (*assurance*), yaitu pengetahuan dan keramahan atau kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan kepada pasien.
5. Kepedulian (*emphaty*), yaitu kepedulian dan perhatian pribadi kepada para pasien.

Kelima hal tersebut merupakan satu kesatuan pelayanan yang terintegrasi, maksudnya adalah pelayanan menjadi tidak unggul atau prima bila ada komponen yang kurang. Maka untuk mencapai tingkat yang unggul atau prima, setiap karyawan harus memiliki ketrampilan tertentu diantaranya berpenampilan rapi, bersikap ramah, memperlihatkan gairah kerja sikap selalu melayani, tenang dalam bekerja, tidak tinggi hati, menguasai pekerjaannya, bisa memahami bahasa isyarat pelanggan dan memiliki kemampuan menangani keluhan pelanggan secara profesional agar perusahaan meraih manfaat besar terutama berupa kepuasan dan loyalitas pelanggan yang besar (Fandy, 1998).

Atas dasar uraian di atas, dapat disusun hipotesis sebagai berikut :

H_1 = Kualitas Pelayanan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap.

2.5. Kepuasan Hidup (Life Satisfaction)

Secara umum, kualitas pelayanan dipandang sebagai hasil dari sistem penyampaian layanan murni, namun kenyataannya kepuasan konsumen selain dipengaruhi oleh kualitas pelayanan murni juga dipengaruhi oleh kondisi konsumen itu sendiri (Fitzsimmons dan Sullivan dalam Duffy, 1998). Kualitas pelayanan mengacu pada penghargaan konsumen atas pelayanan dan keseluruhan dari organisasi pelayanan. Holfbrook dan Cronin dalam Duffy (1988), kualitas yang dirasakan adalah penilaian global terhadap keunggulan atau superioritas dari suatu produk. Kualitas pelayanan yang terpenting adalah kemauan konsumen dan memenuhi kebutuhannya.

Bitner dan Hubbert (1994) menemukan dua konstruksi kepuasan yang selain berbeda satu dengan yang lain, juga dibedakan dari kualitas pelayanan. Yang pertama adalah, kepuasan mengacu pada saat tertentu saja suatu pelayanan diberikan atau kepuasan pelayanan langsung yang terlihat dari seberapa suka atau tidaknya konsumen terhadap pelayanan yang didapatkan. Kedua, kepuasan yang diperoleh konsumen dari awal sampai akhir suatu pelayanan diberikan atau kepuasan pelayanan secara keseluruhan yang ditunjukkan dengan puas atau tidaknya konsumen terhadap keseluruhan pelayanan yang diberikan oleh suatu lembaga pelayanan.

Kepuasan hidup menunjukkan pada dimensi kepuasan positif atau negatif yang mempengaruhi kebahagiaan seseorang, yang diukur berdasarkan faktor kesehatan, sosial serta psikologis (Duffy, 1998). Banyak penelitian telah

dilakukan untuk mempelajari kepuasan hidup seseorang, khususnya pada orang dewasa (Larson, 1978). Penelitian ini tergabung dalam sebuah ukuran multidimensional oleh Conte dan Salamon (1982).

Dalam penelitiannya, Duffy (1998) menunjukkan bahwa kepuasan hidup berpengaruh signifikan dan positif terhadap kepuasan pelayanan secara keseluruhan. Duffy (1998), menyatakan ada 8 faktor kepuasan hidup skala orang dewasa yaitu :

1. *Activeness* yaitu kepuasan seseorang terhadap aktivitas harian yang telah dilakukannya.
2. *Meaning* yaitu sikap memandang bahwa hidup itu berguna bagi dirinya maupun orang lain.
3. *Goals* yaitu keharmonisan antara hasrat dengan kemampuan dalam meraih keinginan atau tujuan.
4. *Mood* yaitu tingkat kebahagiaan atau optimisme yang tidak tergantung pada lingkungan dan keadaan sosialnya.
5. *Self-concept* yaitu tingkat harga diri dan penilaian secara positif atas dirinya.
6. *Health* yaitu penilaian diri atas keadaan fisik atau kesehatan secara keseluruhan.
7. *Finances* yaitu kepuasan atas kondisi keuangan pada saat ini.
8. *Social Contact* yaitu tingkat kepuasan berdasarkan jumlah dan kualitas dari kontak sosial yang diterima sehari-hari.

Atas dasar uraian di atas, dapat disusun hipotesis sebagai berikut :

H₂ = Kepuasan Hidup berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap.

2.6. Lokasi Strategis Rumah Sakit

Pemberi jasa idealnya memiliki lokasi yang baik sebagai tempat usahanya, tempat yang disukai baik oleh produsen maupun konsumen. Pernyataan Straub dan Attner (1994), tiga kunci sukses bisnis itu adalah lokasi, lokasi, lokasi. Sehingga dapat dikatakan bahwa lokasi memegang peran kunci bagi eksistensi usaha jasa dimasa datang (Yazid, 2001).

Lokasi suatu rumah sakit menjadi faktor penting bagi pasien, demikian penegasan penelitian yang dilakukan oleh Boscarino dan Steiber (1982); Hisrich dan Peters (1982); Malhotra (1983); Powills (1986c) (dalam Fisher dan Anderson, 1990). Bahkan dalam masyarakat dengan mobilitas yang tinggi, lokasi yang memuaskan sangat penting bagi pasien. Fisher dan Anderson (1990) dalam studinya, menyatakan bahwa salah satu alasan mengapa lokasi suatu rumah sakit begitu penting adalah karena lokasi rumah sakit tersebut dekat dengan rumah pasien/tempat tinggal atau dekat dengan tempat bekerja.

Pernyataan Berman dan Evans (1995), bahwa pengaruh lokasi bisa sangat signifikan. Kekeliruan dalam hal lokasi, bisa membawa dampak negatif, antara lain :

1. Pembuatan keputusan bisa menjadi rumit (karena adanya interdependensi semua aspek dalam organisasi).
2. Biaya operasi bisa cukup tinggi (misalnya pengadaan).
3. Fleksibilitasnya rendah (sulit pindah ke tempat lain).
4. Semua atribut lokasi mempengaruhi keseluruhan strategi.
5. Investasi (memiliki/menyewa) berada dalam resiko.

Secara ideal, penyedia jasa mesti memilih tempat usahanya yang dekat dengan pasar sasaran, semata-mata agar bisa memberi pelayanan yang lebih baik kepada konsumen. Berada dekat dengan konsumen membuat penerima jasa dapat melakukan kontak langsung dengan pemberi jasa dan sebaliknya, memungkinkan pemberi jasa untuk merespon dengan cepat perubahan-perubahan dalam permintaan (*demand*), baik dalam kuantitas maupun kualitas dan macam jasa, yang dimiliki oleh konsumennya yang sekarang maupun oleh calon konsumennya yang baru (Meredith, 1992). Secara umum, lokasi yang bagus bisa memudahkan seorang penyedia jasa (terutama yang berskala kecil dan sedang) berhasil menjalankan bisnisnya meskipun bauran strateginya tidak begitu bagus (Yazid, 2001). Lebih lanjut dinyatakan bahwa lokasi dapat berada di tengah kota, di luar pusat kota, di dekat pemukiman, di pusat perbelanjaan, yang masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan.

Yazid (2001), menyatakan bahwa dilihat dari perspektif waktu, pentingnya lokasi akan semakin mempertegas keterangan di atas, yaitu bila

lokasi dikaitkan dengan perspektif jangka panjang maupun jangka pendek dan dampaknya terhadap keseluruhan strategi produsen, yaitu :

1. Dalam jangka panjang, produsen jasa harus mewujudkan misi global, goal dan pasar sasaran. Produsen juga harus senantiasa mempelajari dan memonitor status lokasinya berdasar trend perkembangan penduduk, jarak tempat tinggal konsumen ke tempat jasa diproses, masuk dan keluarnya pesaing dalam industri jasa, sehingga dapat senantiasa menyesuaikan rencana jangka panjangnya.
2. Dalam jangka pendek, lokasi dimana jasa diproses atau disajikan mempengaruhi elemen-elemen khusus dari strategi bauran jasanya, seperti banyaknya item jasa yang disediakan, harga promosi, jam pelayanan (tetap melayani/tidak melayani pada akhir pekan), dsb.

Atas dasar uraian di atas, dapat disusun uraian sebagai berikut :

H_3 = Lokasi strategis rumah sakit berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap.

2.7. Penelitian Terdahulu

Penelitian yang berkaitan dengan kualitas pelayanan jasa, pernah dilakukan oleh Jo Ann M. Duffy dan Alice A. Ketchand dalam jurnal yang berjudul *Examining The Role Of Service Quality In Overall Service Satisfaction*. Penelitian tersebut dilakukan di sebuah panti jompo untuk mengukur tingkat kepuasan pelayanan dengan menggunakan 5 dimensi kualitas pelayanan

(*tangibles, reliability, responsiveness, assurance, empathy*) dan 8 faktor kepuasan hidup (*activeness, meaning, goals, mood, self-concept, health, finance, social contact*). Alat analisis yang digunakan adalah menggunakan lisrel 7. Kesimpulannya adalah kualitas pelayanan bagi kepuasan pelanggan tidak lengkap tanpa adanya sebuah variabel tambahan yaitu *well being customer*, yang secara statistik signifikan mempengaruhi keseluruhan kepuasan jasa. *Well being* ini sangat dipengaruhi oleh *mood customer*.

Perbedaan penelitian oleh Duffy dengan penelitian ini adalah terletak pada obyeknya, variabelnya dan alat analisisnya. Pada penelitian ini obyeknya adalah pasien pada rumah sakit, dengan variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup, lokasi strategis dan kepuasan serta alat analisisnya dari program SPSS dengan menggunakan regresi.

Penelitian lain dilakukan oleh J. Joseph Cronin, Jr. dan Steven A. Taylor dalam jurnal yang berjudul *Measuring Service quality : A Reexamination and Extension*. Penelitian tersebut dilakukan pada industri bank, pengontrol hama (*pest control*), pekerjaan binatu (*dry cleaning*), *fast food*. Penelitian tersebut untuk mengukur kualitas pelayanan dan hubungan antara kualitas pelayanan, kepuasan konsumen dan intensi pembelian. Penelitian oleh Cronin dan Taylor (1992) menyatakan bahwa kepuasan konsumen akan dipengaruhi oleh tingkat kualitas pelayanan yang mereka terima (*servperf*), yaitu keseluruhan kesan yang diterima konsumen terhadap inferioritas atau superioritas yang ditawarkan. Untuk membuktikan hipotesisnya tentang hubungan antara kualitas pelayanan,

kepuasan konsumen dan loyalitas dilakukan dengan analisis dengan program lisrel. Analisis dari penelitian oleh Cronin dan Taylor menduga bahwa kualitas pelayanan mempunyai pengaruh signifikan terhadap kepuasan konsumen, kepuasan konsumen mempunyai pengaruh signifikan terhadap loyalitas, dan kualitas pelayanan mempunyai pengaruh signifikan terhadap loyalitas. Hasil dari penelitian ini menyimpulkan bahwa kualitas pelayanan merupakan antesenden dari kepuasan konsumen dan kepuasan konsumen berpengaruh kuat terhadap loyalitas.

Perbedaan penelitian oleh Cronin dan Taylor dengan penelitian ini adalah terletak pada obyeknya, variabelnya dan alat analisisnya. Pada penelitian ini obyeknya adalah pasien pada rumah sakit, dengan variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup, lokasi strategis dan kepuasan serta alat analisisnya dari program SPSS dengan menggunakan regresi. Secara ringkas dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1
Kepuasan Konsumen, Kualitas Pelayanan, Kepuasan Hidup dan Lokasi Strategis

No.	Pengarang	Judul	Variabel	Obyek Penelitian	Hasil
1.	Jo Ann M Duffy & Alice A Ketchand (1998)	Examining The Role of Service Quality in Overall Service Satisfaction	Service Quality, Life Satisfaction, Overall Service Quality	Panti Jompo	Disamping kualitas pelayanan mempengaruhi kepuasan pelanggan secara keseluruhan, juga membutuhkan variabel tambahan lainnya yaitu keadaan pelanggan (yang secara signifikan mempengaruhi kepuasan pelayanan secara keseluruhan). Lebih lanjut, keadaan pelanggan tampak sangat dipengaruhi oleh suasana pikiran. Hasil statistik menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh signifikan dan positif terhadap kepuasan pelayanan secara keseluruhan serta kepuasan hidup berpengaruh signifikan dan positif terhadap kepuasan pelayanan secara keseluruhan.
2.	J. Joseph Cronin, Jr. & Steven A. Taylor (1992)	Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension	Service Quality, Service Performance, Customer Satisfaction, Overall Service Quality, Purchase Intentions	Industri perbankan, pest control, dry cleaning, fast food di Southeastern United States	Kepuasan konsumen dipengaruhi tingkat kualitas pelayanan yang mereka terima (servperf), yaitu keseluruhan kesan yang diterima konsumen terhadap inferioritas atau superioritas yang ditawarkan. Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh signifikan terhadap kepuasan konsumen, kepuasan konsumen mempunyai pengaruh signifikan terhadap loyalitas, dan kualitas pelayanan mempunyai pengaruh signifikan terhadap

3.	Caroline M. Fisher & Claire J. Anderson (1990)	Hospital Advertising : Does It Influence Consumers ?	Physician's recommendation, Family recommendation, Location, Inclusion in HMO/health plan, Friend's recommendation, Price, Advertising	Hospital in New Orleans metropolitan.	loyalitas. Lokasi rumah sakit menjadi salah satu alasan pemilihan suatu rumah sakit bagi konsumen. Yang menjadi alasan mengapa lokasi rumah sakit menjadi pertimbangan bagi konsumen adalah karena rumah sakit dekat dengan tempat tinggal dan dekat dengan tempat kerja.
4.	Rachmasari	Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Loyalitas Nasabah (Studi Kasus : Bank Mandiri (Persero) Eks Bank BDN Bangkok Plaza Semarang)	Kualitas Pelayanan, Kepuasan Hidup, Kepuasan Nasabah, Loyalitas	Bank Mandiri Eks Bank BDN Cabang Bangkok Plaza Semarang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan, kepuasan hidup secara signifikan berpengaruh positif terhadap kepuasan nasabah dan kepuasan nasabah secara signifikan berpengaruh positif terhadap loyalitas.
5.	Pujawan	Analisis Faktor-faktor Kualitas Pelayanan pada Bank BNI dan Bank Danamon Denpasar	Kualitas Pelayanan, Kepuasan Nasabah	Bank BNI dan Bank Danamon Denpasar	Lima dimensi kualitas pelayanan (realibility, tangible, responsiveness, emphaty, assurance) mempengaruhi kepuasan nasabah

Sumber : Duffy (1998), Cronin & Taylor (1992), Fisher & Anderson (1990), Rachmasari (2001), Pujawan (1998).

2.8. Kerangka Pemikiran Teoritis

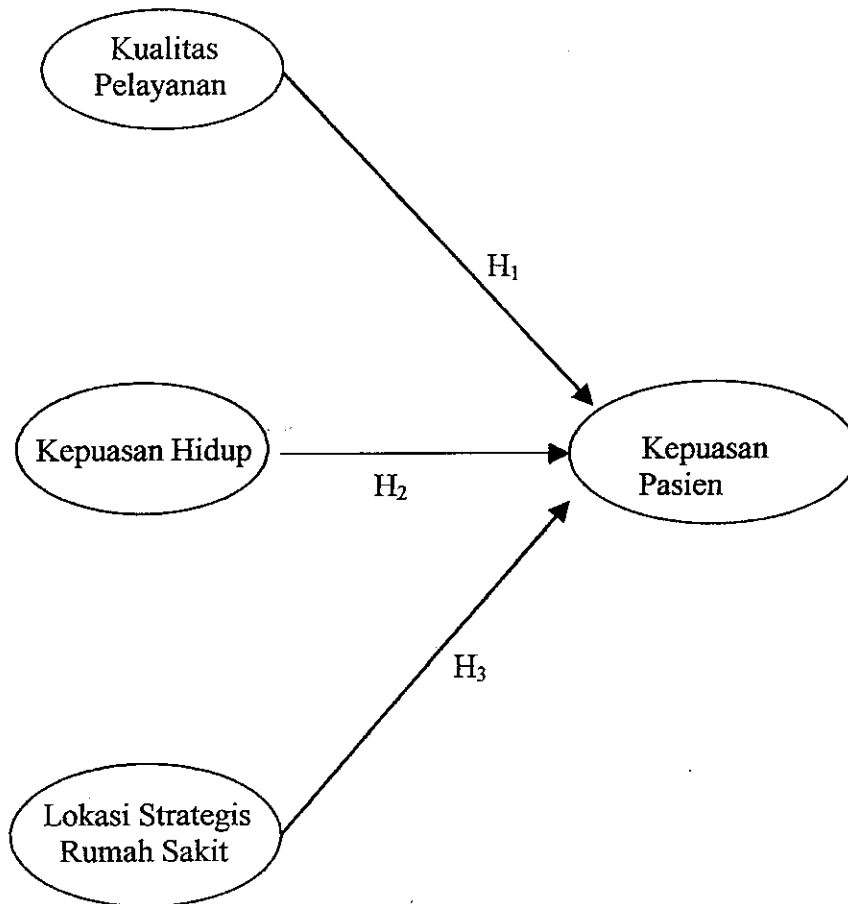
Kerangka pemikiran teoritis yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada penelitian yang dilakukan oleh Duffy (1998) tentang peran kualitas pelayanan dalam kepuasan pelayanan secara keseluruhan.

Menurut Duffy (1998) bahwa kepuasan pelayanan secara keseluruhan, disamping dipengaruhi oleh kualitas pelayanan (*service quality*), namun juga dipengaruhi oleh kepuasan hidup (*life satisfaction*). Menurut Yazid (2001) yang dikutip dari Berman dan Evans (1995), menyatakan bahwa lokasi usaha jasa, mempunyai pengaruh yang sangat signifikan terhadap konsumen.

Dari model penelitian Duffy (1998) serta pendapat Berman dan Evans (1995) dan Fisher dan Anderson (1990), maka dapat ditetapkan bahwa selain kedua faktor kualitas pelayanan dan kepuasan hidup, dapat mempengaruhi kepuasan pasien, juga faktor lokasi strategis rumah sakit.

Adapun gambar kerangka pemikiran teoritis terlihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 2.1
Kerangka Pemikiran Teoritis



Sumber : Dikembangkan dari Duffy et. al. (1998) dan Berman & Evans (1995), Fisher & Anderson (1990) untuk tesis ini

Berbagai variabel di atas, dijelaskan dalam item-itemnya seperti terlihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2
Item-Item Kepuasan Pasien, Kualitas Pelayanan, Kepuasan Hidup, Lokasi
Strategis Rumah Sakit

Variabel	Item
Kepuasan Pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Hubungan dokter-pasien (<i>doctor-patient relationship</i>). - Kenyamanan pelayanan (<i>amenities</i>). - Kebebasan melakukan pilihan (<i>choise</i>). - Pengetahuan dan kompetensi teknis (<i>scientific knowledge and technical skill</i>). - Efektifitas pelayanan (<i>effectives</i>). - Keamanan tindakan (<i>safety</i>). 1/
Kualitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tangible</i>/wujud penampilan - <i>Realibility</i>/kehandalan - <i>Responsiveness</i>/daya tanggap - <i>Assurance</i>/keyakinan - <i>Emphaty</i>/kepedulian 2/
Kepuasan Hidup	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Activeness</i>/aktivitas - <i>Meaningfulness of life</i>/hidup yang bermakna - <i>Goals</i>/tujuan - <i>Mood</i> - <i>Self-concept</i> - <i>Health</i>/kesehatan - <i>Financial security</i>/jaminan keuangan - <i>Social contact</i>/kontak social 2/
Lokasi Strategis rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Akses ke transportasi 3/ - Dekat dengan rumah/tempat tinggal 4/ - Dekat dengan tempat bekerja 4/

Sumber : 1/ Azwar (1996) 2/ Duffy (1998), 3/ Berman dan Evans (1995) 4/ Fisher dan Anderson (1990).

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini, lokasi yang dijadikan penelitian adalah Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan, Propinsi Jawa Tengah.

3.2. Jenis Data

Jenis data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Data Primer, data yang diperoleh langsung dari penyebaran kuesioner kepada pasien yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Data primer diperoleh dengan cara angket menggunakan kuesioner yang sudah didesain.
- b. Data Sekunder, data yang ada kaitannya dengan masalah yang sedang diteliti, melalui literatur, jurnal, majalah maupun data dokumen yang ada pada rumah sakit yang diteliti.

3.3. Populasi dan Sampel

Adapun populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap yang ada di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 11.969 orang. Sedangkan sampel yang diambil dilakukan secara *stratified sampling* (Djarwanto dan Subagyo, 1985), yaitu membagi-bagi

populasi menjadi beberapa bagian, berdasar strata kelas. Untuk pengambilan sampel menggunakan rumus yang dikemukakan oleh Slovin dalam Fauzy (2001), yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Dimana :

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = prosentase kelonggaran ketidakteelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir

Jumlah sampel yang diambil adalah :

$$n = \frac{11.969}{1 + (11.969)(0,1)^2}$$

n = 99,18 (dibulatkan menjadi 100)

Jadi sampel yang diambil adalah 100 responden.

Menurut catatan yang ada pada bagian Rekam Medik, pada tahun 2000 jumlah pasien rawat inap yang menempati kelas I, II, III dan non kelas sebanyak 11.969 orang, terdiri dari kelas I berjumlah 2.121 orang (17,6%), kelas II berjumlah 2.206 orang (18,4%), kelas III berjumlah 5.153 orang (43%) dan non kelas berjumlah 2.489 orang (21%). Sehingga jumlah sampel untuk kelas I sebanyak 18 responden, kelas II sebanyak 18 responden, kelas III sebanyak 43

responden dan non kelas sebanyak 21 responden. Kelas VIP ditiadakan atau tidak dimasukkan dalam sampel dengan pertimbangan bahwa prosentase pasiennya relatif sedikit bila dibandingkan dengan kelas-kelas yang lain, sehingga sampelnya cukup diwakili oleh Kelas I, Kelas II, Kelas III dan Non Kelas. Disamping itu juga untuk mengurangi gap diantara kelas-kelas yang ada, sehingga masalah heteroskedastisitas dapat dihindari. Secara ringkas terlihat dalam Tabel 3.1.

Tabel 3.1.
Alokasi Sampel Penelitian

No.	Kelas	Pasien	Prosentase	Alokasi Sampel
1.	Kelas I	2.121	17,6%	18
2.	Kelas II	2.206	18,4%	18
3.	Kelas III	5.153	43 %	43
4.	Non Kelas	2.489	21 %	21
	Jumlah	11.969	100 %	100

Sumber : Bagian Rekam Medik Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan, 2000

3.4. Definisi dan Pengukuran Variabel

Dalam penelitian ini menggunakan tiga variabel independen yaitu kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit, dan sebuah variabel dependen yaitu kepuasan pasien.

Kualitas pelayanan merupakan persepsi pasien rawat inap terhadap tingkat pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien rawat inap. Kualitas pelayanan dinilai dengan menggunakan lima item pengukuran yaitu : *tangible* (wujud penampilan), *realibility* (kehandalan), *responsiveness* (daya

tanggap), *assurance* (keyakinan), *emphaty* (kepedulian) (Parasuraman dalam Duffy, 1998). Berbagai item yang ada dalam variabel kualitas pelayanan dinilai dengan menggunakan 10 point skala konvensional (sangat tidak setuju– sangat setuju).

Kepuasan hidup (*life satisfaction*) merupakan persepsi pasien atas kepuasan dalam hidupnya (keadaan baik). Kepuasan hidup diukur dengan menggunakan delapan item yaitu : *activeness/plesure in daily activities* (kepuasan dalam aktivitas sehari-hari), *meaning/meaningfulness of life* (kehidupan yang penuh arti) , *goals* (tujuan), *mood* (suasana pikiran), *self-concept* (pandangan terhadap diri sendiri), *health/perceived health* (pandangan tentang kesehatan), *financial/financial security* (keamanan keuangan), *social contact* (kontak sosial) (Duffy, 1998). Berbagai item yang ada dalam variabel kepuasan hidup dinilai dengan menggunakan 10 point skala konvensional (sangat tidak setuju– sangat setuju).

Lokasi strategis rumah sakit merupakan persepsi pasien atas letak strategis rumah sakit. Lokasi strategis rumah sakit diukur dengan menggunakan satu item yaitu : akses ke transportasi (Berman dan Evans, 1995), dua item yaitu dekat dengan rumah/tempat tinggal dan dekat tempat bekerja (Fisher dan Anderson, 1990). Item yang ada dalam variabel lokasi strategis rumah sakit dinilai dengan menggunakan 10 point skala konvensional (sangat tidak setuju– sangat setuju).

Kepuasan pasien rawat inap merupakan persepsi pasien atas kepuasan pelayanan kesehatan yang diterima dari rumah sakit. Dimensi kepuasan tersebut adalah kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi. Ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan kesehatan terbatas hanya pada kesesuaian dengan standar serta kode etik profesi saja. Ukuran-ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai : hubungan dokter-pasien (*doctor-patient relationship*), kenyamanan pelayanan (*amenities*), kebebasan melakukan pilihan (*choise*), pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*), efektifitas pelayanan (*effectives*), keamanan tindakan (*safety*) Azwar (1996). Berbagai item yang ada dalam variabel kepuasan pasien rawat inap dinilai dengan menggunakan 10 point skala konvensional (sangat tidak setuju– sangat setuju).

3.5. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara angket, yaitu dengan memberikan daftar pertanyaan/kuesioner kepada pasien rawat inap sebanyak sampel yang telah ditentukan. Kuesioner berisi pertanyaan tentang pengaruh kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit terhadap kepuasan pasien rawat inap. Keempat variabel tersebut terbagi menjadi tiga variabel independen (kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit) dan satu variabel dependen (kepuasan pasien rawat inap). Berbagai item yang ada dalam variabel independen dan dependen diterjemahkan dalam

susunan daftar pertanyaan dengan menggunakan 10 point skala konvensional (sangat tidak setuju–sangat setuju), dengan maksud untuk membuat rentang jawaban yang lebih besar sehingga dapat memperluas variabilitas jawaban. Kuesioner diberikan kepada seluruh pasien rawat inap yang menempati kelas I, II, III dan Non Kelas, pasien yang dirawat minimal tiga hari, dengan pertimbangan sudah mengetahui kondisi/keadaan rumah sakit. Kuesioner diisi oleh pasien, atau jika anak-anak akan diisi oleh orang tua/orang yang menunggu si pasien.

3.6. Teknik Analisis

Dalam penelitian ini alat analisis yang digunakan adalah regresi berganda, tetapi sebelumnya dilakukan uji pendahuluan yaitu uji validitas, uji realibilitas dan uji asumsi klasik.

3.6.1. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner (Imam Gozali, 2001). Lebih lanjut dikatakan bahwa suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Jadi validitas ingin mengukur apakah pertanyaan dalam kuesioner yang sudah dibuat betul-betul dapat mengukur apa yang hendak diukur. Pengujian validitas menggunakan sistem panel, sebelum data dikumpulkan.

3.6.2. Uji Realibilitas

Realibilitas sebenarnya adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk (Imam Gozali, 2001). Lebih lanjut dikatakan bahwa suatu kuesioner dikatakan realibel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Menurut Hair Jr. et al. (1998), besarnya alpha dikatakan baik jika nilainya lebih besar dari 0,7. Apabila realibilitasnya makin mendekati angka 1, maka data yang diambil semakin baik.

3.6.3. Penyimpangan Asumsi Klasik

Dalam model regresi linear normal klasik, didasarkan pada asumsi-asumsi diantaranya adalah varians bersyarat dari u_i adalah konstan atau homokedastik serta tidak ada multikolinearitas diantara variabel yang menjelaskan X, sehingga apabila terjadi penyimpangan asumsi-asumsi dalam model, maka analisisnya menjadi bias (Gujarati, 1995). Diantara penyimpangan dalam asumsi model regresi linear klasik adalah bahwa tidak terdapat multikolinearitas diantara variabel yang menjelaskan yang termasuk dalam model, serta tidak terdapatnya heteroskedastisitas (Gujarati, 1995).

3.6.3.1. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel terikat dan variabel bebas keduanya mempunyai distribusi normal

ataukah tidak (Imam Gozali, 2001). Lebih lanjut dinyatakan bahwa model regresi yang baik adalah memiliki distribusi data normal atau mendekati normal. Untuk menguji apakah distribusi data normal atau tidak, dapat dilakukan dengan cara analisis grafik (histogram dan normal probability plot). Untuk melihat normalitas data dengan histogram yaitu membandingkan antara data observasi dengan distribusi yang mendekati distribusi normal. Untuk melihat normalitas data dengan normal probability plot yaitu membandingkan distribusi kumulatif dari data sesungguhnya dengan distribusi kumulatif dari distribusi normal. Jika data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal atau grafik histogramnya menunjukkan pola distribusi normal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas. Jika data menyebar jauh dari garis diagonal dan/atau tidak mengikuti arah garis diagonal atau grafik histogram tidak menunjukkan pola distribusi normal, maka model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas.

3.6.3.2. Uji Multikolinearitas

Uji multikolinearitas bertujuan untuk menguji apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas (independen) (Gujarati,1995). Lebih lanjut dinyatakan bahwa untuk mendeteksi adanya multikolinearitas yaitu :

1. Kolinearitas seringkali diduga ketika R^2 tinggi ($0,7 - 1$) dan ketika derajat nol juga tinggi, tetapi sangat sedikit bahkan tidak satupun koefisien regresi parsial yang secara individual penting secara statistik atas dasar pengujian t yang konvensional.
2. Meskipun korelasi derajat nol yang tinggi mungkin mengusulkan kolinearitas, tidak perlu bahwa mereka tinggi berarti mempunyai kolinearitas dalam satu kasus spesifik. Untuk meletakkan persoalan agar secara teknik, korelasi derajat nol yang tinggi merupakan kondisi yang cukup tapi tidak perlu adanya kolinearitas karena hal ini dapat terjadi meskipun melalui korelasi derajat nol atau sederhana relatif rendah (kurang dari 0,50).

Singgih (2000), menyatakan bahwa untuk mendeteksi dan mengatasi multikolinearitas adalah :

1. Nilai VIF (Variance Inflation Factor) dan Tolerance.

Pedoman suatu model regresi yang bebas multikolinearitas adalah :

- Mempunyai nilai VIF di sekitar angka 1.
- Mempunyai angka TOLERANCE mendekati 1.

2. Besaran korelasi antar variabel independen.

Pedoman suatu model regresi yang bebas multikolinearitas adalah:

- Koefisien korelasi antar variabel independen haruslah lemah dibawah 0,5). Jika korelasi kuat, maka terjadi problem multiko.

Sedangkan apabila terjadi Multikolinearitas, bisa dilakukan langkah seperti mengeluarkan salah satu variabel. Misalnya variabel independen A dan B saling berkorelasi dengan kuat, maka dipilih variabel A atau B yang dikeluarkan dari model regresi.

3.6.3.3. Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas bertujuan menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan variance dari residual satu pengamatan ke pengamatan lain (Gujarati, 1995). Lebih lanjut dinyatakan bahwa jika varians dari residual dari satu pengamatan ke pengamatan yang lain tetap, maka disebut homoskedastisitas dan jika varians berbeda, disebut heteroskedastisitas.

Dalam penelitian ini, uji heteroskedastisitas menggunakan metode grafik untuk melihat pola dari variabel yang ada berupa sebaran data. Heteroskedastisitas merujuk pada adanya *disturbance* atau *variance* yang terlalu menyolok. Untuk melihat adanya heteroskedastisitas dapat dilihat dari scatter plotnya, dimana sebaran datanya bersifat *increasing variance* dari u , *decreasing variance* dari u dan kombinasi dari keduanya. Untuk melihat adanya heteroskedastisitas dapat dilihat dari scatter plotnya, model tidak mengalami masalah heteroskedastisitas jika *Scatterplot Plot Of Regression Standadized Predicted Value* dengan *Standadized Residual* berada disekitas angka 0.

Uji autokorelasi tidak perlu digunakan, karena biasanya dipakai untuk menguji data sekunder.

3.6.4. Analisis Regresi

Untuk menguji hipotesis, alat analisis statistik yang digunakan adalah regresi berganda. Analisis regresi berganda ini digunakan untuk menentukan ketepatan prediksi apakah ada hubungan yang kuat antara variabel dependen (Y) dengan variabel independen (X₁, X₂, X₃). Dalam penelitian ini persamaan regresinya sebagai berikut :

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + e$$

Dimana :

Y : Kepuasan pasien rawat inap	b ₀ : konstanta
X ₁ : Kualitas Pelayanan	b ₁ : Koefisien regresi X1
X ₂ : Kepuasan Hidup	b ₂ : Koefisien regresi X2
X ₃ : Lokasi Strategis rumah sakit	b ₃ : Koefisien regresi X3

Berdasarkan hasil analisis tersebut, akan dapat diketahui pengaruh dan tingkat signifikansinya masing-masing variabel terhadap kepuasan pasien. Dari hasil regresi yang diperoleh, kemudian dilakukan pengujian untuk mengetahui apakah koefisien regresi yang diperoleh mempunyai pengaruh yang signifikan atau tidak, baik secara partial ataupun secara simultan dan mengetahui seberapa besar pengaruhnya.

3.6.5. Uji Hipotesis

Untuk menguji kebenaran hipotesis yang diajukan, dilakukan dengan dua pengujian yaitu uji-t dan uji-F.

1. Uji t digunakan untuk menguji pengaruh antara variabel dependen (Y) terhadap variabel independen (X) secara parsial, dengan mengasumsikan bahwa variabel lain dianggap konstan.

Tahap pengujiannya adalah :

- a. Menentukan formula null hipotesis statistik yang akan diuji :

$H_0 : b_i = 0$, berarti variabel independen ($X_{1, \dots}$) tidak berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen (Y).

$H_1 : b_i \neq 0$, berarti variabel independen ($X_{1, \dots}$) berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen (Y).

- b. Menentukan t hitung, dengan rumus :

$$t_{hitung} = \frac{b_i}{Se(b_i)}$$

Dimana :

b_i : Koefisien Regresi

$Se(b_i)$: Standar Deviasi dari estimasi b_i

- c. Dengan tingkat keyakinan 95% atau $\alpha=0,05$, $df=n-k$, diperoleh nilai t tabel, kemudian dibandingkan dengan nilai t hitung yang diperoleh untuk menentukan apakah pengaruhnya signifikan atau tidak.

Bila $t_{hitung} < t_{tabel}$, atau probabilitas signifikansi (p-value) dari nilai $t > \alpha = 5\%$, maka H_0 diterima, variabel independen tidak berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen.

Bila $t_{hitung} > t_{tabel}$, atau probabilitas signifikansi (p-value) dari nilai $t < \alpha = 5\%$, maka H_0 ditolak, variabel independen berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen.

2. Uji F statistik untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen (X_1, X_2, X_3) secara simultan terhadap variabel dependen (Y).

Adapun tahap pengujiannya adalah :

- a. Menentukan formula null hipotesis secara statistik yang diuji dalam bentuk :

$H_0: b_1, \dots, b_m = 0$, berarti secara simultan variabel independen tidak berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen.

$H_0: b_1, \dots, b_m \neq 0$, berarti secara simultan variabel independen berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen.

- b. Menentukan nilai F hitung :

$$F = \frac{R^2 / (k-1)}{(1 - R^2) / (N - k)}$$

Bila $F_{hitung} < F_{tabel}$, atau probabilitas signifikansi (p-value) dari nilai $t > \alpha = 5\%$, maka H_0 diterima dan H_1 ditolak, berarti secara

simultan variabel independen tidak berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen.

Bila $F_{hitung} > F_{tabel}$, atau probabilitas signifikansi (p-value) dari nilai $t < \alpha = 5\%$, maka H_0 diterima dan H_1 ditolak, berarti secara simultan variabel independen berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen.

BAB IV ANALISIS DATA

4.1. Gambaran Umum Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan

4.1.1. Sejarah Singkat Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan

Untuk menuliskan sejarah Rumah Sakit Umum Budi Rahayu Pekalongan, tidak dapat dipisahkan dari waktu ke waktu sebelumnya. Tahun 1934, lima orang Suster Santa Bunda Maria datang di Pekalongan dari Negeri Belanda, mengelola klinik (sekarang Puskesmas “Bendan” di Jalan Slamet). Tahun 1940-1941, suster-suster mendirikan Rumah Sakit “Puteri Breatrix” (sekarang Rumah Sakit Swadana Kabupaten Pekalongan di Jalan Veteran). Masyarakat menyebutnya Rumah Sakit “Kraton”. Tahun 1942-1945, Rumah Sakit “Puteri Breatrix” ditutup dan dijadikan Asrama serta tangsi militer Jepang. Semua suster ditawan (internier). Tahun 1945-1966, rumah sakit dikuasai dan dikelola oleh Pemerintah Daerah Kotapraja Pekalongan. Suster-suster bekerja sebagai pegawai negeri. Tahun 1966, rumah sakit oleh Kotapraja pengelolaannya diserahkan gubernur dan selanjutnya diserahkan kepada Pemerintah Kabupaten Pekalongan. Suster-suster diharuskan keluar dari rumah sakit. Segala usaha untuk mendapatkan kembali rumah sakit tersebut tidak berhasil. Tahun 1966, Suster-suster mendirikan Rumah Bersalin “Budi Rahayu” di Jalan Barito No. 5 Pekalongan. Masyarakat lebih mengenal

dengan nama “Klinik Magdalena” (nama Bidan, seorang suster) daripada nama Budi Rahayu. Tahun 1972-1975, banyak masukan berupa usulan agar rumah bersalin ditingkatkan karena banyaknya masyarakat yang berobat atau dirujuk ke Semarang. Dengan usaha keras dan berbenah melengkapi sarana dan prasarana yang diharuskan oleh peraturan yang ada, dirintis rumah bersalin menjadi rumah sakit. Tahun 1975, dengan Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan No. 202/Yan.Kes./I.0/1975 pada tanggal 15 Mei 1975 Rumah Bersalin Budi Rahayu diresmikan oleh Kepala Kantor Wilayah (Kakanwil) Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah menjadi Rumah Sakit Umum Budi Rahayu.

Para Suster Bunda Maria yang memiliki motto “ Betapa Baiknya Tuhan Yang Maha Baik” ingin ikut serta berperan dalam upaya pelayanan kesehatan dalam bidang rumah sakit, rumah bersalin, beberapa balai pengobatan disamping karya lain dibidang pendidikan, Pastoral dan sosial (panti asuhan).

4.1.2. Visi, Misi, Falsafah, Motto Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan

Adapun Visi Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan adalah rumah Sakit Umum Budi Rahayu Pekalongan dengan pelayanannya ingin menjadi rumah sakit pilihan masyarakat Pekalongan dan sekitarnya.

Misi Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan adalah memberi pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Sedangkan falsafah Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan adalah :

1. Hormat akan kehidupan.
2. Tiap manusia diciptakan oleh Tuhan dengan kepribadian yang unik.
3. Kelahiran, kesehatan, penderitaan dan kematian memiliki hikmah khusus bagi manusia.
4. Manusia diandang secara utuh baik jasmani, jiwa, rohani, maupun sosial.
5. Pelayanan yang kita berikan selalu ramah, ugahari, hormat, adil, dan bermutu.
6. Perlunya kerjasama dengan lembaga/institusi sejenis baik pemerintah maupun swasta.
7. Mengusahakan lingkungan yang memberi rasa aman dan tertib.
8. Kepuasan pelanggan diutamakan.

Motto Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan adalah bermutu dalam pelayanan.

4.1.3. Struktur Organisasi

Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan, yang terletak di Jl. Barito No. 5 Pekalongan, berada di bawah Yayasan Santa Maria yang dimiliki oleh Tarekat Suster-Suster Santa Bunda Maria (SND). Struktur organisasi Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan, terdiri dari Yayasan Santa Maria, Komite (Etika dan Medis), Direktur dan Wakil Direktur, Kepala Bidang (Pelayanan Medis, Keperawatan), Kepala Bagian (Administrasi Umum, Keuangan dan Akuntansi), Kepala Seksi (Pelayanan Medis, Penunjang Medis, Pengembangan Staf dan Etika, Askep dan Mutu), Kepala Sub Bagian (Personalia, Rekam Medis, Rumah Tangga, Tata Usaha, Keuangan, Akuntansi), Instalasi (Rawat Inap/Jalan, Gawat Darurat, Kamar Operasi, Laboratorium, Radiologi, Farmasi). Adapun gambar struktur organisasinya dapat dilihat pada lampiran 5.

4.1.4. Ketenagaan Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan

1. Medis
 - a. Jumlah Dokter Umum : 6 orang (full timer)
 - b. Jumlah Dokter Spesialis : 23 orang (dokter tamu)
2. Paramedis
 - a. Jumlah Perawat : 11 orang
 - b. Jumlah Bidan : 6 orang

- c. Jumlah POS : 39 orang
 - d. Jumlah Tenaga Penunjang Medis : 27 orang
3. Non Medis : 84 orang

4.1.5. Fasilitas Pelayanan

- 1. Rawat Jalan.
 - a. UGD.
 - b. Poliklinik Umum.
 - c. KIA.
 - d. Poli Spesialis Anak.
- 2. Rawat Inap.
- 3. Pelayanan Penunjang.
 - a. Penunjang Medis : Farmasi, Laboratorium, Radiologi dan USG, gizi, kamar operasi, Kamar Bersalin (V.K.).
 - b. Penunjang Umum : tata usaha dan administrasi, kamar cuci, tehnik/pertukangan, keamanan, Ambulance, mobil jenazah, kebersihan.

4.2 . Gambaran Umum Profil Responden

Adapun profil dari 100 responden, tersaji dalam data deskriptif. Penyajian data diskriptif penelitian bertujuan agar dapat dilihat profil dari data penelitian tersebut dan hubungan yang ada antar variabel yang digunakan dalam

penelitian tersebut (Hair, Jr. et. al.,1995). Data ini diperlukan untuk menggambarkan keadaan atau kondisi responden yang merupakan informasi tambahan untuk memahami hasil-hasil penelitian.

4.2.1. Responden Berdasarkan Pendidikan

Data deskriptif tentang pendidikan responden, dapat dilihat dalam Tabel 4.1. sebagai berikut :

Tabel 4.1.
Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	Prosentase
SD	12	14%
SMP	16	16%
SMA	38	38%
AKADEMI	20	20%
UNIVERSITAS	14	12%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.1. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA sebesar 38%, kemudian disusul Akademi sebesar 20%, SMP sebesar 16%, sedangkan Universitas sebesar 14% dan SD sebesar 12%.

4.2.2. Responden Berdasarkan Agama

Data deskriptif tentang agama responden, dapat dilihat dalam Tabel 4.2. sebagai berikut :

Tabel 4.2.
Responden Berdasarkan Agama

Agama	Jumlah	Prosentase
Islam	52	52%
Katolik	17	17%
Kristen Protestan	15	15%
Budha	11	11%
Hindu	-	-
Lain-lain	5	5%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.2. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden beragama Islam sebesar 52%, kemudian disusul Katolik sebesar 17%, Kristen Protestan sebesar 15%, Sedangkan Budha sebesar 11%, dan lainnya sebesar 5%.

4.2.3. Responden Berdasarkan Usia

Data deskriptif tentang usia responden, dapat dilihat dalam Tabel 4.3. sebagai berikut :

Tabel.4.3.
Responden Berdasarkan Usia

Usia Responden	Jumlah	Prosentase
Kurang dari 25 th	9	9%
Antara 26 th – 30 th	20	20%
Antara 31 th – 40 th	40	40%
Lebih dari 40 th	31	31%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.3. dapat dilihat bahwa usia responden terbanyak adalah antara 31 tahun sampai 40 tahun, yaitu sebesar 40% disusul usia lebih dari 40 tahun sebesar 31%, kemudian disusul responden berumur diantara 26 tahun sampai 30 tahun sebesar 20% dan usia kurang dari 25 tahun sebesar 9%.

4.2.4. Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.4.
Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase
Wanita	58	58%
Pria	42	42%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.4. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden adalah berjenis kelamin wanita yaitu sebesar 58% dan responden yang berjenis kelamin pria sebesar 42 %.

4.2.5. Responden Berdasarkan Status Perawatan

Data deskriptif tentang status perawatan responden, dapat dilihat dalam Tabel 4.5. sebagai berikut :

Tabel 4.5.
Responden Berdasarkan Status Perawatan

Status Perawatan	Jumlah	Prosentase
Pertama kali	54	54%
Bukan pertama	46	46%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.5. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden pertama kali dirawat sebesar sebesar 54%, kemudian bukan pertama sebesar 46%.

4.2.6. Responden Berdasarkan Pekerjaan

Data deskriptif tentang pekerjaan, dapat dilihat dalam Tabel 4.6. sebagai berikut :

Tabel 4.6.
Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase
Pelajar/Mahasiswa	10	10%
PNS/TNI/Pensiunan	31	31%
Pegawai Swata	21	21%
Wiraswasta	14	14%
Petani	19	19%
Tidak Bekerja	5	5%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.6. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden sebagai PNS/TNI/Pensiun sebesar 31%, kemudian disusul pegawai swasta sebesar 21%,

petani sebesar 19%, wiraswasta sebesar 14%, kemudian pelajar/mahasiswa sebesar 10% dan tidak bekerja sebesar 5%.

4.2.7. Responden Berdasarkan Penghasilan

Data deskriptif penghasilan responden, dapat dilihat dalam Tabel 4.7. sebagai berikut :

Tabel 4.7.
Reponden Berdasarkan Penghasilan

Penghasilan	Jumlah	Prosentase
Kurang dari Rp 500. 000	29	29%
Rp 500.000 s/d kurang dari Rp 1.000.000	23	23%
Rp1.000.000 s/d kurang dari Rp 1.500.000	24	24%
Lebih dari Rp 1.500.000	24	24%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.7. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden mempunyai penghasilan kurang dari Rp 500.000 sebesar 29%, kemudian penghasilan Rp 1.000.000 s/d kurang dari 1.500.000 sebesar 24%, penghasilan lebih dari Rp 1.500.000 sebesar 24%. Sedangkan penghasilan Rp 500.000 s/d kurang dari Rp 1.000.000 sebanyak 23%.

4.2.8. Responden Berdasarkan Inisiatif Perawatan

Data deskriptif tentang inisiatif perawatan, dapat dilihat dalam Tabel

4.8. sebagai berikut :

Tabel 4.8.
Inisiatif Perawatan

Inisiatif	Jumlah	Prosentase
Sendiri	65	65%
Dikirim dokter	35	35%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.8. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berinisiatif sendiri sebesar 65%, kemudian dikirim dokter sebesar 35%.

4.2.9. Responden Berdasarkan Penanggungungan Biaya Pengobatan

Data deskriptif tentang penanggungungan biaya pengobatan responden, dapat dilihat dalam Tabel 4.9. sebagai berikut :

Tabel 4.9.
Penanggungungan Biaya Pengobatan

Biaya Pengobatan Ditanggung	Jumlah	Prosentase
Sendiri	84	84%
Kantor	13	13%
Asuransi	3	3%
Jumlah	100	100%

Sumber : Data Primer yang diolah, 2001

Dari Tabel 4.9. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden menanggung biaya pengobatan sendiri sebesar 84%, kemudian disusul kantor sebesar 13% dan Asuransi sebesar 3%.

4.3. Teknik Analisis

Dalam analisis data pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis, sebagai variabel independen dan variabel kepuasan pasien sebagai variabel dependen. Adapun langkah yang ditempuh adalah uji reliabilitas dan validitas, uji penyimpangan asumsi klasik, terdiri dari uji normalitas data, multikolinieritas, dan heterokedastisitas. Uji autokorelasi tidak perlu, karena biasanya dipakai untuk menguji data sekunder. Setelah lolos uji realibilitas dan validitas, uji penyimpangan asumsi klasik, kemudian data baru dianalisis dengan regresi berganda untuk memperoleh model yang sesuai (*best fit*).

4.3.1. Uji Reliabilitas dan Validitas

Uji reliabilitas kuesioner dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui konsistensi derajat ketergantungan dan stabilitas dari alat ukur. Dari hasil uji reliabilitas yang dilakukan dengan program statistik SPSS 10.0 didapat bahwa hasil korelasi Alpha dari Cronbach lebih besar dari 0.7 (lihat tabel 4.10) untuk empat variabel penelitian yaitu kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi

strategis sebagai variabel independen serta variabel kepuasan pasien sebagai variabel dependen. Kuesioner dikatakan reliabel jika mempunyai nilai korelasi Alpha dari Cronbach di atas 0.7 (Singgih, 2000), maka dapat disimpulkan, hasil pengujian kuesioner reliabel.

Uji validitas kuesioner dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui kehandalan kuesioner. Namun sebelum data dikumpulkan terlebih dahulu dipanelkan. Sistem panel digunakan untuk mencoba kuesioner yang telah dibuat untuk diuji cobakan kepada responden serta pihak yang berkaitan dengan masalah rumah sakit. Adapun daftar panelis dapat dilihat pada lampiran 4. Setelah data terkumpul, kemudian diuji validitas kuesionernya. Kuesioner dikatakan valid, mempunyai arti bahwa kuesioner mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Dari hasil uji validitas item yang dilakukan dengan program statistik SPSS 10.0 didapat hasil korelasi untuk masing-masing item dengan skor total didapat harga *Correlation Adjusted/Corrected Item-Total Correlation* (lihat lampiran) . Hasil perhitungan yang dilakukan menunjukkan hasil yang baik, karena syarat minimum yang harus dipenuhi agar kuesioner dikatakan valid adalah lebih besar dari 0.239 (Singgih, 2000) terpenuhi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner dikatakan valid (lihat lampiran). Adapun ringkasan hasil perhitungan dapat dilihat pada tabel 4.10. di bawah ini.

Tabel 4.10.
Ringkasan Hasil Perhitungan Realibilitas

Variabel	Hasil Perhitungan Reliabilitas Alpha Cronbach	Variabel Indikator	Keputusan
Kepuasan Pasien	0.8642	X1 X2 X3 X4 X5 X6	Reliabel
Kualitas Pelayanan	0.8894	X7 X8 X9 X10 X11	Reliabel
Kepuasan Hidup	0.8639	X12 X13 X14 X15 X16 X17 X18 X19	Reliabel
Lokasi Strategis	0.9558	X20 X21 X22	Reliabel
POOL	0.8999	22 ITEM	Reliabel

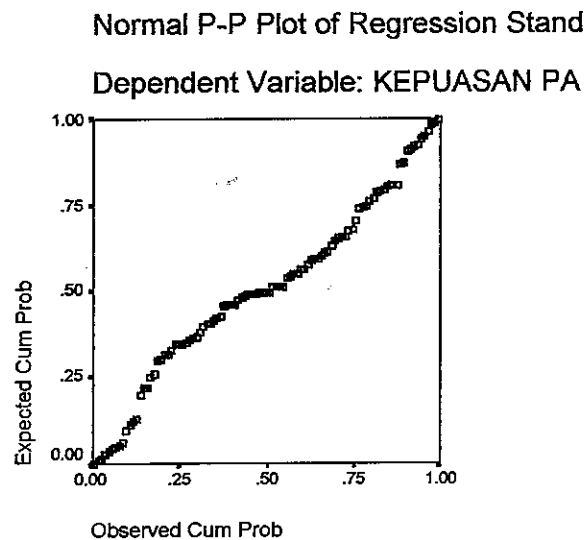
Sumber : Output Hasil Estimasi (Lampiran2)

4.3.2. Pengujian Asumsi Klasik

Suatu model dinyatakan baik dan dapat dipakai untuk memprediksi apabila sudah lolos dari serangkaian uji asumsi klasik. Oleh karena itu sebelum dilakukan pengujian hipotesis terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data, multikolinearitas dan heteroskedastisitas.

4.3.2.1. Uji Normalitas

Dalam uji normalitas data dalam penelitian ini dengan menggunakan uji secara grafis, yaitu uji normal *P-P plot of Regression Standardized Residual* (Singgih,2000). Hasil dari uji normalitas data secara grafis tersebut dapat dilihat pada Gambar 4.1. di bawah ini.



Gambar 4.1.

Sumber : Output Hasil Estimasi (Lampiran 2)

Dari gambar 4.1. tersebut tampak bahwa titik-titik perpaduan antara variabel *Observed Cum Prob* dengan *Expected Cum Prob* menyebar di sekitar garis diagonal, serta penyebarannya mengikuti arah garis diagonal. Menurut Singgih (2000), deteksi penyebaran data yang memenuhi asumsi normalitas data adalah data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti

arah garis diagonal. Maka dapat disimpulkan model regresi layak dipakai sebagai suatu model yang baik, karena memenuhi asumsi normalitas data.

4.3.2.2. Uji Multikolinearitas

Sebelum melakukan pengujian hipotesa dengan analisis regresi berganda terlebih dahulu data yang ada, diuji dan dideteksi kemungkinan adanya multikolinearitas. Tujuannya adalah untuk menguji apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel independen. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan *Variance Inflation Factor (VIF)*, *Tolerance*, untuk mendeteksi adanya multikolinearitas. Hasil perhitungan output regresi pada kolom *VIF* dan *Tolerance*, untuk variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis terlihat pada Tabel 4.11.

Tabel 4.11.
Nilai VIF (Variance Inflation Factor) dan Tolerance

Variabel	Tolerance	VIF
Kualitas Pelayanan	0.787	1.271
Kepuasan Hidup	0.837	1.194
Lokasi Strategis	0.714	1.401

Sumber : Output Hasil estimasi (Lampiran 2)

Dari Tabel 4.11. tampak bahwa *VIF* untuk semua variabel penelitian menunjukkan angka disekitar 1. Demikian juga nilai *Tolerance* mendekati 1. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ketiga variabel independen yang

digunakan tidak ada indikasi terjadi multikolinearitas antar variabel independen.

Disamping itu, digunakan matrik korelasi order nol untuk menguji adanya gejala multikolinearitas antar variabel independen. Matrik korelasi order nol terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.12.
Zero-Order Correlation Matrix

	Kualitas Pelayanan	Kepuasan Hidup	Lokasi Strategis
Kualitas Pelayanan	1	0.260	0.453
Kepuasan Hidup	0.260	1	0.393
Lokasi Strategis	0.453	0.393	1

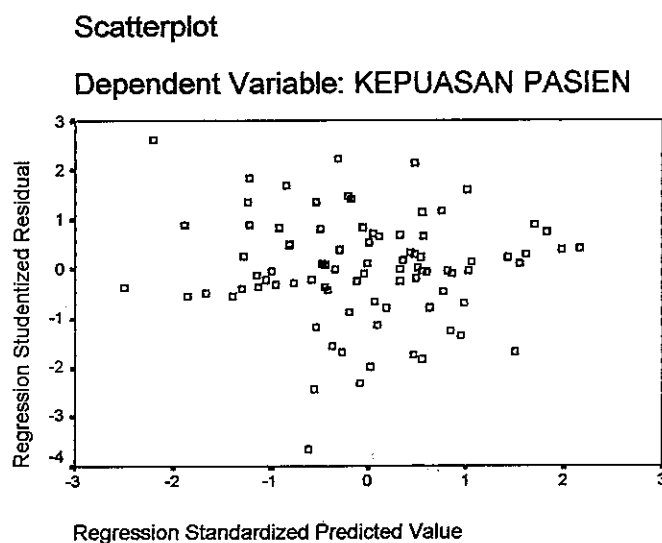
Sumber : Output Hasil Estimasi (Lampiran 2)

Dari tabel di atas terlihat bahwa korelasi antar variabel independen, semuanya berada di bawah 0.5. hal ini menunjukkan tidak adanya problem multikolinearitas.

4.3.2.3. Uji Heteroskedastisitas

Pengujian heteroskedastisitas bertujuan untuk menguji apakah dalam sebuah model regresi terjadi ketidaksamaan *varians* dari *residual* dari satu pengamatan ke pengamatan lain. Jika *varians* dari residual dari satu pengamatan ke pengamatan lain tetap, maka disebut homoskedastisitas dan

jika varians berbeda disebut heteroskedastisitas. Untuk menguji adanya heterokedastisitas digunakan pengujian secara grafis atau plot sebaran data (*scatter plot*). Pada gambar dibawah ini dapat dilihat grafik *scatter plot* yang menunjukkan tidak ada pola tertentu dimana titik-titik (*point-point*) menyebar secara acak dan disekitar angka 0 baik disumbu X maupun sumbu Y. Menurut Singgih (2000), model tidak mengalami masalah heterokedastisitas jika *Scatterplot Plot Of Regression Standadized Predicted Value* dengan *Standadized Residual* berada disekitas angka 0. Adapun grafik dari persamaan dapat dilihat pada gambar 4.2. di bawah ini :



Gambar 4.2.

Sumber : Output Hasil Estimasi (Lampiran 2)

Dari grafik di atas terlihat bahwa *Scatterplot Plot Of Regression Standadized Predicted Value* dengan *Standadized Residual* berada disekitar

angka 0. Dengan demikian persamaan regresi tersebut di atas tidak mengalami masalah heterokedastisitas.

4.3.3. Analisis Regresi

Secara umum, analisis regresi pada dasarnya adalah studi mengenai ketergantungan variabel dependen (terikat) dengan satu atau lebih variabel independen (variabel penjelas/bebas), dengan tujuan untuk mengestimasi dan/atau memprediksi rata-rata populasi atau nilai rata-rata variabel dependen berdasarkan nilai variabel independen yang diketahui (Gujarati, 1995). Ketepatan fungsi regresi sampel dalam menaksir nilai aktual dapat diukur dari goodness of fitnya. Secara statistik, setidaknya ini dapat diukur dari nilai statistik t, nilai statistik F dan koefisien determinasinya (Imam Ghozali, 2001).

Uji F bertujuan untuk mengetahui apakah variabel independen secara bersama-sama mempunyai pengaruh terhadap variabel dependen. Uji t-test bertujuan untuk mengetahui apakah variabel independen secara parsial mempunyai pengaruh terhadap variabel dependen. Koefisien Determinasi (R^2) pada intinya mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel dependen.

Untuk menguji adanya pengaruh yang signifikan atau tidak antara variabel dependen dan independen yang diteliti akan digunakan uji t.

Adapun tahap-tahapnya :

1. Menentukan hipotesis :

H_0 : Tidak ada pengaruh dari variabel independen terhadap variabel dependen.

H_1 : Ada pengaruh dari variabel independen terhadap variabel dependen.

2. Kriteria pengujian :

- Jika t hitung (statistik) < t tabel atau probabilitas signifikansi > α , maka H_0 diterima.

- Jika t hitung (statistik) > t tabel atau probabilitas signifikansi < α , maka H_1 ditolak.

3. Tingkat signifikansi alpha 5%

$$df = n - 4 = 100 - 4 = 96$$

$$t \text{ tabel } (0,05;96) = 1.980$$

Hasil perhitungan regresi untuk t hitung dapat dilihat dalam tabel 4.13.

berikut ini :

Tabel 4.13.
Ringkasan Hasil Regresi

Variabel	Koefisien Regresi	t	Sig.	Keterangan
(Constant)	3.057	4.760	0.000	Signifikan
Kualitas Pelayanan	0.342	5.517	0.000	Signifikan
Kepuasan Hidup	0.194	2.561	0.012	Signifikan
Lokasi Strategis	0.128	3.205	0.002	Signifikan
R ²	0.509			
F-hitung (signifikan)	33.225 (0.000)			
N	100			
Σ var. signifikan	3 dari 3 (semua signifikan)			

Dependent Variable:

Kepuasan Pasien

Sumber : Output Hasil Estimasi (Lampiran 2)

Analisis regresi berganda dengan melihat besarnya koefisien regresi secara parsial dilakukan untuk menguji pengaruh masing-masing variabel independent yaitu variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis terhadap variabel dependen yaitu kepuasan pasien. Berdasarkan analisis regresi berganda diperoleh parameter koefisien regresi, t signifikan, dan t hitung seperti pada Tabel 4.13.

Berdasarkan analisis regresi dari Tabel 4.13. di atas, maka persamaan model penelitian ini adalah :

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + e$$

$$Y = 3,057 + 0,342 X_1 + 0,194 X_2 + 0,128 X_3$$

$$t_{hit} (4,760) (5,517) (2,561) (3,205)$$

$$F_{hit} = 33,225 \quad R^2 = 0,509$$

4.3.3.1. Uji t (Uji Slope)

a. Pengujian Hipotesis Pertama

H_0 : Kualitas pelayanan tidak berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien.

Parameter estimasi antara variabel kepuasan pasien dengan kualitas pelayanan yang dibentuk menghasilkan nilai t hitung 5.517. Dapat dilihat bahwa nilai t hitung lebih besar dari t tabel untuk df sebesar 96 tingkat signifikansi sebesar 5% yaitu 1.980, sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis H_0 ditolak pada tingkat signifikansi 5%. Dalam hal ini juga dilihat P-value sebesar 0.000, karena P- *value* kurang dari 0.05, maka hipotesis H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan adalah signifikan mempengaruhi kepuasan pasien dalam menggunakan jasa rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Apabila pihak rumah sakit ingin meningkatkan kepuasan pasiennya yang menggunakan jasa rawat inap, maka pihak rumah sakit harus meningkatkan kualitas pelayanannya kepada pasien rawat inap. Sehingga pada akhirnya pendapatan rumah sakit dari jasa rawat inap akan meningkat.

b. Pengujian Hipotesis Kedua

H_0 : Kepuasan hidup tidak berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien.

Parameter estimasi antara variabel kepuasan pasien dengan kepuasan hidup yang dibentuk menghasilkan nilai t hitung 2.561. Dapat dilihat bahwa nilai t hitung lebih besar dari t tabel untuk df sebesar 96 tingkat signifikansi sebesar 5% yaitu 1.980, sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis H_0 ditolak. pada tingkat signifikansi 5%. Dalam hal ini juga dilihat dari P-value sebesar 0,000, karena P-value kurang dari 0,05, maka hipotesis H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kepuasan hidup adalah signifikan mempengaruhi kepuasan pasien dalam menggunakan jasa rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Jika manajemen rumah sakit ingin meningkatkan kepuasan pasien yang menggunakan jasa rawat inap, maka faktor kepuasan hidup perlu ditingkatkan. Namun faktor ini sukar untuk ditingkatkan oleh pihak rumah sakit, karena faktor ini menyangkut persepsi setiap individu pasien atas dirinya sendiri. Pihak rumah sakit hanya bisa memberikan pelayanan yang baik dan menyenangkan, sehingga faktor kepuasan hidup pasien cenderung meningkat.

c. Pengujian Hipotesis Ketiga

H_0 : Lokasi strategis : tidak berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien

Parameter estimasi antara variabel kepuasan pasien dengan lokasi yang dibentuk menghasilkan nilai t hitung 3.205. Dapat dilihat bahwa nilai t hitung lebih besar dari t tabel untuk df sebesar 96 tingkat

signifikansi sebesar 5% yaitu 1.980, sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis H_0 ditolak pada tingkat signifikansi 5%. Dalam hal ini juga dilihat P-value sebesar 0,012, karena P-value kurang dari 0,05, maka hipotesis H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa lokasi strategis adalah signifikan mempengaruhi kepuasan pasien dalam menggunakan jasa rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Untuk meningkatkan kepuasan pasien rawat inap, pihak rumah sakit perlu memperhatikan lokasi strategis rumah sakitnya. Namun faktor ini merupakan faktor yang sudah diambil pada saat pertama kali mendirikan rumah sakit. Dalam jangka panjang, perluasan rumah sakit perlu dilakukan atau perlunya pihak rumah sakit memindah lokasi rumah sakitnya agar lebih strategis, agar pengguna jasa rumah sakit lebih mudah menjangkaunya.

4.3.3.2. Uji F-Test (Uji Signifikansi Simultan)

Uji F dilakukan untuk menguji apakah terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis terhadap kepuasan pasien.

Secara keseluruhan variabel-variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit berpengaruh signifikan secara simultan (bersama-sama) terhadap kepuasan pasien pada alpha 5%

sebagaimana diperlihatkan pada $F_{sign} < \alpha 5\%$. Penerimaan hipotesis untuk persamaan penelitian dengan hasil F hitungnya adalah 33.225 dengan P -value sebesar 0,000. Hal ini berarti perubahan kepuasan pasien dapat dijelaskan oleh perubahan yang terjadi pada seluruh variabel-variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis. Sehingga dapat disimpulkan model ini baik digunakan untuk melihat pengaruh variabel-variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit terhadap kepuasan pasien.

4.3.3.3. Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi (R^2) pada intinya mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel dependen. Nilai determinasi adalah diantara nol dan satu. Nilai R^2 yang kecil berarti kemampuan variabel-variabel independen dalam menjelaskan variasi variabel dependen amat terbatas. Secara umum koefisien determinasi untuk data silang (Crosssection) relatif rendah karena adanya variasi yang besar antara masing-masing pengamat (Imam Ghozali, 2001).

Dari hasil perhitungan menghasilkan nilai R square sebesar 0.509 yang berarti bahwa 50.9 % variabel dependen yaitu kepuasan pasien dapat dijelaskan oleh variabel independen yaitu variabel kualitas pelayanan,

kepuasan hidup dan lokasi strategis. Sedangkan sisanya 49.1% disebabkan oleh variabel lain di luar model penelitian.

4.3.4. Interpretasi Ekonomi

Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit, berpengaruh terhadap kepuasan pasien yang menggunakan jasa rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Namun diantara variabel tersebut, variabel kualitas pelayanan mempunyai pengaruh yang paling besar (sebesar 0.342).

Varibel kualitas pelayanan sangat mempengaruhi kepuasan pasien yang menggunakan jasa rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu. Hal ini dilihat dari koefisien regresinya, yaitu sebesar 0.342. Dapat dikatakan bahwa semakin baik kualitas pelayanannya, maka semakin puas pula pasien dalam menggunakan jasa rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Sehingga apabila pihak Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan ingin meningkatkan kepuasannya yang menggunakan jasa rawat inap, maka perlu meningkatkan kualitas pelayanannya.

Varibel kepuasan hidup menduduki urutan kedua setelah kualitas pelayanan, sebagai faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Hal ini ditunjukkan melalui koefisien regresinya sebesar 0.194. Variabel kepuasan hidup diukur dari item-

item kesenangan dalam aktivitas sehari-hari, kehidupan yang penuh arti, tujuan, suasana pikiran, pandangan terhadap diri sendiri, pandangan tentang kesehatan, keamanan keuangan dan kontak sosial (Duffy, 1998). Kepuasan dalam hidup adalah mengacu kepada dimensi pengaruh positif dan negatif dari kepuasan dalam kehidupan seseorang (Duffy, 1998). Untuk meningkatkan kepuasan pasien yang menggunakan jasa rawat inap, faktor kepuasan hidup perlu ditingkatkan. Namun faktor ini sukar untuk ditingkatkan oleh pihak rumah sakit, karena menyangkut persepsi pasien atas kondisi diri pribadinya sendiri. Pihak rumah sakit hanya bisa memberikan pelayanan yang baik dan menyenangkan, sehingga faktor kepuasan hidup cenderung meningkat.

Variabel lokasi strategis merupakan faktor ketiga, yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien dalam menggunakan jasa rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan. Hal ini ditunjukkan dengan koefisien regresinya sebesar 0.12. Variabel lokasi strategis diukur dari item-item seperti akses ke transportasi, dekat dengan rumah/tempat tinggal (Berman dan Evans, 1995); dekat dengan tempat bekerja (Fisher dan Anderson, 1990). Untuk meningkatkan kepuasan pasien, maka faktor lokasi strategis perlu ditingkatkan. Namun faktor ini merupakan faktor tetap yang sulit untuk ditingkatkan karena keputusan mendirikan rumah sakit sudah diambil pada saat pertama kali rumah sakit tersebut berdiri. Dalam jangka panjang,

perluasan rumah sakit perlu dilakukan atau perlunya pihak rumah sakit memindah lokasi rumah sakitnya agar lebih strategis agar pengguna jasa rumah sakit lebih mudah menjangkaunya.

BAB V KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

5.1. Kesimpulan

Dari analisis data dan pembahasan yang telah dilakukan, maka kesimpulan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Hasil analisis regresi berganda terlihat bahwa variabel independen X_1 (kualitas pelayanan) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel Y (kepuasan pasien). Besarnya pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien adalah positif yaitu sebesar 0,342. Dengan hasil ini, hipotesis pertama yang diajukan dalam penelitian ini yaitu kualitas pelayanan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien, terbukti.
2. Hasil analisis regresi berganda terlihat bahwa variabel independen X_2 (kepuasan hidup) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel Y (kepuasan pasien). Besarnya pengaruh kepuasan hidup terhadap kepuasan pasien adalah positif yaitu sebesar 0,194. Dengan hasil ini, hipotesis kedua yang diajukan dalam penelitian ini yaitu kepuasan hidup berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien, terbukti.
3. Hasil analisis regresi berganda terlihat bahwa variabel independen X_3 (lokasi strategis) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel Y (kepuasan pasien). Besarnya pengaruh lokasi strategis terhadap kepuasan pasien adalah positif yaitu sebesar 0,128. Dengan hasil ini, hipotesis

ketiga yang diajukan dalam penelitian ini yaitu lokasi strategis berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien, terbukti.

4. Variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis secara simultan/bersama-sama memberikan pengaruh yang positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien. Hal ini ditunjukkan dengan nilai F hitung yang lebih besar dari F tabel, yaitu 33,225, dengan signifikansi 0,000. Besarnya koefisien determinasi (R^2) untuk $\alpha = 5\%$ adalah 0,509. Hal ini berarti variabel independen yaitu kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis mampu menjelaskan sebesar 50,9 % terhadap variabel dependen (kepuasan pasien). Sisanya 49,1 % dipengaruhi oleh variabel lain di luar model penelitian ini.

Dari hasil estimasi yang diperoleh menunjukkan bahwa tiga variabel independen semuanya positif dan signifikan mempengaruhi kepuasan pasien rawat inap, dengan R^2 dan F-hitung yang baik. Dengan demikian model persamaan regresi bisa menjelaskan dalam penelitian ini (*best fit*).

5.2. Implikasi

5.2.1. Implikasi Teoritis

Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui pengaruh kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit terhadap kepuasan pasien rawat inap. Penelitian tentang kepuasan konsumen terhadap kualitas pelayanan, dirasakan belum lengkap tanpa tambahan

varibel-variabel lain. Duffy (1998) dalam penelitiannya menggambarkan bahwa kepuasan konsumen disamping dipengaruhi oleh kualitas pelayanan (*service quality*), juga dipengaruhi oleh varibel lain yaitu kepuasan hidup (*life satisfaction*). Lebih lanjut dinyatakan bahwa, keterbatasan penelitiannya, perlunya ditambahkan variabel lainnya agar dapat menggambarkan kepuasan konsumen. Penelitian ini telah dilakukan untuk menghasilkan sebuah bukti empirik bahwa selain kualitas pelayanan (*service quality*) dan kepuasan hidup (*life satisfaction*), lokasi strategis rumah sakit dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan (*service quality*), kepuasan hidup (*life satisfaction*) dan lokasi strategis rumah sakit, berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap. Studi yang dilakukan oleh Fisher dan Anderson (1990), lokasi strategis rumah sakit menjadi faktor yang penting bagi pasien, yaitu lokasi yang dekat dengan tempat tinggal/rumah dan dekat dengan tempat bekerja. Dengan demikian hasil penelitian ini juga memperkuat hasil penelitian yang sudah dilakukan.

5.2.2. Implikasi Manajerial

Penelitian ini berhasil memperoleh bukti empiris bahwa variabel kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pasien inap rawat. Dari hasil analisis terlihat bahwa variabel kualitas pelayanan mempunyai pengaruh yang relatif kuat dibandingkan variabel kepuasan hidup dan lokasi strategis. Dari hasil ini

dapat dibuat implikasi manajerial yaitu jika kepuasan pasien merupakan tujuan institusi, maka dapat dilakukan dengan meningkatkan kualitas pelayanan. Diketahui bahwa variabel kualitas pelayanan terdiri dari item-item : berwujud (tangible), kehandalan (reliable), ketanggapan (responsiveness), keyakinan (assurance) dan kepedulian (emphaty). Jika dilihat dari rata-rata skor persepsi variabel indikator dari variabel kualitas pelayanan terlihat bahwa indikator ketanggapan mempunyai skor terendah kemudian sisusul berwujud, kepedulian dan keyakinan. Dengan skor persepsi ketanggapan yang rendah diartikan bahwa variabel tersebut masih perlu ditingkatkan untuk mendapat skor yang maksimum.

Besar pengaruh variabel kepuasan hidup adalah terbesar kedua setelah kualitas pelayanan. Variabel ini cenderung sukar untuk mendapat perlakuan karena menyangkut persepsi individu (pasien) yang berkaitan dengan diri pribadinya sendiri. Pihak rumah sakit hanya dapat memberikan pelayanan yang baik dan menyenangkan pasien, sehingga faktor kepuasan hidup cenderung meningkat.

Sedangkan variabel lokasi strategis rumah sakit merupakan faktor tetap yang sulit untuk mendapat perlakuan, yang merupakan suatu keputusan yang sudah diambil pada saat pertama kali rumah sakit dibangun. Namun dalam jangka pangjang, pihak rumah sakit perlu memperluas rumah sakitnya dan jika memungkinkan memindah lokasi rumah sakit yang lebih strategis sehingga pengguna jasa rumah sakit mudah mencapainya atau menjangkaunya.

5.3. Saran

Jika dilihat dari hasil penelitian terbukti faktor kualitas pelayanan merupakan variabel terpenting dalam mempengaruhi kepuasan pasien rawat inap. Sebagai konsekuensinya maka pihak Rumah Sakit Budi Rahayu dituntut untuk meningkatkan dan memperbaiki kualitas pelayanan. Adapun saran yang diajukan adalah :

1. Membuat ruang rawat inap nyaman mungkin, dengan menambah fasilitas publik yang lebih lengkap seperti koran, majalah, televisi dll.
2. Membuat evaluasi tentang kehandalan, yaitu kemampuan rumah sakit untuk melaksanakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.
3. Meningkatkan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dan peningkatan teknologi rumah sakit sehingga mampu meningkatkan pelayanan yang akurat dan cepat.
4. Meningkatkan keyakinan pasien dengan menampilkan citra sebagai rumah sakit yang bertumpu pada kemajuan teknologi, keramah tamahan dan kesopanan karyawan.
5. Meningkatkan kepedulian pada pasien dan pada masyarakat sekitar dengan membuat program-program sosial yang menyangkut pengguna jasa rumah sakit maupun masyarakat umum.

5.4. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dari penelitian ini adalah jumlah variabel independen yang diamati dalam model hanya tiga variabel. Untuk agenda penelitian yang akan datang perlu pengembangan model dengan menambah variabel lain serta dapat juga dilakukan dengan penambahan sampel (karena dalam penelitian jumlah sampel yang digunakan terbatas). Keterbatasan sampel pada studi ini disebabkan jumlah pasien yang melakukan rawat inap di Rumah Sakit Budi Rahayu Pekalongan adalah sangat terbatas.

5.5. Agenda yang Diusulkan untuk Penelitian yang Akan Datang

Dalam melakukan penelitian mengenai pengaruh kualitas pelayanan, kepuasan hidup dan lokasi strategis rumah sakit terhadap kepuasan pasien, dapat ditambah variabel loyalitas pasien dan kinerja pelayanan. Karena variabel ini cukup menarik untuk dimasukkan dalam model penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Angelia Tundan S. W. (2000), Evaluasi Kualitas Pelayanan Jasa Rawat Inap RSK Ngesti Waluyo, *Tesis Magister Manajemen*, Univesitas Diponegoro Semarang.
- Aryani, Y. Anni dan Rahmawati (1997), Studi Tentang Kepuasan Customer Sebagai Salah Satu Faktor yang Relevan Untuk Dapat Bersaing Dalam Pasar Global, *Persektif*, April-Juni 1997.
- Azwar, Azrul (1996), *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Edisi Kedua, Jakarta.
- Berman, Berry; Joel R. Evans (1995), *Retail Management, A Strategic Approach*, 6th Edition, Prentice Hall International, Inc. New Jersey.
- Bitner and Mary Jo (1990), Evaluating Service Encounters : Effects of Physical Surroundings and Employee Response, *Journal of Marketing*, Vol. 54 (April), No.2 Hal. 69-82.
- Bitner, M. J. and A. R. Hubbert (1994), *Endcounter Satisfaction Versus Overall Satisfaction Versus Quality : The Customer's Voice, in Service Quality, New Directions in Theory and Practice*, Eds R.T. Rust and R.I. Oliver, Thousand oaks, CA:Sage Publication.
- Bolton, Ruth N and James H Drew (1991), A Multistage Model of Consumer Assessments of Service Quality an Value, *Journal of Consumer Research*, Vol 17 (March).
- Boscarino, Joseph and Steven R. Steiber (1982), Hospital Shopping and Consumer Choise, *Journal of Health Care Marketing*, 2 (2), 15-23.
- Cronin, Joseph J and Steven A. Taylor (1992), Measuring Servive Quality : A Reexamination and Extention, *Journal of Marketing*, July Vol. 56, Hal 55-68.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Data Kesehatan (1995), *Kumpulan Indikator Kesehatan-Arti Dan Manfaatnya*, Edisi Pertama, Departemen Kesehatan, Jakarta.
- Djarwanto Ps dan Pangestu Subagyo (1985), *Statistik Induktif*, BPFE Yogyakarta, Edisi 4.

- Donabedian, A (1980), *Exploration in Quality and Monitoring*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- Donald J. Shemwell, Ugur Yavas and Zeynep Bilgin (1998), Customer Service Provider Relationship : An Empirical Test of Model of Service Quality, Satisfaction and Relationship Oriented Outcomes, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 9, No. 2.
- Duffy, Jo Ann M. and Alice A. Ketcand (1998), Examining The Role of Service Quality in Overall Service Satisfaction, *Journal of Management Issues*, Vol. X, Number 2, Hal. 240-255.
- Fisher, Caroline M. and Anderson, Claire J (1990), Hospital Advertising : Does It Influence Consumers ?, *Journal of Health Care Marketing (JHCM)*, Vol. 10 No. 4 Desember, pp. 40-46.
- Gotlieb, Grawal and Brown (1994), An Assesment of Realtionship Between Service Quality an Customer Satisfaction in the Formation of Customer Purchase Intention, *Journal of Retailing*, Vol 70, No 2.
- Gujarati, Damodar (1995), *Basic Economics*, 3rded., Mc-GrawHill, New York.
- Gunawan, Felix , *Kumpulan Sejarah Rumah Sakit Katholik di Indonesia*, Perdhaki Pusat, Jakarta.
- Hair, Jr. et.all (1998), *Multivariate Data Analysis*, 5rded. Prentice Hall.
- Handi Irawan D (2000), *Measuring Customer Satisfaction*, Santika Hotel, May 11-12 2000.
- Hisrich, Robert D. and Michael J. Peters (1982), Comparisons of Perceived Hospital Affiliation and Selection Criteria by Primary Market Segmnets, *Journal of Health Care Marketing*, 2 (3), 24-30.
- Imam Ghozali (2001), *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program SPSS*, Universitas Diponegoro,
- Malhotra, Naresh K. (1983), Stochastic Modeling of Consumer Preferences for Health Care Institutions, *Journal of Health Care Marketing*, 3 (4), 18-26.
- Meredith, Jack R.(1992), *The Management of Operations, A Conceptual Emphasis*, 4th Edition, John Wiley and Sons, Inc., New York.

- Oliver Richard (1993), Cognitive, Affective and Attribute Bases for the Satisfaction Response, *Journal of Consumer Research*, Vol 20, Desember.
- Parasuraman, A Valarie, A. Zeithaml and Leonard L, Berry (1985), A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, *Journal of Marketing*, Vol. 49, pp. 45-50.
- Parasuraman, A Valarie, A. Zeithaml and Leonard L, Berry (1988), A Multiple Item Scale For Measuring Consumer Perception or Future Research, *Journal of Marketing*, Vol. 49 No. 1.
- Powells (1986c), 74% of Consumers Not Influenced by Local Hospital Advertising, *Hospital*, 60 (October 5).
- Rachmasari (2001), Analisis faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Loyalitas Nasabah (Studi Kasus : Bank Mandiri (Persero) Eks Bank BDN Bangkong Plaza Semarang), *Tesis Magister Manajemen Universitas Diponegoro*, Semarang
- Singgih, Santoso (2000), *Buku Latihan SPSS Statistik Parametrik*, Elex Media Komputindo, Gramedia, Jakarta
- Soejadi (1996), *Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum*, Katiga Bina, Jakarta.
- Straub, Joseph T.: Raymond F. Atter (1994), *Introduction to Business*, 5th Edition, Wadsworth Publishing Company, Belmont, California.
- Sulastomo (2000), *Manajemen Kesehatan*, PT Gramedia Pustaka Umum, Jakarta.
- Tetra, Pujawan, dkk (1998), Analisis Faktor-Faktor Kualitas Layanan Yang Mempengaruhi Kepuasan Pelanggan Bank, *Jurnal Wacana*, Vol. 1 No. 2.
- Yazid (2001), *Pemasaran Jasa – Konsep dan Implementasi*, Ekonisia, Fakultas Ekonomi UII, Edisi Kedua, Yogyakarta.