

**ANALISIS PENGARUH KOMITMEN MANAJEMEN,
KOMPETENSI KARYAWAN DAN PROSES PELAYANAN INTERNAL
TERHADAP KUALITAS PELAYANAN, KINERJA, KEPUASAN INTERNAL
DAN KEPUASAN EKSTERNAL PUSKESMAS DI JAWA TIMUR**

1406173

DISERTASI

**Untuk memenuhi persyaratan
Memperoleh Gelar Doktor**



PERPUSTAKAAN PUSAT
UNIVERSITAS BRAWIJAYA MALANG

DES
658.314 22
NUS
a
2004
k.1

Oleh :

ASIH TRI RACHMI NUSWANTARI
9903020034

**PROGRAM STUDI ILMU EKONOMI
KEKHUSUSAN ILMU MANAJEMEN**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2004**





0400675

DISERTASI

**ANALISIS PENGARUH KOMITMEN MANAJEMEN, KOMPETENSI KARYAWAN
DAN PROSES PELAYANAN INTERNAL TERHADAP KUALITAS PELAYANAN,
KINERJA, KEPUASAN INTERNAL DAN KEPUASAN EKSTERNAL PUSKESMAS
DI JAWA TIMUR**

Oleh :

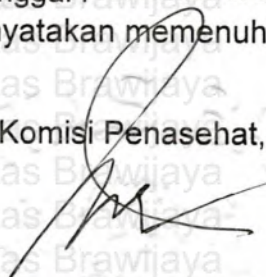
ASIH TRI RACHMI NUSWANTARI

Dipertahankan di depan penguji

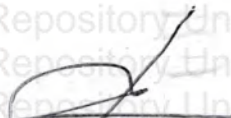
Pada Tanggal : **23 Oktober 2004**

Dan dinyatakan memenuhi syarat

Komisi Penasehat,


Prof. Dr. M. Syafiie Idrus, M.Ec.

Promotor


Prof. Dra. S.M. Kiptiyah, M.Sc.

Ko - Promotor 1


Prof. Dr. Bambang Swasto, ME.

Ko - Promotor 2

Ko - Promotor 3

Malang, **31 DEC 2004**

Universitas Brawijaya
Program Pascasarjana
Direktur,



Prof. Dr. H. Djianggan Sargowo, dr, SpPD., SpJP (K)
NIP. 130 531 873

JUDUL DISERTASI :

ANALISIS PENGARUH KOMITMEN MANAJEMEN, KOMPETENSI KARYAWAN DAN PROSES PELAYANAN INTERNAL TERHADAP KUALITAS PELAYANAN, KINERJA, KEPUASAN INTERNAL DAN KEPUASAN EKSTERNAL PUSKESMAS DI JAWA TIMUR

Nama Mahasiswa : Asih Tri Rachmi Nuswantari
Nim : 9903020034
Program Studi : Ilmu Ekonomi
Minat : Manajemen

KOMISI PROMOTOR :

Promotor : Prof. Dr.M.S. Idrus,MEc
Ko-Promotor : Prof.Dra.S.M. Kiptiyah,MSc
Ko-Promotor : Prof.Dr. Bambang Swasto, ME

TIM DOSEN PENGUJI :

Dosen Penguji 1 : Prof.Ahmad Sonhadji K.H.,M.A,Ph.D
Dosen Penguji 2 : Armanu Thoyib,SE,MSc,Ph.D
Dosen Penguji 3 : Solimun, Dr,Ir,MS
Dosen Penguji 4 : Prof.Dr.Rika S.Triyogo,dr,SKM

Tanggal Ujian Kelayakan Disertasi : 23 Oktober 2004
Tanggal Ujian Akhir Disertasi : 27 Nopember 2004

PERNYATAAN ORISINALITAS DISERTASI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam Naskah DISERTASI ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah disertasi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia DISERTASI ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (DOKTOR) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Malang,



Nama : Asih Tri Rachmi Nuswantari
NIM : 9903020034
PS : Program Doktor Ilmu Ekonomi
PPSUB

*Karyaku adalah baktiku untuk
nusa dan bangsaku
ibu dan bapakku
suami dan anak-anakku tersayang
Alas Yoyok, Mawan, Titi dan Riri*

RIWAYAT HIDUP

Nama : Asih Tri Rachmi Nuswantari
Tempat,tanggal lahir : Amuntai Kalsel, 05 September 1961
Pekerjaan : Ka.Bid. Kesehatan Keluarga dan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Malang.
Nama ayah : Rachman Harsono,BA
Nama ibu : Noerwati
Nama suami : Soko Wikardojo,ST,SE,MT
Nama anak : Soko Nuswantoro
Swasti Nuswantari
Astri Nuswantari

Pendidikan :

1. SDN Purwantoro Malang, 1973
2. SMP Cor Yesu Malang, 1976
3. SMAN III Malang, 1980
4. Dokter Unibraw Malang, 1988
5. Magister Manajemen Unibraw Malang, 1998

Pekerjaan / Jabatan :

1. Dokter fungsional Puskesmas Ciptomulyo Malang, 1989
2. Dokter fungsional Puskesmas Mulyorejo Malang, 1990
3. Kasie Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Malang, 1998
4. Kasubdin Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Malang, 2001
5. Kabid Kesehatan Keluarga dan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Malang, 2004
6. Dosen LB Fak. Ekonomi UNMUH Malang, 1998
7. Dosen LB Akademi Perawat UNMUH Malang, 1999
8. Dosen LB Fak. Kedokteran UNMUH Malang, 2001
9. Dosen LB Sekolah Tinggi Tehnik Malang, 2002

Kegiatan Organisasi

1. Ikatan Dokter Indonesia
2. Forum Komunikasi Pembangunan Kota Malang
3. Pramuka, Andalan Kwartir Cabang Malang

Penghargaan

1. Dokter Teladan Kota Malang, 1997

Malang, 27 Nopember 2004

Asih Tri Rachmi Nuswantari

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, Alhamdulillah atas perkenan-Nya kami dapat menyelesaikan penyusunan disertasi, setelah melalui bimbingan dan saran dari bapak-ibu Promotor, Ko-Promotor, dan tim penguji serta dukungan dari banyak pihak.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terimakasih kepada :

Bapak Prof.Dr. M. Syafii Idrus, Mec sebagai Promotor yang dalam kesibukannya yang padat dengan sabar telah memberikan bimbingan dan mendiskusikan materi, arahan dan semangat dalam penyelesaian studi.

Ibu Prof.Dra.S.M. Kiptiyah,MSc sebagai Ko-Promotor yang dalam kesibukannya yang padat telah membimbing dengan kasih seorang ibu menjaga pijar semangat yang kadang meredup.

Bapak Prof.Dr. Bambang Swasto, ME sebagai Ko-Promotor dalam kesibukannya yang padat dengan sabar telah memberikan bimbingan, arahan dan semangat dalam penyelesaian studi.

Bapak Prof.Ahmad Sonhadji K.H.,M.A,Ph.D, bapak Armanu Thoyib,SE,MSc,Ph.D, bapak Solimun,Dr,Ir,MS, ibu Prof.Dr.Rika S.Triyogo,dr,SKM sebagai tim penguji tidak saja menguji tetapi memberikan wawasan untuk memperkaya dan memperdalam materi disertasi.

Bapak Direktur dan pimpinan, serta bapak dan ibu dosen di Program Pascasarjana Jurusan Ilmu Ekonomi, Kekhususan Manajemen Universitas Brawijaya Malang.

Bapak Wallikota Malang yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengambil program Doktor di Universitas Brawijaya Malang.

Bapak dr Soebagyo Soetardjo,MS selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang yang dengan kelapangan dada dan kemuliaannya sebagai atasan sekaligus seorang bapak yang telah mengijinkan dan selalu memberikan motivasi untuk maju.

Rekan-rekan kerja di Sub Dinas Penyehatan Lingkungan : ibu Erni Triana,BSc, bapak Guswandi,SKM, ibu Khoiriyah,SKM, bapak Sutrisno,SKM, ibu Ambar Priyandani,Amd KL, mbak Diah Setyati,SKM yang telah ikhlas dan tetap berdedikasi tinggi menjalankan tugas walau sering tanpa didampingi penulis.

Bapak dr. Hendra Kasi Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi yang telah banyak membantu memberikan materi-materi yang penulis butuhkan

Rekan-rekan Kepala Puskesmas se Jawa Timur yang telah bersedia sebagai responden dalam penelitian ini.



Rekan-rekan kuliah seangkatan Program Pascasarjana Jurusan Ilmu Ekonomi Kekhususan Manajemen angkatan tahun 1999/2000, Universitas Brawijaya.

Rekan-rekan bapak Warsono beserta ibu, bapak Dr. Imam Hidayat yang telah banyak membantu dalam penyelesaian studi.

Bapak Oetojo Sardjito, banyak memberikan bimbingan dalam meniti kehidupan dan membantu dalam penyelesaian studi.

Bapak-ibuku, Rachman Harsono, BA, bapak-ibu mertua Drs. Widomoko, ST, Msi yang tak hentinya memberikan bimbingan, semangat dan kasihnya dalam penyelesaian studi.

Suamiku tercinta Soko Wikardojo, ST, SE, MT yang selalu mendorong untuk maju dan selalu menemani menapak kehidupan.

Anak-anakku tersayang : Soko Nuswantoro (Wawan), Swasti Nuswantari (Titi), Astri Nuswantari (Riri), dengan sabar dan manis menemani ibunya yang sedang menyelesaikan studi.

Kakak-kakak dan adikku yang selalu memberikan dukungan moral dalam menyelesaikan studi.

Kesemuanya telah membantu kami dalam penyelesaian studi. Semoga bimbingan dan bantuan semua pihak menjadi amal ibadah dan mendapatkan imbalan yang setimpal dari Allah SWT.

Malang, 27 Nopember 2004

Asih Tri Rachmi N

RINGKASAN

Asih Tri Rachmi, Program Pascasarjana Universitas Brawijaya, 23 Oktober 2004, Analisis Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Pelayanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas di Jawa Timur, Promotor : Idrus, Ko Promotor : Kiptiyah dan Bambang Swasto.

Puskesmas sebagai kesatuan organisasi kesehatan fungsional merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat, adalah organisasi nirlaba yang memproduksi jasa pelayanan kesehatan berupa *public good* dan *privat good*, sebagai pemberi pelayanan publik haruslah memperhatikan dan memaksimalkan sistem pelayanan publik, karena akhir-akhir ini pemberian pelayanan kepada masyarakat menunjukkan banyak kemunduran, "Citra" Puskesmas masih kurang baik, perlu menindak lanjuti keputusan Menpan Nomor 81 Tahun 1993, Instruksi Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/VII/1999 tentang pelayanan prima, penyelenggaraan Puskesmas perlu berubah karena : AFTA 2003, *Customer* berubah, krisis ekonomi, OTODA, Globalisasi dan Industri pariwisata

Jasa pelayanan kesehatan bersifat "*high tech, high touch*" merupakan *personal service* adalah satu paket proses mulai *information processing, mental stimulus processing, people processing, posession processing*, dengan demikian perangkat utama di Puskesmas yang harus diperhatikan adalah sumber daya manusia sebagai pelaku pelayanan kesehatan di Puskesmas. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui pengembangan sumber daya manusia dilakukan melalui peningkatan komitmen, peningkatan kompetensi, peningkatan proses layanan internal.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui : pengaruh komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas, pengaruh kompetensi karyawan Puskesmas terhadap kinerja Puskesmas, pengaruh proses pelayanan internal terhadap kualitas pelayanan dan kinerja Puskesmas, pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan internal maupun pelanggan eksternal, pengaruh kinerja Puskesmas terhadap kepuasan pelanggan internal maupun pelanggan eksternal.

Unit sampel adalah Puskesmas di Jawa Timur dengan karakteristik daerah, yaitu : Kabupaten/kota Blitar, Kabupaten/Kota Kediri, Kabupaten Bojonegoro, Lamongan, Gresik, Kota Surabaya, Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten/kota Malang, Kota Batu, Kabupaten Pasuruan, Kota Probolinggo, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Jember dan Kabupaten Sampang. kuesioner disebar sebanyak 415 Puskesmas dengan cara sensus. Kuesioner kembali 215 buah, memenuhi syarat kelengkapan 198 buah.

Dengan menggunakan alat analisis SEM didapatkan hasil :

1. Komitmen manajemen tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas.
2. Kompetensi karyawan Puskesmas tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja Puskesmas



3. Proses pelayanan internal tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan, sedangkan proses layanan internal berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja Puskesmas.
4. Kualitas pelayanan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pelanggan internal sedangkan kualitas pelayanan berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pelanggan eksternal.
5. Kinerja Puskesmas berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pelanggan internal, namun tidak berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal.

Hasil uji dengan menggunakan program *SPSS (Independent Samples Test)*, untuk mengukur persepsi terhadap mutu pelayanan (*service quality*) yang diberikan Puskesmas sebagai provider dengan mutu pelayanan yang diinginkan oleh pasien sebagai konsumen, didapatkan hasil bahwa :

1. Sebagian besar persepsi terhadap mutu pelayanan (*service quality*) yang diberikan Puskesmas sebagai provider sudah sesuai dengan mutu pelayanan yang diinginkan oleh pasien sebagai konsumen : variabel kemajuan kesehatan pasien setelah dirawat di Puskesmas semakin membaik, variabel tampilan karyawan yang menarik, variabel komunikasi petugas yang baik, variabel perhatian petugas kepada pasien, variabel kemampuan petugas dalam melayani pasien, variabel keramahan petugas terhadap pasien, variabel kesesuaian tariff Puskesmas terhadap mutu pelayanan kesehatan, variabel suasana Puskesmas menarik, variabel kenyamanan suasana Puskesmas, variabel pelayanan yang ada di Puskesmas, variabel perhatian khusus petugas terhadap pasien khronis (pelanggan tetap), variabel ketersediaan sarana informasi. variabel rasa aman pasien terhadap lingkungan Puskesmas,
2. Sebagian kecil belum sesuai dengan persepsi dari pelanggan eksternal. variabel ketepatan pelayanan seperti yang dijanjikan, variabel sikap tanggap petugas terhadap kebutuhan pasien, variabel keberadaan rambu sebagai petunjuk arah ke Puskesmas, variabel rasa aman pasien akan pelayanan kesehatan di Puskesmas, variabel ketersediaan sarana transportasi (ambulan) untuk merujuk pasien ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

SUMMARY

Asih Tri Rachmi, Postgraduate Program Brawijaya University, October 23th, 2004, The Analysis of Influence Management Commitment, Functionary Competence and Internal Service Process toward Quality Services, Performance, Internal Customer Satisfaction and External Customer Satisfaction of Public Health Center at the East Java Province, Promotor : Idrus, Co-Promotor : Kiptiyah and Bambang Swasto.

Public Health Centers as the functional organization health services were institution which play an important role in ensuring the Center of Health Care development with no profit oriented in order to produce public good and privat good health sevices, have to attention and maximize delivery service system because public services at last to show decline, "Image" Public Health Center did not quite, so it is necessary for advanced action Instruction Performance Apparatus States Ministry Number 81, 1993 year and Health Ministry Department Instruction Number 828/Health Ministry Department/VII/1999 about first-rate.services, Public Health Center performance must be changing because : AFTA 2003, changes of *Customer*, economic crisis, autonomic district, Globalisation and tourism industry.

Health services is one stop service process, beginning from information processing, mental stimulus processing, people processing, posession processing, now the paradigma of services is "high tech, high touch" this is personal service, so Public Health Center must be attention of man performance as subject health service at Public Health Center. Promotion of quality health service pass through improve man performance by commitment, functionary competence, Internal Service Process. The research object to evidence : influence Management commitment to quality of health service and Performance of Public Health Center, influence functionary competence toward Performance, influence Internal Service Process toward Quality Services and performance, influence Quality Services toward Internal Customer satisfaction and External Customer satisfaction of Public Health Center, influence Performance toward Internal Customer satisfaction and External Customer satisfaction of Public Health Center

Sample unit of this research are some Public Health Center at East Java Province with district characteristic, they are : Blitar regency / city, Kediri regency / city, Bojonegoro regency, Lamongan regency, Gresik regency, Surabaya city, Sidoarjo regency, Malang regency/city, Batu city, Pasuruan regency, Probolinggo city, Lumajang regency, Jember regency and Sampang regency. 415 quistionnair to distribute to Public Health Center by census. The quistionnair return 215 exemplar, comply with a request 198 quistionnair.

By Structural Equations Model Analysis was been resulting :

1. Management commitment did not influence toward Health Service Quality, and Public Health Center performance.
2. Public Health Center functionary competence did not influence toward Public Health Center performance



3. Internal Service Process did not influence toward Service Quality, whereas, Internal Service Process significant influence toward Public Health Center performance.
4. Quality Services did not influence toward Internal Customer satisfaction and then Quality Services influence significantly influence toward External Customer satisfaction
5. Public Health Center performance influence toward Internal Customer satisfaction, but did not influence toward External Customer satisfaction

The result by SPSS programs (Independent Samples Test), to measure the service quality provider perception consideration to service quality patients perception was :

1. The Public Health Center perception of service quality almost of them equal with patient perception, they were : development of the healthy patient, interesting functionary performance variable, good functionary communication variable, good functionary attention variable, functionary capability variable, functionary hospitable variable, agree with tariff Public Health Center, Situation of Public Health Center interesting, Public Health Center was pleasant, Health services, specifically attention for customer, information tool was ready, peaceful of Public Health Center environment.
2. An equal perception of service quality was : accuracy service quality as to promise, functionary perceptive about patient necessity, traffic sign to Public Health Center, peaceful patient about service quality Public Health Center, was being transportation for patient to reference health service

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Mu penulis dapat menyajikan tulisan disertasi yang berjudul : “Analisis Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Pelayanan Internal Terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas Di Jawa Timur”.

Di dalam tulisan ini, disajikan pokok-pokok bahasan yang meliputi :

1. Pentingnya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas agar tercapai masyarakat yang sehat dan sejahtera.
2. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan tersebut diharapkan dapat ditingkatkan melalui Komitmen manajemen, Kompetensi karyawan, Proses pelayanan internal.
3. Diketahuinya persepsi pasient akan kebutuhan jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas agar dapat meminimalkan kesenjangan harapan pasien akan pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Puskesmas.

Disadari bahwa dengan kekurangan dan keterbatasan yang dimiliki penulis, walaupun telah dikerahkan segala kemampuan untuk lebih teliti, tetapi masih dirasakan banyak kekurangantepatan, oleh karena itu penulis mengharapakan saran yang membangun agar tulisan ini bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, 27 Nopember 2004

Asih Tri Rachmi N





DAFTAR ISI

Halaman

RINGKASAN	i
SUMMARY	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Perumusan Masalah	17
1.3. Tujuan Penelitian	17
1.4. Manfaat Penelitian	18
II. KAJIAN TEORI	20
2.1. Kajian Teori	20
2.2. Telaah Penelitian Sebelumnya	64
III. KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN	91
3.1. Kerangka Teoritis	91
3.2. Posisi Penelitian	98
3.3. Kerangka Konseptual	99
3.4. Definisi Operasional	99
3.4. Hipotesis	105
IV. METODE PENELITIAN	107
4.1. Rancangan Penelitian	107
4.2. Kuesioner	108
4.3. Disain Sampling	109
4.4. Alat Analisis Yang Digunakan	111



V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	134
5.1. HASIL PENELITIAN	134
5.1.1. Deskripsi Sampel Penelitian	134
5.1.2. Deskripsi Responden	141
5.1.3. Deskripsi Komitmen Manajemen	155
5.1.4. Deskripsi Kompetensi Karyawan	156
5.1.5. Deskripsi Proses Layanan Internal	156
5.1.6. Deskripsi Kepuasan Pelanggan Internal	157
5.1.7. Deskripsi Kepuasan Pelanggan Eksternal	158
5.1.8. Deskripsi Kualitas Pelayanan Kesehatan	159
5.1.9. Deskripsi Kinerja Puskesmas	159
5.1.10. Uji Asumsi Structural Equation Modeling	160
5.1.11. Uji Kesesuaian statistik	164
5.1.12. Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas dibanding Penderita Yang Berobat di Puskesmas	211
5.2. PEMBAHASAN	216
5.2.1. Puskesmas di Jawa Timur	216
5.2.2. Pimpinan Puskesmas	220
5.2.3. Karyawan Puskesmas	222
5.2.4. Penderita di Puskesmas	222
5.2.5. Komitmen Manajemen	224
5.2.6. Kompetensi Karyawan	226
5.2.7. Proses Layanan Internal dan Kepuasan Pelanggan Internal	227
5.2.8. Kepuasan Pelanggan Eksternal dan Kualitas Pelayanan Kesehatan	228
5.2.9. Kinerja Puskesmas	232
5.2.10. Uji hubungan kausal antara Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan dan Kinerja Puskesmas,	235
5.2.11. Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas dibanding Penderita Yang Berobat di Puskesmas	237
5.2.12. Temuan Teoritis	242
5.2.13. Keterbatasan Penelitian	247
VI. KESIMPULAN DAN SARAN	248
6.1. Kesimpulan	248
6.2. Saran	250
KEPUSTAKAAN	253
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

No.	Judul	Halaman
1.	Pendapatan Daerah Dari Sektor Kesehatan, Pendapatan Asli Daerah Dan Total Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Di Propinsi Jawa Timur Tahun 1999/2000 (April 1999 S/D Desember 1999)	30
2.	Memilih teknik Estimasi	119
3.	<i>Good of Fit Indices</i> untuk evaluasi model	129
4.	Jumlah Sarana Kesehatan di Propinsi Jawa Timur	134
5.	Jenis dan spesifikasi Puskesmas	136
6.	Status Kepegawaian	141
7.	Golongan Pimpinan	142
8.	Pendidikan Pimpinan	142
9.	Lama Kerja Pimpinan	142
10.	Umur Pimpinan	143
11.	Pelatihan <i>Quality Insurance</i>	143
12.	Visi, Misi dan Program Inovatif Puskesmas	144
13.	Kelengkapan Perencanaan.	144
14.	Evaluasi Kegiatan di Puskesmas	145
15.	Jenis Petugas	146
16.	Golongan Karyawan	146
17.	Pendidikan Karyawan	146
18.	Lama Kerja Karyawan	147
19.	Umur Karyawan	147
20.	Pelatihan <i>Quality Insurance</i>	147
21.	Data ketenagaan di Puskesmas Propinsi Jawa Timur	149
22.	Data Ketenagaan di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur	149
23.	Jenis Kelamin Penderita di Puskesmas	150
24.	Umur Penderita di Puskesmas	150
25.	Riwayat Perawatan Sebelumnya	150
26.	Pendidikan Pasien	151
27.	Pekerjaan Pasien	151
28.	Penanggung Pembiayaan.	152
29.	Alasan Berobat ke Puskesmas	152
30.	Status Perawatan Saat Ini	153



31.	Penghasilan per bulan	153
32.	Pengetahuan Akan Tarif Puskesmas	153
33.	Kesan Terhadap Tarif Puskesmas	154
34.	Wilayah Tempat Tinggal	154
35.	Deskripsi Komitmen Manajemen (KmtMnjm)	155
36.	Deskripsi Kompetensi Karyawan (KmptKar)	156
37.	Deskripsi Proses Layanan Internal.(LayaInt)	157
38.	Deskripsi Kepuasan Pelanggan Internal (PuasInt)	157
39.	Deskripsi Kepuasan Pelanggan Eksternal (PuasEks)	158
40.	Deskripsi Kualitas Pelayanan Kesehatan (KualYanKes)	158
41.	Deskripsi Kinerja Puskesmas (Kinerja)	159
42.	<i>Good of Fit Indices</i> Untuk Evaluasi Model	169
43.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> untuk model Pengukuran Faktor Komitmen Manajemen dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	170
44.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Komitmen Manajemen dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	171
45.	<i>Loading Factor</i> (λ) Komitmen Manajemen	172
46.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kompetensi Karyawan dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	173
47.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kompetensi Karyawan dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	174
48.	<i>Loading Factor</i> (λ) Kompetensi Karyawan	175
49.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Proses Pelayanan Internal Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> .	176
50.	<i>Loading Factor</i> (λ) Proses Pelayanan Internal	177
51.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Internal Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	178
52.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Internal Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	179
53.	<i>Loading Factor</i> (λ) Kepuasan Internal	180
54.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	181



55.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	182
56.	<i>Loading Factor</i> (λ) Kepuasan Eksternal	183
57.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kualitas Pelayanan Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	184
58.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	185
59.	<i>Loading Factor</i> (λ) Kepuasan Eksternal	186
60.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Faktor Kualitas Pelayanan Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	187
61.	<i>Loading Factor</i> (λ) Kinerja	188
62.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan Dan Proses Layanan Internal Terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal, Kepuasan Eksternal Puskesmas Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	190
63.	Evaluasi Kriteria <i>Good of Fit Indices</i> Untuk Model Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan, Dan Proses Layanan Internal Terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Eksternal Puskesmas Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Sudah Dimodifikasi	191
64.	Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan Antar Variabel-Variabel	192
65.	Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Proses Layanan Internal Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	195
66.	Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan Antar Variabel Layanan Internal Terhadap Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan	195
67.	Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Komitmen Manajemen Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	197
68.	Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan Antar Variabel Komitmen Manajemen Terhadap Variabel Kualitas Pelayanan.	197
69.	Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Pengaruh Kompetensi Karyawan Terhadap Kinerja Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikas	198
70.	Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan Antar Variabel Kompetensi Karyawan Terhadap Variabel Kinerja	199



Kompetensi Karyawan Terhadap Variabel Kinerja.

71.	Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Variabel Komitmen Manajemen Terhadap Variabel Kinerja Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	200
72.	Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan Antar Variabel Komitmen Manajemen Terhadap Variabel Kinerja	200
73.	Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Variabel Layanan Internal Terhadap Variabel Kinerja Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	202
74.	Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan Antar Variabel Layanan Internal Terhadap Variabel Kinerja	202
75.	Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Variabel Kinerja Terhadap Variabel Kepuasan Internal Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	203
76.	Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan Antar Variabel Kinerja Terhadap Variabel Kepuasan Internal	204
77.	Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Variabel Kepuasan Eksternal Dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Yang Telah Dimodifikasi	205
78.	Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan antara Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Variabel Kepuasan Eksternal	205
79.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Variabel Kepuasan Internal dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	207
80.	Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan antar Variabel	207
81.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kinerja terhadap Variabel Kepuasan Eksternal dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	209
82.	Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan antar Variabel	209
83.	<i>Standardized Direct Effects – Estimates</i>	210
84.	<i>Standardized Indirect Effects – Estimates</i>	210
85.	<i>Standardized Total Effects – Estimates</i>	211
86.	Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan antar Variabel dalam sebuah system dibanding dengan koefisien jalur dari masing-masing regresi	236



DAFTAR GAMBAR

No.	Judul	Halaman
1.	Penjabaran Visi Organisasi ke Dalam Ukuran Kinerja yang Komprehensif	11
2.	Interaksi Konsumen dan Strategi Proses	24
3.	Alur kegiatan untuk mencapai produk yang bermutu	47
4.	Mutu Dapat Memperbaiki Kemampuan Meraih Laba Dengan Dua Cara (Caminal,1996)	50
5.	Kriteria <i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i>	51
6.	Manajemen Puskesmas Dalam Kaitan Kualitas Pelayanan	54
7.	19 Aspek Kualitas Pelayanan Kesehatan	55
8.	<i>Customer Assessment of Service Quality</i>	58
9.	Rantai Pelayanan – Keuntungan	59
10.	<i>Conceptual Model of Service Quality</i>	63
11.	Posisi Penelitian Analisis Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Pelayanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas di Jawa Timur	98
12.	Kerangka Konseptual Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Pelanggan Internal dan Kepuasan Pelanggan Eksternal Puskesmas	99
13.	Pengukuran Komitmen Manajemen	112
14.	Pengukuran Kompetensi Karyawan	114
15.	Pengukuran Layanan Internal	115
16.	Pengukuran Kepuasan Internal	115
17.	Pengukuran Kepuasan Eksternal	116
18.	Pengukuran Kualitas Pelayanan Kesehatan	117
19.	Jenjang Pelayanan Kesehatan	139
20.	Model Pengukuran Faktor Komitmen Manajemen dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	170
21.	Model Pengukuran Faktor Komitmen Manajemen dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	171
22.	Model Pengukuran Faktor Kompetensi Karyawan dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	173
23.	Model Pengukuran Faktor Kompetensi Karyawan dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	174
24.	Model Pengukuran Faktor Proses Layanan Internal dengan	176



Confirmatory Factor Analysis

25.	Model Pengukuran Faktor Kepuasan Internal dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	178
26.	Model Pengukuran Faktor Kepuasan Internal dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	179
27.	Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	181
28.	Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	182
29.	Model Pengukuran Faktor Kualitas Pelayanan dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	184
30.	Model Pengukuran Faktor Kualitas Pelayanan dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	185
31.	Model Pengukuran Faktor Kinerja dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i>	187
32.	Model Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> .	189
33.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas, Kinerja, Kepuasan Internal, Kepuasan Eksternal Puskesmas dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	190
34.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	194
35.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Komitmen Manajemen terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	196
36.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Kompetensi Karyawan terhadap Kinerja dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	198
37.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Komitmen Manajemen terhadap Variabel Kinerja dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	199
38.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Layanan Internal terhadap Variabel Kinerja dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	201
39.	Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kinerja terhadap Variabel Kepuasan Internal dengan <i>Confirmatory Factor Analysis</i> yang telah dimodifikasi	203
40.	Pengukuran Persamaan Struktural Variabel Kualitas	204



Pelayanan Kesehatan terhadap Variabel Kepuasan Eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

41. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Variabel Kepuasan Internal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi 206
42. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kinerja terhadap Variabel Kepuasan Eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi 208



DAFTAR LAMPIRAN

No.	Judul
1.	Tabel Penelitian terdahulu
2.	Daftar pertanyaan “Analisis Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas di Jawa Timur” bagi Kepala Puskesmas, Karyawan dan Pasien di Puskesmas
3.	Daftar penilaian kinerja Puskesmas sesuai pedoman Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur
4.	Jawaban pertanyaan terbuka bagi Kepala Puskesmas dan Pasien Puskesmas
5.	Tabulasi jawaban “Analisis Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas di Jawa Timur” bagi Kepala Puskesmas, Karyawan dan Pasien di Puskesmas
6.	<i>Descriptive Statistics</i>
7.	Frekuensi dari masing-masing Indikator
8.	Uji Normalitas
9.	Daftar Z score
10.	<i>Descriptive Statistics</i> dari Z score
11.	Uji Outlayer (<i>Mahalanobis distance</i>)
12.	Uji <i>Reliability</i> dan <i>Validity</i>
13.	Uji <i>Structural Equation Model</i>
14.	Data Persepsi Pimpinan Puskesmas akan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dibanding Persepsi Pasien di Puskesmas.
15.	Hasil <i>Independent Samples Test</i> untuk Persepsi Pimpinan Puskesmas akan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dibanding Persepsi Pasien di Puskesmas.

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) sebagai kesatuan organisasi kesehatan fungsional merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat di Indonesia yang diawali dari pengembangan *Health Centre* konsep WHO diuji cobakan pertama kali di Jawa Timur pada tahun 1968 dengan 5 pelayanan dasar dengan pertimbangan bahwa penyediaan pelayanan kesehatan di masyarakat lebih efisien melalui Puskesmas bila dibandingkan dengan penyediaan rumah sakit di tingkat kabupaten/kota.

Selanjutnya tahun 1970 mulai dikembangkan di Bandung, Palembang dan Jawa Timur dengan penambahan kegiatan pencatatan pelaporan, laboratorium sederhana dan tahun berikutnya dengan penambahan program keluarga berencana.

Puskesmas adalah organisasi nirlaba, untuk membedakan organisasi laba dengan nirlaba, Smith dalam Kotler (1995) menyatakan bahwa : sumber dana merupakan dasar pembedaan antara organisasi laba dan nirlaba dengan melihat aspek sumber dana yang menghidupi organisasi :

(1) laba, (2) pendapatan pemerintah (pajak, dana sumbangan, pinjaman dan lain-lain) dan (3) donasi sukarela.

Kotler (1995) memberikan alasan perlakuan status istimewa untuk organisasi nirlaba karena (1) nirlaba merupakan barang publik contohnya jasa pelayanan kesehatan dan pendidikan sehingga pajaknya perlu disubsidi oleh



2
pemerintah, (2) alasan jaminan kualitas yaitu nirlaba menyediakan jasa dalam bidang yang sulit dipertanggungjawabkan mutunya bagi konsumen, sehingga dengan pembebasan pajak diharapkan dapat menjamin mutu dan perlindungan publik, sedang organisasi laba menurut Glueck dalam Manajemen Strategi dan Kebijakan Bisnis oleh Supriyono (1988) dikatakan bahwa secara tradisional dan historis suatu perusahaan dipandang sebagai lembaga ekonomi sehingga tujuan perusahaan sifatnya sederhana dinyatakan dalam ukuran efisiensi dan laba.

Secara tradisional perusahaan memiliki tujuan tunggal yaitu mencari laba atau memaksimalkan laba. Glueck (1980) mengemukakan bahwa terdapat variasi perbedaan tujuan dari organisasi bisnis meliputi : profitabilitas, efisiensi, kepuasan dan pengembangan karyawan, kualitas produk atau jasa untuk pelanggan, tanggung jawab sosial dan hubungan dengan masyarakat, kepemimpinan pasar, maksimumisasi *deviden*, *survival*, kemampuan adaptasi, pelayanan masyarakat. Organisasi sektor publik dan organisasi nirlaba akan mengejar beberapa tujuan tersebut dengan mensubstitusi satu sama lain. Dapat dikatakan bahwa organisasi nirlaba adalah suatu organisasi penghasil barang publik yang pembiayaan kegiatannya berasal dari pendapatan pemerintah.

Puskesmas memproduksi jasa pelayanan kesehatan bagi masyarakat berupa *public good* dan *private good* pada saat seseorang penderita membutuhkan pelayanan kesehatan bagi dirinya. Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerja, wajib melaksanakan pelayanan kesehatan, baik pelayanan medik (*private good*) maupun pelayanan kesehatan masyarakat (*public good*). Wujud pelayanan medik adalah pelayanan rawat jalan dan rawat inap khususnya bagi Puskesmas yang ada unit gawat daruratnya.

Wujud pelayanan kesehatan masyarakat adalah semua bentuk pelayanan promotif dan preventif bagi program Puskesmas, baik program pokok maupun



program pengembangan, misalnya KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) termasuk KB (Keluarga Berencana), Perbaikan Gizi, Pemberantasan Penyakit Menular, Kesehatan Lingkungan, Promosi Kesehatan, dan lain-lain.

Puskesmas dalam melaksanakan fungsinya lebih mengutamakan kepentingan masyarakat dari pada kepentingan perseorangan atau kelompok tertentu sehingga dapat dikatakan bahwa kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas merupakan "Kesehatan Kerakyatan".

Sebagai pemberi pelayanan publik haruslah memperhatikan dan memaksimumkan sistem pemberian pelayanan kepada publik (*delivery service system*) karena akhir-akhir ini pemberian pelayanan kepada masyarakat menunjukkan banyak kemunduran seperti dikatakan Sherwood, (1997) yaitu :

"Profesionalisme pemerintahan sedang mengalami kemunduran. Saat ini banyak pejabat politik dalam birokrasi dan lingkungan kerja belum mendukung atau dapat dipercaya. Tetapi pejabat pemerintahan mempunyai peran penting untuk memulihkan lingkungan kerja agar sesuai dengan standar profesionalisme. Untuk itu dibutuhkan orientasi layanan yang baru".

Di Indonesia, pemerintah telah mengupayakan agar pelaksanaan pelayanan masyarakat dapat dilakukan lebih baik, maka telah dikeluarkan keputusan Menpan Nomor 81 Tahun 1993 tentang pelayanan prima :

1. Sederhana, mudah, lancar dan tidak berbelit-belit.
2. Jelas dan pasti dalam tata cara persyaratan.
3. Aman, proses dan hasil pelayanan umum dapat memberi keamanan, kenyamanan dan kepastian hukum.
4. Terbuka dalam segala hal.
5. Ekonomis.
6. Efisiensi.
7. Adil dan merata.
8. Tepat waktu.

Dalam dekade ini terjadi perkembangan dalam dunia pelayanan kesehatan di Indonesia dimana usaha kesehatan dibenarkan sebagai suatu komoditi jasa kesehatan yang harus dikelola secara profesional, hal ini telah dimulai diberapa tempat, Gresik dengan Puskesmas Swakelola, Kota Malang

dengan pelayanan spesialis penyakit dalam, perawatan gigi dan penanganan epilepsi, Kabupaten Lumajang dengan perawatan mata dan sebagainya. Adanya politik keterbukaan di bidang perdagangan dan jasa menyebabkan semakin banyak rumah sakit milik modal asing masuk ke Indonesia. Situasi ini menimbulkan kompetisi dalam pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan yang baik merupakan senjata ampuh dalam berkompetisi. Dalam penanganan pelayanan kesehatan secara profesional dituntut dalam pengelolaannya di Puskesmas, namun sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat yang juga memproduksi *public good* maka pengelolaannya tetap berdasarkan filosofi dan misi yang berbeda dengan perusahaan yang berorientasi pada profit.

Hasil pembangunan kesehatan di Indonesia dalam tiga dasa warsa terakhir ini cukup menggembirakan, dapat dilihat dari makin menurunnya angka kematian bayi dan angka kematian ibu serta makin meningkatnya angka harapan hidup rata-rata, namun jika dibanding negara lain, hasil yang dicapai belum memuaskan. (Azwar, 2000). Selanjutnya dikatakan bahwa banyak faktor berperan sebagai penyebab belum memuaskannya hasil pembangunan kesehatan di Indonesia yaitu kurang progresif dan proaktif. Akibatnya banyak ditemukan masalah pada penyelenggaraan program pembangunan kesehatan di tanah air, antara lain adalah :

1. Program pembangunan kesehatan di Indonesia belum masuk dalam arus tengah program pembangunan nasional. Inilah sebabnya mengapa anggaran pembangunan kesehatan di Indonesia masih sangat rendah yaitu sekitar 2% total anggaran pembangunan nasional, WHO menyarankan anggaran pembangunan kesehatan minimal 5%. Menurut Azwar dalam Waluyani Atika, Kompas 16/05/2001 tentang Pelayanan Kesehatan Barang Publik atau Barang Swasta dikatakan bahwa dalam pertemuan para bupati atau walikota

seluruh Indonesia sepakat menyediakan dana untuk sektor kesehatan 15% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah, kendalanya adalah saat ini keuangan pemerintah sangat minim, dana alokasi umum (DAU) yang dibagikan ke pemerintah daerah hanya cukup membiayai gaji. Akibatnya alokasi dana kesehatan bukan meningkat, tetapi justru turun drastis

2. Kemampuan pengendalian dampak negatif dari pembangunan nasional masih sangat rendah. Timbulnya kerusakan lingkungan dan atau terbentuknya perilaku masyarakat yang menyimpang merupakan dampak negatif dari dilaksanakannya pembangunan nasional yang tidak bertanggung jawab. Timbulnya dampak negatif tersebut, apabila tidak segera dikendalikan akan merugikan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.
3. Program pembangunan kesehatan di Indonesia dinilai kurang efektif dan efisien, sampai saat ini program pembangunan kesehatan di Indonesia masih mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif dengan sasaran hanya sekitar 20% dari jumlah penduduk, sedang upaya promotif dan preventif yang dinilai lebih efektif dan efisien ditujukan pada penduduk sehat sekitar 80% dari jumlah seluruh penduduk, masih kurang mendapat perhatian. Kurang efektifnya pembangunan kesehatan di Indonesia juga disebabkan oleh belum efektifnya pelayanan dan manajemen Puskesmas, Puskesmas belum mempunyai visi yang ingin diwujudkan dan misi yang akan dilaksanakan, sehingga arah dan penyelenggaraan Puskesmas belum jelas, beban tugas Puskesmas cukup berat belum diimbangi dengan tersedianya sumber daya memadai terutama ketersediaan tenaga yang berkesinambungan. Tingginya frekuensi mutasi tenaga dokter menjadi penyebab penting pencapaian cakupan dan mutu pelayanan yang optimal.

Hal ini dapat dikurangi dengan mengoptimalkan pelaksanaan otonomi daerah yang memberikan kewenangan untuk mengembangkan Puskesmas sesuai kebutuhan masyarakat sekitarnya dan penyediaan sarana prasarana serta mengoptimalkan peran masyarakat dan menindaklanjuti kesepakatan para Bupati dan Walikota tentang penyediaan dana pembangunan kesehatan 15% dari APBD.

Direktur Kesehatan Khusus Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI tahun 2000, mengelompokkan isu-isu tentang Puskesmas melalui pendekatan analisis SWOT :

1. Faktor Internal (Kekuatan Dan Kelemahan)

a Kekuatan

1. Pembangunan kesehatan telah berhasil menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan secara merata di seluruh pelosok tanah air. Sampai tahun 2000 dibangun 7.234 Puskesmas yang menyebar seluruh pelosok tanah air, di tiap kecamatan minimal sudah ada satu Puskesmas dan lebih dari 40 % desa dilayani bidan di desa. Ratio antara Puskesmas terhadap penduduk tercatat 1:27.600 dalam meningkatkan jangkauan pelayanannya Puskesmas didukung oleh Puskesmas Pembantu sebanyak 21.115, dengan ratio terhadap penduduk adalah 1 : 9.400. Puskesmas Keliling 6.849 buah, sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) terdiri dari 243.783 Posyandu, 20.880 Polindes, 15.825 Pos Obat Desa dan 1853 Pos Upaya Kesehatan Kerja
2. Ketersediaan dukungan manajemen dan sistem informasi Puskesmas
3. Birokrasi masih mempunyai kekuatan untuk mengendalikan mekanisme pasar industri kesehatan
4. Pemerintah berperan dominan dalam berbagai kegiatan peningkatan mutu seperti akreditasi, kaliberasi dan penentuan indikator
5. Otonomi daerah memberikan kewenangan untuk mengembangkan Puskesmas yang spesifik sesuai kebutuhan masyarakat sekitarnya
6. Keberadaan Puskesmas dengan tugas dan fungsi yang jelas memberi kontribusi terhadap berbagai keberhasilan seperti penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 145 pada tahun 1967 menjadi 41 per 1000 Kelahiran Hidup (1997), Angka Kematian Ibu (AKI) dari 540 pada tahun 1986 menjadi 373 per 100.000 kelahiran hidup (1995) dan peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH) dari 45,7 tahun pada tahun 1967 menjadi 64,25 tahun 1997.
7. Pemerintah telah berupaya keras menyediakan sumber daya yang memadai seperti biaya, tenaga, peralatan dan obat-obatan. Pada tahun 1998 ratio tenaga dokter per Puskesmas telah mencapai 1,16 orang,



dokter gigi sebesar 1,58 orang, perawat sebesar 40 untuk setiap 100.000 penduduk serta jumlah bidan tercatat sebesar 65.000 orang termasuk 52.042 orang bidan di desa.

8. Pedoman yang terkait manajemen Puskesmas maupun operasional program termasuk standar pelayanan untuk mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi Puskesmas telah dikembangkan. Sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas dikembangkan sejak tahun 1982.

b Kelemahan

Reformasi Puskesmas masa depan, harus mampu melayani masyarakat tidak saja upaya pelayanan kuratif tetapi lebih ditekankan pada upaya promotif.

Dari berbagai laporan dan hasil penelitian menunjukkan bahwa di samping keberhasilannya, Puskesmas masih banyak menghadapi masalah kinerja yang merupakan "kelemahan" yang perlu diatasi secara menyeluruh, antara lain adalah:

1. Adanya perbedaan pemahaman antara pejabat instansi di pusat dan daerah tentang hakekat otonomi daerah di bidang kesehatan.
2. Distribusi tenaga tidak sebanding dengan pengembangan Puskesmas.
3. Pada umumnya Puskesmas masih belum berhasil dengan baik dalam membina kemitraan terhadap berbagai pihak, terutama berbagai bidang pembangunan (sektor) lain yang terkait dan dalam meningkatkan dan memelihara partisipasi masyarakat.
4. Kompetensi SDM tidak sesuai dengan spesifikasi wilayah
5. Belum optimalnya pelayanan kesehatan di Puskesmas untuk spesifikasi wilayah.
6. Pada umumnya 'citra' Puskesmas masih kurang baik, terutama berkaitan dengan mutu, seperti tampilan fisik kurang bersih dan nyaman, serta disiplin dan keramahan tenaga dalam pelayanan kesehatan masih kurang.
7. Puskesmas belum sepenuhnya mampu menjangkau daerah terpencil dan memenuhi syarat.
8. Tidak semua upaya kegiatan pokok dapat diselenggarakan dengan baik oleh setiap Puskesmas. Selain masing-masing Puskesmas mempunyai kemampuan dan potensi berbeda, beberapa jenis pelayanan belum merupakan kebutuhan masyarakat setempat.
9. Fungsi Puskesmas belum dijabarkan secara operasional, sehingga bobot pelaksanaannya lebih besar pada fungsi pelayanan kesehatan dibanding fungsi lain.
10. Dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsinya Puskesmas tidak mempunyai strategi yang jelas, sehingga upaya-upaya yang dilaksanakan kurang berhasil dan berdaya guna.
11. Belum diperoleh data dan informasi yang realibel dari sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas.
12. Meskipun jangkauan pelayanan sudah hampir merata di seluruh pelosok pedesaan namun cakupan pelayanannya masih rendah dan ironisnya dengan



pembebasan biaya pelayanannyapun penduduk miskin masih belum memanfaatkan Puskesmas secara optimal.

13. Ketersediaan tenaga, peralatan dan biaya kesehatan semakin baik ternyata belum disertai membaiknya kualitas pelayanan kesehatan sebagai dimensi penting dari kepuasan konsumen.
14. Kecenderungan peningkatan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan belum dapat diantisipasi oleh masing-masing Puskesmas mengakibatkan terjadinya kesenjangan antara *supply* dan *demand*. Di beberapa Puskesmas terjadi "*oversupply*", di tempat lain terjadi "*shortage*" terhadap jenis-jenis pelayanan kesehatan tertentu.
15. Upaya kegiatan pokok Puskesmas tidak secara keseluruhan dapat diselenggarakan dengan baik oleh setiap Puskesmas. Selain masing-masing Puskesmas mempunyai kemampuan dan potensi berbeda dalam melaksanakan beberapa jenis pelayanan tertentu kurang diminai dan belum merupakan kebutuhan masyarakat setempat.
16. Kesenambungan berbagai program yang dikembangkan oleh Puskesmas tidak terjaga dengan baik.
17. Kurang optimalnya pertolongan pertama pada kecelakaan lalu lintas yang mengakibatkan tingginya angka kesakitan/kecacatan/kematian akibat kecelakaan lalu lintas di jalan raya.
18. Belum adanya kompetensi SDM, sarana & prasarana kegawat darurat.
19. Belum adanya sistim pembiayaan yang jelas.

2. Faktor Eksternal (Peluang Dan Ancaman)

a. Peluang

Berbagai faktor lingkungan eksternal yang merupakan "peluang"

diantaranya yaitu:

1. Jumlah penduduk yang besar diiringi peningkatan pendidikan dan sosial ekonomi.
2. Reformasi dalam bidang hukum dan politik merupakan tuntutan rakyat membuka peluang besar bagi perbaikan sistem dan tata nilai di pelbagai bidang, termasuk bidang kesehatan. Sebagai langkah nyata adalah diberlakukannya Undang-undang no. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang no.25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, Peraturan Pemerintah no 84 tahun 2000 tentang struktur organisasi pemerintah daerah.
3. Melakukan kerjasama dan kemitraan dengan usaha swasta, lembaga swadaya masyarakat dalam pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, pencegahan penyakit serta peningkatan kesehatan.
4. Peran masyarakat / swasta dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan semakin berkembang melalui investasi.
5. Amandemen UUD 1945 pasal 28 H, bahwa tiap-tiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan yang optimal merupakan landasan hukum untuk menciptakan peluang kepada pemerintah dan masyarakat dalam mempercepat upaya pemerataan pelayanan kesehatan serta peningkatan mutu.

6. Reformasi menuntut adanya transparansi, akuntabilitas, *Good Governance*, dalam segala bidang, merupakan peluang besar untuk perbaikan sistem dan tata nilai dibidang kesehatan.
7. Kesepakatan para Bupati / Walikota tanggal 28 Juli 2000 untuk menyediakan alokasi dana kesehatan minimal 15 % Anggaran Pendapatan Belanja Daerah merupakan peluang bagi Puskesmas untuk mengembangkan program-program kesehatan di wilayahnya dengan dana cukup.
8. Kemajuan IPTEK dalam bidang kesehatan memberi peluang mempercepat peningkatan pemerataan pelayanan serta mutu.

Hal tersebut diatas memberi peluang Puskesmas untuk mengembangkan program dan kegiatan secara mandiri sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan potensi yang tersedia.

b Ancaman

Disamping peluang tersebut diatas, terdapat pula serangkaian ancaman sebagai berikut :

1. Peningkatan penduduk miskin akibat krisis ekonomi yang belum dapat menjangkau pelayanan kesehatan
2. Dalam pelaksanaan desentralisasi kemungkinan akan terjadi kebijakan tentang Puskesmas berbeda-beda.
3. Transisi epidemiologi oleh pengaruh perubahan struktur penduduk dan perubahan gaya hidup manusia menyebabkan beban pelayanan kesehatan, tidak saja pada penyakit infeksi tetapi juga penyakit degeneratif. Pelayanan kesehatan juga menghadapi masalah penyakit yang cenderung meningkat seperti malaria, *TBC*, demam berdarah dan *HIV-AIDS*. Beberapa fenomena tersebut diatas merupakan tantangan sekaligus ancaman pengembangan Puskesmas.
4. Pencemaran lingkungan semakin meningkat (emisi gas buang, terbukanya lapisan ozon, terganggunya ekosistem, dan lain-lain) menimbulkan banyak penyakit yang berbasis lingkungan merupakan tantangan berat bagi pelayanan kesehatan.
5. Terjadinya krisis ekonomi menimbulkan peningkatan jumlah penduduk miskin tetapi juga menurunkan kemampuan pemerintah dalam menyediakan alokasi dana pembangunan kesehatan.
6. Masih adanya anggapan dari masyarakat bahwa bidang kesehatan bersifat konsumtif, karena belum dipandang sebagai investasi, sehingga alokasi dana kesehatan masih sangat rendah. Selain itu desentralisasi kewenangan bidang kesehatan yang tidak ditunjang oleh kemampuan memadai di tingkat kabupaten / kota, merupakan ancaman bagi keberhasilan pembangunan kesehatan.
3. Kecenderungan
 1. Krisis ekonomi berkepanjangan mengakibatkan peningkatan penduduk miskin yang menjadi tanggung jawab negara, sehingga perlu perhatian khusus dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan.

2. Keberhasilan pembangunan kesehatan dimasa depan sangat tergantung dari pemerintah daerah seiring dengan desentralisasi kewenangan pemerintah. Ketersediaan sarana, tenaga, alat dan obat-obatan serta biaya operasional pelayanan kesehatan sangat tergantung dari besarnya dana yang dialokasikan untuk bidang kesehatan.
3. Seiring perkembangan informasi, arus globalisasi, tuntutan masyarakat tentang pelayanan kesehatan mengarah pada pemenuhan mutu yang berstandar internasional, maka peranan data dan informasi semakin penting.

Dengan keadaan seperti ini, tidak mengherankan jika hasil program pembangunan kesehatan masih rendah, karena itu derajat kesehatan masyarakat di Indonesia masih jauh dari memuaskan. Akibatnya tentu tidak sulit dipahami jika kualitas SDM di Indonesia masih sangat rendah. Tercatat pada saat ini, Indeks Pembangunan Sumber Daya Manusia (*Human Development Index*) di Indonesia menempati peringkat 102 di dunia (Azwar, 2000). Untuk itu dipandang perlu dilakukan pembangunan sumber daya manusia dimulai dari terjadinya konsepsi, janin, pertumbuhannya hingga dewasa dan tua melalui pelayanan kesehatan secara paripurna di Puskesmas. Diharapkan setelah melakukan analisis *SWOT* dapat diketahui posisi Puskesmas di masyarakat sehingga Puskesmas mampu membuat perencanaan strategis untuk memperbaiki kinerjanya.

Adanya perubahan lingkungan global, regional, nasional, maupun spesifikasi daerah, maka kebijaksanaan pembangunan kesehatan dalam dekade mendatang perlu dipikirkan secara cermat dan komprehensif.

Gambaran masyarakat Indonesia yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia, sesuai Visi Pembangunan Kesehatan di Indonesia yang dirumuskan sebagai : "INDONESIA SEHAT 2010".

Misi Pembangunan kesehatan di Indonesia secara umum dibedakan atas 4 macam yakni :

1. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Kebijakan pembangunan kesehatan yang lebih progresif dan proaktif dikenal dengan kebijakan Paradigma Sehat, sebagai gerakan nasional telah dicanangkan oleh Presiden. Paradigma Sehat secara makro berarti bahwa pembangunan di semua sektor harus memperhatikan dampaknya terhadap kesehatan, paling tidak harus memberikan kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat. Secara mikro berarti bahwa pembangunan kesehatan akan menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Pembangunan kesehatan dalam Pembangunan Jangka Panjang Tahap II lebih ditekankan pada aspek kualitas dalam bentuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan meliputi sarana, prasarana, dan tenaga. Hal ini tidak terlepas dari situasi kesehatan di Indonesia saat ini yang mengalami masa transisi, meliputi transisi epidemiologis, demografis dan sosial budaya. Dengan demikian Puskesmas di Indonesia dihadapkan pada tantangan baru berupa :

1. Kemajemukan pola penyakit yang dihadapi (degeneratif dan infeksi)
2. Perubahan pangsa pasar
3. Peningkatan ekspektasi masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Puskesmas masa depan adalah Puskesmas yang berorientasi pada proses bisnis, *customer*, aspek pembelajaran dan perubahan serta kinerja keuangan. Penjabaran visi organisasi ke dalam ukuran kinerja yang komprehensif adalah seperti dalam gambar berikut :



Gambar 1 : Penjabaran Visi Organisasi ke Dalam Ukuran Kinerja yang Komprehensif

Sumber : Damayanti dalam *Reformasi Puskesmas Masa Depan*, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, 2002

Puskesmas di masa akan datang bukan lagi institusi yang harus menunggu instruksi atau pedoman dari Departemen Kesehatan, namun dengan bergulirnya otonomi daerah sejak tahun 2001 menuntut Puskesmas yang berada di bawah Dinas Kesehatan Daerah lebih kreatif memenuhi kebutuhan konsumen, baik mereka yang datang ke Puskesmas dalam keadaan sakit mendapatkan pelayanan kuratif maupun mereka yang sehat mendapatkan pelayanan preventif dan promotif di luar gedung maupun di dalam gedung Puskesmas.

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan mempunyai fasilitas memadai mulai bersaing terhadap pihak swasta dengan cara swakelola yang

sekarang sudah mulai diluncurkan oleh pemerintah daerah tanpa meninggalkan fungsi sosial.

Kinerja Puskesmas yang berorientasi kuratif haruslah meningkatkan kinerjanya ke arah promotif dan preventif karena target sasaran lebih luas (80%) dengan upayanya mempertahankan mereka yang sehat agar tetap sehat.

James Gwee dalam Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi oleh Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI (2001)

tentang "*Change is the only constant*", kenapa perlu berubah?

1. AFTA 2003, kompetisi karena adanya saingan
2. *Customer* : pendidikan meningkat, pengetahuan meningkat, informasi meningkat, pendapatan meningkat, pengalaman meningkat, akses meningkat, tuntutan meningkat dan berciri khusus, kebutuhan meningkat dan berciri khusus.
3. Krisis ekonomi : biaya ke luar negeri mahal, memakai pelayanan kesehatan dalam negeri.
4. OTODA : pola pikir harus berubah.
5. Globalisasi : tidak ada batas antar negara, butuh pelayanan kesehatan terstandarisasi
6. Industri pariwisata, di masa akan datang menjadi primadona, maka konsekuensi pada penyediaan pelayanan kesehatan untuk para wisatawan.

Kenapa sulit berubah? Karena adanya hambatan mental, hambatan fisik serta perasaan nyaman, karena itu Puskesmas harus keluar dari kondisi itu, barulah bisa berubah.

Tantangan perubahan saat ini adalah :

1. Perubahan / pergeseran mindset provider (*mindset shift*)
2. Peningkatan profesionalisme
3. Birokrasi
4. Teknologi (*technology savy*)

Oleh karena itu Puskesmas masa depan diharapkan menekankan pada proses pelayanan kesehatan yang berkualitas.dengan persiapan melalui identifikasi kondisi Puskesmas saat ini tanpa meninggalkan fungsi sosial yaitu

program kesehatan masyarakat dan membebaskan pengobatan bagi keluarga miskin.

Dalam menghadapi era globalisasi dan tuntutan masyarakat sendiri akan mutu pelayanan Puskesmas ditambah dengan perubahan masyarakat yang meliputi peningkatan status pendidikan, tingkat pendapatan, arus informasi di bidang kesehatan dan teknologi yang masuk ke negara kita telah mempengaruhi masyarakat secara positif, sehingga seseorang menjadi lebih kritis dalam memperhatikan kesehatannya dan menjadi lebih pandai dalam menilai kemampuan lembaga.

Puskesmas sebagai industri jasa pelayanan kesehatan lini terdepan di masyarakat memerlukan pengkajian pemasaran Puskesmas. Kotler (1996) mendefinisikan pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial yang membuat individu dan kelompok memperoleh apa yang mereka butuhkan serta inginkan lewat penciptaan dan penukaran timbal balik produk dan nilai dengan orang lain.

Pemahaman kebutuhan dan keinginan pelanggan dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan internal maupun eksternal.

Agar tercapai pelayanan yang berkualitas maka manajemen pemasaran diikuti dengan analisis, perencanaan, implementasi dan pengendalian program.

Puskesmas memproduksi jasa pelayanan kesehatan yang merupakan satu paket proses yaitu seseorang berobat ke Puskesmas, pertama kali dia mendapatkan kartu pendaftaran (*information processing*), selanjutnya menunggu pemeriksaan, mendengarkan penyuluhan kesehatan dari *tape* (*mental stimulus processing*), kemudian diperiksa (*people processing*), bila memerlukan pemeriksaan laboratorium maka hasilnya akan dikirim ke alamatnya (*possession processing*), dimana saat sekarang pandangan terhadap jasa adalah "*high tech*,



high touch". Semakin kita berhadapan dengan "*high tech*" semakin kita menginginkan "*high touch*", hal ini dimaksudkan sebagai "layanan pribadi" (*personal service*), dengan demikian perangkat utama di Puskesmas yang harus diperhatikan adalah sumber daya manusia sebagai pelaku pelayanan kesehatan.

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui pengembangan sumber daya manusia dapat dilakukan melalui :

1. Peningkatan pendayagunaan tenaga kesehatan mencakup mutu dan jumlahnya menurut Adhyatma (1999) :

Peningkatan mutu dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, analisis jabatan dan pengembangan jabatan fungsional, di samping pemantapan jabatan struktural, seperti yang dihimbau Departemen Kesehatan pada tahun 1999 mengenai pelayanan prima, indikator yang digunakan untuk menilai keberhasilan sebuah lembaga usaha tersusun atas 4 perspektif yaitu :

- a. Pembelajaran dan pengembangan sumber daya manusia
- b. Proses internal lembaga usaha
- c. Indikator kepuasan pengguna atau donor
- d. Indikator keuangan

2. Karyawan medis, paramedis dan karyawan lain merupakan aset terpenting Puskesmas yang harus diberdayakan. Mutu proses pelayanan kesehatan hanya akan dapat meningkat kalau karyawan mempunyai komitmen dan terlatih dalam pekerjaannya.

3. Peningkatan kompetensi karyawan diharapkan akan meningkatkan komitmen karyawan terhadap pelayanan Puskesmas. Peningkatan kompetensi karyawan merupakan suatu hal yang mutlak dilakukan sebagai investasi bidang *human capital* dilakukan bersama-sama investasi dalam bidang teknologi kesehatan, keduanya diperlukan dalam porsi yang berimbang secara bersama-sama. Ward *et al*, (1994) menyatakan bahwa :

"Investasi dalam program *human capital* seiring dengan investasi program-program teknologi berhubungan secara signifikan dengan kinerja, dengan dukungan kehandalan fasilitas dan sumberdaya manusia yang tersedia diharapkan akan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas kepada konsumen, sehingga kinerja perusahaan akan meningkat".





Hal ini didukung oleh Anderson *et al.* (1994) menemukan adanya hubungan positif antara kualitas terhadap kepuasan konsumen yang selanjutnya akan berpengaruh terhadap tingkat kinerja perusahaan.

4. Kesadaran untuk senantiasa membangun kompetensi karyawan yang berkesinambungan telah muncul di Amerika Serikat sejak tahun 1970-an (Mitrani, *et al.* 1992) kemudian menyebar ke berbagai penjuru dunia, dan memunculkan keyakinan bagi perusahaan manapun juga, setiap penerapan manajemen industrial yang berbasis kompetensi akhirnya akan menghantarkan terciptanya keunggulan bersaing secara berkelanjutan.

Peningkatan kompetensi karyawan didukung oleh proses pelayanan internal yang memadai diharapkan akan meningkatkan komitmen karyawan terhadap kinerja dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas, dengan karyawan medis dan non medis yang handal dan *committed* akan terwujud suatu pelayanan bermutu, tanpa pengembangan yang bertumpu pada mutu, Puskesmas akan terus menerus menurun kinerjanya dan akhirnya terpuruk.

5. Karyawan medis, paramedis, dan karyawan lain merupakan aset terpenting di Puskesmas yang harus diberdayakan. Seorang pemimpin harus mampu menggerakkan semua anggota kelompok agar mau bekerja sama dan bekerja secara ikhlas serta bergairah untuk mencapai tujuan (Terry, 1977).

Pakar manajemen berkeyakinan bahwa adanya komitmen, dukungan, kedisiplinan yang disertai dengan kepercayaan terhadap kemampuan diri sendiri, akan mendorong terbentuknya kinerja perusahaan untuk membangun kompetensi baru secara berkelanjutan (Black & Boals, 1994, dalam *Survival Perusahaan Era AFTA 2003*, Pikiran Rakyat, 2002).

Dalam pengarahannya Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (1993) di depan jajaran aparatur negara Propinsi Maluku mengatakan :

"Pentingnya prinsip-prinsip budaya kerja yang meliputi komitmen dan konsistensi, wewenang dan tanggung jawab, ikhlas dan jujur, integritas dan profesionalisme, kreativitas dan kepekaan, kepemimpinan dan keteladanan, kebersamaan dan dinamika kelompok, ketepatan dan kecepatan, rasionalitas dan kecerdasan emosi, keteguhan dan ketegasan, disiplin dan keteraturan kerja, keberanian dan kearifan, dedikasi dan loyalitas, semangat dan motivasi, ketekunan dan kesabaran, keadilan dan keterbukaan, berilmu pengetahuan dan teknologi".

Penilaian kualitas pelayanan pertama dikemukakan oleh Bruce (1990) yang menulis tentang penilaian kualitas pelayanan keluarga berencana, selanjutnya banyak ahli kesehatan membahas peningkatan pelayanan kesehatan ditujukan pada upaya peningkatan kualitas pelayanan (*Quality Assurance*) namun tetap kesulitan dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan (Surjadi, 1994), dikatakan oleh Wiadnyana dalam Lokakarya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Cisarua September 1991, indikator untuk menilai kualitas pelayanan bervariasi tergantung dari apa yang ingin dinilai dan ditingkatkan mutunya, yang penting indikator itu *valid*, *reliable* dan *sensitive*.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka masalah dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Apakah komitmen manajemen berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas?
2. Apakah kompetensi karyawan Puskesmas berpengaruh terhadap kinerja Puskesmas ?
3. Apakah proses pelayanan internal berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas.?
4. Apakah kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan internal maupun pelanggan eksternal Puskesmas?

5. Apakah kinerja Puskesmas berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan internal maupun pelanggan eksternal Puskesmas?

1.3. Tujuan :

Penelitian ini bertujuan :

1. Mengetahui pengaruh komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas
2. Mengetahui pengaruh kompetensi karyawan Puskesmas terhadap kinerja Puskesmas.
3. Mengetahui pengaruh proses pelayanan internal terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas.
4. Mengetahui pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pelanggan internal maupun pelanggan eksternal.
5. Mengetahui pengaruh kinerja Puskesmas terhadap kepuasan pelanggan internal maupun pelanggan eksternal.

1.4. Manfaat :

- a. Manfaat Teoritis
 1. Secara teoritis komitmen manajemen, berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas yang kemudian berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan internal dan pelanggan eksternal Puskesmas, dengan mengetahui kondisi ini diharapkan dalam penyusunan perencanaan strategi operasional di Puskesmas untuk mencapai hasil yang diinginkan yaitu kualitas pelayanan kesehatan yang baik dan kepuasan pelanggan



internal maupun pelanggan eksternal maka perlu adanya komitmen manajemen didalam mengelola program Puskesmas

2. Komitmen manajemen, proses pelayanan internal dan kompetensi karyawan akan berpengaruh terhadap kinerja Puskesmas dan kepuasan pelanggan baik internal maupun eksternal, adanya komitmen manajemen serta perhatian pimpinan pada karyawan serta adanya kompetensi diantara karyawan akan meningkatkan kinerja Puskesmas dan akibatnya karyawan puas sehingga mereka melayani penderita dengan baik pula dan penderita akan merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang diperoleh.

3. Dalam industri jasa, sumber daya manusia merupakan aset terbesar, sehingga dengan komitmen diantara mereka akan meningkatkan kualitas output yang dihasilkan, dalam hal ini jasa pelayanan kesehatan.

b. Manfaat Praktis :

1. Hasil penelitian dapat digunakan bagi Dinas Kesehatan baik di Propinsi maupun Dinas Kesehatan Kota / Kabupaten dalam menyusun strategi bagi peningkatan pelayanan kesehatan.
2. Hasil penelitian dapat dijadikan masukan bagi Puskesmas dalam melaksanakan kegiatannya melayani kesehatan masyarakat.
3. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai landasan untuk mempersiapkan Puskesmas menghadapi persaingan bebas.
4. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai masukan bagi Puskesmas untuk mencapai Indonesia Sehat tahun 2010.



BAB II KAJIAN TEORI

2.1. Kajian Teori

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan disamping memberikan pelayanan dalam bentuk kegiatan pokok secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografi dan keadaan infrastruktur lain merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas. Untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan, Puskesmas ditunjang dengan sarana kesehatan yang lebih sederhana yaitu Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan meliputi :

1. Kuratif (pengobatan)
2. Preventif (pencegahan)
3. Promotif (peningkatan kesehatan)
4. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)

yang ditujukan kepada semua penduduk dan tidak dibedakan jenis kelamin maupun golongan umur, kegiatan pokok Puskesmas sesuai dengan kemampuan tenaga dan fasilitas yang ada (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1990, Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I, Jakarta)



Menurut Gani (1994) dalam Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan, Cermin Dunia Kedokteran edisi khusus Kongres ke VI PERSI dan Hospital Expo ke VII mengatakan bahwa selama ini dimensi ekonomi dalam perencanaan, manajemen dan evaluasi pelayanan kesehatan sedikit mendapat perhatian, hal ini berubah karena sektor kesehatan menghadapi kenyataan bahwa sumber daya yang tersedia jauh dari mencukupi.

Seperti juga Rumah Sakit yang menurut *Department of Health and Social Security* (1970) sebagai industri "jasa" maka Puskesmas yang bergerak di bidang pelayanan jasa kesehatanpun dapat juga dianggap sebagai industri jasa yang akan selalu berusaha memberikan suatu pelayanan sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pelanggan ataupun bahkan lebih.

2.1.1. Jasa

Jasa adalah suatu proses, jasa diproduksi sekaligus dikonsumsi, *assembling* akhir adalah pada saat memberikan pelayanan, Kotler (1994) mendefinisikan jasa sebagai suatu tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat tidak berwujud fisik dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu, selanjutnya Kotler (1997), menyatakan bahwa jasa memiliki empat karakteristik utama yang sangat mempengaruhi rancangan program pemasaran yaitu :

1. Tidak dapat diraba (*Intangibility*)

Jasa berbeda dengan barang-barang yang merupakan barang atau obyek benda sedangkan jasa adalah perbuatan atau usaha. Jasa bersifat tidak berwujud, tidak nyata, tidak dapat dilihat, tidak dapat disentuh, tidak dapat diraba, tidak dapat dirasa, tidak dapat didengar, dicium, sebelum jasa itu dibeli. Menurut Sowter (1995), menyatakan bahwa pokok kunci mengenai



jasa ialah bahwa jasa sifatnya tidak berwujud, berarti tidak dapat disentuh.

Produknya tidak dapat dengan mudah dinilai. Jasa tidak dapat menawarkan kesenangan sebagaimana produk yang bisa dilihat atau dicoba sebelum membeli. Untuk mengurangi ketidakpastian yang ada, para pelanggan umumnya memperhatikan tanda atau bukti kualitas jasa. Mereka menyimpulkan kualitas jasa dari tempat (*place*), orang (*people*), peralatan (*equipment*), bahan komunikasi (*communication materials*), simbol dan harga yang mereka lihat.

2. Tidak dapat dipisahkan (*Inseparability*)

Umumnya jasa diproduksi dan dikonsumsi pada waktu yang bersamaan.

Berbeda dengan barang yang pada umumnya diproduksi, kemudian dijual, lalu dikonsumsi. Sedangkan jasa biasanya dijual lebih dahulu baru kemudian diproduksi dan dikonsumsi secara simultan. Interaksi antara penyedia jasa dan pelanggan merupakan ciri khusus dalam pemasaran jasa. Kedua pihak mempengaruhi hasil (*outcome*) dari jasa tersebut.

3. Berubah-ubah (*Variability*)

Jasa bersifat sangat variabel, artinya banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis tergantung pada siapa, kapan, di mana jasa tersebut dihasilkan. Para pembeli jasa sangat peduli akan variabilitas yang tinggi ini dan seringkali mereka meminta pendapat orang lain sebelum memutuskan untuk memiliki. Dalam hal ini penyedia jasa dapat melakukan tiga tahap dalam pengendalian kualitasnya yaitu :

- a. Melakukan investasi dalam seleksi dan pelatihan personil yang baik.
- b. Melakukan standarisasi proses pelaksanaan jasa di seluruh bagian organisasi.

- c. Memantau kepuasan pelanggan melalui sistem saran dan keluhan, survei pelanggan dan *comparison shopping*, sehingga pelayanan yang kurang baik dapat dideteksi dan dikoreksi.

4. Tak Tahan Lama (*Perishability*)

Suatu jasa tidak dapat disimpan. Hal ini tidak menjadi masalah bila permintaannya tetap karena mudah untuk menyiapkan pelayanan untuk permintaan tersebut sebelumnya. Dalam kondisi fluktuasi seperti ini biasanya permasalahan akan muncul pada saat proses pelayanan berlangsung.

Lovelock (1990) menyebutkan jasa (*a service*) is a deed, a performance, an effort. Lovelock dan Wright (1999) jasa merupakan tindakan atau kinerja yang menghasilkan manfaat bagi konsumen melalui perubahan yang diinginkan, Alma (1998) mengatakan beberapa karakteristik jasa secara umum, yaitu jasa tak berwujud, tidak tahan lama, produksi dan konsumsi jasa bersamaan, jasa tidak dapat disimpan, usaha jasa sangat mementingkan unsur manusia, distribusinya bersifat langsung, dan jasa kurang memiliki standar. Tiga karakteristik jasa yang berbeda dari barang adalah : tidak tampak secara fisik (*intangible*), tidak tahan lama (*perishability*), dan dapat berubah setiap saat (*variability*). Davidoff (1994), mengkatagorikan jasa menjadi 2 : (1) *visible service*, yaitu jasa yang dapat dilihat langsung oleh konsumen, yakni jasa yang disediakan oleh personil yang langsung bertatap muka dengan konsumen, misal jasa dokter dan perawat memberikan layanan pada pasien, pelayan restoran dan lain-lain, (2) *invisible service*, yaitu jasa yang tidak dapat dilihat dan dirasakan langsung oleh konsumen, tetapi menunjang sistem *visible service*, misalnya karyawan bagian akuntansi, personalia, petugas gizi rumah sakit dan lain-lain. Chase dan Aquilano (1995) menyatakan bahwa :

“ Ciri dari pelayanan jasa yang harus menjadi pertimbangan adalah (a) bahwa pada hakekatnya setiap orang mampu memberikan pelayanan artinya mereka



tahu tentang apa yang diinginkan oleh organisasi jasa serta proses pelayanan yang akan diberikan, (b) pelayanan yang kurang baik akan memberikan kesan jelek pada konsumen, (c) kualitas pekerjaan tidak sama dengan kualitas pelayanan sehingga mengelola produk jasa tidak sama dengan mengelola produk manufaktur, (d) produk jasa dapat ditingkatkan melalui intensitas kontak yang tinggi yang merupakan pengalaman pelanggan sehingga menimbulkan loyalitas konsumen, (e) manajemen jasa yang efektif membutuhkan keserasian antara pemasaran, personalia dan operasional”.

2.1.1.1. Pemilihan Strategi Proses Jasa

1. Pertimbangan sektor jasa

Pada proses produksi berfokus proses, pemanfaatan peralatannya rendah demikian juga pada industri jasa. Hal ini disebabkan oleh harapan adanya kelebihan kapasitas untuk muatan pada titik puncak, peralatan tersedia pada saat dibutuhkan, dapat juga karena penjadualannya jelek dan ketidakseimbangan yang disebabkan penggunaan fasilitas.

2. Interaksi konsumen dan strategi proses

Menurut Kotler didalam Manajemen Jasa (Tjiptono Fandy, 1996:6), jasa dapat diklasifikasikan berdasarkan dua dimensi yang secara signifikan mempengaruhi karakter proses penyampaian jasa.

Tingkat Interaksi dan Customizatio									
Tingkat Intensitas Tenaga Kerja	<table> <tr> <th>Rendah</th><th>Tinggi</th></tr> <tr> <td> Service factory - Penerbangan - Perusahaan truk - Hotel - Tempat peristirahatan dan rekreasi </td><td> Service shop - Rumah Sakit - Auto repair - Jasa reparasi </td></tr> <tr> <td>Tinggi</td><td> Masa service - Retailing - Wholesaling - Sekolah - Aspek retail dari perbankan komersial </td></tr> <tr> <td></td><td> Professional Service - Dokter - Pengacara - Akuntan - Arsitek </td></tr> </table>	Rendah	Tinggi	Service factory - Penerbangan - Perusahaan truk - Hotel - Tempat peristirahatan dan rekreasi	Service shop - Rumah Sakit - Auto repair - Jasa reparasi	Tinggi	Masa service - Retailing - Wholesaling - Sekolah - Aspek retail dari perbankan komersial		Professional Service - Dokter - Pengacara - Akuntan - Arsitek
Rendah	Tinggi								
Service factory - Penerbangan - Perusahaan truk - Hotel - Tempat peristirahatan dan rekreasi	Service shop - Rumah Sakit - Auto repair - Jasa reparasi								
Tinggi	Masa service - Retailing - Wholesaling - Sekolah - Aspek retail dari perbankan komersial								
	Professional Service - Dokter - Pengacara - Akuntan - Arsitek								

Gambar 2 : Interaksi Konsumen dan Strategi Proses

Sumber : Schmenner, R.W dalam Fitzsimmons dan Fitzsimmons, (1994), *Service Management for Competitive Advantage*, New York : Hill,Inc.,p 22



2.1.1.2. Peluang Proses Jasa Lainnya

1. Tata letak

Tata letak adalah bagian integral dari proses produksi terutama dalam industri eceran, perbankan dan restoran, contohnya pada industri eceran akan memberikan bukan hanya pemunculan produk tetapi juga pendidikan konsumen dan peningkatan produk. Karena tata letak merupakan bagian integral untuk banyak jasa maka memberikan kesempatan besar untuk memenangkan order.

2. Teknologi

Teknologi membantu meningkatkan produk jasa, Contoh ATM meningkatkan pelayanan konsumen perbankan.

2.1.1.3. Klasifikasi jasa sesuai input dan jasa sebagai proses :

1. Proses pelayanan langsung ditujukan pada tubuh manusia (*People processing*)

People processing yaitu proses pelayanan langsung ditujukan pada tubuh manusia sebagai input, secara fisik kehadiran yang bersangkutan diperlukan pada saat penyampaian pelayanan kesehatan (*Tangible action to people's body*), misalnya pelayanan kesehatan.

2. Proses pelayanan pada barang milik pelanggan (*Possesion processing*)

Possesion processing adalah proses pelayanan pada barang-barang milik pelanggan, secara fisik pelanggan tidak terlibat, tapi hanya mungkin memberikan keterangan (*tangible action to goods and other physical possessions*) misalnya pelayanan laundry.

3. Pelayanan diarahkan pada pikiran pelanggan (*Mental Stimulus Processing*)

Mental Stimulus Processing adalah pelayanan diarahkan pada pikiran pelanggan, sehingga dapat memperoleh perilakunya. Hal ini memerlukan

partisipasi dari pikiran mereka pada saat pelayanan berlangsung (*intangible action directed to people mind*) misalnya iklan.

4. Proses Informasi (*Information processing*)

Information processing, informasi adalah hal yang paling *intangible* dari pelayanan jasa (*intangible actions directed at intangible asset*), misal asuransi dan konsultasi.

Banyak produk jasa yang merupakan satu paket proses misalnya seseorang berobat ke Puskesmas, pertama kali dia mendapatkan kartu pendaftaran (*information processing*), selanjutnya menunggu pemeriksaan, dia mendengarkan penyuluhan kesehatan dari tape (*mental stimulus processing*), kemudian diperiksa (*people processing*), bila memerlukan pemeriksaan laboratorium maka hasilnya akan dikirim ke alamatnya (*possession processing*).

Dalam manajemen jasa mempunyai motto "*Doing is right the first time*", meskipun demikian pada kenyataannya penyelenggaraan jasa amat sulit untuk mencapai ekspektasi ini. Tidak seperti produk barang yang dapat ditentukan kualitasnya, untuk jasa diperlukan pengkajian lebih mendalam dalam hal :

- a. Perilaku dan keluhan pelanggan
- b. Respon manajemen terhadap keluhan
- c. Pemecahan masalah, interaksi karyawan dan pelanggan.
- d. Pelanggan internal dan layanan pendukung (*internal customer and support services*). Karena pentingnya karyawan (*internal customer*) dalam penyampaian jasa, maka perlu diperhatikan bagaimana manajemen memberikan dukungan kepada pelanggan internal ini antara lain berupa pendidikan, pelatihan, penghargaan, imbal jasa dan sebagainya. Perlu dikaji lebih mendalam hubungan antara kepuasan karyawan dan kepuasan pelanggan, sehingga dapat ditemukan faktor terkait.



Saat sekarang pandangan terhadap jasa adalah “*high tech, high touch*”, semakin kita berhadapan dengan “*high tech*” semakin kita menginginkan “*high touch*”, hal ini dimaksudkan sebagai “*layanan pribadi*” (*personal service*).

Teknologi menunjang strategi pelayanan, fokus teknologi pada pelanggan. Puskesmas harus beroperasi sesuai kaidah pelayanan (*service*), dimana perbedaannya dengan perusahaan/industri barang :

- a. Keluaran (*product*) adalah jasa
- b. Keterlibatan pelanggan dalam proses produksi
- c. Manusia menjadi bagian dari produksi itu sendiri.
- d. Kualitas sulit untuk distandarisasi.
- e. Tidak ada persediaan produk jadi
- f. Waktu mempunyai kedudukan yang penting, karena toleransi pelanggan ada batasnya.
- g. *Delivery* paling dominan, mengalahkan *quality* dan *cost*.

Bila dilihat dari klasifikasi jasa sebagai proses seperti tersebut di atas, maka Puskesmas termasuk dalam katagori “*People Processing*”, yaitu input berupa orang atau masyarakat yang “sakit” dengan proses yang terjadi di dalamnya diharapkan seseorang atau masyarakat menjadi lebih “sehat” dari sebelumnya.

Aspek produksi (*supply*) dan konsumsi (*demand*) pelayanan kesehatan mempunyai ciri khusus, Gani (1994) :

1. Kejadian Penyakit Tidak Terduga
Pada umumnya orang tidak mampu menduga penyakit apa yang diuaminya di masa mendatang dan pelayanan apa yang ia butuhkan. Adanya ketidakpastian seperti ini membuat orang harus menghadapi resiko pengeluaran biaya yang dapat terjadi tanpa perencanaan terlebih dahulu.
2. Ketidaktahuan Pelanggan
Salah satu ciri khusus adalah besarnya ketergantungan pelanggan pada penyedia (*provider*) pelayanan kesehatan (Gani, 1994). Ini disebabkan pada umumnya pelanggan tidak tahu banyak tentang jenis pemeriksaan dan pengobatan yang diperlukannya. Provider menentukan jenis dan volume

pelayanan yang perlu dikonsumsi dan otomatis harus dibayar pelanggan. Seringkali keputusan provider (profesional) tersebut sama sekali lepas dari pertimbangan biaya dan kemampuan membayar pelanggan.

3. Sehat dan Pelayanan Kesehatan sebagai Hak

Hampir semua pihak berpendapat bahwa hidup sehat adalah unsur kebutuhan dasar manusia yang harus diusahakan untuk dipenuhi, terlepas dari kemampuan seseorang untuk memayarnya. Hal ini menyebabkan distribusi pelayanan kesehatan seringkali dilakukan pengadaannya atas dasar kebutuhan dan bukan atas dasar kemampuan membayar.

4. Externalitas (*Externality*)

Adanya efek eksternal dalam penggunaan pelayanan kesehatan khususnya pada pelayanan preventif misal imunisasi, mempunyai dampak *social marginal benefit* jauh lebih besar dari pada *private marginal benefit* bagi individu bersangkutan bila dibanding dengan pelayanan kesehatan kuratif. Pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah jasa berupa *public good* (merupakan komoditi masyarakat bersifat pencegahan yang mempunyai dampak eksternal besar) dan *private good* pada pelayanan kesehatan kuratif. Pembagian sifat komoditis dalam kelompok *public good* dan *private good* dibahas dalam *economics of public sector*, Stiglitz (1988), yang dikaitkan dengan penyedia komoditas tersebut yaitu pemerintah atau swasta. Dari perspektif meningkatkan kesejahteraan umum (*public welfare*), *public good* sebaiknya disediakan oleh pemerintah, karena kalau disediakan oleh pihak swasta, bisa terjadi inefisiensi dan "*welfare loss*" karena utilisasi komoditas tersebut tidak optimal. Barang atau jasa dikatakan sebagai *public good* apabila dikonsumsi seseorang tidak menimbulkan biaya marginal, sulit mencegah seseorang untuk mengkonsumsinya secara gratis, orang tidak bersaing untuk mengkonsumsinya dan konsumsi barang atau jasa tersebut memberikan manfaat bagi orang banyak (*large externality*), misal penyemprotan malaria, sebaliknya barang atau jasa yang ada biaya marginal, *excludable*, ada persaingan dan *externality*nya rendah disebut *private good* yang pada umumnya disediakan oleh pihak swasta, namun bisa juga karena alasan kesejahteraan masyarakat dan pemerataan disediakan oleh pemerintah.

5. Motif Non Profit.

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan untuk masyarakat dalam operasionalnya merupakan industri *non profit*, secara tradisional pendapat umum yang dianut adalah "Orang tidak layak mengambil keuntungan dari penyakit/musibah orang lain".

6. Padat Karya

Kemajuan teknologi medis ternyata tidak membuat pelayanan kesehatan semakin bebas dari input tenaga manusia. Dalam analisis biaya yang dilakukan di Rumah Sakit komponen biaya tenaga (*labour cost*) dapat mencapai antara 40 – 60% dari keseluruhan biaya, ini berarti industri medis adalah sektor yang bersifat padat karya.

7. *Mixed Out Put*

Banyak ragam "komoditi" yang dihasilkan, dan berbagai program kesehatan dikonsumsi oleh pasien yakni berupa satu paket pelayanan

- a. Sejumlah pemeriksaan diagnostik.
- b. Terapi berupa tindakan medis atau obat-obatan
- c. Diet makanan.
- d. Nasehat kesehatan
- e. Dan lain-lain

Paket tersebut bervariasi antar individu dan sangat tergantung pada jenis penyakit, hal ini menyebabkan analisa kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan menjadi kompleks.

8. Upaya Kesehatan Sebagai Konsumsi dan Investasi

Dalam jangka pendek, upaya kesehatan terlihat sebagai sektor yang konsumtif, tidak memberikan *return on investment* secara jelas. Oleh karena itu sektor kesehatan sering berada pada urutan bawah dalam skala prioritas pembangunan, terutama kalau titik berat pembangunan adalah pertumbuhan ekonomi, dalam penelitiannya di Sumatera Utara tahun 1998, Gani, 2003 mengatakan bahwa :

“ Waktu produktif yang hilang karena sakit dan nilai ekonomisnya atas dasar UMR (Rp.7.600,-) adalah Rp.186.641.048.943,-, di Sumatera Selatan tahun 1998, *Economic loss* karena sakit adalah Rp.130.536.136.324,- dan pendapatan asli daerahnya sebesar Rp.45.439.755.000,- sedang biaya kesehatan masyarakat karena sakit adalah Rp.182.948.363.616,-, biaya kesehatan dari pemerintah Rp.60.982.787.872,-, maka *total economic loss* Rp.374.467.287.811,-, di Nusa Tenggara Timur *economic loss* karena sakit Rp.49.884.143.664,-, biaya kesehatan masyarakat Rp.61.711.389.162,-, biaya kesehatan pemerintah Rp.61.300.000.000,-, total Rp. 175 milyar, dan pengabaian terhadap kesehatan dapat mengakibatkan *loss generation* akibat anemia ibu hamil, infeksi dan kurang gizi balita “.

Saat ini pembiayaan di Indonesia menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada lokakarya Pengembangan Sub Sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan *Public Goods dan Privat Goods* bagi Penduduk Miskin, Kelompok Rentan dan Daerah Miskin (2003), dinilai kecil bila dibanding negara ASEAN pada umumnya, yakni sekitar 2,4 % dari Pendapatan Bruto Daerah, dimana hanya 0,7% berasal dari Pemerintah yang digunakan untuk pelayanan *public goods* dan sebagian untuk subsidi *private goods*. Sedangkan pembiayaan dari masyarakat sekitar 1,7% untuk pelayanan *private goods* yang belum diorganisir dengan baik karena umumnya berupa pengeluaran langsung atau *out of pocket*.

Pembiayaan kesehatan di Jawa Timur tahun 1999

Tabel 1. Pendapatan Daerah Dari Sektor Kesehatan, Pendapatan Asli Daerah Dan Total Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Di Propinsi Jawa Timur Tahun 1999/2000 (April 1999 S/D Desember 1999)

(Dalam juta rupiah)

NO	KABUPATEN	PENDAPATAN DAERAH DARI SUMBER KESEHATAN				PAD	ANGGARAN PEMDA
		DIN. KES	RMH SAKIT	PUSKESMAS	LAINNY.		
1.	Pacitan		762273	299185	21649	3354010	8719
2.	Ponorogo	0	0	0	0	0	0
3.	Trenggalek	14440	882479	164025	20200	3576053	233479
4.	Tulungagung	11709	349121	25051	0	610185	216667
5.	Blitar	10200	2493193	609612	0	6302183	415160
6.	Kediri	0	3334573	230865	0	9958017	2932566
7.	Malang	17059	985006	1672555	0	13149269	18958643
8.	Lumajang	0	1770547	125842	4536	394189	394189
9.	Jember	3700293	178315	300296	49421	26338311	22365290
10.	Banyuwangi	0	0	0	0	0	0
11.	Bondowoso	0	0	0	0	0	0
12.	Situbondo	0	0	0	0	0	0
13.	Probolinggo	0	451624	290518	11400	4658410	8506099
14.	Pasuruan	0	0	0	0	0	0
15.	Sidoarjo	0	4731078	857955	0	53509219	1713237
16.	Mojokerto	0	0	491734	0	10000401	173530
17.	Jombang	0	6991000	21000	0	13624110	1326411
18.	Nganjuk	0	0	172000	30000	5373438	5144679
19.	Madiun	0	17005	153464	2740	1420321	661
20.	Magetan	196800	1574972	0	0	6784000	10214646
21.	Ngawi	0	431673	329205	0	4969000	1121925
22.	Bojonegoro	2491881	2491887	157500	0	5163786	251733
23.	Tuban	246878	1460558	0	130427	14852000	10673700
24.	Lamongan	0	0	0	0	0	0
25.	Gresik	3760086	3760086	149000	0	13678055	9634990
26.	Bangkalan	0	0	0	0	0	0
27.	Sampang	0	0	0	0	0	0
28.	Pamekasan	6952	1526871	329615	38162	4273625	8732371
29.	Sumenep	0	0	0	0	0	0
30.	Kediri(M)	0	0	0	0	0	0
31.	Blitar(M)	88000	634809	0	0	2781469	3199
32.	Malang(M)	45644	0	63174	25912	14753	6260
33.	Probolinggo(M)	0	562715	74435	23987	3577000	3762266
34.	Pasuruan (M)	0	835945	164701	0	2687627	3337660
35.	Mokerto(M)	0	533000	42000	0	3319000	2086600
36.	Madiun(M)	0	0	0	0	0	0
37.	Surabaya(M)	3500	390716	1304500	91950	136691	50516
	Propinsi	10552	3714	8217	450	214507	1158664
	tahun 1998	608	2949	7620	2425	331662	1466141
	tahun 1997	-	2681	8715	-	420480	1677773

Sumber : Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2000, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2001

Namun kalau orientasi pembangunan pada akhirnya adalah pembangunan manusia, maka pembangunan sektor kesehatan sesungguhnya adalah suatu investasi jangka panjang. Untuk jangka



pendekpun, kalau penduduk *employed* di usaha produktif, pembangunan kesehatan jelas memberikan *return on investment* yang dapat diukur.

9. Restriksi Berkompetisi

Adanya pembatasan praktek berkompetisi menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sesempurna mekanisme pasar untuk komoditi lain. Dalam sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi, potongan tarif (*discount*), bonus atau banting harga, Gani (1994)

2.1.1.4. Ekonomi Pelayanan Kesehatan

A. Aspek Produksi (*Supply*)

1. Situasi sejak kebijaksanaan penyesuaian ekonomi

Selama dua dekade lalu terjadi perbaikan derajat kesehatan yang sangat mengesankan di Indonesia. Angka kematian bayi, pada akhir tahun 1960 an adalah 132/1000 turun menjadi 71/1000 pada tahun 1985 turun lagi sampai 56/1000, perbaikan tersebut tidak terlepas dari keberhasilan Indonesia memperluas jangkauan pelayanan kesehatan sampai ke pedesaan, yaitu melalui Puskesmas dan Puskesmas pembantu, di samping berbagai program kesehatan masyarakat.

2. Perkembangan sarana pelayanan kesehatan

Industri pelayanan kesehatan di Indonesia ditandai oleh dominasi pemerintah sebagai penyedia pelayanan kesehatan primer (Puskesmas dan Puskesmas pembantu) serta kombinasi seimbang antara pemerintah dan swasta untuk pelayanan kesehatan sekunder (rumah sakit). Sampai tahun 1988 tercatat 5549 Puskesmas dan 12913 Puskesmas Pembantu yang sudah didirikan oleh pemerintah. Ini menunjukkan bahwa untuk pelayanan primer, terutama di pedesaan, peran pemerintah sangat dominan.

3. Pergeseran peran pemerintah dan swasta

Dalam industri pelayanan kesehatan, ada dua peran pokok yang dapat dilakukan oleh semua pihak, baik pemerintah maupun swasta, yaitu peran dalam



penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan peran dalam menyelenggarakan pembiayaan kesehatan.

4. Inflasi biaya

Laju inflasi dalam biaya kesehatan sangat tinggi dari inflasi ekonomi secara keseluruhan, di Indonesia mencapai 12 sampai 14% pertahun, sekitar dua kali laju inflasi ekonomi. Faktor yang menyebabkan inflasi tinggi diantaranya adalah meningkatnya *demand* sejalan dengan pertambahan jumlah penduduk dan kenaikan pendapatan serta pendidikan.

5. Pentarifan dan *cost recovery*

Tarif di Puskesmas lebih rendah dari pada biaya satuan operasional dan pemeliharaan (biaya satuan tanpa biaya investasi). Untuk biaya rawat inap, *cost recovery* ratenya lebih rendah (80%), lebih kecil dari biayanya, karena adanya subsidi bagi pengguna pelayanannya.

6. Aspek Konsumsi (*Demand*)

a. Gambaran umum penggunaan sarana kesehatan

Dengan perbaikan tingkat pendapatan penduduk misalnya yang terjadi di kota di banding dengan di desa, maka masyarakat cenderung menggunakan fasilitas pelayanan swasta, di kota masyarakat menggunakan fasilitas swasta sebanyak 34% sedang di desa 15%.

b. Dampak pertumbuhan GNP.

Efektifitas dan kesinambungan investasi pelayanan kesehatan oleh swasta sangat dipengaruhi oleh *demand* masyarakat yang ditentukan oleh tingkat pendapatannya.

c. Konsumsi pelayanan alat canggih

Investasi alat canggih diperlukan karena makin banyaknya penyakit-penyakit degeneratif dan kardiovaskular yang memerlukan teknologi tinggi.

2.1.2. Sumber Daya Manusia

1. Komitmen, Kompetensi dan Kinerja

Aspek sumber daya terpenting yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan adalah sumber daya manusia, yaitu komitmen dan kompetensi dari sumber daya manusia yang ada pada sarana pelayanan kesehatan tersebut, Kaplan dan Norton (1996).

Secara konseptual komitmen manajemen didefinisikan sebagai kekuatan yang bersifat relatif dari individu dalam mengidentifikasi keterlibatan dirinya ke dalam bagian organisasi, Mowday, et al (1982). Menurut Devito (1995) dalam Arifin (2001), faktor penting yang berpengaruh terhadap kelangsungan hubungan (*relationship*) adalah tingkat komitmen seseorang terhadap yang lain dan terhadap hubungan itu sendiri. Jika terjadi hubungan memburuk, maka komitmen yang kuat akan mempertahankan hubungan tersebut. Sebaliknya bila komitmen lemah dan orang meragukan alasan untuk tinggal bersama, maka hubungan tersebut akan lebih cepat memburuk. Terdapat 3 tipe komitmen :

- a. Komitmen keuangan (*financial commitment*), terjadi setelah ke dua belah pihak memiliki komitmen yang tinggi terhadap hubungan mereka, mereka menyatukan dana yang mereka miliki. Sebaliknya dana sering kali meningkatkan komitmen satu dengan yang lain pihak terhadap hubungan mereka.
- b. Komitmen berdasarkan waktu (*temporal commitment*). Orang berfikir karena hubungan sudah berlangsung lama, banyak waktu akan terbuang percuma bila putus hubungan.
- c. Komitmen emosional (*emotional commitment*). Komitmen didasarkan atas investasi emosional. Ke dua belah pihak merasa telah banyak tenaga digunakan dalam hubungan satu dengan yang lainnya, sehingga sukar



melupakannya, atau mereka merasa telah saling melayani satu dengan yang lain, sehingga meskipun mereka mengalami berbagai kesulitan, hubungan mereka satu dengan lainnya masih lebih banyak baiknya dari pada buruknya, lebih banyak menyenangkan dari pada menyakitkan.

Taylor (1994) mengatakan bahwa determinan komitmen adalah semua kekuatan, positif dan negatif yang berinteraksi untuk mempertahankan seseorang agar tetap berhubungan atau berada dalam satu kelompok. Stoff (1995), mengatakan bahwa komitmen terhadap suatu tujuan berarti seseorang menemukan kesesuaian dengan tujuan khususnya, sehingga ia berniat untuk menginvestasikan waktu, tenaga dan kemampuan yang dimiliki untuk mencapai tujuan tersebut. Komitmen cenderung terjadi bila anggota kelompok mengambil bagian dalam proses penentuan tujuan yang akan dicapai. Menurut Vikram (1999), komitmen terhadap organisasi (*Organizational commitment*) dapat dilihat dua aspek yaitu *attitudinal* atau *affective commitment* dan *behavioral* atau *continuance commitment*. *Affective commitment* adalah keterikatan emosional yang kuat terhadap organisasi. Petugas dengan hubungan emosional yang kuat dengan organisasi tidak hanya akan tetap bekerja di organisasi tersebut, tapi juga akan berupaya keras untuk keberhasilan organisasi. *Continuance commitment* adalah keterikatan individu dengan organisasi karena adanya investasi atau karena pertimbangan untung rugi di organisasi tersebut, seperti adanya jaminan pensiun, promosi dan hubungan kerja. Petugas dengan *continuance commitment* merasa terpaksa untuk bekerja di suatu organisasi, mereka lebih cenderung untuk berupaya secara minimal, sekedar mempertahankan hak atau jabatannya.



Becker (1996) mengatakan bahwa komitmen pada atasan berhubungan positif dengan kinerja dan komitmen kepada atasan tersebut lebih kuat asosiasinya dengan kinerja dibandingkan dengan komitmen kepada organisasi.

Mayer *et al* (1997) mengatakan bahwa :

"Konsep manajemen organisasi ada tiga aspek yaitu : Pertama, komitmen *effective* berkaitan dengan emosional, identifikasi dan keterlibatan pegawai di dalam suatu organisasi. Kedua, komitmen *normative*, merupakan perasaan-perasaan pegawai tentang kewajiban yang harus diberikan kepada organisasi. Ketiga, komitmen *continuance*, berarti komponen berdasarkan persepsi pegawai tentang kerugian yang akan dihadapinya jika ia meninggalkan organisasi"

Membangun komitmen sumber daya manusia sangat penting seperti dikatakan Robert Eaton, *chief executive officer* Chrysler Corporation, produsen mobil terkemuka di Amerika Serikat dalam tulisan Budi Soetjipto tentang "Membangun Komitmen Sumber Daya Manusia" bahwa meskipun kita dewasa ini berada di era teknologi canggih, peran sumber daya manusia dalam menentukan keberhasilan perusahaan tidak dapat diabaikan begitu saja.

Jeffrey Pfeffer (1994) dalam tulisan Budi Soetjipto, bahwa sumber daya manusia merupakan sumber keunggulan daya saing yang "tak lekang oleh panas, tak lapuk oleh hujan". Ia membandingkan kedudukan istimewa sumberdaya ini dengan sumber-sumber keunggulan daya saing lain yang kini semakin berkurang keunggulannya, seperti teknologi produk dan proses produksi.

Lado *et al* (1992), mengatakan bahwa sumber daya manusia mampu bertahan karena mereka memiliki kompetensi manajerial, yaitu kemampuan untuk merumuskan visi dan strategi perusahaan serta kemampuan untuk memperoleh dan menggerakkan sumberdaya lain dalam rangka mewujudkan visi dan menerapkan strategi perusahaan.

Wiener (1982) dalam tulisan Budi Soetjipto tentang "Membangun Komitmen Sumber Daya Manusia" mengatakan bahwa dengan dimilikinya komitmen maka sumber daya manusia akan rela berkorban demi kemajuan perusahaan, bersedia



memberikan perhatian besar pada perkembangan perusahaan dan memiliki tekad kuat untuk menjaga eksistensi perusahaan di dalam pasar. Salah satu perwujudannya adalah kesediaan sumber daya manusia untuk berperan serta aktif dalam proses pertumbuhkembangan kompetensi manajerial mereka O'Reilly (1989) tulisan Budi Soetjipto, mendefinisikan komitmen adalah ikatan psikologis seseorang terhadap suatu perusahaan, ikatan ini menurut Wiener (1982, 1988), tercipta karena adanya kepercayaan yang bersangkutan bahwa komitmen merupakan kewajiban moralnya terhadap perusahaan tempat ia bekerja. Kepercayaan tersebut membuat komitmen menjadi fleksibel, maksudnya dapat berpindah-pindah mengikuti kepindahan individu dari satu perusahaan ke perusahaan lain. ikatan psikologis juga dapat tercipta apabila nilai dari norma yang dianut oleh seseorang sesuai dengan misi, tujuan, kebijakan dan gaya pengelolaan perusahaan tempat kerjanya. Kedua hal tersebut di atas terjadi didahului dengan *compliance* dan *identification* yaitu kepatuhan individu terhadap keinginan perusahaan semata-mata karena yang bersangkutan ingin mendapatkan sesuatu dari perusahaan tersebut dan mendapatkan kebanggaan karena menjadi bagian dari perusahaan itu. Untuk membangun komitmen para pegawai perusahaan menurut Wiener (1982, 1988) perlu dibangun sejak dini, yaitu mulai tahap rekrutmen dan seleksi. Sedang menurut Neale *et al* (1988) :

"Ada tiga strategi untuk membangun komitmen dalam perusahaan yaitu strategi pertama adalah strategi *irreversibility* yang pada dasarnya bertujuan membuat keberadaan individu di dalam perusahaan menjadi permanen, strategi kedua adalah *visibility* yaitu membuat segala kontribusi pegawai bagi keberhasilan perusahaan menjadi kasat mata dengan memberikan penghargaan dan yang ketiga adalah *participative decision making* yang memberikan kesempatan kepada para pegawai untuk berperan serta aktif di dalam proses pengambilan keputusan".

Edward Lawler III (1988) menyebutnya sebagai *parallel suggestion* di mana para pegawai dimintai sarannya oleh para pengambil keputusan. Becker dalam

tulisan Budi Soetjipto (2001) tentang "Mengefektifkan Dinamika Komitmen" mengatakan bahwa :

"Komitmen SDM bersifat multidimensi yaitu tidak bisa hanya dipandang sebagai komitmen terhadap organisasi secara keseluruhan, juga terhadap unit kerja, manajemen puncak dan atasannya langsung. Sinkronisasi dan harmonisasi merupakan keharusan yang merupakan tugas manajemen puncak dengan cara menerapkan perencanaan strategis (*strategic planning*) yang mampu mengakomodasi dan memadukan perencanaan madya (*intermediate planning*) dan operasional (*operational planning*) yang masing-masing disusun oleh manajemen madya serta manajemen bawah. diharapkan saat merumuskan perencanaan pendekatan yang digunakan adalah *bottom up* atau *management by objective* atau model *MBO* hierarkikal yang pelaksanaannya dilakukan bertahap untuk menumbuhkembangkan partisipasi secara perlahan dan terkendali juga meningkatkan daya inisiatif dari partisipasi sumber daya manusia dengan mentransformasi mentalitas dari penganut teori X"

yang menurut Mc. Gregor, D (1960), dikelompokkan sebagai orang yang pasif, hanya menunggu perintah atasan ke mentalitas teori Y agar tumbuh dan berkembangnya daya inovasi dalam organisasi yang menurut Drucker (terjemahan,1991) merupakan kunci utama keberhasilan organisasi "*innovation endows resources with a new capacity to create wealth*". Ada 5 faktor kunci yang dianggap sangat berpengaruh untuk mengikat komitmen karyawan yaitu perlakuan yang *fair*, kepercayaan dalam pekerjaan, ketersediaan sumberdaya (fisik dan manusia) yang proporsional, kepedulian dan perhatian yang memadai, dan kejelasan uraian definitif aktivitas kerja (AMI : 2002)

Kompetensi didefinisikan Spencer (1993) sebagai :

"Kompetensi adalah sebagai karakteristik yang mendasari seseorang berkaitan dengan efektivitas kinerja individu dalam pekerjaannya, kompetensi merupakan kepribadian yang mendalam dan melekat kepada seseorang serta perilaku yang dapat diprediksi pada berbagai keadaan dan tugas pekerjaan. Kompetensi juga merupakan sesuatu yang menyebabkan atau memprediksi perilaku dan kinerja. Kompetensi juga memprediksi siapa yang berkinerja baik dan kurang baik, yang diukur dari kriteria yang digunakan."

Untuk mengetahui tingkat kompetensi menurut Spencer (1993) mempunyai karakteristik sebagai berikut :

1. *Motives* adalah sesuatu dimana seseorang secara konsisten berpikir sehingga dia melakukan tindakan



2. *Traits*, adalah watak yang membuat orang untuk berperilaku atau bagaimana orang merespon sesuatu dengan cara tertentu, misalnya percaya diri, pengendalian diri, *stress resistance*.
3. *Self concept*, adalah sikap dan nilai-nilai yang dimiliki oleh seseorang.
4. *Knowledge*, adalah kemampuan untuk bidang tertentu, dan *knowledge* merupakan kompetensi yang kompleks.
5. *Skill*, adalah kemampuan untuk melaksanakan suatu tugas tertentu baik secara fisik maupun mental..

Kompetensi pengetahuan (*knowledge competencies*) dan kompetensi keahlian (*skill competencies*) cenderung lebih nyata dan relatif mudah dilihat sebagai salah satu karakteristik yang dimiliki manusia . Sedangkan konsep diri (*self concept*), watak atau sifat (*traits*), dan motif (*motives*) merupakan kompetensi lebih tersembunyi yang berada pada kepribadian manusia, Spencer (1993), mengatakan bahwa :

“ Kompetensi dapat dibagi atas dua katagori yaitu “*threshold*” dan “*differentiating*” untuk memprediksi kinerja suatu pekerjaan. *Threshold competencies* adalah karakter utama (biasanya pengetahuan atau keahlian dasar) yang harus dimiliki oleh seseorang karyawan agar dapat melaksanakan pekerjaannya. Sedangkan *differentiating competencies* adalah faktor-faktor yang membedakan individu berkinerja tinggi, rata-rata dan rendah”.

Render (1994) dalam Prinsip-prinsip Manajemen Operasi :

Kinerja manusia merupakan sumbangan yang sangat penting bagi kinerja organisasi, organisasi tidak akan unggul tanpa orang-orang yang andal dan termotivasi. Konsekuensinya manajer operasi harus membentuk strategi sumber daya manusia yang tepat untuk menempatkan bakat yang tersedia untuk mendukung operasi perusahaan. Bila perhatian difokuskan pada manusia dan sistem kerja maka harus diperhatikan adalah bahwa manusia :

1. Dimanfaatkan secara efisien dalam lingkup kendala operasional yang ada.
2. Memiliki mutu kehidupan kerja yang baik dalam suasana saling terikat dan saling percaya.

Pemimpin memerlukan unsur pelaksana yang mampu mengaktualisasi pemikiran, konsep dan gagasannya ke dalam perencanaan, serta langkah nyata, kalau pemimpin atasan, unsur pelaksanaanya adalah bawahan, Sutjipto (2001).

Gary Yuki (Suny at Albany) mengatakan komitmen bukan sekedar kepatuhan (*compliance*). Menurutnya, komitmen diawali dengan pemahamannya terhadap



pemikiran, konsep dan gagasan atasan. Karena sepaham bawahan antusias, penuh inisiatif dan pantang menyerah beraktualisasi.

Fungsi dari pergerakan (*actuating*) berkaitan dengan :

1. Kepemimpinan

Stonner (1982), dalam bukunya Djoko Wijono tentang Manajemen kepemimpinan dan organisasi kesehatan mengatakan :

"Kepemimpinan adalah pokok atau inti dari manajemen, berkaitan erat dengan pergerakan pelaksanaan (*actuating*), pengarahan (*directing*), atau memerintah (*command*), kemampuan koordinasi (*coordinating*), pengawasan dan pengendalian (*controlling*), berkomunikasi (*communicating*), menuntun, membimbing dan mengambil keputusan (*decision making*) dan menjadi nara sumber (*resourcing*). Untuk menjadi seorang pemimpin yang baik banyak teori yang dikemukakan, pada umumnya berdasarkan pendekatan sifat, perilaku, kontingensi dan pendekatan terpadu".

a. Pendekatan sifat

Menurut Ordway Tead dalam bukunya Djoko Wijono tentang Manajemen kepemimpinan dan organisasi kesehatan mengatakan ada 10

(sepuluh) sifat yang perlu dimiliki seorang pemimpin adalah memiliki kekuatan fisik dan mental, paham arah dan tujuan, antusiasme, ramah tamah dan efektif, memiliki integritas, memiliki keahlian tehnik, cepat dan tepat dalam pengambilan keputusan, cerdas, cakap mengajar dan setia.

Miller (1971), menyampaikan ada empat sifat yang perlu dimiliki oleh seorang pemimpin yaitu : kemampuan melihat organisasi secara keseluruhan, kemampuan mengambil keputusan-keputusan, kemampuan melimpahkan atau mendelegasikan wewenang, kemampuan menanamkan kesetiaan pada perintah. Davis (1982), mengemukakan empat macam kelebihan sifat-sifat yang perlu dimiliki oleh pemimpin yaitu cerdas, kematangan dan keleluasaan pandangan sosial, mempunyai motivasi dan keinginan mencapai sukses yang berasal dari dalam dirinya, mempunyai sikap perilaku yang suka menjalin hubungan antar manusia. Terry



mengemukakan seorang pemimpin dengan 10 sifatnya : cerdas, berinisiatif, berkekuatan atau sebagai pendorong, kematangan emosi, meyakinkan, mempunyai kemahiran berkomunikasi, percaya diri, cerdik, kreatif, berperan serta dalam pergaulan sosial.

Panca dasa kepemimpinan dari Mahapatih Gajah Mada dalam bukunya Djoko Wijono tentang Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan adalah :

"Sikap bijaksana, sebagai pembela negara sejati, kemampuan menganalisis dan mengambil keputusan, mendapat kepercayaan dari bawahan, loyal pada atasan, pandai berpidato dan berdiplomasi, tidak sombong dan rendah hati serta manusiawi, bersifat rajin dan kreatif, bersifat gembira dan periang, jujur dan terbuka, tidak egois, bersifat penyayang dan cinta alam, tekun menegakkan kebenaran, sebagai abdi negara yang baik, mampu membinasakan lawan".

Kepemimpinan Ki Hajar Dewantara dalam Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan oleh Djoko Wijono adalah :

1. Ing ngarso sung tulodo (seorang pemimpin harus dapat menjadikan dirinya sebagai panutan dan ikutan orang yang dipimpinnya)
2. Ing madya mangun karso (berinisiatif, mampu membangkitkan semangat berswakarsa dan kreatifitas orang yang dipimpinnya)
3. Tut wuri handayani (seorang pemimpin harus memberi kesempatan dan mendorong orang yang dipimpinnya agar berani berjalan di depan dan sanggup bertanggung jawab)

b. Pendekatan perilaku

Lippits dalam bukunya Djoko Wijono tentang Manajemen

Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan berpendapat ada tiga gaya kepemimpinan yaitu otoriter, demokrasi dan liberal. Gaya kepemimpinan otoriter adalah gaya kepemimpinan yang memberikan instruksi secara pasti, menuntut kerelaan, menekankan pelaksanaan tugas, melakukan pengawasan tertutup, ijin sangat sedikit atau tiada bawahan mempengaruhi keputusan, menurut Agarwala pada awalnya akan meningkatkan produktifitas, tetapi selanjutnya akan timbul ketidak puasan dan akan dapat



merusak mental bawahan, gaya ini hanya cocok dilakukan pada saat kondisi darurat.

Kepemimpinan gaya demokratis adalah kemampuan mempengaruhi orang agar bersedia bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan cara berbagai kegiatan yang akan dilaksanakan ditentukan bersama antara bawahan dan atasan. Hicks (1982), menyatakan bahwa :

"Dengan gaya kepemimpinan demokratis hasil produksi yang dihasilkan tak setinggi pada gaya otoriter namun kualitas lebih baik dan masalah manusia sedikit, terjadi saling saran antara pimpinan dan bawahan, saling berpendapat, semua orang dianggap sama penting dalam menyumbangkan ide dalam pembuatan keputusan. Kepemimpinan gaya liberal adalah kemampuan seseorang untuk mempengaruhi orang lain agar mau bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan cara berbagai kegiatan yang akan dilaksanakan lebih banyak diserahkan pada bawahan, disini pemimpin mencoba melaksanakan sedikit mungkin kontrol atau pengaruh pada anggotanya. Anggota menentukan tujuan dan kebanyakan membiarkan sendiri untuk memutuskan bagaimana mencapainya, fungsi pimpinan sebagian besar sebagai anggota kelompok, hanya memberikan nasehat atau pengarahan sejauh diminta".

c. Pendekatan kontingensi

Pendekatan ini disebut juga *situasional approach*, Fred E Fiedler mengatakan bahwa model kepemimpinan kontingensi adalah model kepemimpinan yang efektif, menurutnya tidak ada seseorangpun menjadi pemimpin yang berhasil dengan hanya mengetrapkan salah satu gaya dalam kepemimpinannya.

d. Pendekatan terpadu

Hersey (1995), gaya kepemimpinan yang efektif adalah kepemimpinan yang disesuaikan dengan kematangan bawahan

2. Motivasi

Motivasi menurut Terry adalah keinginan seseorang yang merangsang untuk melakukan tindakan.

Pada umumnya pemimpin yang berhasil sering didukung staf berkualitas. Untuk dapat menjadi staf yang berguna dan dapat bekerja sama dengan pimpinan dalam mencapai tujuan organisasi, seorang staf perlu memahami peranannya, kewajiban, wewenang, tugas dan fungsinya (Wijono, 1997).

Adhyatma (1994). mengatakan karyawan (medik dan non medik) yang handal dan *committed* akan terwujud suatu pelayanan kesehatan bermutu.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dilakukan penempatan dokter spesialis (4 spesialis dasar dan 3 spesialis penunjang) pada rumah sakit dan penempatan dokter gigi, asisten apoteker secara merata di Puskesmas dan 18.900 bidan di desa-desa dan kerjasama Departemen Kesehatan dengan berbagai ikatan profesi yang bergerak di bidang kesehatan (IDI, PDGI, PPNI, dan lain –lain)

Manajemen yang memiliki kinerja tinggi (*eight characteristics of high-performance management or project team*) dikemukakan oleh Larson dan La Fasto pada tahun 1989 dalam Hirakawa (1995) sebagai berikut :

1. Jelasnya peningkatan tujuan (*clear, elevating, goals*).
2. Struktur hasil yang dicapai (*result-driven structure*).
3. Kompetensi anggota kelompok (*competence team members*).
4. Menyatunya komitmen (*unified commitment*).
5. Iklim kerja sama (*collaboration climate*).
6. Standar mutu (*standard of excellence*).
7. Dukungan luar dan pengakuan (*external support and recognition*).
8. Kepemimpinan (*principled leadership*).

Dikatakan oleh Schinnar (1990), kinerja dapat diukur melalui pengukuran produktivitas, efisiensi dan atau efektivitas. Pengukuran dilakukan dengan



menilai tingkat konvensi masukan (*inputs*) menjadi keluaran (*outputs*) dalam lingkup yang multi dimensi.

2.1.3. Kepuasan Pelanggan Internal

Kepuasan Pelanggan Internal merupakan gambaran perasaan karyawan tentang menyenangkan atau tidaknya pekerjaan yang mereka lakukan, juga menunjukkan kesesuaian antara harapan seseorang yang timbul dengan imbalan yang disediakan oleh pekerjaannya. Ada beberapa teori tentang kepuasan kerja yaitu :

1. *Discrepancy Theory* :

Looke dalam Luthans (1998), mengatakan bahwa kepuasan kerja adalah suatu ungkapan emosional yang bersifat positif atau menyenangkan, sebagai hasil dari penilaian terhadap suatu pekerjaan atau pengalaman kerja, sedang Porter (1990), menyatakan bahwa kepuasan kerja adalah perbedaan antara seberapa banyak segala sesuatu yang seharusnya diterima dengan segala sesuatu yang ada saat ini. Menurut Luthans (1998), ada tiga dimensi pada kepuasan kerja yaitu :

- Kepuasan kerja merupakan suatu tanggapan emosional terhadap situasi kerja.
- Kepuasan kerja sering kali ditentukan oleh sejauh mana hasil yang diperoleh sesuai dengan harapan.
- Kepuasan mencerminkan beberapa sikap yang saling berhubungan.

2. *Equity Theory*

Adam dalam Bush (1988), mengemukakan teori keadilan bahwa individu dipuaskan dengan suatu aspek khusus dari kerja mereka, misal rekan kerja, atasan, upah dan sebagainya. Bila jumlah aspek yang mereka alami

adalah yang seharusnya mereka peroleh karena telah melaksanakan pekerjaannya sama dengan jumlah mereka peroleh, maka mereka puas. Jumlah yang dianggap pantas diperoleh tergantung pada masukan serta keluaran dari orang yang menjadi bandingan individu itu.

3. *Two Factor Theory*

Herzberg mengemukakan teori motivasi hygiene atau teori dua faktor, yaitu dua faktor yang menyebabkan orang merasa puas adalah faktor ekstrinsik atau faktor pemelihara yang dapat mengurangi, menghilangkan ketidakpuasan kerja dan menghindarkan masalah, tetapi tidak akan dapat digunakan untuk memotivasi bawahan dan faktor intrinsik yang dapat memotivasi para karyawan melaksanakan keinginan para manajer.

3. *The Facet Model of Job Satisfaction.*

Di dalam Psikologi Industri dan Organisasi, Sunyoto (2001), mengemukakan bahwa teori ini berfokus pada situasi kerja dengan membagi pekerjaan dalam elemen komponen kerja dan mencari kepuasan pekerja di setiap elemen komponen pekerjaan tersebut. Beberapa elemen yang digunakan: kepuasan terhadap kemampuan, pencapaian hasil kegiatan, peningkatan jabatan, kewenangan, kebijakan perusahaan, kompensasi, kawan kerja, kreativitas, keselamatan kerja, nilai moral, pengakuan, tanggung jawab, keamanan, situasi sosial, kondisi kerja, gaji, ragam pekerjaan dan pengawasan.

Interaksi antara kompetensi karyawan, komitmen karyawan terhadap organisasi, digerakkan melalui proses layanan internal dan proses manajemen yang menghasilkan jasa atau pelayanan sesuai dengan keinginan dan harapan pasien dan masyarakat yang dipersepsikan oleh pelanggan. Kualitas pelayanan dapat berpengaruh terhadap kinerja non keuangan, meliputi

kepuasan pelanggan internal (karyawan), kepuasan pelanggan eksternal (pasien), utilisasi jasa Puskesmas dan efisiensi pengelolaan organisasi Puskesmas. Hartline (1996), peningkatan kualitas melalui kelengkapan peralatan akan meningkatkan kepuasan kerja karyawan sebagai pelanggan internal.

Schneider (1990), kepuasan dari pelanggan internal tampak pada respon dan sifat perilaku karyawan dalam memberikan layanan, karyawan yang puas akan mempunyai perilaku untuk membantu pelanggan. Perilaku membantu pelanggan tersebut merupakan salah satu dimensi dari kualitas pelayanan yang dipersepsikan pelanggan eksternal. Parasuraman (1988), pemenuhan harapan pelanggan eksternal merupakan interaksi antara kualitas yang dipersepsi oleh konsumen dan pelayanan yang diberikan oleh karyawan sebagai cermin dari kepuasan mereka. Kepuasan pelanggan muncul sebagai akibat dari pengalaman mengonsumsi produk atau jasa. Westbrook (1984), perhatian terhadap mutu layanan selain memiliki muatan normatif seperti yang dikemukakan oleh kelompok nominalis, yakni *charge or principle of member promotion*. Munkner (1983), perhatian terhadap kepentingan pelanggan dengan cara melihat kebutuhan serta kepuasan atas pelayanan menjadi faktor kunci untuk keberhasilan usaha di tengah iklim persaingan yang semakin ketat. Perbaikan kinerja *front line staff* merupakan kriteria individual, dimana secara fungsional berimplikasi pada perbaikan mutu layanan. Wellington (1992), Lewin (1992), dengan teori Medan (Field theory), maupun teori Pembelajaran Sosial (*Social Learning theory*) mengatakan bahwa kinerja individu dipengaruhi oleh faktor pembentuk perilaku dengan tingkat kompleksitas dan komposisi tertentu.

2.1.4. Definisi Mutu :

Menurut Render dalam Prinsip-prinsip Manajemen Operasi, mutu adalah totalitas bentuk dan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya memuaskan kebutuhan yang tampak jelas maupun tersembunyi, alur kegiatan untuk mencapai produk yang bermutu :

Yang berkaitan dengan Organisasi

Kepemimpinan, pernyataan misi, prosedur operasi yang efektif, dukungan staf dan pelatihan,
Hasil: Apa saja yang penting dan apa saja yang harus dicapai

Prinsip-prinsip mutu

Orientasi pada konsumen, perbaikan yang terus menerus, pemberdayaan karyawan, tersedia cukup pada waktunya, perbandingan, alat-alat MMT
Hasil : Bagaimana melakukan hal-hal yang penting dan harus dicapai

Karyawan yang melaksanakan

Pemberdayaan, komitmen organisasi
Hasil : Sikap karyawan yang memungkinkan pencapaian hal yang penting dan harus dicapai

Kepuasan konsumen

Pemenuhan kebutuhan konsumen, konsumen yang mengulang pembelian
Hasil : Organisasi yang efektif dengan keuntungan kompetitif

Gambar 3 : Alur kegiatan untuk mencapai produk yang bermutu
Sumber : Render dalam Prinsip-prinsip Manajemen Operasi

Pengertian kualitas pelayanan kesehatan serta beberapa aspek yang berkaitan, dikemukakan oleh :

1. Donabedian (1980) adalah kualitas pelayanan sebagai keseimbangan antara keuntungan dan bahaya yang dihasilkan oleh suatu pemeliharaan kesehatan, untuk mendapatkan hasil yang maksimal ini membutuhkan keadekuatan dalam proses perawatan (yang diawasi melalui audit klinis) struktur (staf, prosedur manajerial dan dokumentasi) dan hasil / *outcome*
2. U.S. Join Commission on the Accreditation of Hospital, Sheaff (1991) dalam Surjadi (1994), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan bercirikan ketersediaan pelayanan untuk penderita, identifikasi kebutuhan



pasien, perawatan yang adekuat, staf yang kompeten, perawatan yang dapat diterima oleh pasien, mengurangi bahaya bagi pasien, dan meningkatkan kemampuan pasien pada proses menjadi sehat.

3. Maxwell (1984) dalam Suryadi (1994), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan mengandung unsur relevan terhadap kebutuhan masyarakat, efektif (untuk pelayanan perorangan), adil (*equity*) dapat diterima secara sosial efisien dan ekonomis.

2.1.5. Mengapa Mutu Penting

Produk dan jasa yang bermutu secara strategis penting bagi perusahaan dan negara yang diwakilinya. Mutu terutama mempengaruhi perusahaan dalam empat cara :

1. Biaya dan Pangsa Pasar

Mutu yang ditingkatkan mengarah kepada peningkatan pangsa pasar dan penghematan biaya. Keduanya juga dapat mempengaruhi profitabilitas, demikian pula usaha perbaikan keandalan dan standar berarti penurunan kerusakan pada produk dan biaya suatu jasa. Pangsa pasar sebagai input berpengaruh terhadap kualitas pelayanan melalui dua aliran yaitu *positive effect* dan *negative effect*. Pengaruh positif menunjukkan bahwa tingginya pangsa pasar menunjukkan kualitas pelayanan baik sedangkan pengaruh negatif menunjukkan bahwa konsumsi yang besar-besaran akan menurunkan kualitas pelayanan yang dipersepsikan konsumen, Caminal (1996), terdapat tiga mekanisme yang berbeda mengenai bagaimana pangsa pasar dapat mempengaruhi kualitas yang dipersepsikan pelanggan yaitu : (1) *network externalities*, (2) *signaling* dan (3) atribut fungsi dari kualitas. Hubungan positif antara pangsa pasar dan kualitas disebabkan karena terjadinya jaringan

komunikasi. Eksternalitas jaringan disebabkan oleh pengaruh fisik langsung dari jumlah pembeli yang membeli produk berkualitas.

Peningkatan kualitas dapat berbentuk perbaikan pelayanan, kemampuan menyimpan informasi, memberikan pelayanan purna jual yang lebih baik. Untuk *signaling* Caminal (1996) menyatakan bahwa harga menunjukkan tanda dari kualitas. Konsumen juga dapat menggunakan tanda tinggi rendahnya pangsa pasar yang mengindikasikan superioritas/inferior dari kualitas, sebagaimana perilaku adaptif dan perilaku rasional mampu membuat situasi dimana pangsa pasar dapat memberikan tanda-tanda kualitas, pada jasa restoran dimana jumlah pembeli yang banyak menandakan kualitas yang lebih baik. Eksternalitas jaringan dan *signaling* merupakan mekanisme tidak langsung yang mempengaruhi kualitas produk yang dirasakan konsumen.

Untuk mengevaluasi kualitas, konsumen tidak hanya melihat aspek fungsional dan *benefit* obyektif saja, melainkan juga psikologikal subyektif dan *benefit* emosional, konsumen akan merasa mendapat manfaat psikologikal dan emosional bila menggunakan merek yang sudah populer, konsumen merasa tepat pilihannya pada produk tersebut karena merasa bahwa banyak konsumen lain yang juga mengkonsumsi produk dengan merek yang sama. Popularitas produk mengidentifikasikan tingginya pangsa pasar, tetapi juga dapat memberikan pengaruh negatif pada kualitas yang dirasakan, konsumen merasa bahwa barang atau jasa yang dikonsumsi oleh banyak orang atau masyarakat umum akan menurunkan *image* terhadap produk-produk eksklusif. Sebagian masyarakat merasakan bahwa dengan mengkonsumsi barang publik maka eksklusifitasnya menurun. Kondisi ini mengakibatkan penurunan jumlah pembelian pada produk yang banyak diminati dan dibeli oleh masyarakat.

Di Amerika perusahaan yang mempunyai mutu tertinggi, 5 kali lebih produktif dibanding dengan perusahaan yang mutunya paling rendah.



Gambar 4. : Mutu Dapat Memperbaiki Kemampuan Meraih Laba Dengan Dua Cara

Sumber : Caminal, 1996

Pengukuran pangsa pasar dilakukan dengan menggunakan *Herfindahl Index* yaitu suatu indeks yang menyatakan perbandingan antara besarnya pasar aktual dari perusahaan dibandingkan dengan total pangsa pasar yang ada pada satu wilayah tertentu. Penelitian *Profit Impact at Market Strategy* menunjukkan adanya korelasi kuat antara kualitas yang diterima pelanggan dengan pangsa pasar sebagai indikasi dari meningkatnya kepercayaan masyarakat.

2. Reputasi Perusahaan

Reputasi perusahaan mengikuti reputasi mutu yang dihasilkan buruk atau baik.

3. Pertanggungjawaban produk

Penanggungjawab suatu produk adalah semua yang tercakup dalam rantai distribusi

4. Implikasi internasional

Mutu merupakan perhatian internasional dan perhatian operasi, produk yang bermutu rendah dapat membahayakan perusahaan dan bangsa, dapat mengakibatkan implikasi negatif terhadap neraca pembayaran.

Implikasi internasional dan mutu sangat penting, tahun 1988 di Amerika



Gambar 5 : Kriteria *Malcolm Baldrige National Quality Award*

Sumber : Render, B and Jay Heizer, *Prinsip-prinsip Manajemen Operasi*

2.1.6. Mutu pada perusahaan jasa (*service quality*)

Mutu dalam perusahaan jasa adalah tingkat pelayanan yang diberikan oleh perusahaan jasa kepada konsumen dan bisa diterima oleh konsumen dengan memuaskan. Konsumen yang puas merupakan *asset* sangat berharga, akan menciptakan keunggulan daya saing bagi organisasi usaha atau nirlaba. Konsumen yang puas akan terus melakukan pembelian terhadap merek saingannya. Webster dalam Cravens (1996) memberikan petunjuk persyaratan pengembangan organisasi untuk berorientasi pada konsumen mencakup: menanamkan nilai kepercayaan untuk berorientasi pada konsumen, didukung



oieh manajemen puncak, memadukan orientasi pasar dan konsumen ke dalam proses perencanaan strategis, menciptakan manajer pemasaran dan mengembangkan program yang kuat, menciptakan dasar pengukuran kinerja, mengembangkan komitmen karyawan di seluruh jajaran organisasi. Konsumen akan menilai mutu pelayanan jasa, relatif terhadap apa yang mereka harapkan. Sehingga didefinisikan sebagai perbedaan antara apa yang diharapkan dengan persepsi mereka. Beberapa faktor yang mempengaruhi hai tersebut :

- a. Rekomendasi teman (*word of mouth communication*)
- b. Kebutuhan pribadi konsumen (*Personal need of customer*)
- c. Pengalaman masa lalu (*past experience*).
- d. *External communication* seperti iklan di koran atau TV dapat membentuk harapan konsumen.

2.1.7. Manajemen Mutu Terpadu (*Total Quality Management - TQM*) pada Industri Jasa

Penerapan konsep *TQM* semakin menjadi penting, kompetisi semakin ketat menuntut kualitas produk dan jasa pelayanan memberikan kepuasan pelanggan, menurut Armand V Feigenbaum, *TQM* adalah suatu sistem yang efektif untuk mengintegrasikan pembangunan, pemeliharaan serta upaya perbaikan kualitas dari berbagai macam kelompok di dalam sebuah organisasi, rekayasa, produksi dan pelayanan pada tingkat ekonomi sesuai kepuasan pelanggan. Logothetis dalam *Managing for Total Quality* mendefinisikan bahwa *TQM* adalah suatu kultur dimana terdapat komitmen total untuk kualitas dan suatu perilaku yang dinyatakan setiap orang terlibat dalam proses perbaikan berkelanjutan terhadap pelayanan melalui penggunaan metode ilmiah inovatif.

Puskesmas sebagai unit pelayanan teknis TQM amat penting sesuai Instruksi Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/VII/1999 tanggal 20 Juli 1999 bahwa :

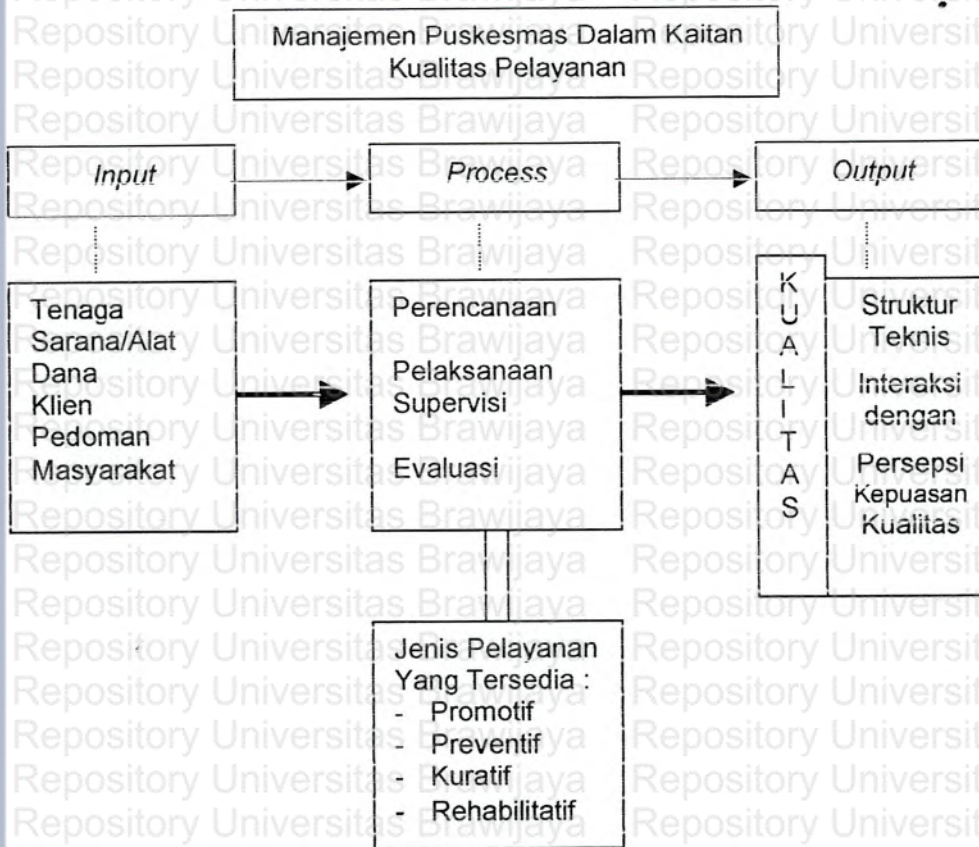
"Semua unit pembina teknis maupun operasional pelayanan kesehatan dan seluruh unit pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk melaksanakan pelayanan prima sesuai dengan aspirasi dan reformasi dari masyarakat melalui perbaikan pengaturan dan mekanisme seluruh aspek pelayanan kesehatan yang ada. Pelayanan prima menyangkut beberapa aspek meliputi (1) masalah ketepatan, konsistensi dan konsekuensi dari prosedur pelayanan kesehatan yang ada. (2) adanya hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan yang diatur secara jelas, (3) tersedianya loket informasi atau kotak saran bagi penerima pelayanan yang dipantau dan dievaluasi, (4) penanganan proses pelayanan dilakukan oleh petugas yang berwenang dan kompeten, mampu, terampil dan profesional sesuai spesifikasi tugasnya, (5) terciptanya pola pelayanan yang tepat sesuai dengan sifat dan jenis pelayanan yang bersangkutan dengan mempertimbangkan efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaannya, (6) biaya atau tarif yang wajar dengan memperhitungkan kemampuan masyarakat, (7) pemberian pelayanan dilaksanakan secara tertib, teratur dan adil, tidak membedakan status sosial dan merata, (8) terjaminnya kebersihan dan sanitasi lingkungan tempat dan fasilitas pelayanan dan (9) petugas memberikan pelayanan dengan sikap ramah dan sopan, serta berupaya meningkatkan kinerja pelayanan secara optimal".

Dengan adanya instruksi Menteri Kesehatan berarti bahwa fokus utama dari Departemen Kesehatan adalah kualitas pelayanan kesehatan prima sehingga dapat memperkecil kesenjangan antara harapan pasien di Puskesmas dengan kenyataan jasa pelayanan kesehatan yang diterimanya. Upaya untuk menilai mutu pelayanan kesehatan oleh Puskesmas pada masyarakat, beberapa indikator yang perlu diperhatikan menurut Donabedian (1980) :

- a. **Struktur (preparation)**
Apa standar pelayanan yang harus diberikan?
Apakah provider sudah siap memberikan pelayanan standar itu?
 - b. **Process (Pemberian pelayanan)**
Apakah klien menerima kualitas pelayanan yang ditetapkan / diinginkan?
 - c. **Outcome / Keluaran**
Apa dampak dari pelayanan yang diberikan dilihat dari segi pengetahuan, perilaku dan kepuasan klien?
- Suryadi, 1994, mengatakan bahwa :

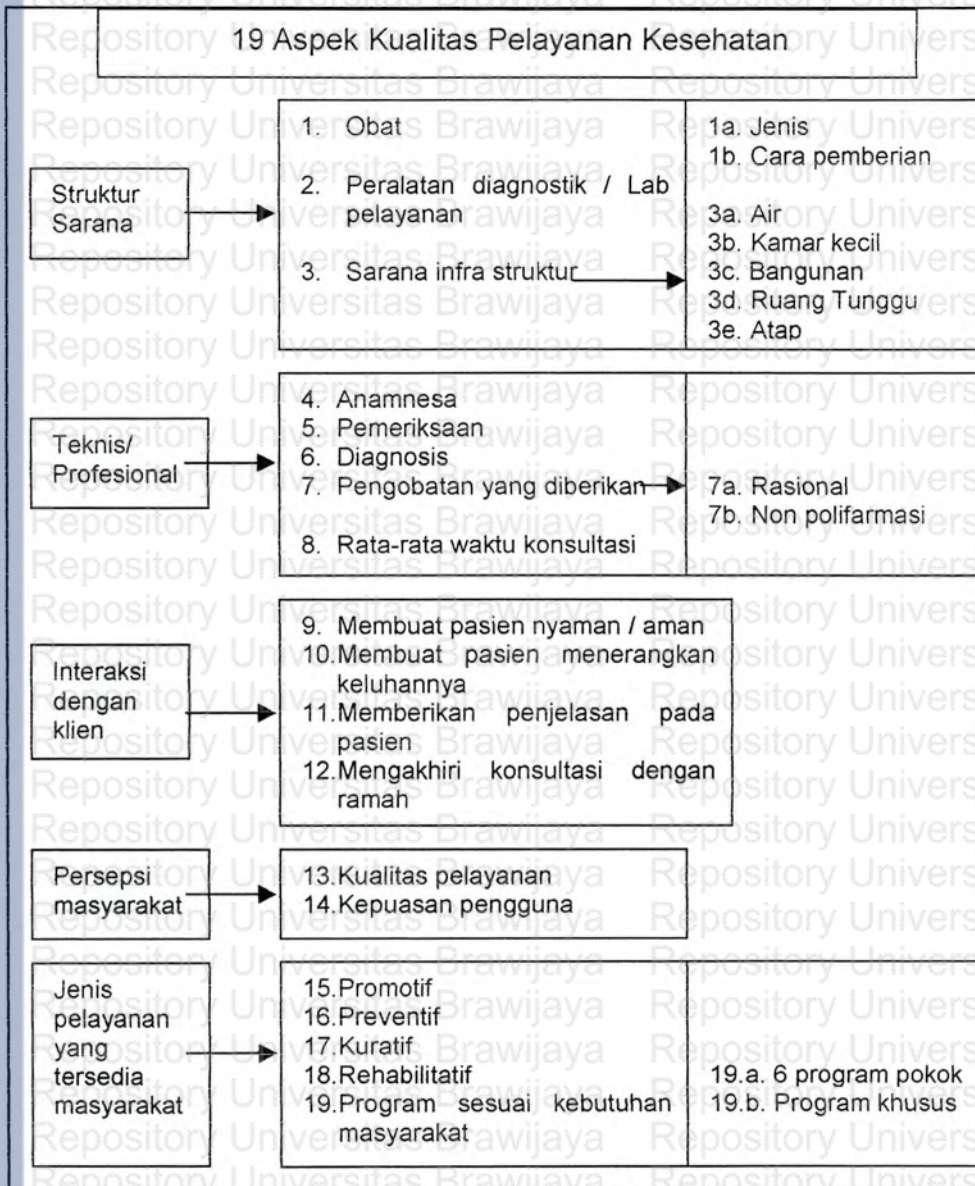
"Untuk menetapkan indikator mutu pelayanan yang merupakan suatu produk di fasilitas kesehatan ataupun suatu daerah (bila berupa program kesehatan) yang

merupakan hasil suatu proses manajerial dapat digambarkan dalam kerangka **INPUT – PROCESS - OUTPUT**.



Gambar 6. Manajemen Puskesmas dalam Kaitan Kualitas Pelayanan
Sumber : Suryadi (1994)

Kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas digambarkan oleh Suryadi (1994) sebagai berikut :



Gambar 7. 19 Aspek Kualitas Pelayanan Kesehatan
Sumber : Suryadi (1994)

Keempat segi kualitas pelayanan perorangan tersebut secara terinci dibedakan yaitu :

1. Kualitas struktur/sarana dibedakan atas
 - a. Sarana obat/vaksin seperti misalnya jenis obat, cara pemberian serta kemasannya



- b. Peralatan diagnostik, laboratorium dan pelayanan seperti misalnya tensimeter, pengukur hb, dan lain-lain
 - c. Sarana infrastruktur seperti misalnya air bersih, wc, ruang tunggu, kualitas bangunan dan atap Puskesmas.
2. Kualitas teknis profesional dibedakan atas cara
 - a. Anamnesa
 - b. Cara memeriksa
 - c. Cara diagnosa
 - d. Cara pengobatan yang diberikan
 - e. Rata-rata waktu yang digunakan per pasien untuk berkonsultasi
3. Kualitas interaksi dengan klien dibedakan apakah interaksi tersebut
 - a. Membantu pasien merasa aman
 - b. Membantu pasien menerangkan semua keluhannya tanpa hambatan.
 - c. Memberi penjelasan pada pasien tentang penyakit dan pengobatannya
 - d. Mengakhiri konsultasi dengan ramah sehingga pasien merasa dirawat.
4. Dari segi persepsi masyarakat dapat dibedakan dua hal yaitu pandangan masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang diberikan dan keputusan masyarakat pengguna Puskesmas.

Cara mengukur mutu jasa dilakukan dengan mengukur kepuasan pelanggan, pelanggan puas adalah pelanggan yang membeli lagi dan lagi. Hal yang perlu diperhatikan adalah pelanggan yang tidak puas. Pelanggan yang tidak puas jarang mengeluh, tetapi cenderung beralih ke perusahaan lain. Karena menarik pelanggan baru lebih sulit dibanding mempertahankan yang ada, maka perusahaan jasa harus dapat memuaskan pelanggannya. Kepuasan pelanggan tidak dapat diukur, sehingga tidak mudah mengevaluasi baik buruknya suatu kualitas pelayanan. Berry dan Parasuraman dalam bukunya *"Delivering Quality Service, Balancing Customer Perception and Expectation"*, menyebutkan 10 dimensi digunakan pelanggan untuk menilai kualitas pelayanan, yaitu :

1. Tampilan elemen fisik yang dapat dinilai (*Tangibles*)

Dimensi ini mencakup tersedianya fasilitas fisik, peralatan, SDM, materi komunikasi yang merupakan bukti nyata pelayanan.

2. Keandalan (*Reliability*)

Dimensi ini mencakup keandalan dalam menepati janji-janji yang telah diberikan, kinerja akurat dan konsisten.

3. Responsivitas (*Responsiveness*)

Dimensi ini mencakup keinginan dan kesiapan perusahaan membantu pelanggan serta memberikan pelayanan yang diminta, dengan ketepatan waktu jasa (*timeliness of service*)

4. Komunikasi (*Communication*)

Dimensi ini mencakup kesediaan mendengarkan pelanggan dan menjaga pelanggan selalu mendapatkan penjelasan mengenai pelayanan yang akan diberikan dengan mudah dimengerti.

5. Kredibilitas (*Credibility*)

Kredibilitas mencakup dapat dipercayanya pemberi pelayanan, keyakinan akan pelayanan dan jaminan atas pelayanan yang telah diberikan, termasuk juga harus mempunyai perhatian paling baik di hati konsumen.

6. Keamanan (*Security*)

Dimensi ini mencakup bebas dari resiko, rasa takut dan keragu-raguan atas pelayanan yang diberikan.

7. Kompetensi (*Competence*)

Kompeten berarti penguasaan skill dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan

8. Sopan-santun (*Courtesy*)

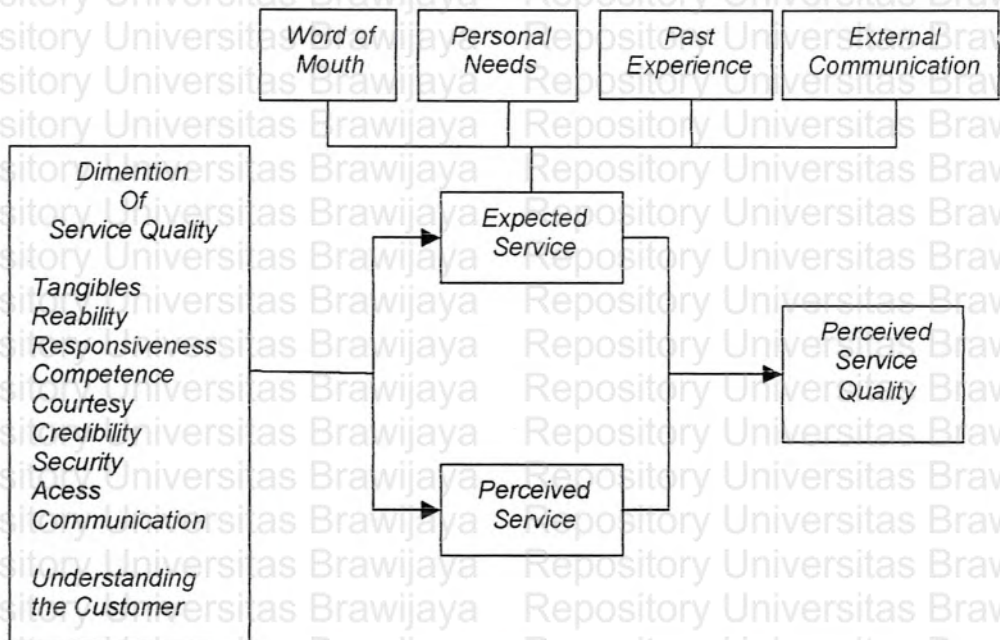
Kesopan santunan meliputi kesopanan, rasa hormat, perhatian, tenggang rasa, kedekatan dengan pelanggannya, dan keramahan dari karyawan

9. Pemahaman pada pelanggan (*Understanding the Customer*)

Dimensi ini mencakup usaha untuk mengenali dan mengerti kebutuhan pelanggan.

10. Akses (*Access*)

Dimensi ini mencakup kemudahan untuk memperoleh pelayanan baik dalam mencapai lokasi, komunikasi dengan petugas, kemudahan penyelesaian masalah yang ada hubungannya dengan pelayanan.



Gambar 8.: *Customer Assessment of Service Quality*
Sumber : Parasuraman A, Valerie A Zeithaml, Leonard L.Berry (1990)

Hasil pengukuran kepuasan pelanggan akan sangat berguna bagi manajemen dan layanan suatu perusahaan jasa untuk mempertahankan pelayanan yang telah baik dan memfokuskan diri pada usaha peningkatan hal yang belum memuaskan pelanggan.

2.1.8. Harapan Kualitas Pelayanan dan Gap Model

1. Harapan

Harapan pelayanan sebagai determinan mayor dari evaluasi kualitas pelayanan oleh konsumen, kepuasan dan keputusan yang diambil oleh provider. Sebagai tambahan, beberapa program yang masuk akal dibuat, mengawasi, atau mengelola kualitas pelayanan adalah sangat tergantung dengan pengertian akan harapan konsumen. Harapan pelayanan oleh konsumen dapat didefinisikan sebagai uji coba kepercayaan akan penyampaian pelayanan dimana pelayanan sebagai standart atau referensi lawan tampilan pelayanan yang dinilai konsumen. Literatur lain yang berbeda konsep mengatakan bahwa bagaimana harapan akan pelayanan terbentuk, salah satu pandangan terkemuka menggambarkan harapan sebagai kepercayaan konsumen, kemungkinan, atau perkiraan akan keinginan yang terpikir sebagai hasil dari transaksi pelayanan. Pemikiran lain merupakan modifikasi dari pandangan ini dengan keadaan bahwa konsumen akan mempercayakan pada standar produk layanan yang ditawarkan. Standar ini merupakan pengalaman yang berdasarkan norma. Pengalaman berdasar norma tidak dicerminkan pada prediksi, tetapi lebih dari keinginan yang ditampilkan. Sebagian besar pengalaman yang berdasarkan norma mengarah pada tingkat penampilan dimana konsumen percaya dapat dicapai oleh pemberi pelayanan.

Harapan dalam konteks kualitas pelayanan adalah harapan konsumen atau keinginan yang sama dengan harapan konsumen berdasar norma. Harapan dapat dipertajam oleh karakter dari personil konsumen, dan aktifitas pemasaran secara tradisional. Harapan dapat dipengaruhi oleh komunikasi



eksternal seperti iklan dan komunikasi dari mulut ke mulut. Pengalaman yang lalu terhadap pelayanan sangat mempengaruhi harapan. Tradisi organisasi dan ideologi mungkin juga akibat dari harapan. Dimana tradisi yang sama dikomunikasikan melalui reputasi atau imaginasi, ideologi adalah komunikasi melalui institusi, keagamaan, tampilan politik atau afiliasi. Melihat pada harapan yang berkembang dan terbentuk, pelayanan mereka seperti yang diartikan pelayanan berkualitas dievaluasi dan sebagai hasilnya, menyelektikan permintaan untuk menilai atau penyampaian pelayanan berkualitas.

2. Gap Model

Evaluasi konsumen dari pusat kualitas pelayanan seimbang dengan harapan mereka dan persepsi akan pelayanan. Harapan yang ditemui atau lebih jauh pada pelayanan, atau serangkaian dari pelayanan akan menghasilkan cukup atau evaluasi kualitas pelayanan yang ideal. Sebagai alternatif, harapan yang tidak diketemukan akan menghasilkan negatif dalam evaluasi kualitas pelayanan. Gap Model kualitas pelayanan dalam gambar 10 merupakan framework organisasi yang secara sistematis untuk perbaikan persepsi konsumen terhadap kualitas pelayanan. Gambar 10 menggambarkan 5 gap, Gap 5 perbedaan antara harapan konsumen dengan persepsi secara langsung yang dicerminkan pada Gap 1-4. Artinya bahwa semakin kecil ketidaksesuaian yang diamati dalam Gap 1-4, lebih mirip dengan harapan yang diinginkan pada evaluasi kualitas pelayanan. Poin penting yang ditangkap dalam benak bahwa manajer tak dapat bertindak menyusutkan Gap 5 secara langsung. Gap 5 dapat hanya ditindaki secara tak langsung dengan mengembangkan Gap 1-4. Analisis sekarang difokuskan pada Gap 1, yang mungkin merupakan gap yang penting sekali karena ini menggambarkan dasar fungsi yang pantas dari seluruh model dalam gambar 10. Gap 1 akan menjadi besar bila organisasi pelayanan

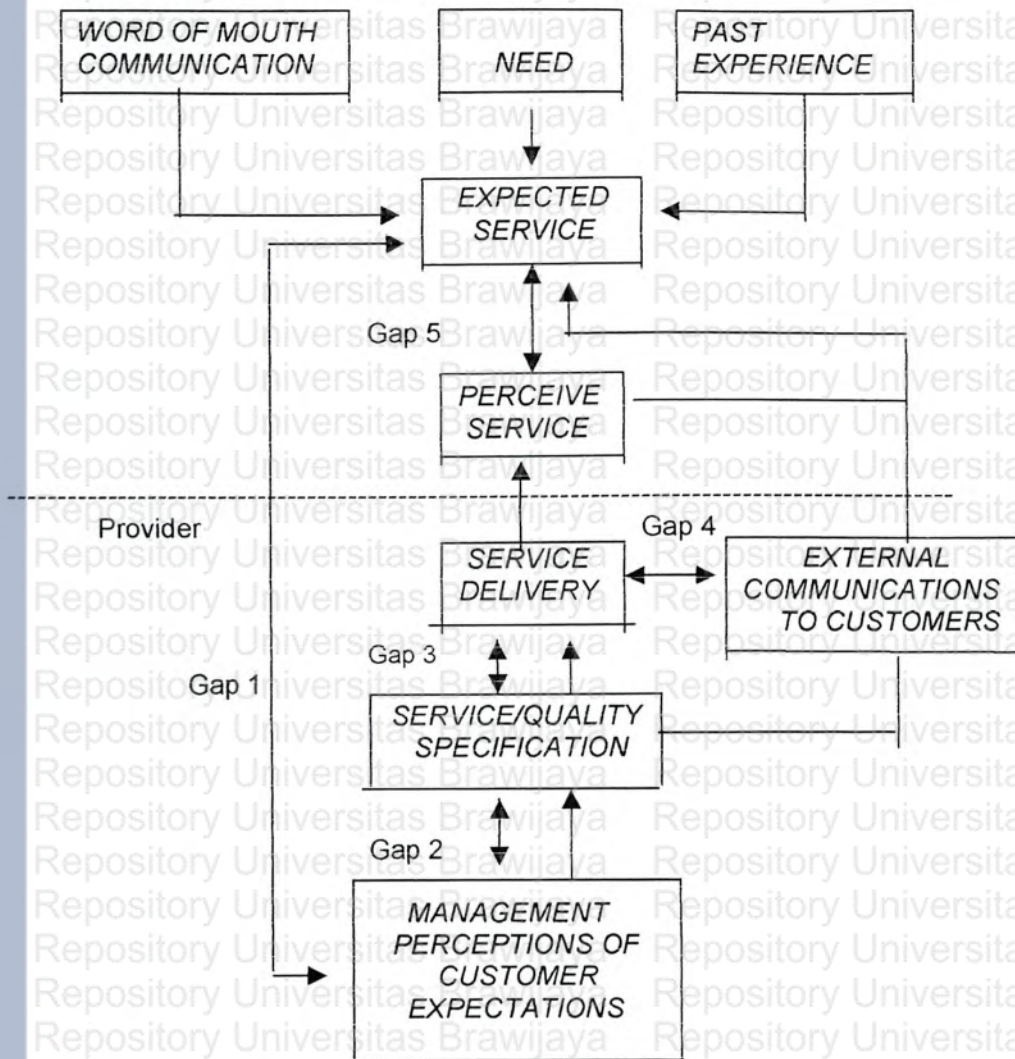


kesehatan terutama memfokuskan pada operasional atau transaksi lebih dari pada hubungan dengan konsumen, atau jika ini diserap dengan tambahan konsumen baru melebihi kemampuan. Menutup Gap 1 berarti organisasi membutuhkan pengetahuan yang cermat dari harapan konsumen akan kualitas pelayanan. Tanpa pengertian yang jelas akan harapan konsumen, Gap 2-4 tak dapat ditutup secara cukup. Pada Gap ini (gap 1-4) pada gilirannya, pelayanan sebagai mekanisme dimana harapan konsumen akan kualitas pelayanan ditegaskan atau tetap dalam *setting* pelayanan. (gap 5). Valerie A Zeithami (1990), mengatakan ada 5 (lima) perbedaan persepsi yang terjadi dalam memberikan pengertian mutu pelayanan (*service quality*) yang disebut Gap 1, Gap 2, Gap 3, Gap 4 dan Gap 5. Gap 1, Gap 2 adalah gap yang ada pada manajemen yaitu para manajer, Gap 3, Gap 4 terutama gap yang ada pada petugas garis depan (*first line service employees*)

- a. Gap 1, para manajer kurang mengerti akan harapan konsumen.
- b. Gap 2, spesifikasi pelayanan tidak sesuai dengan standar kualitas yang diharapkan konsumen.
- c. Gap 3, gap yang terjadi pada penampilan pelayanan, petugas yang terlibat tidak menyampaikan pelayanan sesuai dengan kehendak manajemen.
- d. Gap 4, pelayanan yang disampaikan tidak sesuai dengan yang dijanjikan.
- e. Gap 5, gap antara pelayanan yang terjadi dengan pelayanan yang dikehendaki konsumen karena adanya satu atau lebih gap di atas.

Untuk mengatasi kegagalan-kegagalan ini, proses dimulai dengan mengetahui adanya Gap 5, selanjutnya mengadakan penelitian tentang adanya Gap 1 sampai dengan Gap 4, dan mengadakan tindakan koreksi seperiunya.

Adanya kesenjangan (gap) dalam menyampaikan pelayanan jasa digambarkan dalam *Conceptual Model of Service Quality* sebagai berikut :

CUSTOMER PERSONAL

Gambar 10.. *Conceptual Model of Service Quality*
 Sumber :Parasuraman A, dkk, 1990.

2.2. Telaah Penelitian Sebelumnya :

Beberapa penelitian terdahulu yang berkaitan dengan komitmen manajemen, karyawan dan kompetensi terhadap mutu pelayanan pada institusi bukan kesehatan antara lain :

1. Soetjipto Budi (2001), meneliti tentang kepatuhan dan komitmen bawahan.

Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis: perbedaan antara komitmen dan kepatuhan bawahan akan pemikiran, konsep dan gagasan atasan dari sudut pandang atasan dan bawahan,

Sampel : 66 manajer dan 234 bawahannya pada perusahaan distribusi barang di Ohio dan berskala nasional

Alat analisis : Analisis faktor

Hasil :

Perbedaan antara komitmen dan kepatuhan hanya ada pada benak mereka, perbedaan antara komitmen dan kepatuhan adalah :

Komitmen, diawali dengan kesepahaman terhadap pemikiran, konsep dan gagasan atasan sehingga bawahan antusias, penuh inisiatif, dan pantang menyerah beraktualisasi sedangkan pada kepatuhan, menganggap pemikiran, konsep dan gagasan atasan adalah suatu perintah yang harus dilaksanakan, suka atau tidak suka, ketika beraktualisasi bawahan bersikap apatis atau kurang peduli dan tak mau mengerahkan segala upayanya yang ada di benaknya hanya menjalankan perintah dengan usaha seminimal mungkin, bawahan tidak mau repot. Karena itu dikatakan penting untuk mengetahui perbedaan antara komitmen dan kepatuhan bagi sudut pandang atasan sehingga dalam melontarkan pemikiran, konsep dan gagasan atasan mengubah orientasinya dari *result oriented* ke *means oriented* agar dapat



memahami cara bawahan mengaktualisasi pemikiran, konsep dan gagasan atasan dengan manajemen partisipatif.

Persamaan :

Meneliti tentang komitmen bawahan terhadap keputusan atasan

Perbedaan :

a. Variabel yang diteliti lebih banyak antara lain mengukur dan menganalisis hubungan komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses pelayanan internal terhadap kinerja, kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan internal dan kepuasan eksternal di Puskesmas Jawa Timur.

b. Penelitian Soetjipto hanya meneliti perbedaan antara komitmen dan kepatuhan

2. Hani Nadjib (2000), Kebijakan Peningkatan Kinerja Pegawai, meneliti tentang komitmen dan semangat kerja terhadap kinerja pegawai dan implikasinya pada kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Situbondo.

Sampel yang digunakan adalah para pegawai negeri sipil di lingkungan Sekretariat Daerah Kabupaten Situbondo.

Alat analisis yang digunakan adalah regresi sederhana dan regresi berganda.

Hasil :

a. Komitmen dan semangat kerja yang meliputi kesetiaan, kemauan dan semangat kerja serta kebanggaan pegawai mempunyai pengaruh yang signifikan dengan kinerja yang ditunjukkan dengan kecakapan kerja dan pengetahuan tentang pekerjaan.

b. Faktor yang dominan berpengaruh terhadap kecakapan kerja adalah kebanggaan pegawai, sedangkan yang mempunyai pengaruh dominan



terhadap pengetahuan pegawai adalah kemauan dan semangat kerja pegawai.

Persamaan :

Meneliti tentang hubungan komitmen terhadap kinerja pada institusi pemerintah.

Perbedaan :

Menganalisis hubungan komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses pelayanan internal terhadap kinerja, kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan internal dan kepuasan eksternal di Puskesmas Jawa Timur.

3. Junita Audia (2000), Analisis Kausal Keadilan Prosedural, Keadilan

Distribusi, Kepuasan Kerja dan Komitmen Organisasi terhadap Prestasi Kerja Tenaga Penjual, respondennya adalah tenaga penjual pada perusahaan distributor *Soedarmo Corporation* yang mengandalkan kemajuan usahanya dari tenaga penjual. Dengan menggunakan analisis jalur didapatkan bahwa :

- a. Keadilan prosedural secara langsung tidak berpengaruh signifikan terhadap kuantitas kerja tenaga penjual
- b. Keadilan prosedural secara tidak langsung yaitu melalui komitmen organisasi tidak berpengaruh signifikan terhadap kuantitas kerja tenaga penjual.
- c. Keadilan prosedural secara tidak langsung yaitu melalui keadilan distribusi tidak berpengaruh signifikan terhadap kuantitas kerja tenaga penjual.
- d. Keadilan prosedural secara tidak langsung yaitu melalui keadilan distribusi dan kepuasan kerja berpengaruh signifikan terhadap kuantitas kerja tenaga penjual



- e. Keadilan prosedural secara tidak langsung yaitu melalui keadilan distribusi kepuasan kerja dan komitmen organisasi berpengaruh signifikan terhadap kuantitas kerja tenaga penjual.
- f. Keadilan prosedural secara langsung tidak berpengaruh signifikan terhadap kualitas kerja tenaga penjual.
- g. Keadilan prosedural secara tidak langsung yaitu melalui komitmen organisasi berpengaruh signifikan terhadap kualitas kerja tenaga penjual.
- h. Keadilan prosedural secara tidak langsung yaitu melalui keadilan distribusi berpengaruh signifikan terhadap kualitas kerja tenaga penjual.
- i. Keadilan prosedural secara tidak langsung yaitu melalui keadilan distribusi dan kepuasan kerja berpengaruh signifikan terhadap kualitas kerja tenaga penjual.
- j. Keadilan prosedural secara tidak langsung yaitu melalui keadilan distribusi dan kepuasan kerja dan komitmen organisasi berpengaruh signifikan terhadap kualitas kerja tenaga penjual.
4. Prasetya Arik (2001), Pengaruh Kompensasi Finansial dan Non Finansial terhadap Prestasi Kerja, merupakan studi tentang pemberian kompensasi pada karyawan PT. Telkom Kandatel Blitar, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan pemberian kompensasi finansial, nonfinansial dan prestasi kerja. Dan pengaruh antara variabel gaji, insentif, tunjangan, promosi, pengembangan diri, dan lingkungan kerja secara simultan dan parsial terhadap prestasi karyawan.
- Sampel adalah karyawan PT Telkom Kandatel Blitar, dengan menggunakan tehnik analisis regresi berganda didapatkan hasil :



- a. Secara simultan gaji, insentif, tunjangan, promosi, pengembangan diri, dan lingkungan kerja berpengaruh signifikan terhadap prestasi kerja karyawan.
- b. Secara parsial gaji, insentif, tunjangan, promosi, pengembangan diri, dan lingkungan kerja berpengaruh signifikan terhadap prestasi kerja karyawan.
- c. Variabel yang berpengaruh dominan adalah variabel lingkungan kerja.

Persamaan :

Indikator penyusunnya sama dengan kepuasan pelanggan internal pada penelitian Tri

Perbedaan :

Meneliti hubungan antara komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja Puskesmas, dan kepuasan internal dan eksternal

5. Pujawan (1997), meneliti tentang faktor kualitas layanan yang mempengaruhi kepuasan pelanggan Bank BNI dan Danamon di Denpasar Bali

Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis : faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan Bank

Sampel : Nasabah Bank BNI dan Danamon di Denpasar Bali.

Alat analisis : Analisis Faktor

Hasil :

Faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kepuasan pelanggan Bank adalah *reliability*, sikap simpatik pegawai dan fasilitas.



Persamaan :

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kinerja Puskesmas perlu diketahui faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan.

Perbedaan :

Meneliti hubungan antara komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja Puskesmas, dan kepuasan internal dan eksternal

6. Novajaya (1998), meneliti tentang faktor yang dipertimbangkan dalam mempersepsikan mutu pelayanan

Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis : faktor yang dipertimbangkan dalam mempersepsikan mutu pelayanan pada nasabah perusahaan asuransi di Malang.

Sampel : Nasabah perusahaan asuransi di Malang

Alat analisis : Analisis faktor

Hasil :

Kualitas layanan yang diberikan perusahaan asuransi tidak satupun dari ke lima dimensi bertanda positif. Artinya kualitas layanan yang diberikan perusahaan belum memuaskan terutama dalam hal komunikasi, hubungan individu, dan dukungan fasilitas perusahaan yang dapat mendorong petugas untuk bekerja lebih baik.

Persamaan :

Produk yang diteliti adalah kualitas produk jasa pelayanan.

Perbedaan :

Penelitian ini adalah hubungan antara komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja Puskesmas, dan kepuasan internal dan eksternal



7. Setyanto (1998), meneliti tentang kualitas pelayanan PT Jamsostek

Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis kualitas pelayanan pada pelanggan PT. Jamsostek (persero)

Kantor Cabang Karimunjawa, Darmo dan Tanjung Perak Surabaya.

Sampel : Nasabah Jamsostek

Alat analisis : Analisis faktor

Hasil :

Terdapat kesenjangan antara harapan dengan kenyataan pelanggan, sedang faktor penyebabnya adalah rendahnya *reliability*.

Persamaan : Meneliti tentang kualitas pelayanan.

Penelitian terdahulu yang berkaitan dengan kepuasan internal, komitmen, kinerja, kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pelanggan eksternal di bidang pelayanan kesehatan.

8. Knoop (1995), *Relationship Among Job Involvement, Job Satisfaction and Organizational Commitment for Nurses*, penelitian ini bertujuan menguji keterkaitan antara keterlibatan dalam pekerjaan, komitmen pada organisasi dan kepuasan kerja.

Hasil :

Keterlibatan kerja tidak berkorelasi dengan kepuasan kerja, kepuasan kerja hanya berkorelasi pada kepuasan terhadap pekerjaan itu sendiri dan terhadap kesempatan promosi. Sedang keterkaitan antara kepuasan kerja, keterlibatan kerja dengan komitmen pada organisasi cukup tinggi.

Persamaan :

Institusi yang digunakan sebagai lokasi penelitian di bidang jasa kesehatan, meneliti hubungan komitmen dengan kepuasan kerja (kepuasan internal).



Perbedaan :

Tidak meneliti tentang kualitas pelayanan, kepuasan eksternal, dan kinerja yang di akibatkan adanya komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan proses pelayanan internalnya.

9. Endah (2000), meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan dan kepuasan pelanggan, pada Bank di Kota Malang

Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis : faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan dan kepuasan pelanggan yang dirasakan nasabah pada Bank di Kota Malang, dan perbedaan antara bank satu dengan yang lain, di samping itu bertujuan untuk mengetahui variabel-variabel yang mempengaruhi kualitas layanan. Penelitian dilakukan dalam dua tahap yaitu yang pertama bertujuan mengetahui atribut-atribut yang menjadi pertimbangan nasabah dalam menilai kualitas pelayanan dan untuk memperoleh faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan dengan menggunakan metode analisis faktor.

Sampel : Nasabah bank

Hasil penelitian :

Terdapat 8 faktor yang menjadi pertimbangan nasabah dalam menilai kualitas layanan yaitu : daya tanggap, profesionalisme dan *skill teller*, bukti langsung, profesionalisme dan *skill customer service*, keandalan bank, jaminan, keandalan karyawan dan empati.

10. Ward *et al.* (1994), melakukan penelitian untuk membuktikan hubungan antara *manufacturing proactiveness* dengan kinerja perusahaan. *Manufacturing proactiveness* yang dimaksud adalah tingkat keterlibatan perusahaan dalam proses-proses strategi bisnis unit dan tingkat komitmen



pada program investasi struktural jangka panjang untuk membangun kapabilitas dalam mengantisipasi kebutuhan-kebutuhan perusahaan. Sedangkan ukuran kinerja yang digunakan adalah pangsa pasar dalam pertumbuhan penjualan. Temuan yang diperoleh adalah bahwa investasi dalam program struktural (teknologi) yang diikuti dengan investasi dalam program-program infrastruktur (*people*) akan menghasilkan rata-rata kinerja yang lebih tinggi.

11. Roth dan Jakson III (1995), dengan menggunakan *Capability Service Quality Performance Tried* untuk menguji hubungan keterkaitan antara ketiga variabel tersebut secara simultan dan hasilnya: (1) kapabilitas operasional mempengaruhi kualitas pelayanan dan kinerja.; (2) teknologi dan inovasi dapat secara langsung diamati dan ditiru; (3) pengaruh kepemimpinan, teknologi dan *market aquity* dimoderatkan dengan kemampuan karyawan menyerap, mengenali dan mengeksplorasi potensi mereka. Oleh karena itu investasi dalam sumber daya manusia merupakan faktor sukses yang kritis; (4) *market conduct* lebih mempengaruhi kapabilitas perusahaan daripada mempengaruhi kinerja; (5) ada hubungan yang negatif antara faktor produktifitas dengan kualitas pelayanan.
12. Soetrisno (2000), Dimensi-dimensi Kualitas Pelayanan Publik yang mempengaruhi Kepuasan Masyarakat serta Implementasinya, merupakan studi pada Unit Pelayanan Masyarakat Terpadu Kota Malang, dengan menggunakan responden adalah masyarakat yang telah mengajukan permohonan ijin pada UPMT sebanyak 83 orang.

Alat analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif dan inferensial dengan teknik korelasi dan regresi linier, baik sederhana maupun berganda.



Hasil :

Secara bersama-sama maupun secara parsial variabel-variabel dari dimensi-dimensi kualitas pelayanan yaitu bukti langsung, kehandalan, daya tanggap, jaminan dan empati berpengaruh terhadap kepuasan masyarakat, sedang variabel yang dominan terhadap kepuasan masyarakat adalah bukti langsung.

Persamaan :

Meneliti kualitas pelayanan publik.

Perbedaan :

Menguji dan menganalisis pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja Puskesmas dan kepuasan pelanggan internal serta kepuasan pelanggan eksternal.

13. Widomoko (2002), meneliti tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan Publik terhadap Kepuasan Masyarakat, respondennya adalah masyarakat Kota Malang yang mengajukan ijin ke Dinas Perijinan Kota Malang, menggunakan teknik statistik korelasi dan regresi linier dengan hasil penelitian sebagai berikut :

- a. Terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel bukti langsung, keandalan, daya tanggap, jaminan dan empati secara simultan terhadap kepuasan masyarakat.
- b. Variabel bukti langsung dan empati merupakan pengaruh paling dominan terhadap kepuasan masyarakat.

14. Widowati (1988), menguji pengaruh kapabilitas perusahaan terhadap kualitas pelayanan dan kinerja industri perbankan di Indonesia. Tujuh buah variabel digunakan dalam penelitian tersebut yaitu *market equity*,



kepemimpinan teknologi, pengetahuan organisasi, faktor produktifitas, variabel proses bisnis, kualitas pelayanan, kinerja dan organisasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari variabel-variabel tersebut secara umum hanya variabel proses bisnis yang berpengaruh langsung secara positif dan signifikan dengan variabel kualitas pelayanan. Sedangkan variabel-variabel yang lain tidak mempunyai pengaruh langsung yang signifikan dengan kualitas pelayanan dan dari variabel-variabel tersebut yang mempunyai pengaruh langsung dan positif terhadap kinerja dan kualitas pelayanan. Alat yang digunakan adalah analisis jalur model struktural.

15. Slater dan Harver (1994), menemukan bahwa bisnis yang mengaplikasikan sumber daya secara signifikan untuk memahami pesaing dan konsumennya serta mampu mengkoordinasikan keseluruhan aktifitas bisnis bagi usaha penciptaan nilai akan meraih tingkat kemampulabaan dan pertumbuhan penjualan. Dari penelitian ini terdapat 3 variabel yang ingin diuji oleh peneliti yaitu sumber daya yang dimiliki yang diterjemahkan dari *human resources*, fasilitas dan peralatan (program struktural) dan keseluruhan aktifitas bisnis (proses bisnis). Temuan yang diperoleh adalah bahwa bisnis yang mengaplikasikan sumber daya secara signifikan untuk memahami pesaing dan konsumennya serta mampu mengkoordinasikan keseluruhan aktifitas bisnis bagi usaha penciptaan nilai (*value creation*) secara terintegrasi akan meraih tingkat kemampulabaan, pertumbuhan penjualan dan kesuksesan produk baru yang relatif lebih tinggi. Sedangkan peran lingkungan persaingan sebagai moderator hubungan antara orientasi pasar dengan kinerja kurang mendukung.
16. Suhardiman (2001), Perilaku Kerja Dokter yang Bekerja di Rumah Sakit di Wilayah Kabupaten dan Kotamadya Bandung.



Permasalahan yang dikemukakan adalah perilaku kerja dokter dianggap sebagai faktor penghambat bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, aspek perilaku kerja dokter merupakan aspek yang sering membuat frustrasi pihak pimpinan karena itu diharapkan perubahan perilaku dokter akan meningkatkan kualitas pelayanan.

Tujuan dalam penelitian ini adalah memperoleh gambaran perilaku yang ada kemudian dicari alternatif, strategi program perbaikan perilaku kerja dokter yang sesuai dengan karakteristik perilakunya..

Alat analisis : pengolah data Epi Info yang dikembangkan oleh WHO dan CDC

Hasil yang didapat :

- a. Dokter banyak yang bekerja pada 1 tempat, sehingga kelelahan, mengganggu konsentrasi kerja di rumah sakit dan berpengaruh terhadap kinerja yang pada akhirnya menentukan produktivitas dan kualitas pelayanan kesehatan oleh dokter.
- b. Praktek dokter pagi hari, sehingga sampai di rumah sakit terlambat.
- c. Perilaku dokter sebagai anggota organisasi, orientasi dokter pada kepentingan pribadi, sehingga sulit memposisikan dokter sebagai anggota organisasi yang terikat dengan berbagai ketentuan dan peraturan.

Persamaan :

Melihat perilaku pemberi pelayanan kesehatan terhadap kualitas pelayanan dan kinerja.

Perbedaan :

Unit sampel adalah dokter di rumah sakit, sedang pada penelitian ini di Puskesmas. Sehingga dokter bukan satu-satunya pemberi pelayanan



kesehatan dan dokter Puskesmas tidak selalu dapat meningkatkan mutu pelayanan karena status gandanya sebagai kepala Puskesmas yang dalam menjalankan tugasnya dibebani pula dengan rapat bersama lintas sektor.

17. Sunardi (2001), Analisis Orientasi Pasar ke Arah Keunggulan Kinerja Rumah Sakit di Kota dan Kabupaten Malang, dengan memandang bahwa pembangunan kesehatan merupakan usaha yang strategis dalam peningkatan sumber daya manusia, maka dipandang perlu penanganan manajemen rumah sakit yang merupakan bagian dari sistem kesehatan nasional untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah rumah sakit di Kota dan Kabupaten Malang sudah berorientasi pada pasar yang berfokus pada pelanggan dan kinerja yang berfokus pada pelanggan, pesaing, koordinasi antar fungsi, fokus jangka panjang, serta pertumbuhan menyeluruh.

Responden adalah seluruh populasi yang dilakukan secara sensus yaitu 91 pimpinan Rumah Sakit. Alat analisis yang digunakan adalah Kluster, Manova.

Hasil penelitian :

- a. Fokus pada pelanggan sebesar 9,09% rumah sakit, penekanan tertinggi pada pelanggan dari empat kelompok lainnya, fokus pesaing di bawah rata-rata pada kelompok tersebut, kinerja tertinggi pada tingkat hunian, serta kinerja terendah pada keberhasilan jasa baru.
- b. Fokus komprehensif menunjukkan 36,36% rumah sakit, penekanan pada pelanggan, pesaing serta koordinasi antar fungsi, kinerja tertinggi pada kontrol biaya operasi dan kinerja terendah pada keberhasilan jasa baru.
- c. Fokus pada koordinasi antar fungsi menunjukkan 22,73% rumah sakit, penekanan tertinggi pada koordinasi antar fungsi dari kelompok lainnya,

fokus pesaing di bawah rata-rata pada kelompok tersebut, kinerja tertinggi pada tingkat hunian dan kinerja terendah pada pertumbuhan pendapatan menyeluruh.

d. Fokus tidak berkembang menunjukkan 31,82% rumah sakit, penekanan tertinggi pada fokus jangka panjang dari keempat kelompok lainnya, fokus pesaing di bawah rata-rata pada kelompok tersebut, kinerja tertinggi pada tingkat hunian, serta kinerja terendah *gross profit margin*.

18. Syarief (1998), meneliti mengenai sejauh mana mutu pelayanan (*service quality*) yang diinginkan masyarakat sebagai konsumen suatu rumah sakit. Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis: harapan konsumen terhadap mutu pelayanan rumah sakit yang diukur melalui hal-hal yang bersifat nyata seperti kondisi fisik, sikap santun dan responsivitas petugas.

Sampel : penderita yang dirawat di rumah sakit.

Alat analisis : Analisis faktor

Hasil :

Dari ketiga variabel utama tersebut sopan santun (*courtesy*) menduduki urutan pertama, kemudian tampilan elemen fisik (*tangible*) dan responsivitas (*responsiveness*), adapun untuk kredibilitas (*credibility*), keandalan pada jasa pelayanan (*reliability*), kemudahan (*access*), rasa aman (*security*), mengerti konsumen (*understand the customer*) dan kecakapan (*competence*) adalah merupakan pelengkap akan rasa kepuasan.

Persamaan :

Penelitian dilakukan pada institusi penghasil pelayanan kesehatan, mengukur kualitas pelayanan kesehatan sesuai Pasuraman

Perbedaan :



Sarana Kesehatan yang diteliti adalah Puskesmas, pada penelitian Syarief yang diteliti terbatas pada kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan di rumah sakit sedang pada penelitian ini adalah hubungan antara komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja Puskesmas, dan kepuasan internal dan eksternal

19. Lamiri (1997), Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan, Minat Perilaku Penderita Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Samarinda. Penelitian tentang persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan spesifik yaitu kualitas pelayanan penerimaan pasien, kualitas pelayanan perawatan, kualitas pelayanan kebersihan di ruangan, kualitas pelayanan dokter, kualitas pelayanan makanan, kualitas pelayanan administrasi ke luar rumah sakit, yang dihubungkan dengan kepuasan dan minat perilaku, untuk mengetahui variabel dan sub variabel pelayanan spesifik yang berpengaruh/tidak terhadap kepuasan dan minat perilaku pasien rawat inap di RS Islam Samarinda.

Hasil :

- a. Tingkat kualitas pelayanan spesifik (pelayanan pasien masuk rumah sakit, perawat, kebersihan, dokter, administrasi pasien pulang dan pelayanan makanan) adalah baik.
- b. Tingkat kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Samarinda adalah tinggi.
- c. Minat perilaku untuk menggunakan jasa yang sama di kemudian hari bila memerlukan perawatan adalah baik.



Persamaan :

Meneliti tentang kualitas pelayanan dan kepuasan pasien akan pelayanan kesehatan dengan hasil yang signifikan

Perbedaan :

Menguji dan menganalisis pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses pelayanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja dan kepuasan pelanggan internal dan eksternal Puskesmas.

20. Achsin (1999), Analisis Dimensi Kualitas Layanan yang Mempengaruhi

Kepuasan berdasarkan Persepsi Pasien pada Rumah Sakit Muhammadiyah Jawa Timur, meneliti tentang tingkat kualitas layanan rumah sakit terhadap kepuasan pasien.

Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis: pengaruh variabel-variabel *Tangible*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance* *Empathy* terhadap mutu pelayanan.

Sampel : Penderita yang dirawat di rumah sakit- rumah sakit Muhammadiyah di Jawa Timur

Alat analisis : Analisis faktor.

Hasil :

Penelitian menunjukkan ada 4 faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien pada Rumah Sakit Muhammadiyah di Jawa Timur, masing-masing adalah Kinerja (*Performance*), Perhatian (*Emphathy*), Daya Tanggap (*Responsiveness*) dan Jaminan (*Assurance*). Sedangkan variabel yang berpengaruh adalah sikap petugas, dukungan rumah sakit, komunikatif dan persuasif, Dari hasil uji, tidak adanya perbedaan antara pasien yang datang sendiri dengan pasien rujukan.

Persamaan :

Yang diteliti adalah kualitas produk jasa pelayanan kesehatan.

Perbedaan :

Menguji dan menganalisis pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses pelayanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja dan kepuasan pelanggan internal dan eksternal Puskesmas

21. Primalita Ratni (1999), Faktor-faktor yang Dipertimbangkan Konsumen dalam Keputusan Memilih Rumah Sakit Umum di Kotamadya Padang.

Hasil penelitiannya, ada 13 faktor yang menjadi pertimbangan seseorang dalam memutuskan untuk rawat inap di RSUD yaitu faktor proses, kedisiplinan dokter, dan kemudahan pembayaran (faktor 1), faktor merk, personal dan tingkat kenyamanan (faktor 2), faktor kelas sosial (faktor 3), faktor produk serta fasilitas peralatan (faktor 4), faktor budaya dan status RSUD (faktor 5), faktor keluarga (faktor 6), faktor kelompok sosial dan referensi (faktor 7), faktor pengalaman dan promosi (faktor 8), faktor tempat (faktor 9), faktor individual konsumen (faktor 10), faktor kondisi fisik (faktor 11), faktor harga (faktor 12), faktor sistem rujukan (faktor 13). Variabel dominan dari setiap faktor secara berurutan adalah: kemampuan dokter, merek, pendapatan, pengalaman, jarak, tingkat keyakinan, tempat parkir dan sistem rujukan.

22. Suarniki Ni Nyoman (2000), Analisis Kualitas Pelayanan dalam Mempengaruhi Kepuasan Konsumen Rumah Sakit Bersalin di Kotamadya Banjarmasin, penelitian dilakukan pada penderita yang rawat inap di Rumah Sakit Bersalin di Kotamadya Banjarmasin dengan menggunakan alat analisis regresi berganda didapatkan hasil bahwa ada pengaruh yang signifikan antara kualitas pelayanan RSB yang terdiri dari *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance*, *Emphaty* dan *Tangibles*, terhadap kepuasan pasien RSB di kota



Banjarmasin. Sedang variabel jasa yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien adalah variabel *Emphaty*.

23. Julianti (1999), meneliti tentang Strategi Pengembangan Instalasi Klinik Spesialis Pusat Diagnostik Rumah Sakit Immanuel Bandung, dengan menganalisis faktor lingkungan internal, lingkungan eksternal dan lingkungan industri Porter yang kemudian dilakukan identifikasi kompetensi inti, identifikasi kunci sukses dan analisis portofolio produk Boston Consulting Group dan General Electric, dan dilanjutkan dengan melakukan analisis SWOT baru kemudian dirumuskan alternatif strateginya ke dalam matriks PAKAL. Berdasarkan analisis tersebut ditentukan strategi yang terbaik untuk mengembangkan Instalasi Klinik Spesialis-Pusat Diagnostik RS Immanuel adalah melakukan alokasi dana secara tepat untuk penetrasi dan pengembangan pasar dengan tetap menerapkan strategi *Cost Leadership*.

Persamaan :

Meneliti institusi penghasil pelayanan kesehatan.

Perbedaan :

Julianti meneliti dari Manajemen Strateginya sedangkan peneliti meneliti dari manajemen pemasaran dan manajemen SDM sebagai penghasil jasa pelayanan kesehatan.

24. Budiarto,W (2002), meneliti tentang Analisis faktor yang Membentuk Kualitas Pelayanan dan Pengaruhnya terhadap Kinerja Keuangan dan Kinerja non Keuangan Rumah Sakit Umum Pusat di Indonesia. Masalah dan pengukuran variabel: menguji dan menganalisis pengaruh langsung pasar, kompetensi karyawan, komitmen karyawan, terhadap kualitas pelayanan, dan menguji pengaruh langsung kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan internal dan eksternal, serta menguji pengaruh langsung efisiensi



pengelolaan organisasi rumah sakit terhadap utilisasi rumah sakit, pengukuran kinerja diukur berdasarkan finansial dan non finansial.

Sampel : Rumah sakit umum milik Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan) di Indonesia.

Alat analisis : *Structural Equation Modelling* dengan menggunakan program *software AMOS 4.0*.

Hasil :

- a. Pangsa pasar tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan tidak berpengaruh langsung terhadap utilisasi jasa kesehatan, berpengaruh langsung positif pada efisiensi pengelolaan rumah sakit.
- b. Kompetensi karyawan berpengaruh langsung terhadap komitmen karyawan.
- c. Komitmen karyawan tidak berpengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan rumah sakit, dan tidak berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan rumah sakit.
- d. Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh negatif terhadap kepuasan pelanggan internal, tidak berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit dan berpengaruh terhadap kinerja keuangan rumah sakit.
- e. Kepuasan pelanggan internal tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan eksternal.
- f. Efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit tidak berpengaruh langsung terhadap utilisasi jasa kesehatan.

Persamaan :

- a. Unit analisis adalah institusi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan. (produk jasa)

b. Masalah dan pengukuran variabel : menguji dan menganalisis pengaruh langsung pasar, kompetensi karyawan, komitmen karyawan, terhadap kualitas pelayanan, dan menguji pengaruh langsung kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan internal dan eksternal.

c. Alat analisis : Structural Equation Modelling dengan menggunakan program *software* AMOS 4.0.

Perbedaannya :

a. Sampel : Puskesmas di Jawa Timur

b. Pengukuran kinerja yang merupakan persepsi dari pelanggan internal terhadap hasil pencapaian program diukur berdasarkan pedoman Depkes tentang pengukuran kinerja.

c. Tidak menguji pengaruh langsung efisiensi pengelolaan organisasi terhadap utilisasi

d. Menguji dan menganalisis pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja Puskesmas dan kepuasan pelanggan internal serta kepuasan pelanggan eksternal..

25. Dyah Siwi R (2001), Faktor-faktor yang Mempengaruhi Strategi Kualitas Pelayanan Rumah Sakit, penelitian ini memfokuskan pada pengaruh faktor strategi yang meliputi *human resources*, fasilitas dan peralatan, proses bisnis, citra, harga dan lokasi terhadap kualitas pelayanan rumah sakit Panti Waluya Sawahan Malang menurut persepsi pasien (konsumen). Dengan menggunakan konsep *Balance Score Card* didapatkan hasil : *Human resources*, fasilitas dan peralatan, proses bisnis, citra, harga dan lokasi berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kualitas pelayanan. Dari hasil analisis menunjukkan bahwa variabel yang paling berpengaruh



terhadap kualitas pelayanan adalah proses bisnis yaitu interaksi antara pasien (konsumen) dengan penyedia jasa.

26. Masduki (2001), Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Ibu Hamil dalam Memilih Tempat Persalinan dan Rawat Inap di Rumah Bersalin Pemerintah Daerah Kota Malang, penelitian ini selain untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi seorang ibu hamil memilih tempat persalinan di RB Pemerintah Daerah Kota Malang juga untuk mengetahui faktor dominan yang mempengaruhinya. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang periksa di RB Pemerintah Daerah Kota Malang.

Dengan menggunakan AMOS didapat hasil :

Hanya variabel informasi, distribusi dan harga yang signifikan, sedang temuan lain adalah terdapat pengaruh variabel keputusan rawat inap terhadap keyakinan ibu hamil dalam kelancaran dan keselamatan melahirkan anaknya selama persalinannya.

Penelitian yang berhubungan dengan Puskesmas :

27. Yusril M (1995), meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas, juga pengaruh gairah bekerja, beban pekerjaan dan sosial demografi terhadap prestasi kerja paramedis dan non paramedis, pelaksanaan penelitian di Propinsi Bengkulu dengan populasi seluruh Puskesmas yang ada sejumlah 85 puskesmas, pemilihan Puskesmas ditentukan berdasarkan Stratified Random Sampling, Strata Puskesmas ditentukan oleh Kanwil Departemen Kesehatan Propinsi Bengkulu sampai tahun 1990 yaitu strata I = 2 buah, strata II = 43 buah dan strata III = 13 buah,



Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis :

- Rendahnya pencapaian program dan pengaruh pencapaian program terhadap efektifitas pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas.
- Pengaruh dari pemanfaatan sumber daya Puskesmas (medis dan paramedis) terhadap efektifitas pelayanan Puskesmas.
- Pengaruh faktor sosial demografi, beban pekerjaan dan dan gairah kerja terhadap prestasi kerja.

Sampel :

Unit sampel adalah Puskesmas di Bengkulu sebanyak 79 buah dari 84 buah.

Alat analisis :

Regresi linier sederhana, analisa faktor, regresi linier berganda

Hasil :

- Secara keseluruhan efektifitas kegiatan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan masyarakat baru mencapai 74,81 %.
- Terdapat perbedaan efektifitas dari setiap program kerja Puskesmas yaitu yang tertinggi adalah program KB (90,89%), dan yang terendah program gizi (60,79 %).
- Faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas adalah: pengalaman kerja pimpinan, jumlah tenaga paramedis, lama buka loket, lama dokter pimpinan Puskesmas melayani masyarakat secara individu / swasta.
- Kemampuan paramedis dan non paramedis meningkatkan prestasi kerja dipengaruhi oleh : gairah kerja, beban pekerjaan, interaksi umur dengan gairah bekerja, interaksi umur dengan beban pekerjaan, interaksi gairah

bekerja dengan beban pekerjaan dan interaksi gairah bekerja dengan beban pekerjaan.

Persamaan :

- a. Unit sampel adalah Puskesmas sebagai penghasil jasa pelayanan kesehatan.
- b. Dalam penelitian diketemukan adanya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan oleh tenaga dokter, dimana sementara ini kedudukan dokter masih banyak yang merangkap sebagai kepala Puskesmas yang mempunyai konsekuensi sering meninggalkan Puskesmas untuk kegiatan kemasyarakatan bersama lintas sektor di luar pelayanan kesehatan.

Perbedaannya :

- a. Pengambilan sampel dilakukan berdasarkan budaya daerah tidak lagi berdasarkan stratifikasi. Pengukuran kinerja berdasarkan persepsi pimpinan Puskesmas terhadap pencapaian kinerja yang target dan jenis program unggulan ditentukan sendiri oleh masing-masing daerah.
- b. Menguji dan menganalisis pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja puskesmas dan kepuasan pelanggan internal serta kepuasan pelanggan eksternal..

28. Tri Asih (1998), meneliti tentang Analisis Perilaku Penderita Rawat Jalan di Puskesmas Kotamadya Malang yang dilakukan di seluruh Puskesmas Kota Malang dengan tujuan mencari faktor-faktor yang menjadi pertimbangan penderita dalam mengambil keputusan untuk rawat jalan di Puskesmas. Masalah dan pengukuran variabel penelitian ini adalah mengukur dan menganalisis faktor-faktor yang dipertimbangkan seseorang penderita untuk

memutuskan rawat jalan di Puskesmas sebanyak 6 faktor dan 24 variabel dan faktor mana yang dominan.

Sampel :

pengambilan sampel dilakukan secara proporsional random sampling terhadap penderita rawat jalan di Puskesmas Kota Malang, besar sampel sebanyak 150 penderita.

Alat analisis : Analisis faktor

Hasil :

Faktor-faktor yang menjadi pertimbangan penderita untuk memutuskan rawat jalan di Puskesmas adalah 5 faktor yaitu : status sosial, lokasi dan informasi tentang Puskesmas, pelayanan Puskesmas, personalita penderita, harga karcis.

Persamaan :

Sampel adalah Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat.

Perbedaan :

- a. Lokasi penelitian Jawa Timur
- b. Pada penelitian Tri (1998), meneliti faktor-faktor yang dipertimbangkan penderita untuk rawat jalan di Puskesmas.
- c. Penelitian ini mengukur dan menganalisis pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kinerja, kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan pelanggan internal dan kepuasan pelanggan eksternal di Puskesmas.

29. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur bekerjasama dengan Tim Bagian Administrasi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (2003), Identifikasi Kinerja Puskesmas berdasarkan Rerangka *Balanced Scorecard*.



Balanced Scorecard merupakan sistem manajemen bagi suatu organisasi untuk menilai kinerjanya secara komprehensif dalam 4 perspektif yaitu: pembelajaran dan pertumbuhan (*learning and growth*), proses bisnis internal, fokus pada pelanggan (*customer focus*), dan perspektif finansial atau keuangan (*shareholders*) yang memberi manajemen organisasi suatu pengetahuan, keterampilan dan sistem yang memungkinkan karyawan dan manajemen belajar dan berkembang terus menerus (perspektif pembelajaran) dalam berinovasi untuk membangun kapabilitas strategis yang tepat serta efisiensi (perspektif proses bisnis internal) agar mampu menyerahkan nilai spesifik ke pasar (perspektif pelanggan) dan selanjutnya akan mengarah pada nilai finansial yang terus menerus meningkat (perspektif finansial).

Penelitian ini berupa survei yang bersifat deskriptif untuk menggambarkan kondisi Puskesmas di Jawa Timur. Lokasi penelitian di 38 daerah kabupaten/kota di Jawa Timur, sampelnya seluruh Puskesmas (928 Puskesmas). Indikator yang diukur mencakup 4 perspektif di atas dengan pembobotan score yang dikelompokkan dalam 3 katagori yaitu bobot 0 adalah konvensional, bobot 1 adalah transisi, sedang bobot 2 adalah *entrepreneur*. Hasil : Secara umum sebagian besar Puskesmas di Jawa Timur berada pada posisi Transisi (57,42%), dari proses transisi tersebut sebagian besar mempunyai kekuatan pada perspektif proses bisnis internal yaitu 94,74%, untuk konvensional 39,50%, dan untuk *entrepreneur* 3,22%.

Persamaan :

Menilai kinerja Puskesmas di Jawa Timur.



Perbedaan :

Pengukuran kinerja pada penelitian ini melalui persepsi pimpinan Puskesmas terhadap tampilan kerjanya, dan tidak melihat posisi Puskesmas, namun menghubungkan antara pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal terhadap kinerja, kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan internal dan eksternal.

30. Arifin A (2001), Koordinasi Pemrograman sebagai Upaya Peningkatan Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Puskesmas. Penelitian ini di latarbelakangi oleh pencapaian kinerja pelayanan KIA di Puskesmas kurang optimal. Kurang optimalnya kinerja pelayanan KIA disebabkan kurangnya koordinasi antar program. Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan bahwa pengaruh positif koordinasi pemrograman terhadap kompetensi petugas, pengaruh positif kompetensi petugas terhadap kinerja pelayanan KIA, pengaruh positif koordinasi pemrograman terhadap efektivitas pelayanan KIA di Puskesmas.

Penelitian dilakukan di Kabupaten Nganjuk dan Magetan, dengan membagi dalam 2 kelompok yaitu kelompok Puskesmas intervensi dan kelompok Puskesmas kontrol. Sampel dalam penelitian ini adalah petugas Puskesmas (dokter, bidan, petugas gizi dan petugas imunisasi) sebanyak 96 orang, dan sampel ibu hamil sebanyak 244 orang.

Hasil penelitian :

- a. Penerapan koordinasi pemrograman yang diaplikasikan dalam bentuk buku Pegangan KIA berpengaruh positif terhadap peningkatan kinerja pelayanan KIA di Puskesmas.



BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

3.1. Kerangka Teoritis

Pembangunan kesehatan penting artinya bagi peningkatan produktifitas, sumber daya manusia dan untuk meningkatkan *Human Development Index* Indonesia yang terpuruk pada peringkat 110 dari 172 negara di dunia, Moelok (2002). Dalam menghadapi era globalisasi dan tuntutan masyarakat (Abidin, 2003, Friedman, E., 1986, Fitzsimmons, 1994, Hartline, 1996), dan adanya *economic lost* yang besar bila seseorang sakit (Gani, 1994, Carey, 1992), Puskesmas dituntut untuk memenuhinya maka Puskesmas sebagai sarana kesehatan terdepan harus dapat menyentuh secara langsung masyarakat (Depkes, Pedoman Kerja Puskesmas, 1990, GBHN, 1998), untuk mencapai Indonesia Sehat di tahun 2010, harus disesuaikan dengan paradigma baru Puskesmas (Depkes RI, 1999, 2000, Azwar, 2000) maka perlu adanya komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan proses layanan internal dalam mewujudkan kualitas pelayanan (Donabedian A, 1980, 1985, Anderson, 1994, Bruce, 1990, Bounds, 1994) dan kinerjanya (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2001) serta kepuasan pelanggan internal dan eksternal Puskesmas.

Puskesmas tersebar di semua kecamatan, bahkan lebih dari satu jumlahnya, tahun 1988 tercatat 5549 Puskesmas dan 12913 Puskesmas Pembantu, sebagai produsen jasa pelayanan kesehatan berwujud kualitas pelayanan kesehatan tergantung pada sumber daya manusianya, sesuai dengan Chase dan Aquilano (1995) yang menyatakan bahwa setiap orang harus mampu



memberikan jasa yang diinginkan, proses pelayanan, dan kualitas pelayanan. Kualitas pelayanan dapat ditingkatkan melalui intensitas kontak yang tinggi, maka jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas termasuk "*People Processing*", hal ini didukung juga oleh Kaplan dan Norton (1996), yaitu sumber daya terpenting yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan adalah komitmen dan kompetensi dari sumber daya manusia yang ada pada sarana pelayanan kesehatan, Robert Eaton, Jeffrey Pfeffer (1994) dalam tulisan Budi Soetjipto, bahwa sumber daya manusia merupakan sumber keunggulan daya saing yang "tak lekang oleh panas, tak lapuk oleh hujan", Lado *et.al.* (1992), Wiener (1982) mengatakan bahwa sumber daya manusia mampu bertahan karena mereka memiliki kompetensi manajerial, Mowday, *et.al.* (1982), komitmen organisasi sebagai kekuatan yang bersifat relatif dari individu dalam mengidentifikasi keterlibatan dirinya ke dalam bagian organisasi, Devito (1995) dalam Arifin (2001), satu faktor penting yang berpengaruh terhadap kelangsungan hubungan adalah tingkat komitmen seseorang terhadap yang lain dan terhadap hubungan itu sendiri. Taylor (1994), mengatakan bahwa determinan komitmen adalah semua kekuatan, positif dan negatif yang berinteraksi untuk mempertahankan seseorang agar tetap berhubungan atau berada dalam satu kelompok. Stoff (1995), komitmen terhadap suatu tujuan berarti seseorang menemukan kesesuaian dengan tujuan khususnya, sehingga berniat untuk menginvestasikan waktu, tenaga dan kemampuan yang dimiliki untuk mencapai tujuan tersebut. Menurut Mayer *et al.* (1997), Vikram (1999), O'Reilly (1989), komitmen terhadap organisasi dapat dilihat dua aspek yaitu *attitudinal* atau *affective commitment* dan *behavioral* atau *continuance commitment*. Becker (1996), komitmen pada atasan berhubungan positif dengan kinerja dan komitmen kepada atasan tersebut lebih kuat asosiasinya dengan

kinerja dibandingkan dengan komitmen kepada organisasi. Wiener (1982, 1988), Neale *et. al.* (1988), Gary Yuki (Suny at Albany) bahwa komitmen merupakan kewajiban moralnya terhadap perusahaan tempat ia bekerja. Untuk membangun komitmen para pegawai perusahaan menurut Wiener (1982,1988) perlu dibangun sejak dini, yaitu mulai tahap rekrutmen dan seleksi.

Kesadaran untuk senantiasa membangun kompetensi karyawan yang berkesinambungan telah muncul di Amerika Serikat sejak tahun 1970 an. Mitrani *et.al* (1992). Schneider (1990), mengatakan kepuasan dari pelanggan internal tampak pada respon dan sifat perilaku karyawan dalam memberikan layanan, karyawan yang puas akan mempunyai perilaku untuk membantu pelanggan.

Perilaku membantu pelanggan tersebut merupakan salah satu dimensi dari kualitas pelayanan yang dipersepsikan pelanggan eksternal, Parasuraman (1988), pemenuhan harapan pelanggan eksternal merupakan interaksi antara kualitas yang dipersepsi oleh konsumen dan pelayanan yang diberikan oleh karyawan sebagai cermin dari kepuasan mereka. Kepuasan pelanggan muncul sebagai akibat dari pengalaman mengkonsumsi produk atau jasa. Westbrook (1984), perhatian terhadap mutu layanan memiliki muatan normatif seperti yang dikemukakan oleh kelompok nominalis, yakni *charge or principle of member promotion*, Munkner (1983), perhatian terhadap kepentingan pelanggan dengan cara melihat kebutuhan serta kepuasan atas pelayanan. Wellington (1992). perbaikan kinerja *front line staff* merupakan kriteria individual, dimana secara fungsional berimplikasi pada perbaikan mutu layanan,

Sheaff (1991) dalam Surjadi (1994), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan bercirikan ketersediaan pelayanan untuk pasien, identifikasi kebutuhan pasien, perawatan yang adekuat, staf yang kompeten, perawatan yang dapat diterima oleh pasien, mengurangi bahaya bagi pasien, dan meningkatkan





kemampuan pasien pada proses menjadi sehat dan Maxwell (1984) dalam Suryadi (1994), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan mengandung unsur relevan terhadap kebutuhan masyarakat, efektif (untuk pelayanan perorangan), adil (*equity*) dapat diterima secara sosial efisien dan ekonomis. Puskesmas sebagai unit pelayanan teknis TQM amat penting sesuai Instruksi Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/VII/1999 tanggal 20 Juli 1999 bahwa :

“Semua unit pembina teknis maupun operasional pelayanan kesehatan dan seluruh unit pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk melaksanakan pelayanan prima sesuai dengan aspirasi dan reformasi dari masyarakat melalui perbaikan pengaturan dan mekanisme seluruh aspek pelayanan kesehatan yang ada. Pelayanan prima menyangkut beberapa aspek yang meliputi (1) masalah ketepatan, konsistensi dan konsekuensi dari prosedur pelayanan kesehatan yang ada. (2) adanya hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan yang diatur secara jelas, (3) tersedianya loket informasi atau kotak saran bagi penerima pelayanan yang dipantau dan dievaluasi, (4) penanganan proses pelayanan dilakukan oleh petugas yang berwenang dan kompeten, mampu, terampil dan profesional sesuai dengan spesifikasi tugasnya, (5) terciptanya pola pelayanan yang tepat sesuai dengan sifat dan jenis pelayanan yang bersangkutan dengan mempertimbangkan efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaannya, (6) biaya atau tarif yang wajar dengan memperhitungkan kemampuan masyarakat, (7) pemberian pelayanan dilaksanakan secara tertib, teratur dan adil, tidak membedakan status sosial dan merata, (8) terjaminnya kebersihan dan sanitasi lingkungan tempat dan fasilitas pelayanan dan (9) petugas memberikan pelayanan dengan sikap ramah dan sopan, serta berupaya meningkatkan kinerja pelayanan secara optimal”.

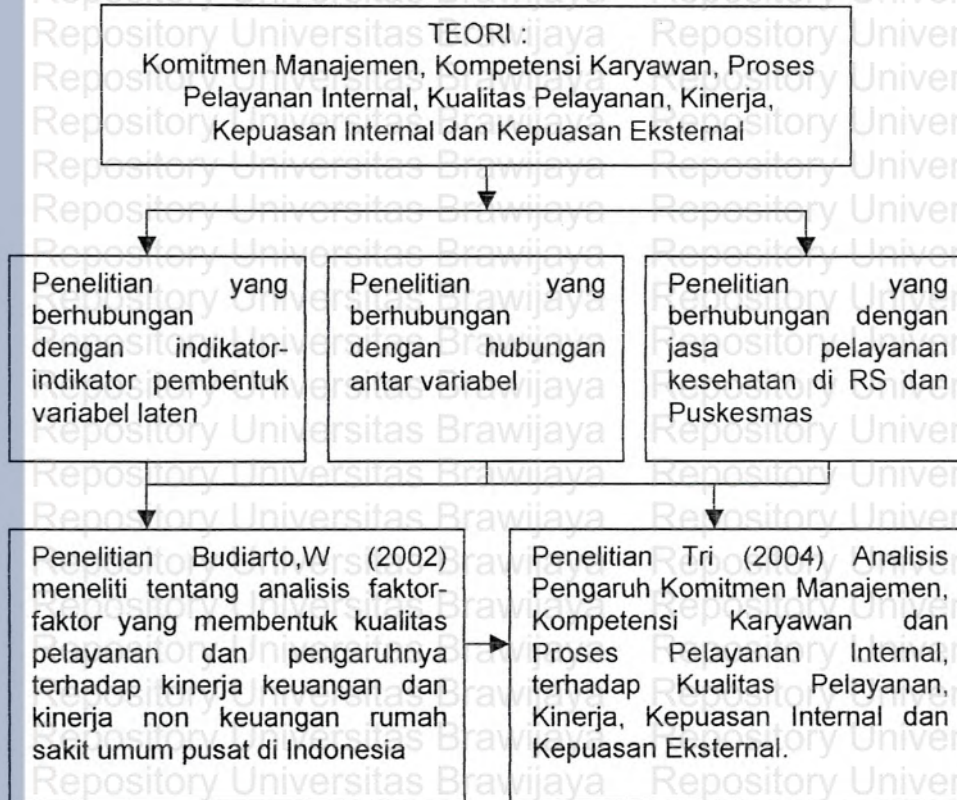
Berry dan Parasuraman dalam bukunya *"Delivering Quality Service, Balancing Customer Perception and Expectation"*, menyebutkan 10 dimensi yang digunakan pelanggan untuk menilai kualitas pelayanan, yaitu : tampilan elemen fisik yang dapat dinilai (*tangibles*), keandalan (*reliability*), responsivitas (*responsiveness*), komunikasi (*communication*), kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competence*), sopan-santun (*courtesy*), pemahaman pada pelanggan (*understanding the Customer*), akses (*access*). Dan dari penelitian terdahulu Soetjipto Budi (2001), meneliti tentang kepatuhan dan komitmen bawahan, Hani Nadjib (2000), kebijakan peningkatan kinerja pegawai, meneliti tentang komitmen dan semangat kerja terhadap kinerja pegawai dan implikasinya pada kebijakan pemerintah, Junita Audia (2000), analisis kausal keadilan prosedural, keadilan distribusi, kepuasan kerja dan komitmen organisasi terhadap prestasi kerja tenaga penjual, Prasetya Arik (2001), pengaruh kompensasi finansial dan non finansial terhadap prestasi, Pujawan (1997), meneliti tentang faktor kualitas layanan yang mempengaruhi kepuasan pelanggan Bank BNI dan Danamon di Denpasar Bali, Novajaya (1998) meneliti tentang faktor yang dipertimbangkan dalam mempersepsikan mutu pelayanan pada nasabah perusahaan asuransi di Malang, Setyanto (1998) meneliti tentang kualitas pelayanan PT Jamsostek, Knoop (1995), *relationship among job involvement, job satisfaction and organizational commitment for nurses*, Endah (2000), meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan dan kepuasan pelanggan, pada Bank di Kota Malang, Ward *et al.* (1994) melakukan penelitian untuk membuktikan hubungan antara *manufacturing proactiveness* dengan kinerja perusahaan, Roth dan Jakson III (1995) dengan menggunakan *capability service quality performance tried* untuk menguji hubungan keterkaitannya, Soetrisno (2000), dimensi kualitas pelayanan publik



yang mempengaruhi kepuasan masyarakat serta implementasinya, Widomoko (2002) meneliti tentang pengaruh kualitas pelayanan publik terhadap kepuasan masyarakat, Widowati (1988), menguji pengaruh kapabilitas perusahaan terhadap kualitas pelayanan dan kinerja industri perbankan di Indonesia, Slater dan Harver (1994) menemukan bahwa bisnis yang mengaplikasikan sumber daya secara signifikan untuk memahami pesaing dan konsumennya serta mampu mengkoordinasikan keseluruhan aktifitas bisnis bagi usaha penciptaan nilai akan meraih tingkat kemampulabaan dan pertumbuhan penjualan, Suhardiman (2001), perilaku kerja dokter yang bekerja di rumah sakit di wilayah kabupaten dan kotamadya Bandung, Sunardi (2001), analisis orientasi pasar ke arah keunggulan kinerja rumah sakit di kota dan kabupaten, Syarief (1998) meneliti mengenai sejauh mana mutu pelayanan (*service quality*) yang diinginkan masyarakat sebagai konsumen suatu rumah sakit, Lamiri (1997), pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan, minat perilaku penderita rawat inap di rumah sakit Islam Samarinda, Achsin (1999), analisis dimensi kualitas layanan yang mempengaruhi kepuasan berdasarkan persepsi pasien pada rumah sakit Muhammadiyah Jawa Timur, Primalita Ratni (1999), faktor-faktor yang dipertimbangkan konsumen dalam keputusan memilih rumah sakit umum di Kotamadya Padang, Suarniki Ni Nyoman (2000) analisis kualitas pelayanan dalam mempengaruhi kepuasan konsumen rumah sakit bersalin di Kotamadya Banjarmasin, Julianti (1999), meneliti tentang strategi pengembangan instalasi klinik spesialis Pusat Diagnostik Rumah Sakit Immanuel Bandung, Dyah Siwi R. (2001) faktor yang mempengaruhi strategi kualitas pelayanan rumah sakit, Masduki (2001) faktor yang mempengaruhi perilaku ibu hamil dalam memilih tempat persalinan dan rawat inap di Rumah Bersalin Pemerintah Daerah Kota Malang, Yusril M (1995) meneliti tentang faktor yang mempengaruhi pelayanan

kesehatan masyarakat di Puskesmas, juga pengaruh gairah bekerja, beban pekerjaan dan sosial demografi terhadap prestasi kerja paramedis dan non paramedis, Tri Asih, 1998, meneliti tentang analisis perilaku penderita rawat jalan di Puskesmas Kotamadya Malang, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur bekerjasama dengan Tim Bagian Administrasi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (2003) identifikasi kinerja puskesmas berdasarkan rerangka *Balanced Scorecard*, Arifin A, 2001, koordinasi pemrograman sebagai upaya peningkatan kinerja pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) di Puskesmas, Budiarto,W (2002) meneliti tentang analisis faktor yang membentuk kualitas pelayanan dan pengaruhnya terhadap kinerja keuangan dan kinerja non keuangan rumah sakit umum pusat di Indonesia.

3.2. Posisi Penelitian

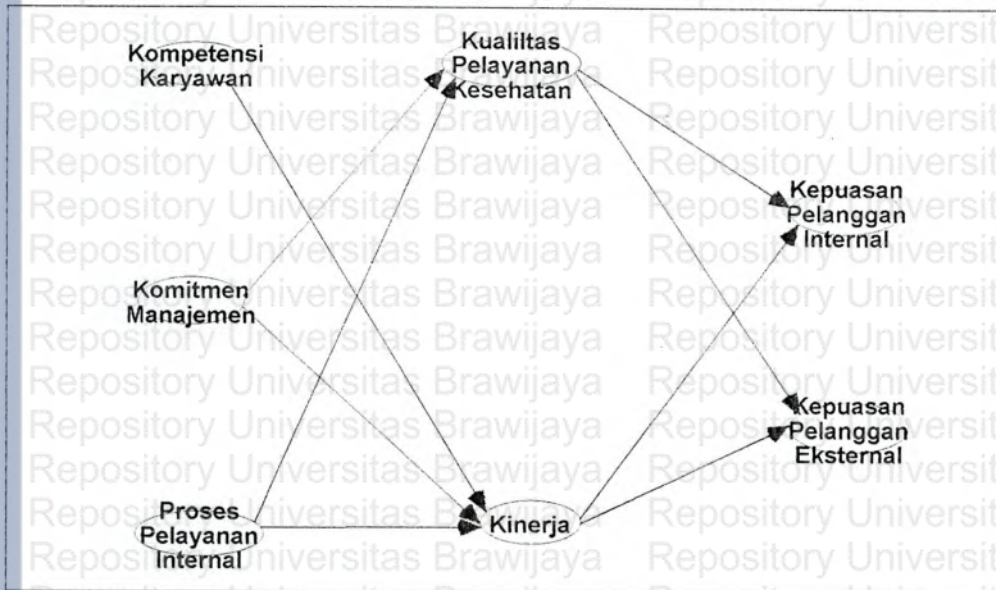


Gambar 11. Posisi Penelitian Analisis Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Pelayanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas di Jawa Timur

3.3. Kerangka Konseptual

Teori dan penelitian terdahulu merupakan acuan dalam penyusunan indikator dari variabel laten, dan juga sebagai dasar hipotesis dalam melihat hubungan antar variabel laten model.

sebagai berikut :



Gambar 12. Kerangka Konseptual Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Pelanggan Internal dan , Kepuasan Pelanggan Eksternal Puskesmas

3.4. Definisi operasional

Untuk menyamakan persepsi tentang batasan variabel yang digunakan dalam penelitian ini, berikut diuraikan mengenai variabel yang digunakan yaitu tentang konsep komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses pelayanan internal, kepuasan pelanggan internal, kepuasan pelanggan eksternal, kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas :

1. Komitmen Manajemen (KmtMnjm) : (X_1)

Mengacu pada Kaplan dan Norton (1992), Hartline (1996), Komitmen manajemen adalah sebagai kekuatan yang bersifat relatif dari individu dalam mengidentifikasi keterlibatan dirinya ke dalam bagian organisasi yang diukur berdasarkan persepsi pimpinan Puskesmas terhadap indicator sebagai berikut :

- a. $X_{1,1}$: Visi dan misi Puskesmas yang jelas terhadap terwujudnya pelayanan kesehatan berkualitas.(Vimi)
- b. $X_{1,2}$: Pentingnya perencanaan di Puskesmas (*Plan*)
- c. $X_{1,3}$: Sebagai pemimpin yang mempunyai fungsi berkaitan erat dengan pengendalian terhadap kinerja karyawan (*Controll*)
- d. $X_{1,4}$: Sebagai pemimpin yang mempunyai fungsi berkaitan erat dengan mengambil keputusan / *decision making* (*Deciss*)
- e. $X_{1,5}$: Pimpinan terlibat secara penuh dalam mengembangkan budaya mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas (B.mutu)
- f. $X_{1,6}$: Tanggungjawab perbaikan mutu dikomunikasikan kepada seluruh karyawan (Tgg.mutu)
- g. $X_{1,7}$: Pimpinan melengkapi peralatan sesuai spesifikasi pelayanan kesehatan di Puskesmas (L.alat)
- h. $X_{1,8}$: Pimpinan memberikan jaminan pelayanan kesehatan kepada karyawan (Jam sht)
- i. $X_{1,9}$: Pimpinan memberikan jaminan keselamatan kerja pada karyawan.(Jam slmt)

2. Kompetensi Karyawan (Kmptkar) : (X_2)

Sesuai dengan Spencer (1993), maka kompetensi adalah sabagai karakteristik yang mendasari seseorang berkaitan dengan efektivitas kinerja



individu dalam pekerjaannya, kompetensi merupakan kepribadian yang mendalam dan melekat pada seseorang serta perilaku yang dapat diprediksi pada berbagai keadaan dan tugas pekerjaan. Kompetensi juga merupakan sesuatu yang menyebabkan atau memprediksi perilaku dan kinerja, juga memprediksi siapa yang berkinerja baik dan kurang baik yang diukur menggunakan indikator :

- a . $X_{2.1}$: Memberi kesempatan karyawan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan (Semp.trampil)
- b . $X_{2.2}$: Selalu berlatih tentang pengetahuan dan keterampilan yang berkaitan dengan pekerjaan. (Latih.trampil)
- c . $X_{2.3}$: Perbandingan jumlah pegawai yang dilatih dengan seluruh karyawan, baik karyawan medis, paramedis maupun non paramedis. (Bdg latih)
- d . $X_{2.4}$: Karyawan percaya bahwa hasil pekerjaannya membantu pencapaian tujuan Puskesmas.(Bt tuj)
- e . $X_{2.5}$: Karyawan tahu tugas pokok dan fungsinya di Puskesmas.(Tupoksi)

3. Proses Layanan Internal (Layaint) : (X_3)

Proses layanan internal adalah perhatian pimpinan terhadap karyawan berkaitan dengan prestasi kerjanya, untuk mendapatkan informasi ini digali dari responden karyawan, dengan indikator-indikator sesuai Schineider (1990) :

- a $X_{3.1}$: pemberian penghargaan/imbalan jasa kepada karyawan yang berprestasi (penghargaan)
- b $X_{3.2}$: pemberian peringatan kepada yang lalai dalam tugasnya.(peringatan)
- c $X_{3.3}$: perhatian terhadap kenaikan pangkat karyawan (pangkat)
- d. $X_{3.4}$: perhatian terhadap gaji karyawan.(gaji)



4. Kepuasan Pelanggan Internal (PuasInt) : (X_4)

Kepuasan pelanggan internal adalah rasa puas karyawan yang diakibatkan oleh proses pelayanan internal yang akan berpengaruh meningkatkan pelayanannya pada konsumen, Schineider (1990) meliputi :

- a $X_{4.1}$: Karyawan puas karena pimpinan menggunakan usulan karyawan untuk memperbaiki mutu pelayanan Puskesmas (Us kary)
- b $X_{4.2}$: Puas karena pimpinan selalu memberikan respon/tanggapan dengan cepat (Respon)
- c $X_{4.3}$: Puas karena ada rasa saling percaya antara manajemen dan staf (Slg caya)
- d $X_{4.4}$: Lingkungan kerja nyaman.(Ling nyaman)

5. Kepuasan Pelanggan Eksternal (PuasEks) : (X_5)

Pasien puas ditandai dengan terpenuhinya harapan pasien akan pelayanan kesehatan di Puskesmas dibanding dengan pelayanan yang diterimanya, hal ini sesuai dengan teori *Conceptual Model of Service Quality*, Parasuraman (1990) :

- a $X_{5.1}$: Kesehatan pasien setelah dirawat di Puskesmas semakin baik.(Sehat pasien.)
- b $X_{5.2}$: Penampilan karyawan menyenangkan pasien (Tampil kary)
- c $X_{5.3}$: Komunikasi pasien dengan petugas Puskesmas (Komunikasi)
- d $X_{5.4}$: Perhatian petugas Puskesmas terhadap kebutuhan pasien.(Perhatian)
- e $X_{5.5}$: Kemampuan petugas Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.(Mampu)

f. $X_{5.6}$: Keramahan dan rasa hormat (sopan-santun) petugas Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Ramah)

g. $X_{5.7}$: Kesesuaian tarif pelayanan kesehatan dengan pelayanan yang diberikan (Tarif sesuai)

6. Kualitas Pelayanan Kesehatan (KualYanKes) : (X_6)

Diidentifikasi oleh Zeithamal, Berry dan Parasuraman bahwa ada 10 kriteria yang digunakan oleh pelanggan untuk menilai mutu pelayanan (*service quality*), juga dikemukakan oleh Suryadi, 1994 tentang 19 aspek kualitas pelayanan kesehatan, SK Menpan nomor 81 tahun 1993 yaitu : fasilitas fisik, kehandalan, responsif, komunikasi, kredibilitas, rasa aman, kompetensi, sopan santun, pemahaman pada pelanggan, akses.

a. $X_{6.1}$: Suasana Puskesmas menarik (Menarik)

b. $X_{6.2}$: Kenyamanan Puskesmas (Nyaman)

c. $X_{6.3}$: Pelayanan yang dijanjikan selalu tersedia (Yan ada)

d. $X_{6.4}$: Ketepatan pelayanan sesuai dengan waktu yang telah dijanjikan (Tpt Yan)

e. $X_{6.5}$: Petugas tanggap terhadap kebutuhan pelanggan.(Tanggap)

f. $X_{6.6}$: Adanya perhatian khusus pada pelanggan tetap (Perhatian.kh)

g. $X_{6.7}$: Tersedianya sarana informasi bagi pasien, (Srn.info)

h. $X_{6.8}$: Adanya rambu-rambu/petunjuk arah menuju lokasi Puskesmas.(rambu)

i. $X_{6.9}$: Rasa aman pelanggan/pasien terhadap pelayanan dokter dan perawat.(Aman Yan)

j. $X_{6.10}$: Jaminan keamanan dalam kompleks Puskesmas. (Aman Lingk)

k. $X_{6.11}$: Penyediaan transportasi bagi pasien yang perlu dirujuk (Transport)

7. Kinerja : (X_7)

Kinerja adalah hasil cakupan program Puskesmas sesuai dengan pedoman Departemen Kesehatan yang dijabarkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur.

X_7 : Kinerja Puskesmas diukur berdasarkan persepsi pimpinan terhadap kinerja Puskesmas yang sesuai dengan standar ketentuan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1999, yaitu penilaian kinerja yang dilakukan pada hasil kegiatan program. (Kinerja) dan Kinerja Puskesmas sesuai persepsi pasien, sebagai *cross check*

Berdasarkan kerangka konseptual di atas dapat dikelompokkan dalam 2 kelompok variabel yaitu variabel eksogen dan variabel endogen :

1. Variabel Eksogen (*Exogeneous variable*)

Variabel eksogen disebut juga *independent variable* yang tidak diprediksi oleh variabel yang lain dalam model, terdiri dari :

- Komitmen Manajemen (KmtMnjm) : (X_1)
- Kompetensi Karyawan (KmptKar) : (X_2)
- Proses Layanan Internal (LayaInt) : (X_3)

2. Variabel Endogen (*Endogeneous Variable*)

Variabel endogen disebut juga *dependent variable*, diprediksi oleh variabel yang lain dalam model, terdiri dari :

- Kepuasan Pelanggan Internal (PuasInt) : (X_4)
- Kepuasan Pelanggan Eksternal (PuasEks) : (X_5)
- Pelayanan Kesehatan Berkualitas (KualYanKes) : (X_6)
- Kinerja : (X_7)

Selanjutnya gambar 12 dikonversikan ke dalam rangkaian persamaan :

$$\text{KualYankes} = \alpha \text{ KmtMnjm} + \alpha \text{ Layalnt} + U_2$$

$$\text{Kinerja} = \alpha \text{ KmtMnjm} + \alpha \text{ Layalnt} + \alpha \text{ KmptKar} + U_5$$

$$\text{PuasInt} = \beta \text{ KualYankes} + \beta \text{ Kinerja} + U_3$$

$$\text{PuasEks} = \beta \text{ Kinerja} + \beta \text{ KualYankes} + U_4$$

Dimana :

1. α (alpha) = Koefisien yang menjelaskan pengaruh dari variabel eksogen ke variabel endogen.
2. β (beta) = Koefisien yang menjelaskan pengaruh dari variabel endogen ke variabel endogen yang lain.
3. U = *Error term* yang berkaitan dengan *latent variable endogen*

3.5. Hipotesis

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu dan tinjauan pustaka yang telah dilakukan maka hipotesis pada penelitian ini adalah :

- 1a. Komitmen manajemen berpengaruh positif terhadap kualitas pelayanan kesehatan
- 1b. Komitmen manajemen berpengaruh positif terhadap kinerja Puskesmas.
2. Kompetensi karyawan Puskesmas berpengaruh positif terhadap kinerja Puskesmas
- 3a. Proses pelayanan internal berpengaruh terhadap kualitas pelayanan
- 3b. Proses pelayanan internal berpengaruh terhadap kinerja Puskesmas.
- 4a. Pelayanan kesehatan berkualitas berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan internal.



- 4b. Pelayanan kesehatan berkualitas berpengaruh terhadap pelanggan eksternal.
- 5a. Kinerja Puskesmas berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan internal.
- 5b. Kinerja Puskesmas berpengaruh terhadap pelanggan eksternal.



1. Untuk menggali informasi tentang parameter yang membentuk variabel laten komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan kinerja Puskesmas adalah pimpinan Puskesmas.
2. Untuk menggali informasi tentang variabel laten proses layanan internal, kepuasan pelanggan internal respondennya adalah karyawan Puskesmas yang kontak langsung dengan pasien yaitu terdiri dari 1 orang bidan, 1 orang perawat, 1 orang petugas loket dan 1 petugas apotik dengan mengambil modus dari jawaban mereka bertujuan untuk mendapatkan satu jawaban modus dari 1 Puskesmas.
3. Sedangkan untuk menggali informasi tentang variabel kepuasan pelanggan eksternal, pelayanan yang berkualitas dari responden pelanggan yaitu 5 orang pasien yang berobat ke Puskesmas dan diambil modusnya untuk mendapatkan kecenderungan modus pelayanan di sebuah Puskesmas agar didapatkan hasil yang sesuai dengan kenyataan.
- b. Data sekunder yaitu data profil dan laporan tahunan yang ada di Propinsi maupun di kota setempat.

4.2. Kuesioner

Jenis kuesioner yang diajukan kepada responden dalam penelitian ini bersifat :

- a. Kuesioner tertutup dengan menanyakan persepsi pemberi pelayanan tentang variabel komitmen manajemen dan kompetensi karyawan terhadap kualitas pelayanan dan kinerja Puskesmas, responden ditanya untuk menunjukkan tingkatan pentingnya faktor yang menjadi perhatian (*concert*)



yang berpengaruh terhadap kinerja baik kinerja Puskesmas yang diukur dengan standart penilaian Departemen Kesehatan maupun kompetensi pegawai yang diukur berdasarkan tingkat kecakapan dalam melaksanakan pekerjaan dan tingkat penguasaan atas pekerjaan, sedang mutu pelayanan kesehatan ditanyakan pada penderita yang berobat ke Puskesmas tentang persepsinya terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya, didasarkan pada lima skala likert, dari sangat tidak penting sampai dengan sangat penting, sangat tidak setuju sampai sangat setuju, sangat kurang sampai baik sekali.

- b. Kuesioner terbuka untuk melengkapi gambaran yang diperoleh dari responden akan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas yang belum tercakup dalam kuesioner terbuka.

Secara rinci kuesioner penelitian dapat dilihat pada lampiran

4.3. Disain Sampling

Unit sampel dalam penelitian ini adalah Puskesmas di Jawa Timur, baik yang melaksanakan rawat inap maupun yang hanya melaksanakan rawat jalan dengan spesifikasi Puskesmas sesuai kondisi wilayah, pada penelitian ini tidak dilakukan terhadap semua populasi, agar dapat mewakili gambaran Puskesmas di seluruh Jawa Timur maka Kabupaten/kota lokasi penelitian diharapkan mewakili karakteristik daerah, tradisi, perilaku penduduk Jawa Timur. Di Jawa Timur terdapat 29 kabupaten dan 9 kota yang memiliki spesifikasi program di Puskesmas sesuai kawasannya, searah dengan bergulirnya otonomi daerah, daerah kabupaten/kota diharapkan mampu menyusun program pokok dan program inovatif sesuai dengan karakteristik daerah :



1. Puskesmas Kawasan Jalan Raya

Yaitu Puskesmas yang berada di tepi jalan raya, mempunyai karakteristik pengembangannya dalam penanganan kecelakaan di jalan raya.

2. Puskesmas Kawasan Industri

Yaitu Puskesmas yang berada pada daerah industri, mempunyai karakter pengembangan akan kemampuan dalam menangani kecelakaan yang diakibatkan kecelakaan kerja industri.

3. Puskesmas Kawasan Wisata

Yaitu Puskesmas yang berada di daerah wisata, mempunyai karakter pengembangan kemampuan dalam penanganan penularan penyakit yang ditularkan oleh wisatawan dan berasal dari asalnya.

4. Puskesmas Kawasan Nelayan

Puskesmas Kepulauan adalah Puskesmas yang berada pada daerah kepulauan dengan mengembangkan kemampuan penanganan kecelakaan yang berada di laut.

5. Puskesmas Kawasan Pertanian

Puskesmas yang berada di daerah pertanian dengan mengembangkan kemampuan di bidang penanganan bahaya yang diakibatkan oleh kegiatan bertani misal kecelakaan karena penggunaan pestisida.

Jumlah Puskesmas di Jawa Timur dalam Selayang Pandang Kesehatan Propinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Jawa Timur (2001), terdapat 929 Puskesmas terdiri dari 276 Puskesmas perawatan (Puskesmas rawat inap) dan 653 non perawatan (Puskesmas tanpa rawat inap),

Penelitian awal dilakukan dengan menyebar kuesioner pada seluruh Puskesmas di kota Malang didapatkan kendala pengembalian kuesioner lambat



dan tidak lengkap, maka diputuskan untuk pengambilan sampel dilakukan pemilihan Kota/Kabupaten agar dapat representatif mewakili Jawa Timur sesuai spesifikasi Puskesmas, maka dipilih 17 kota/kabupaten yang mewakili yaitu Kota Blitar, Kabupaten Blitar, Kota Kediri, Kabupaten Kediri, Kabupaten Bojonegoro, Lamongan, Gresik, Kota Surabaya, Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Malang, Kota Malang, Kota Batu, Kabupaten Pasuruan, Kota Probolinggo, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Jember dan Kabupaten Sampang, dengan menyebar kuesioner pada semua Puskesmas di daerah terpilih yaitu sebanyak 415 Puskesmas dengan cara sensus. Kuesioner yang tersebar kembali 215 buah sedang yang memenuhi syarat kelengkapan sebanyak 198 buah, jumlah tersebut sudah sesuai dengan persyaratan jumlah sampel yang dikatakan oleh Hair, (1995) dalam tulisan Ferdinand (2002) tentang *Structural Equation Modeling dan Solimun* (2002), adalah antara 100 – 200, bila ukuran menjadi lebih besar maka metode menjadi sangat sensitif sehingga sulit untuk mendapatkan ukuran goodness-of-fit yang baik, disarankan bahwa ukuran sampel minimum adalah 5 sampai 10 observasi untuk setiap parameter

4.4. Alat Analisis Yang Digunakan

Untuk menjawab hipotesis dalam penelitian ini digunakan *Struktural Equation Modeling (SEM)* yang merupakan pendekatan terintegrasi antara Analisis Faktor, Model Struktural dan Analisis Path. Di sisi lain, *SEM* juga merupakan pendekatan yang terintegrasi antara analisis data dengan konstruksi konsep. Dipilihnya *SEM* dalam penelitian ini karena peneliti dapat melakukan tiga kegiatan secara serempak, yaitu pemeriksaan validitas dan reliabilitas instrumen, pengujian model hubungan antar variabel laten (setara dengan



analisis path), dan mendapatkan model yang bermanfaat untuk prakiraan (setara dengan model struktural atau analisis regresi).

4.4.1. Langkah Pemodelan SEM

Pemodelan SEM yang lengkap terdiri *Measurement Model* (model pengukuran) dan *Structural Model*, model pengukuran ditujukan untuk mengkonfirmasi sebuah dimensi atau faktor berdasarkan indikator empirisnya, sedang struktural model adalah sebuah model mengenai hubungan yang membentuk atau menjelaskan kausalitas antara faktor.

Untuk membuat pemodelan lengkap ada beberapa langkah :

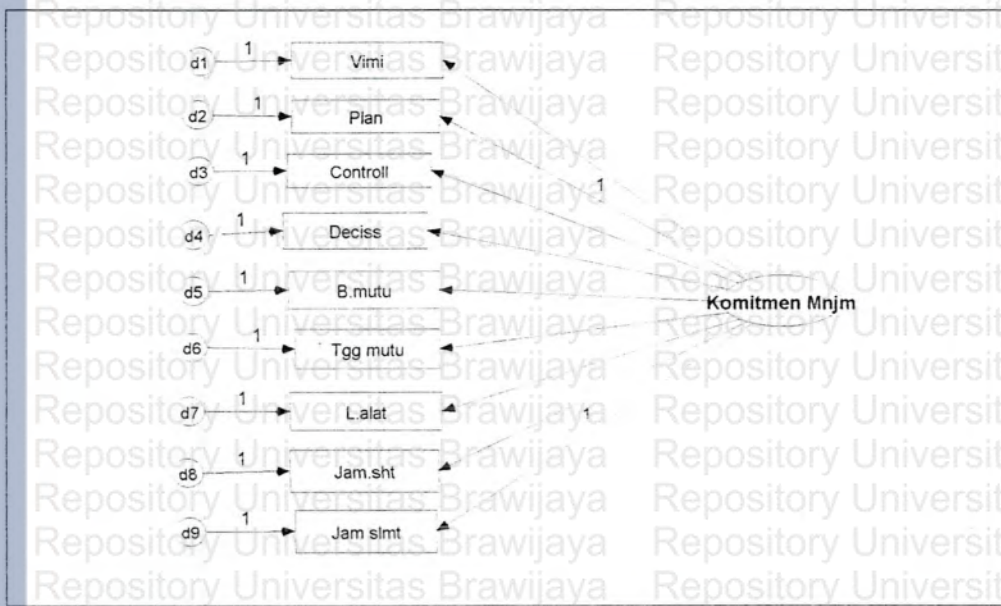
4.5.1.1. Pengembangan Model Teoritis.

Setelah melakukan eksplorasi ilmiah melalui telaah pustaka yang intens, SEM digunakan untuk mengkonfirmasi model teoritis melalui data empirik maka model yang terdapat dalam penelitian ini adalah : "Sebagai sarana pelayanan kesehatan masyarakat terdepan sebaiknya Puskesmas dapat menjangkau dan meningkatkan kualitas pelayanannya agar kepuasan konsumen tercapai dengan meningkatkan kinerjanya melalui komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses layanan internal untuk menghadapi era globalisasi"

4.5.1.2. Pengukuran Setiap Konstruk

A. Pengukuran Komitmen Manajemen (KmtMnjm)

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Komitmen Manajemen ini akan nampak sebagai berikut :



Gambar 13. Pengukuran Komitmen Manajemen

Gambar 13. dapat dikonversikan ke dalam persamaan sebagai berikut :

$$\text{Vimi} = \alpha_1 \text{ KmtMnjm} + d_1$$

$$\text{Plan} = \alpha_2 \text{ KmtMnjm} + d_2$$

$$\text{Controll} = \alpha_3 \text{ KmtMnjm} + d_3$$

$$\text{Deciss} = \alpha_4 \text{ KmtMnjm} + d_4$$

$$\text{B mutu} = \alpha_5 \text{ KmtMnjm} + d_5$$

$$\text{Tgg mutu} = \alpha_6 \text{ KmtMnjm} + d_6$$

$$\text{L alat} = \alpha_7 \text{ KmtMnjm} + d_7$$

$$\text{Jam sht} = \alpha_8 \text{ KmtMnjm} + d_8$$

$$\text{Jam slmt} = \alpha_9 \text{ KmtMnjm} + d_9$$

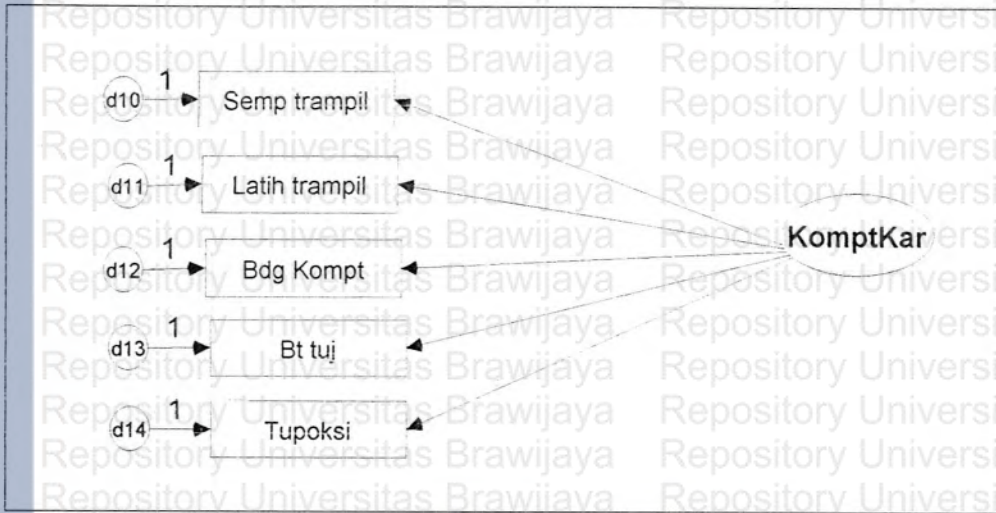
Dimana :

$$\alpha = \text{Loading Factor}$$

$$d = \text{Error Term}$$

B. Pengukuran Kompetensi Karyawan (KmptKar)

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Kompetensi Karyawan ini akan nampak sebagai berikut :



Gambar 14. Pengukuran Kompetensi Karyawan

Gambar 14 dapat dikonversikan ke dalam persamaan sebagai berikut :

$$\text{Semp trampil} = \alpha_{10} \text{ KmptKar} + d_{10}$$

$$\text{Latih trampil} = \alpha_{11} \text{ KmtKar} + d_{11}$$

$$\text{Bdg Kompt} = \alpha_{12} \text{ KmptKar} + d_{12}$$

$$\text{Bt tuj} = \alpha_{13} \text{ KmptKar} + d_{13}$$

$$\text{Tupoksi} = \alpha_{14} \text{ KmtKar} + d_{14}$$

C. Pengukuran Proses Layanan Internal (LayaInt)

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Proses Layanan Internal ini akan nampak sebagai berikut



Gambar 15. Pengukuran Layanan Internal

Gambar 15. dapat dikonversikan ke dalam persamaan sebagai berikut :

$$\text{Penghargaan} = \alpha_{16} \text{ Layalnt} + d_{16}$$

$$\text{Peringatan} = \alpha_{17} \text{ Layalnt} + d_{17}$$

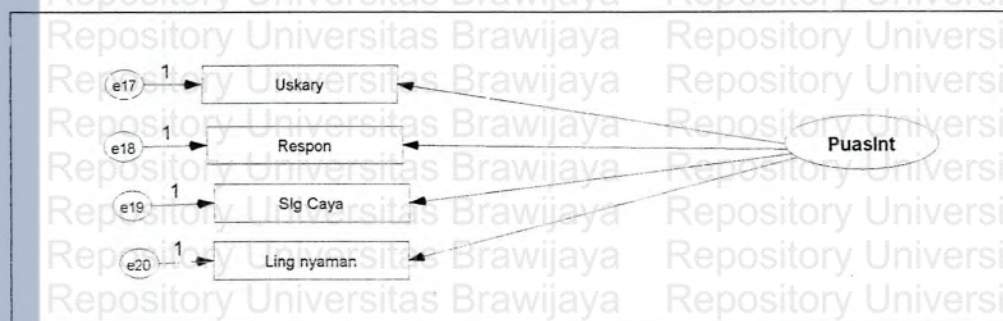
$$\text{Pangkat} = \alpha_{18} \text{ Layalnt} + d_{18}$$

$$\text{Gaji} = \alpha_{19} \text{ Layalnt} + d_{19}$$

D Pengukuran Kepuasan Internal (PuasInt)

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Kepuasan

Internal ini akan nampak sebagai berikut :



Gambar 16. Pengukuran Kepuasan Internal



Gambar 16.. dapat dikonversikan ke dalam persamaan sebagai berikut :

$$\text{Uskary} = \beta_{17} \text{PuasInt} + e_{17}$$

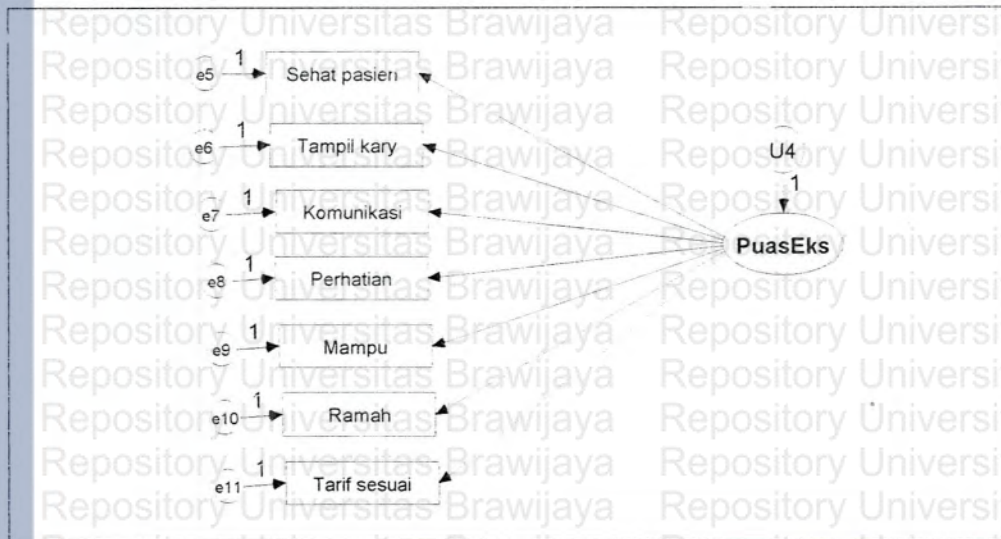
$$\text{Respon} = \beta_{18} \text{PuasInt} + e_{18}$$

$$\text{Slg caya} = \beta_{19} \text{PuasInt} + e_{19}$$

$$\text{Ling nyaman} = \beta_{20} \text{PuasInt} + e_{20}$$

E Pengukuran Kepuasan Eksternal (PuasEks)

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Kepuasan Internal ini akan nampak sebagai berikut :



Gambar 17. Pengukuran Kepuasan Eksternal

Gambar 17. dapat dikonversikan ke dalam persamaan sebagai berikut :

$$\text{Sehat pasien} = \beta_5 \text{PuasEks} + e_5$$

$$\text{Tampil kary} = \beta_6 \text{PuasEks} + e_6$$

$$\text{Komunikasi} = \beta_7 \text{PuasEks} + e_7$$



$$Tpt\ yan = \beta_{15} Kual\ YanKes + e_{15}$$

$$Tanggap = \beta_{16} Kual\ YanKes + e_{16}$$

$$Perhatian\ kh = \beta_{17} Kual\ YanKes + e_{17}$$

$$Srn\ info = \beta_{18} Kual\ YanKes + e_{18}$$

$$Rambu = \beta_{19} Kual\ YanKes + e_{19}$$

$$Aman\ yan = \beta_{20} Kual\ YanKes + e_{20}$$

$$Aman\ lingk = \beta_{21} Kual\ YanKes + e_{21}$$

$$Transport = \beta_{22} Kual\ YanKes + e_{22}$$

4.5.1.3. Memilih Matriks Input dan Estimasi Model

Perbedaan *SEM* dengan teknik-teknik multivariate lainnya adalah input data yang digunakan dalam pemodelan dan estimasinya. *SEM* hanya menggunakan matriks varian/kovarian atau matriks korelasi sebagai data input untuk keseluruhan estimasi yang dilakukan, matriks kovarian digunakan karena memiliki keunggulan dalam menyajikan perbandingan yang valid antara populasi berbeda atau sampel yang berbeda seperti direkomendasikan oleh Baumgartner dan Homburg (1990) dalam bukunya *SEM* oleh Ferdinand, 2002. Untuk mengestimasi model dilakukan dengan tehnik estimasi dalam *AMOS.4.0* sebagai berikut :

- Maximum Likelihood Estimation (ML)*
- Generalized Least Square Estimation (GLS)*
- Unweighted Least Square Estimation (ULS)*
- Scale Free Least Square Estimation (SLS)*
- Asymptotically Distribution Free Estimation (ADF)*

Pertimbangan yang digunakan untuk menentukan teknik estimasi mana yang akan digunakan, dengan mengacu pada studi Hu, Bentler dan Kano (1992) yang disajikan dalam Tabachnick & Fidell (1996), yang ringkasannya adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Memilih teknik Estimasi

Pertimbangan	Teknik	Keterangan
♦ Bila ukuran sampel adalah kecil (100-200) dan asumsi normalitas dipenuhi	ML	♦ ULS & SLS biasanya tidak menghasilkan uji X^2 , karena itu tidak menarik perhatian peneliti.
♦ Bila asumsi normalitas dipenuhi dan ukuran sampel sampai dengan antara 200-250.	ML, GL S	♦ Bila ukuran sampel kurang dari 500, hasil GLS cukup baik.
♦ Bila asumsi normalitas kurang dipenuhi dan ukuran sampel lebih dari 2500	ADF	♦ ADF kurang cocok bila ukuran sampel kurang dari 2500

Sumber: Hair (2000), Bentler (1983), Muller (1996), Arbuckle (1997) dalam Ferdinand (2002)

Karena dalam penelitian ini sampel yang digunakan berjumlah 198, maka teknik estimasi yang digunakan adalah *Maximum Likelihood Estimation*

4.5.1.4. Penelitian Problem Identifikasi.

Dengan menggunakan program komputer AMOS 4.0, dapat dilakukan estimasi model kausalitas ini, salah satu masalah yang akan dihadapi adalah masalah identifikasi (*identification problem*). Problem identifikasi pada prinsipnya adalah problem mengenai ketidakmampuan dari model yang dikembangkan untuk menghasilkan estimasi yang unik.



Problem identifikasi dapat muncul melalui gejala-gejala berikut ini:

1. *Standart error* untuk salah satu atau beberapa koefisien adalah sangat besar.
2. Program tidak mampu menghasilkan matrik informasi yang seharusnya disajikan.
3. Muncul angka-angka yang aneh seperti adanya *varians error* yang negatif.
4. Munculnya korelasi yang sangat tinggi antar koefisien estimasi yang didapat (misalnya lebih dari 0,9).

Ferdinand (2000:46-47) menyatakan bahwa cara untuk menguji ada tidaknya problem identifikasi adalah sebagai berikut:

1. Model diestimasi berulang-ulang kali, setiap kali estimasi digunakan "*staring value*" yang berbeda-beda. Bila ternyata hasilnya adalah model tidak dapat konvergen pada titik yang sama setiap kali reestimasi dilakukan, maka masalah identifikasi ini perlu diamati lebih dalam sebab ada indikasi kuat terjadinya problem ini.
2. Model dicoba diestimasi, lalu dicatat angka koefisien dari salah satu variabel, koefisien itu ditentukan sebagai sesuatu yang *fix* pada faktor atau variabel itu, kemudian dilakukan estimasi ulang. Bila hasil estimasi ulang ini *overall fit* indexnya berubah total dan berbeda sangat besar dari sebelumnya, maka boleh diduga bahwa terdapat problem identifikasi.

Cara untuk mengatasi problem identifikasi ini antara lain dengan memberikan lebih banyak konstrain pada model yang dianalisis. Hal ini berarti mengeliminasi jumlah *estimated coefficients*. Bila tindakan ini dilakukan, maka hasil yang diperoleh akhirnya adalah sebuah model yang *overidentified*. Karena itu dianjurkan setiap kali estimasi dilakukan muncul problem identifikasi, maka



sebaiknya model ini dipertimbangkan kembali, antara lain dengan mengembangkan lebih banyak konstruk pada model tersebut. Dalam model kausal persoalan yang sering dihadapi adalah masalah identifikasi (*identification problem*). *Identification Problem* pada prinsipnya adalah problem mengenai ketidakmampuan dari model yang dikembangkan untuk menghasilkan estimasi yang unik. Dalam program AMOS 4 solusi untuk mengatasi *identification problem* ini dengan memberikan konstrain pada model yang dianalisis. Konsekuensi dari pemberian konstrain akan mengeliminasi *estimated coefficients* yang berarti nilai *critical ratio* dan *probability* tidak muncul. Pemilihan letak konstrain dilakukan dengan mempertimbangkan dukungan teori dan nilai koefisien regresi yang signifikan melalui beberapa kali pengujian, sehingga menghasilkan model estimasi yang terbaik (Hair, 1998: 608-610).

4.5.1.5. Pengujian *Goodness of Fit Indices*

Dalam analisis *SEM* tidak ada alat uji statistik tunggal untuk mengukur atau menguji hipotesis mengenai model (Hair *et al.*, 1995; Joreskog & Sorbom, 1989, Long, 1983; Tabachnick & Fidell, 1996). Pada dasarnya berbagai jenis fit indeks yang digunakan adalah untuk mengukur derajat kesesuaian antara model yang dihipotesiskan dengan data yang disajikan. Tujuan peneliti melakukan pengujian dengan menggunakan beberapa fit indeks untuk mengukur validitas model yang disiapkan.

1 Uji Asumsi

a. Ukuran Sampel

Ukuran sampel dalam pemodelan ini adalah 198 buah, jumlah tersebut sudah sesuai dengan persyaratan jumlah sampel yang dikatakan oleh Hair,



(1995) dalam tulisan Ferdinand (2002) tentang *Structural Equation Modeling* dan Solimun (2002), adalah antara 100 – 200, bila ukuran menjadi lebih besar maka metode menjadi sangat sensitif sehingga sulit untuk mendapatkan ukuran *goodness-of-fit* yang baik, disarankan bahwa ukuran sampel minimum adalah 5 sampai 10 observasi untuk setiap parameter

b. Uji Normalitas

Tujuan uji normalitas adalah untuk mengetahui apakah distribusi sebuah data mengikuti atau mendekati distribusi normal, yakni distribusi data dengan bentuk lonceng (*bell shaped*). Data yang baik adalah data yang mempunyai pola seperti distribusi normal yakni distribusi data tersebut tidak menceng kekiri atau menceng kekanan. Uji normalitas pada *multivariate* sebenarnya sangat kompleks karena harus dilakukan pada seluruh variabel, dengan logika bahwa jika secara individual masing-masing variabel memenuhi asumsi normalitas, maka secara bersama-sama (*multivariate*) Variabel-variabel tersebut juga bisa dianggap memenuhi asumsi normalitas. Uji normalitas bisa juga dilakukan dengan melihat grafik atau melihat besar *Kosmogrov Smimov*, jika sebaran data dari variabel yang diamati bergerombol di sekitar garis uji yang mengarah kekanan atas, dan tidak ada data yang terletak jauh dari sebaran data, maka data tersebut bisa dikatakan normal. Sebaliknya, jika ada data yang terletak jauh dari sebaran data, maka data tersebut bisa dikatakan tidak normal. (Santoso, 2002: 34-37). Cara lain untuk mendeteksi uji normalitas data adalah melalui analisis kecondongan (*skewness*) dan tinggi datarnya (kurtosis) kurve distribusi normal data penelitian. Angka Indeks *skew univariate* menunjukkan arah kecondongan, nilai positif, negatif dan nilai nol menunjukkan distribusi yang simetris. Angka indeks kurtosis *univariate* menyatakan bahwa jika nilainya < 0 menunjukkan kurtosis negatif

(datar), dan jika nilainya > 0 menunjukkan kurtosis positif (Runcing keatas). Nilai absolut dari indeks *univariate skew* $> 3,0$ dinyatakan sebagai *skewed* yang ekstrim, sedangkan pada indeks *univariate kurtosis* antara 8.0 sampai $> 20,0$ dinyatakan sebagai kurtosis yang aktrim (Kline, 1998 dalam Budiarto, 2002: 210, Hoyle, 1995:63).

c. Uji Data Outlier

Uji *Outlier* data dilakukan dengan 2 cara yaitu: (1) deteksi terhadap *univariate outliers* dengan mengamati nilai *Z score*. Semua kasus yang mempunyai nilai *Z score* $\pm 3,0$ berarti ada *outliers*, (2) deteksi terhadap *multivariate outliers* dengan menggunakan jarak *Mahalanobis* pada tingkat $p < 0,001$. Jarak jumlah variabel yang digunakan dalam penelitian. Bila kasus yang mempunyai jarak *Mahalanobis* lebih besar dari nilai *chi-square* pada tingkat signifikan 0.001 maka terjadi *multivariate outliers*.

d. Evaluasi *Multicollinearity* dan *Singularity*

Untuk melihat apakah terdapat *Multicollinearity* dan *Singularity* dalam sebuah kombinasi variabel, peneliti perlu mengamati determinan matriks kovarians. Determinan yang benar-benar kecil mengindikasikan adanya multikolonieritas atau singularitas sehingga data tidak dapat digunakan untuk analisis yang sedang dilakukan (Tabanick dan Fidell, 1998 dalam Ferdinand, 2002: 108-109). Jika sebaliknya determinan yang benar-benar besar mengindikasikan tidak adanya multikolonieritas atau singularitas sehingga data dapat digunakan untuk analisis yang sedang dilakukan.

e. Uji Validitas

Uji validitas yang banyak digunakan adalah pengujian terhadap item (pertanyaan). Pengertian secara umum mengenai validitas item adalah bahwa

sebuah item dikatakan valid jika memiliki dukungan yang kuat terhadap total skor. Dengan kata lain, sebuah item pertanyaan dikatakan memiliki validitas yang tinggi jika terdapat skor kesejajaran (korelasi yang tinggi) terhadap skor total item. Pada penelitian ini diuji dengan menggunakan *Software WaSol* dan uji korelasi Spearman Pearson

f. Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas untuk multi-indikator sebagaimana dianjurkan Hair *et.al* (2000) menggunakan *composite reliability* atau *construct reliability* dan *extracted variance*. *Composite reliability*. Nilai batas yang digunakan untuk menilai sebuah tingkat reliabilitas yang dapat diterima adalah 0,70, walaupun angka ini bukan merupakan angka sebuah ukuran 'mati'. Artinya, bila penelitian yang dilakukan bersifat eksplorasi maka nilai dibawah 0,7 pun masih dapat diterima sepanjang disertai dengan alasan-alasan empirik yang terlihat dalam prose eksplorasi (Ferdinand, 2002: 191-192).

2 Uji Kesesuaian dan Uji Statistik

Beberapa indeks kesesuaian dan *cut off valuenya* untuk digunakan dalam menguji apakah model dapat diterima atau ditolak (Ferdinand, 2000 : 52-58), sebagai berikut :

a. *Chi-Square Statistic*

Alat uji paling fundamental untuk mengukur *overall fit* adalah *likelihood ratio Chi-Square statistic*. *Chi Square* ini bersifat sangat sensitif terhadap besarnya sampel yang digunakan. Karena itu bila jumlah sampel adalah cukup besar yaitu lebih dari 200 sampel, maka statistik *Chi-Square* ini harus didampingi oleh alat uji lainnya (Hair *et al.*, 1995; Tabachnick & Fidell, 1996 dalam dalam

Ferdinand, 2002). Model yang diuji akan dipandang baik atau memuaskan bila nilai *chi square*nya rendah. Semakin kecil nilai χ^2 maka semakin baik model itu (karena dalam uji beda *chi-square*, $\chi^2 = 0$, berarti benar-benar tidak ada perbedaan, H_0 diterima) dan diterima berdasarkan probabilitas dengan *cut off value* sebesar $p > 0.05$ atau $p > 0,10$ (Hulland *et al*, 1996 dalam Ferdinand, 2000:67). Karena tujuan analisis adalah mengembangkan dan menguji sebuah model yang sesuai dengan data atau yang *fit* terhadap data, maka yang dibutuhkan justru sebuah nilai χ^2 yang tidak signifikan, yang menguji hipotesa nol bahwa *estimated population covariance* tidak sama dengan sample covariance. Nilai χ^2 ini dapat juga dibandingkan dengan *degrees of freedom*nya untuk mendapatkan nilai χ^2 relatif, dan digunakan untuk membuat kesimpulan bahwa nilai χ^2 relatif yang tinggi menandakan adanya perbedaan yang signifikan antara matriks kovarians yang diobservasi dan yang diestimasi. Dalam pengujian ini nilai χ^2 yang rendah yang menghasilkan sebuah tingkat signifikan yang lebih besar dari 0,05 akan mengindikasikan tak adanya perbedaan yang signifikan antara matriks kovarians data dan kovarians yang diestimasi, Hair *et al.*(1995). Seperti dikemukakan diatas, *Chi-Square* bersifat sangat sensitif terhadap besarnya sampel yaitu terhadap sampel yang terlalu kecil (<50) maupun terhadap sampel yang terlalu besar (> 500). Oleh karena itu penggunaan *Chi-Square* hanya sesuai bila ukuran sampel adalah antara 100-200 sampel. Bila ukuran sampel ada diluar itu, uji signifikan akan menjadi kurang reliabel

b. RMSEA – The Root Mean Square error of Approximation

RMSEA adalah sebuah indeks yang dapat digunakan untuk mengkompensasi *chi-square* statistic dalam sampel yang besar, Baumgartner & Homburg (1996). Nilai *RMSEA* menunjukkan *goodness of fit* yang dapat



diharapkan bila model diestimasi dalam populasi, Hair et al. (1995) dalam Ferdinand (2002). Nilai *RMSEA* yang lebih kecil atau sama dengan 0.08 merupakan indeks untuk dapat diterimanya model yang menunjukkan sebuah *close fit* dari model itu berdasarkan *degrees of freedom* (Browne & Cudeck, 1993 dalam Ferdinand, 2000:55). Selanjutnya, Browne & Cudeck menulis : “we are also of the opinion that a value of about 0.08 or less for the *RMSEA* would indicate a reasonable error of approximation and would not want to employ a model with a *RMSEA* greater than 0,1”.

c. *GFI – GOODNESS OF Fit*

Indeks kesesuaian (fit indeks) ini akan menghitung proporsi tertimbang dari varians dalam matriks kovarians sampel yang dijelaskan oleh matriks kovarians populasi yang terestimasi (Bentler, 1993; Tanaka & Huba, 1989 dalam Ferdinand, 2000:57). Indeks ini dihasilkan melalui rumus sebagai berikut:

$$GFI = \frac{\text{tr}(\sigma' . w . \sigma)}{\text{tr}(s' . WS)}$$

Dimana penyebut (numerator) adalah jumlah varians tertimbang kuadrat dari matriks kovarians model yang diestimasi, sementara pembilang (denominator) adalah jumlah varians tertimbang kuadrat dari matriks kovarians sample. *W* adalah matriks bobot yang dipilih sesuai dengan metode estimasi yang dipilih. *GFI* adalah ukuran non-statistik yang mempunyai rentang nilai antara 0 (*poor fit*) sampai dengan 1 (*perfect fit*). Nilai yang tinggi dalam indeks ini menunjukkan sebuah “*better fit*”

d. *AGFI- Adjusted Goodness of Fit Index*

Tanaka & Huba (1989) menyatakan bahwa *GFI* adalah analog dari R^2 dalam regresi berganda. Fit indeks ini dapat diadjust terhadap *degrees of freedom* yang tersedia untuk menguji diterima tidaknya model (Arbuckle, 1999 dalam Ferdinand, 2000:59). Indeks ini diperoleh dengan rumus sebagai berikut:

$$AGFI = 1 - (1 - GFI) \frac{d_b}{d}$$

Dimana

$$d_b = \sum_{i=1}^G p_{n(i)} = \text{jumlah} - \text{sampel} - \text{moment}$$

$D = \text{degrees of freedom}$

Tingkat penerimaan yang direkomendasikan adalah bila *AGFI* mempunyai nilai sama dengan atau lebih besar dari 0,9 (Hair et al., 1995; Hulland et al., 1996).

Perlu diketahui bahwa baik *GFI* maupun *AGFI* adalah kriteria yang memperhitungkan proporsi tertimbang dari varians dalam sebuah matriks kovarians sampel. Nilai sebesar 0,95 dapat diinterpretasikan sebagai tingkatan yang baik, *good overall model fit* (baik) sedangkan besaran nilai antara 0.90-0,95 menunjukkan tingkatan cukup – *adequate fit* (Hulland et al, 1996).

e. *CMIN/DF: The minimum sample discrepancy function (CMIN)*

Dibagi dengan *degree of freedomnya* akan menghasilkan indeks *CMIN/DF*, yang umumnya dilaporkan oleh para peneliti sebagai salah satu indikator untuk mengukur tingkat fitnya sebuah model. Dalam hal ini *CMIN/DF* tidak lain adalah statistik chi-square, χ^2 relatif kurang dari 2.0 atau bahkan kadang kurang dari 3.0 adalah indikasi dari *acceptable fit* antara model dan data (Arbuckle, 1997).

f. *TLI: Tucker Lewis Index*

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

Indeks ini diperoleh dengan rumus sebagai berikut :

$$TLI = \frac{\frac{C_b}{d_b} - \frac{C}{d}}{\frac{C_b}{d_b} - 1}$$

Dimana C adalah diskrepansi dari model yang dievaluasi dan d adalah *degrees of freedomnya*, sementara C_b dan d_b adalah diskrepansi dan *degrees of freedom* dari *baseline model* yang dijadikan pembanding.

g. *CFI –Comparative Fit Index*

Besaran indeks ini adalah pada rentang nilai sebesar 0 - 1, dimana semakin mendekati 1, mengindikasikan tingkat fit yang paling tinggi, *a very good fit*, Arbuckle (1997). Nilai yang direkomendasikan adalah $CFI \geq 0,95$. Keunggulan dari indeks ini adalah bahwa indeks ini besarnya tidak dipengaruhi oleh ukuran sampel karena itu sangat baik untuk mengukur tingkat penerimaan sebuah model, Hulland *et al.* (1996). Indeks *CFI* adalah identik dengan *Relative Noncentrality Index (RNI)* dari Mc Donald dan Mars (1990), yang diperoleh dari rumus berikut ini :

$$CFI = RNI = 1 - \frac{C - d}{C_b - d_b}$$

Dimana C adalah diskrepansi dari model yang dievaluasi dan d adalah *degrees of freedomnya*, sementara Cb dan db adalah diskrepansi dan *degrees of freedom* dari *baseline model* yang dijadikan pembandingan. Dalam penilaian model, indeks *TLI* dan *CFI* sangat dianjurkan untuk digunakan karena indeks ini relatif tidak sensitif terhadap besarnya sampel dan kurang dipengaruhi pula oleh kerumitan model, Hulland et al. (1996).

Tabel 3. *Good of Fit Indices* untuk evaluasi model

GOODNESS OF FIT INDEX	KETERANGAN	CUT-OFF VALUE
χ^2 –Chi-square	Menguji apakah covariance populasi yang destimasi sama dengan covariance sample (apakah model sesuai dengan data). Bersifat sangat sensitive untuk sample besar (di atas 200)	Diharapkan Kecil
Probability	Uji signifikansi terhadap perbedaan matriks covariance data dan matriks covariance yang diestimasi	≥ 0.05
RMSEA	Mengkompensasi kelemahan <i>Chi-Square</i> pada sample besar (Hair,1995)	≤ 0.08
GFI	Menghitung proporsi tertimbang varians dalam matriks sample yang dijelaskan oleh matriks covariance populasi yang diestimasi (analog dengan R ² dalam regresi berganda) (Bentler,1983)	≥ 0.90
AGFI	Gfi yang disesuaikan terhadap DF (Arbuckle, 1999)	≥ 0.90
CMIND/DF	Kesesuaian antara data dan model	≤ 2.00
TLI	Perbandingan antara model yang diuji terhadap baseline model (Hair, 1995; Arbuckle,1997)	≥ 0.95
CFI	Uji kelayakan model yang tidak sensitive terhadap besarnya sample dan kerumitan model (Arbuckle, 1997)	≥ 0.95

Sumber: Hair (2000), Bentler (1983), Muller (1996), Arbuckle (1997) dalam Ferdinand (2002)



3. Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas untuk multi-indikator sebagaimana dianjurkan Hair et.al (2000) menggunakan *composite reliability* atau *construct reliability* dan *extracted variance*. *Composite reliability* diperoleh melalui rumus sbb:

$$\text{Reliabilitas konstruk} = \frac{(\sum \text{Standard loading})^2}{(\sum \text{Standard Loading})^2 + \sum \varepsilon_j}$$

dimana :

1. *Std. Loading* diperoleh langsung dari *standardized loading* untuk tiap-tiap indikator (diambil dari perhitungan komputer, AMOS)
2. ε_j adalah *measurement error* dari tiap-tiap indikator.

Nilai batas yang digunakan untuk menilai sebuah tingkat reliabilitas yang dapat diterima adalah 0,70 walaupun angka itu bukanlah angka sebuah ukuran 'mati'. Artinya, bila penelitian yang dilakukan bersifat eksplorasi maka nilai dibawah 0,7 pun masih dapat diterima sepanjang disertai dengan alasan-alasan empirik yang terlihat dalam proses eksplorasi (Ferdinand, 2002 : 191-192).

Kemudian reliabilitas yang kedua adalah *variance extracted* yang tinggi menunjukkan jumlah *variance* dari indikator-indikator itu telah mewakili secara baik konstruk laten yang dikembangkan. Nilai *variance extracted* ini direkomendasikan pada tingkat paling sedikit 0,50.



Variance extracted diperoleh melalui rumus berikut ini:

$$\text{Variance extracted} = \frac{(\sum \text{Standard loading})^2}{(\sum \text{Standasd Loading})^2 + \sum \varepsilon_j}$$

dimana :

1. *Std. Loading* diperoleh langsung dari *standadized loading* untuk tiap-tiap indikator (diambil dari perhitungan komputer, AMOS)
2. ε_j adalah measurement error dari tiap-tiap indikator

4.5.1.6. Interpretasi dan Modifikasi Model

Langkah terakhir adalah menginterpretasikan model dan memodifikasikan bagi model yang tidak memenuhi syarat pengujian. Setelah model diestimasi, residualnya haruslah kecil atau mendekati nol dan distribusi frekuensi dari kovarians residual harus bersifat simetrik, Tabachnich dan Fidell (1997). Dalam konteks *SEM*, residual yang dimaksud bukanlah *residual score* seperti pada pemodelan multivariat lainnya, melainkan merupakan residual dari kovarians. Hair *et. al* (1995) memberikan sebuah pedoman untuk mempertimbangkan perlu tidaknya modifikasi sebuah model yaitu dengan melihat jumlah residual adalah 5 %. Bila jumlah residual lebih besar dari 5 % dari semua residual kovarians yang dihasilkan oleh model, maka sebuah modifikasi mulai perlu dipertimbangkan. Selanjutnya bila ditemukan bahwa nilai residual yang dihasilkan oleh model itu cukup besar ($> 2,58$), maka cara lain dalam memodifikasi adalah dengan mempertimbangkan untuk menambah sebuah alur baru terhadap model yang diestimasi. Modifikasi yang mungkin terhadap sebuah model yang diuji dapat dilakukan dengan pertama kali menguji *standardized residual* yang dihasilkan



oleh model itu. *Cut off value* sebesar 2,58, Hair *et al.* (1995); Joreskog (1993), dapat digunakan untuk menilai signifikan tidaknya residual yang dihasilkan oleh model. Nilai residual yang lebih besar atau sama dengan 2,58 diinterpretasikan signifikan secara statistik pada tingkat 5%, dan residual yang signifikan ini menunjukkan adanya *prediction error* yang substansial untuk sepasang indikator.

Salah satu alat untuk menilai ketepatan sebuah model yang telah dispesifikasi adalah melalui *modification index*, yang dikalkulasi oleh program untuk masing-masing hubungan antar variabel yang tidak diestimasi. Indeks modifikasi memberi gambaran mengenai mengecilnya nilai *chi-square* atau pengurangan nilai *chi-square* bila sebuah koefisien diestimasi. Sebuah indeks modifikasi sebesar 4,0 (Arbuckle 1999, Hair *et al.*, 1995 dalam Ferdinand, 2002) atau bahkan lebih besar dari itu memberikan indikasi bahwa bila koefisien itu diestimasi maka akan terjadi pengecilan nilai *chi-square* yang signifikan.

Sebuah variabel dapat digunakan untuk mengkonfirmasi bahwa variabel itu dapat bersama-sama dengan variabel lainnya menjelaskan sebuah variabel laten diuji dengan menggunakan salah satu dari dua tahapan analisis sebagai berikut:

a) Nilai Lamda (*Factor Loading*)

Nilai lamda yang dipersyaratkan adalah harus mencapai $\geq 0,40$. Bila nilai lamda atau factor loading lebih rendah dari 0,40 dipandang variabel itu tidak berdimensi sama dengan variabel lainnya untuk menjelaskan sebuah variabel laten.

b) Bobot Faktor (*Regression Weight*)

Uji-t terhadap regression weight dapat digunakan untuk mengukur kuatnya dimensi itu dalam membentuk faktor laten. *CR (Critical ratio)* dalam

Tabel estimasi parameter adalah identik dengan t-hitung dalam analisis regresi.

Oleh karena itu CR yang lebih besar dari 2.0 menunjukkan bahwa variabel-variabel itu secara signifikan merupakan dimensi dari faktor laten yang terbentuk.

Identik dengan CR adalah *p-value* (*probability*). Bila $p\text{-value} \leq 0.05$ maka kesimpulannya sama seperti diatas.

4.5.1.7. Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas dibanding Penderita Yang Berobat di Puskesmas.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas kepada penderita yang berobat ke Puskesmas dipandang perlu untuk menyamakan persepsi tentang kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas baik oleh provider dalam hal ini kepala Puskesmas maupun oleh pelanggan yaitu penderita yang berobat ke Puskesmas.

Di dalam pengujian yang menggunakan program SPSS (*Independent Samples Test*), dengan menngembangkan hipotesa :

H_0 = Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas sama dengan Penderita Yang Berobat di Puskesmas atau $\alpha > 5\%$

H_1 = Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas tidak sama dengan Penderita Yang Berobat di Puskesmas atau $\alpha \leq 5\%$



BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan menjelaskan deskripsi sampel, variabel penelitian, analisis hasil penelitian dan pembahasan dimulai dengan melihat uji normalitas data penelitian, *outlier univariate, multivariate*, dan multilineritas serta singularitas, selanjutnya model pengukuran dan model struktural.

5.1. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Sampel Penelitian

Undang-undang Kesehatan No.23 tahun 1992 dan Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) tahun 1998 mengamanatkan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata harus semakin ditingkatkan. Upaya memperluas jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat telah diwujudkan dengan dibangunnya Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas yang tersebar di seluruh pelosok tanah air.

Tabel 4. Jumlah Sarana Kesehatan di Propinsi Jawa Timur

No.	Uraian	1998	1999	2000	2001	2002
1.	Puskesmas	925	928	930	930	929
2.	Pusk.Perawatan	264	261	276	276	276
3.	Pusk.Pembantu	2.238	2.198	2.204	2.204	2.232
4.	Pusk.Keliling	909	912	908	908	909
5.	Pondok Bersalin	5.585	5.585	5.150	5.053	5.503
6.	RSUD	39	39	40	40	41
7.	Posyandu	42.305	42.881	43.063	43.216	43.216

Sumber : Selayang Pandang Kesehatan Propinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2001

Puskesmas merupakan unit fungsional terdepan yang mandiri dalam pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan, faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografis dan keadaan infrastruktur lain merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas. Jangkauan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas ditunjang dengan sarana kesehatan yang lebih sederhana yaitu Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.

Obyek penelitian adalah Puskesmas perawatan dan non perawatan di Jawa Timur dengan spesifikasi Puskesmas sesuai kondisi wilayah. Spesifikasi Puskesmas digolongkan berdasarkan kawasan yaitu Puskesmas kawasan jalan raya, Puskesmas kawasan industri, Puskesmas kawasan pariwisata, Puskesmas kawasan nelayan dan Puskesmas kawasan pertanian.

Penelitian awal dilakukan dengan menyebar kuesioner pada seluruh Puskesmas di Kota Malang didapatkan kendala pengembalian kuesioner lambat dan tidak lengkap, maka diputuskan untuk pengambilan sampel secara sensus pada 17 kota/kabupaten yaitu : Kota Blitar, Kabupaten Blitar, Kota Kediri, Kabupaten Kediri, Kabupaten Bojonegoro, Kabupaten Lamongan, Kabupaten Gresik, Kota Surabaya, Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Malang, Kota Malang, Kota Batu, Kabupaten Pasuruan, Kota Probolinggo, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Jember dan Kabupaten Sampang, dengan menyebar kuesioner pada semua Puskesmas di daerah terpilih yaitu sebanyak 415 Puskesmas dengan pengembalian kuesioner sebanyak 215 buah dan yang memenuhi syarat kelengkapan sebanyak 198 buah.

Jenis dan spesifikasi Puskesmas sebagai berikut :

Tabel 5. Jenis dan Spesifikasi Puskesmas di Jawa Timur

NO KOTA/KABUPATEN	JUML PUSK	KUESIONER YANG KEMBALI									
		JENIS		SPESIFIKASI							
		PERA WATN	NON PERW	JLN RAYA	INDUS TRI	PARI WISAT	PERT NIAN	NELA YAN	PEMU KIM	TAMB ANG	PROG RAM
1 KOTA MALANG	15	-	13	9	-	-	-	-	3	-	4
2 KAB. MALANG	38	6	11	8	1	3	8	-	-	-	-
3 KOTA BATU	3	-	3	-	-	2	1	-	-	-	-
4 KAB SIDOARJO	25	8	11	11	11	13	9	-	-	-	-
5 KOTA SURABAYA	48	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
6 KAB.PASURUAN	20	5	4	5	2	-	3	2	-	-	-
7 KOT.PROBOLINGGO	6	-	4	3	-	-	-	-	1	-	-
8 KAB LUMAJANG	24	7	4	7	3	1	1	1	1	-	2
9 KAB JEMBER	49	12	25	15	-	1	20	4	1	2	1
10 KAB.SAMPANG	20	5	6	5	7	1	4	2	-	-	1
11 KOTA BLITAR	3	-	3	2	-	-	-	-	-	-	1
12 KAB BLITAR	24	5	3	5	-	3	1	-	-	-	-
13 KOTA KEDIRI	7	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
14 KAB KEDIRI	36	-	5	4	-	-	1	-	-	-	-
15 KAB. GRESIK	29	4	15	5	5	3	6	1	1	-	1
16 KAB.LAMONGAN	32	13	12	9	-	1	14	3	-	-	1
17 KAB.BOJONEGORO	36	5	7	6	-	-	5	-	-	-	1
	415	70	128	101	29	28	73	13	7	2	12

Sumber : Data yang diolah, 2004.

Dalam satu Puskesmas mempunyai spesifikasi program satu atau lebih, sesuai dengan keadaan geografi dan spesifikasi program yang dibutuhkan masyarakat untuk dikembangkan seperti di bawah ini :

1. Kota Malang:

- Fisioterapi
- Pelayanan gigi eksklusif
- Pengobatan alternatif
- Kesehatan reproduksi remaja

2. Kabupaten Lumajang :

- Pengobatan tradisional
- Pengobatan akupuntur

3. Kabupaten Jember :



- POND
- 4. Kabupaten Sampang :
 - POND
- 5. Kota Blitar
 - Upaya kesehatan kerja
- 6. Kabupaten Gresik
 - Upaya kesehatan sekolah
- 7. Kabupaten Lamongan
 - Puskesmas perawatan bantaran sungai
- 8. Kabupaten Bojonegoro
 - Kawasan hutan.

Dari hasil ini tampak bahwa di Jawa Timur dengan adanya otonomi daerah, daerah sudah mulai mengembangkan program pelayanan kesehatan sesuai dengan kondisi kebutuhan.

a. Program dasar

Program dasar ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan nasional dan internasional yang berkaitan dengan morbiditas, kecacatan dan mortalitas. Program pokok ini yang terdiri dari:

1. Promosi kesehatan
2. Kesehatan lingkungan
3. Kesehatan ibu dan anak dan keluarga berencana
4. Gizi
5. Pemberantasan penyakit menular
6. Pengobatan

Rincian kegiatan program dasar diserahkan kepada daerah sesuai dengan kondisi Puskesmas, namun untuk 'pelayanan kesehatan esensial' bagi



penduduk miskin, perlu ditentukan jenis kegiatan minimal program dasar yang seragam dalam satu daerah, kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas adalah :

1. Analisis pencapaian program prioritas di wilayahnya.
2. Merumuskan intervensi yang tepat, guna meningkatkan cakupan program prioritas.
3. Memberikan pelayanan program prioritas, baik pelayanan medik maupun pelayanan kesehatan masyarakat; rawat jalan maupun rawat inap.
4. Unit gawat darurat 24 jam.
5. Meningkatkan prasarana dan sarana pertolongan pertama.
6. Meningkatkan profesionalisme petugas (dilatih kegawat daruratan)
7. Memantau kemajuan pelayanan kesehatan.
8. Diseminasi informasi kepada lintas program dan lintas sektor terkait

b. Program pengembangan

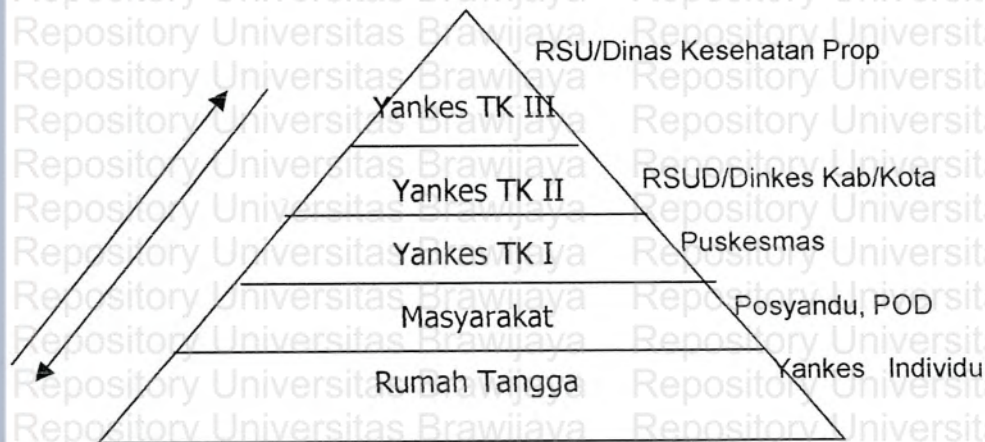
Selain program dasar (basic six), Puskesmas yang selama ini mengenal 18 pokok kegiatan, adanya perubahan program dasar tersebut bukan berarti pokok kegiatan lain hilang tetapi masuk dalam kelompok program pengembangan.

Program pengembangan adalah program yang spesifik sesuai permasalahan kesehatan masyarakat, tuntutan masyarakat setempat sesuai dengan kemampuan sumberdaya yang tersedia :

1. Standarisasi sarana dan prasarana pertolongan gawat darurat
2. Pelatihan berkesinambungan PPGD, BLS dan ATLS
3. Pembentukan tim penanggulangan musibah masal
4. Unit gawat darurat 24 jam dan rawat inap

Bila terdapat kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut maka dilakukan rujukan. Berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan maka pelayanan kesehatan dibagi dalam tingkatan :

Tingkat rumah tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga sendiri.
Tingkat masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri, misalnya: Posyandu, Polindes, POD, Sakabhakti Husada dan lain-lain.
Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama	Upaya kesehatan tingkat pertama yang dilakukan oleh Puskesmas dan unit fungsional di bawahnya, praktek dokter swasta, poliklinik swasta, bidan swasta dan lain-lain.
Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua	Upaya kesehatan tingkat kedua (rujukan spesialis) oleh balai (BP4, BKMM, BKKM, BKOM dan Sentra P3K), rumah sakit kabupaten/kota, rumah sakit swasta, laboratorium swasta, klinik swasta, dinas kesehatan kabupaten/kota dan lain-lain.
Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat ketiga	Upaya kesehatan tingkat ketiga (rujukan spesialis lanjutan/konsultan) oleh rumah sakit propinsi/ pusat/ pendidikan, laboratorium kesehatan spesialisik, dinas kesehatan propinsi dan departemen kesehatan.



Gambar 19. : Jenjang Pelayanan Kesehatan
Sumber : Pedoman Kerja Puskesmas Jilid 1, 1990.

Jalur rujukan pelayanan kesehatan terdiri dari :

a. Rujukan Pelayanan Medis

1. Antara masyarakat dengan Puskesmas



2. Antara Puskesmas Pembantu/bidan di desa dengan Puskesmas
3. Intern antara petugas Puskesmas/Puskesmas rawap inap
4. Antara Puskesmas dengan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lainnya

b. Rujukan Pelayanan Kesehatan

Dari Puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten/kota atau instansi lain yang lebih kompeten baik intrasektoral maupun lintas sektoral. Bila rujukan di kabupaten/kota masih belum mampu menanggulangi, bisa diteruskan ke propinsi/pusat.

1. Pengertian Rujukan

Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu sistem jaringan pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggungjawab secara timbal balik atas masalah suatu kasus atau masalah kesehatan masyarakat yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional

2. Jenis Rujukan

Rujukan secara konseptual terdiri atas :

- a. Rujukan medik, pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan medik perorangan antara lain meliputi :

1. Rujukan kasus untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operasi dan lain-lain
2. Rujukan bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium klinik yang lebih lengkap
3. Mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk melakukan tindakan, memberi pelayanan, alih pengetahuan dan teknologi dalam meningkatkan kualitas pelayanan.

b. Rujukan kesehatan pada dasarnya menyangkut masalah kesehatan masyarakat luas dan meliputi :

1. Bantuan laboratorium kesehatan, teknologi, penyidikan sebab dan asal usul kejadian serta penanggulangannya pada kejadian luar biasa atau berjangkitnya suatu penyakit menular, terjadinya keracunan masal dan pemeriksaan spesimen air minum penduduk
2. Bantuan obat, vaksin, pangan, sarana, prasarana dan tenaga ahli pada bencana alam dan gangguan Kamtibmas

2. Deskripsi Responden

Untuk menggali informasi secara utuh dan akurat tentang unit sampel Puskesmas, kuesioner diharapkan diisi oleh masing-masing pelaku, yaitu kepala Puskesmas, karyawan dan penderita. Agar dapat diisi secara benar kepala Puskesmas dikumpulkan di dinas kabupaten/kota untuk mendapatkan penjelasan, selanjutnya dapat menjelaskan pada karyawan dan penderita.

1. Pimpinan Puskesmas

Untuk menggali informasi tentang parameter yang membentuk variabel laten komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan kinerja Puskesmas. Karakteristik responden pimpinan Puskesmas sebagai berikut :

Tabel 6. Status Kepegawaian Pimpinan Puskesmas di Jawa Timur

Status Kepegawaian	Jumlah	Persen
Pegawai Negeri	196	99.0
Pegawai Tidak Tetap	2	1.0
Total	198	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004.

Pimpinan Puskesmas di Jawa Timur yang menjadi responden dalam penelitian adalah 99,0% adalah pegawai negeri sedang 1% adalah dokter pegawai tidak tetap, tampak bahwa setelah adanya peraturan pemerintah tentang wajib kerja

tidak harus di Puskesmas atau institusi pemerintah, kepala Puskesmas yang berstatus pegawai tidak tetap hanya 1 % dari responden.

Tabel 7. Golongan Pimpinan Puskesmas di Jawa Timur

Golongan Pimpinan	Jumlah	Persen
Pegawai Tidak Tetap	2	1.0
Golongan 3	119	60.1
Golongan 4	77	38.9
Total	198	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004.

Golongan kepegawaian responden pimpinan adalah golongan 3 sebesar 60,1% dan golongan 4 adalah 38,9%

Tabel 8. Pendidikan Pimpinan Puskesmas di Jawa Timur

Pendidikan Pimpinan	Jumlah	Persen
Dokter Umum	175	88.4
Dokter Gigi	18	9.1
Sarjana Kesehatan Masyarakat	4	2.0
Pascasarjana	1	0.5
Total	198	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004.

Pendidikan kepala Puskesmas adalah dokter umum 88,4%, dokter gigi 9,1%, sarjana kesehatan masyarakat 2%, dan Pascasarjana 0,5%, disini tampak sudah ada pergeseran pimpinan kepala Puskesmas yang dulu didominasi oleh dokter umum sekarang sudah mulai sarjana kesehatan lain, hal ini dirasakan semakin baik karena dengan mengembalikan dokter pada fungsinya yaitu melakukan pelayanan kesehatan akan meningkatkan kualitas pelayanan.

Tabel 9. Lama Kerja Pimpinan Puskesmas di Jawa Timur

Lama Kerja Pimpinan	Jumlah	Persen
≤ 5 tahun	61	30.8
6 tahun – 10 tahun	18	9.1
11 tahun – 15 tahun	43	21.7
16 tahun – 20 tahun	51	25.8
Lebih dari 20 tahun	25	12.6
Total	198	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Kalau kita melihat dari lama kerja pimpinan Puskesmas kurang atau sama dengan 5 tahun adalah sebanyak 30,8% ini merupakan yang tertinggi, hal ini dimungkinkan karena adanya mutasi di lingkungan dinas kesehatan setempat, bila dibandingkan dengan lama kerja di atas 16 tahun sebanyak 38,4%, hal ini dimungkinkan karena dokter senior cenderung untuk tidak berpindah tempat, sesuai dengan sebagian besar umur responden adalah di atas 35 tahun sebanyak 78,2% menunjukkan bahwa dokter yang berada di Puskesmas lebih memilih tetap berada di Puskesmas

Tabel 10. Umur Pimpinan Puskesmas di Jawa Timur

Umur Pimpinan	Jumlah	Persen
≤ 30 tahun	12	6.1
31 tahun – 35 tahun	31	15.7
36 tahun – 40 tahun	28	14.1
41 tahun – 45 tahun	58	29.3
Lebih dari 46 tahun	69	34.8
Total	198	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004.

Upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan telah dilakukan dengan pelatihan *quality assurance* kepada kepala Puskesmas dan paramedis namun pelatihan ini berbeda dengan pelayanan prima atau kualitas pelayanan yang dibahas pada penelitian, pelatihan tersebut mengenai protap pemeriksaan kesehatan pada penderita yang berobat di Puskesmas sesuai dengan kasus penderita.

Tabel 11. Pelatihan *Quality Assurance* Pimpinan Puskesmas di Jawa Timur

Pelatihan <i>Quality Assurance</i>	Jumlah	Persen
Pernah	128	64.6
Tidak pernah	70	35.4
Total	198	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004.

Dari pertanyaan terbuka yang dilakukan pada pimpinan Puskesmas didapat keadaan Puskesmas sebagai berikut :

Tabel 12. Visi, Misi dan Program Inovatif Puskesmas di Jawa Timur

Penjelasan Visi Puskesmas		Penjelasan Misi Puskesmas		Program Inovatif	
Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada
183	15	165	34	171	27
94,4%	5,6%	83,3%	6,7%	86,4%	13,6%

Sumber : Data yang diolah, 2004.

Untuk menjalankan fungsi Puskesmas perlu dilakukan perencanaan sebagai arah kegiatan yang dilakukan.

Tabel 13. Kelengkapan Perencanaan Puskesmas di Jawa Timur

Jenis Perencanaan	Jumlah	Persen
Mikroplaning, POA, Minilokakarya, Jadwal kegiatan harian	33	16,67
Mikroplaning, POA, Minilokakarya	12	6,06
Mikroplaning	10	5,05
Mikroplaning, Minilokakarya	1	0,51
POA, Minilokakarya, Jadwal kegiatan harian	25	12,60
Minilokakarya, Jadwal kegiatan harian	1	0,51
Jadwal kegiatan harian	2	1,00
POA, Minilokakarya	30	15,15
POA, Jadwal kegiatan harian	3	1,51
POA	52	26,26
Minilokakarya	25	12,63
Tidak mengisi	4	2,02
Jumlah	198	100,00

Sumber : Data yang diolah, 2004.

Fungsi manajemen Puskesmas yang meliputi perencanaan, monitoring dan evaluasi, dalam hal perencanaan 16,67% Puskesmas membuat secara lengkap sesuai acuan Departemen Kesehatan yaitu Mikroplaning adalah perencanaan 5 tahunan, *Plan Of Action* adalah perencanaan Puskesmas tahunan yang merupakan penjabaran dari Mikroplaning dan Minilokakarya yang merupakan perencanaan Puskesmas bersama lintas program dan lintas sektor di tingkat kecamatan, serta jadwal kegiatan harian. Pada penelitian ini sebagian besar Puskesmas hanya membuat *Plan Of Action* (POA), 26,26 % disertai dengan pembuatan minilokakarya, hanya 2,02% yang tidak membuat perencanaan,

sehingga dapat dikatakan bahwa Puskesmas selalu membuat perencanaan walau dalam bentuk sederhana.

Sesuai pedoman dari Departemen Kesehatan tentang evaluasi kegiatan program di Puskesmas, terdapat empat macam kegiatan evaluasi harus dilakukan oleh Puskesmas yaitu kegiatan evaluasi tiap bulan, tiap tribulan, tiap 6 bulan dan tahunan. Puskesmas yang melakukan evaluasi secara lengkap sebanyak 10,10%, terbanyak adalah melakukan evaluasi tiap bulan 54,04%, tiap tribulan 33,33%, tiap semester 32,80% dan tiap tahun 30,82%, hal ini menunjukkan Puskesmas selalu mengadakan evaluasi pelaksanaan kegiatan program walau belum seperti anjuran Departemen Kesehatan.

Tabel 14. Evaluasi Kegiatan di Puskesmas Jawa Timur

Jenis Evaluasi	Jumlah	Persen
1 bulan, 3 bulan, 6 bulan, 1 tahun	20	10,10
1 bulan, 3 bulan	2	1,01
1 bulan	67	33,84
1 bulan, 6 bulan, 1 tahun	8	4,04
1 bulan, 6 bulan	2	1,01
1 bulan, 3 bulan, 1 tahun	6	3,03
1 bulan, 1 tahun	2	1,01
3 bulan, 6 bulan, 1 tahun	5	2,53
3 bulan	35	17,67
3 bulan, 1 tahun	3	1,52
6 bulan, 1 tahun	3	1,52
6 bulan	27	13,63
1 tahun	14	7,07
Tidak mengisi	4	2,02
Jumlah	198	100,00

Sumber : Data yang diolah, 2004

2. Karyawan Puskesmas

Petugas Puskesmas yang berhubungan langsung dengan pasien adalah bidan, perawat, petugas loket dan petugas apotik melayani mulai dari kedatangan yaitu di loket, pelayanan pemeriksaan kesehatan dan sampai pulang saat menerima obat dari petugas apotik, untuk menggali informasi variabel laten

proses layanan internal, kepuasan pelanggan internal, diambil sebagai responden 1 orang bidan, 1 orang perawat, 1 orang petugas loket dan 1 petugas apotik, diambil modus dari jawaban mereka untuk mendapatkan gambaran sesuai dengan kondisi Puskesmas.

Karakteristik responden karyawan Puskesmas sebagai berikut :

Tabel 15. Jenis Petugas di Puskesmas Jawa Timur

Jenis Petugas	Jumlah	Persen
Bidan	185	25.0
Perawat	189	25.4
Petugas loket	186	25.0
Petugas apotik	183	24.6
Total	743	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Responden petugas Puskesmas terdiri dari Bidan 25,0%, Perawat 25,4%, Petugas loket 25,0% dan Petugas apotik 24,6%,

Tabel 16. Golongan Karyawan Puskesmas di Jawa Timur

Golongan Karyawan	Jumlah	Persen
Golongan ≤ 2	419	56.4
Golongan 3	315	42.4
Kontrak atau honorer	9	1.2
Total	743	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Responden karyawan sebagian besar 57,6% adalah golongan 1, 2 dan honorer terutama adalah petugas loket dan apotik.

Tabel 17. Pendidikan Karyawan

Pendidikan Karyawan	Jumlah	Persen
Sekolah Dasar	18	2.4
Sekolah Menengah Pertama	40	5.4
Sekolah Menengah Farmasi	80	10.8
Sekolah Pendidikan Keperawatan	149	20.1
Sekolah Menengah Atas	171	23.0
Sekolah Bidan	176	23.7
Diploma 1	31	4.2
Akademi Perawat	68	9.2
Sarjana	10	1.3
Total	743	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Dilihat dari pendidikan responden masih ada yang hanya berpendidikan sekolah dasar, terbanyak berpendidikan setara sekolah menengah pertama dan lanjutan 56,3%, sedang sarjana hanya 1,3%.

Tabel 18. Lama Kerja Karyawan

Lama Kerja Karyawan	Jumlah	Persen
≤ 5 tahun	57	8.1
6 tahun – 10 tahun	99	13.3
11 tahun – 15 tahun	210	28.3
16 tahun – 20 tahun	186	25.0
Lebih dari 20 tahun	191	25.7
Total	743	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Rata-rata lama kerja responden di atas 6 tahun, disebabkan pada tataran karyawan jarang terjadi mutasi.

Tabel 19. Umur Karyawan

Umur Karyawan	Jumlah	Persen
≤ 30 tahun	54	7.3
31 tahun – 35 tahun	115	15.5
36 tahun – 40 tahun	207	27.9
41 tahun – 45 tahun	143	19.2
Lebih dari 46 tahun	224	30.1
Total	743	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Gambaran umur karyawan kurang sama dengan 30 tahun adalah 7,3 %, selebihnya di atas 31 tahun adalah 92,7%.

Tabel 20. Pelatihan *Quality Assurance*

Pelatihan <i>Quality Assurance</i>	Jumlah	Persen
Pernah	275	37.0
Tidak pernah	468	63.0
Total	743	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Pelatihan *Quality Assurance* bagi petugas yang membantu melakukan pelayanan pemeriksaan atau perawatan pada penderita hanya 37,0%.

Pola ketenagaan di Puskesmas mengacu pada daftar susunan pegawai, program nasional dan program yang dilaksanakan daerah sesuai dengan potensinya.

Puskesmas mempunyai kewenangan mengusulkan kebutuhan tenaga dan kewenangan dalam pengangkatan tenaga honorer sesuai program pengembangan serta kemampuan dana.

Ketenagaan di Puskesmas terdiri dari beberapa jenis profesi :

- a . Kepala Puskesmas (dokter, dokter gigi/ sarjana kesehatan masyarakat)
- b . Dokter umum fungsional.
- c . Dokter gigi fungsional.
- d . Sarjana kesehatan masyarakat fungsional.
- e . Paramedis (akademi perawat, akademi bidan, perawat umum, perawat gigi, bidan, mantri, PKC, Jurim, pekarya)
- f . Tenaga administrasi.
- g . Apoteker/asisten apoteker.
- h . Analis.
- i . Akademi penilik kesehatan, akademi kesehatan lingkungan.
- j . Supir
- k . Tukang kebon.

Seperti telah dikemukakan di atas bahwa sumber daya manusia merupakan aset terpenting dalam memproduksi jasa pelayanan kesehatan maka macam-macam jenis profesi tersebut harus tersedia di Puskesmas.

Tabel 21. Data ketenagaan di Puskesmas Propinsi Jawa Timur

No	Jenis Tenaga	Tahun				
		1998	1999	2000	2001	2002
1.	Dokter	1280	1356	1287	1116	1266
2.	Dokter gigi	705	692	715	713	827
3.	Paramedis	12535	13602	14151	14652	14677
4.	Pembantu paramedis	6156	3268	3344	3565	4806
5.	Bidan di desa	4732	5504	5591	5596	6140
6.	Sukwan	1779	1649	1803	2820	-

Sumber : Selayangpandang Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2002, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

Tabel 22. Data Ketenagaan di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

No	Jenis Tenaga	Tahun				
		1998	1999	2000	2001	2002
1.	Medis	176	212	146	258	1164
2.	Apoteker	6	9	10	33	81
3.	Sarjana kesehatan masyarakat	52	60	81	137	88
4.	Paramedis	951	1037	911	2135	9053
5.	Tata usaha	1457	1573	1432	1854	1863

Sumber : Selayangpandang Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2002, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

Bila kita melihat tenaga medis dan paramedis di Puskesmas dan dinas kesehatan, ada kecenderungan peningkatan pada ketenagaan di dinas kesehatan, sedangkan dinas kesehatan tidak berfungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan, maka seharusnya penambahan tenaga berada di Puskesmas.

3. Pasien di Puskesmas

Untuk menggali informasi tentang variabel kepuasan pelanggan eksternal, pelayanan yang berkualitas dari responden pelanggan yaitu 5 orang pasien yang berobat ke Puskesmas dan diambil modusnya untuk mendapatkan kecenderungan modus pelayanan di sebuah Puskesmas agar didapatkan hasil yang sesuai dengan kenyataan.

Karakteristik responden pasien Puskesmas adalah sebagai berikut :

a. Jenis kelamin

Tabel 23. Jenis Kelamin Pasien di Puskesmas Jawa Timur

Jenis Kelamin	Jumlah	Persen
Laki-laki	399	42.2
Perempuan	547	57,8
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

b. Umur

Tabel 24. Umur Pasien di Puskesmas Jawa Timur

Umur	Jumlah	Persen
≤ 20 tahun	83	8,8
20-30 tahun	200	21,1
31 – 40 tahun	310	32.8
41 – 50 tahun	166	17.5
51 – 60 tahun	104	11.0
≥ 61 tahun	83	8,8
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

c. Riwayat perawatan sebelumnya

Tabel 25. Riwayat Perawatan Sebelumnya

Riwayat	Jumlah	Persen
Pernah rawat jalan	725	76,7
Pernah rawat inap	41	4.3
Pernah rawat jalan dan rawat inap	44	4.6
Tidak pernah sebelumnya	136	14.4
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Pasien di Puskesmas sebagian besar merupakan pelanggan Puskesmas, dapat dilihat bahwa 85,6% adalah pasien yang sebelumnya sudah pernah berobat di Puskesmas, hanya 14,4% pasien baru.

d. Pendidikan pasien

Tabel 26. Pendidikan Pasien

Pendidikan	Jumlah	Persen
Tidak sekolah	66	7
Sekolah dasar	244	25.8
Sekolah lanjutan tingkat pertama	224	23.8
Sekolah menengah umum	310	32.8
Perguruan tinggi	102	10.8
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Masyarakat pengguna Puskesmas bila dilihat dari pendidikannya, cukup merata tidak hanya didominasi oleh masyarakat berpendidikan rendah (SLTP ke bawah) 56,6%, berpendidikan tinggi pun juga sebagai konsumen 43,4%.

e. Pekerjaan Pasien

Tabel 27. Pekerjaan Pasien

Pekerjaan	Jumlah	Persen
Petani, buruh tani	210	22.2
Nelayan	3	.3
Pedagang	69	7.3
Pegawai negeri atau ABRI	112	11.8
Pensiunan	42	4.4
Swasta	218	23.0
Lain-lain	57	6.0
Sekolah/tak bekerja / ibu rumah tangga	235	24.8
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Pasien Puskesmas 24,8% tidak bekerja, mereka adalah anak yang masih sekolah dan ibu rumah tangga, sedang jenis pekerjaan terbesar adalah petani atau buruh tani 22,2% (pada umumnya di Jawa Timur adalah Puskesmas kawasan pertanian) dan 23,0% adalah di bidang swasta.

f. Penanggung pembiayaan pasien Puskesmas

Tabel 28 Penanggung Pembiayaan Ppasien Puskesmas

Penanggung pembiayaan	Jumlah	Persen
Sendiri	469	49.6
Suami atau istri	157	16.6
Orang tua	112	11.9
Keluarga lain	13	1.4
Perusahaan	15	1.6
Asuransi kesehatan atau jaring pengaman sosial	180	19
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Biaya berobat 49,6% ditanggung sendiri, 16,6 oleh suami atau istri dan 19% pembiayaan di Puskesmas ditanggung oleh asuransi kesehatan dan mereka yang tidak mampu dibiayai oleh pemerintah melalui program Jaring Pengaman Sosial.

g. Alasan berobat ke Puskesmas

Tabel 29. Alasan Berobat ke Puskesmas.

Alasan Berobat ke Puskesmas	Jumlah	Persen
Dirujuk	34	3.6
Sesuai dengan peraturan	71	7.5
Percaya dan puas akan kualitas pelayanan Puskesmas	456	48,2
Tidak ada alternatif lain	20	2.1
Alasan jarak	133	14
Alasan biaya	135	14.3
Dekat dan puas akan kualitas pelayanan Puskesmas	4	.4
Biaya terjangkau dan percaya akan kualitas pelayanan Puskesmas	25	2.6
Dekat dan biaya terjangkau	30	3.2
Dekat dan puas akan pelayanan Puskesmas	9	1.0
Dekat, biaya terjangkau dan puas akan pelayanan Puskesmas	22	2,3
Lain-lain	7	.7
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Alasan pasien memilih berobat di Puskesmas adalah 48,2% percaya dan puas akan kualitas pelayanan Puskesmas, 14,3% karena biayanya relatif murah hingga dapat terjangkau oleh masyarakat.

h. Status perawatan

Tabel 30. Status perawatan saat ini.

Status perawatan saat ini	Jumlah	Persen
Pasien rawat jalan	807	85.3
Pasien rawat inap	136	14.7
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah,2004

Status perawatan saat ini, responden terbanyak adalah penderita rawat jalan, karena sebagian besar Puskesmas di Jawa Timur adalah non perawatan.

i. Penghasilan per bulan pasien Puskesmas

Tabel 31. Penghasilan Per Bulan.Pasien Puskesmas

Penghasilan per bulan	Jumlah	Persen
0 rupiah	235	24.8
≤ 250 000 rupiah	314	32.8
250 001 rupiah – 500 000 rupiah	178	18.8
500 001 rupiah – 750 000 rupiah	72	7.7
750 001 rupiah – 1000 000 rupiah	68	7.2
≥1000 001 rupiah	68	7.2
Tidak mengisi	14	1.5
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah,2004

Dalam penelitian ini yang ditanyakan adalah pendapatan pasien, sehingga di sini tampak bahwa 24,8% adalah berpendapatan 0 rupiah, hal ini disebabkan respondenya kebanyakan ibu rumah tangga dan anak sekolah, seharusnya dalam kuesioner dicantumkan pendapatan keluarga, kendalanya tidak semua anggota keluarga mengetahui pendapatan total keluarga.

j. Pengetahuan akan tarif Puskesmas

Tabel 32. Pengetahuan akan tarif Puskesmas.

Pengetahuan akan tarif Puskesmas	Jumlah	Persen
Tahu	706	74.6
Tidak tahu	240	25.4
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah,2004

Pasien tahu akan tarif Puskesmas berkisar antara 1 500 rupiah sampai dengan 7 500 rupiah sesuai dengan kualitas pelayanan kesehatan yang di dapatkan (99,5%), 25,4% pasien tidak tahu akan tarif Puskesmas, mereka yang tidak tahu adalah peserta asuransi dan anggota JPSPBK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan) bagi keluarga miskin.

k. Kesan Terhadap Tarif Puskesmas

Tabel 33. Kesan Terhadap Tarif Puskesmas

Kesan terhadap tarif Puskesmas	Jumlah	Persen
Mahal	7	.7
Cukup	427	45.1
Murah	481	50.8
Tidak berpendapat	31	3.3
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Kesan terhadap tarif Puskesmas cukup sampai murah adalah 95,9%, hal ini menggambarkan bahwa tarif Puskesmas terjangkau oleh masyarakat

l. Wilayah Tempat Tinggal Pasien Puskesmas

Tabel 34. Wilayah Tempat Tinggal Pasien Puskesmas

Wilayah tempat tinggal	Jumlah	Persen
Dalam wilayah	803	84,9
Luar wilayah	143	15.1
Total	946	100.0

Sumber : Data yang diolah, 2004

Sebagian besar pelanggan bertempat tinggal di wilayah Puskesmas 84,9% di mana setiap kecamatan di Jawa Timur tersedia paling sedikit sebuah Puskesmas, keberadaan Puskesmas relatif dekat dengan tempat tinggal merupakan pilihan untuk berobat, namun hal ini tidak menutup kemungkinan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah suatu Puskesmas lain juga berobat 15.1%, dikarenakan tempat tinggalnya secara kewilayahan di Puskesmas tertentu, tetapi dari jarak tempat tinggal lebih dekat dengan

Puskesmas yang lain, atau karena seseorang telah fanatik dengan pelayanan Puskesmas tertentu sehingga walau jaraknya jauh akan tetap berobat pada Puskesmas tersebut.

3. Deskripsi Komitmen Manajemen (Kmtmnmj)

Tabel 35. Deskripsi Komitmen Manajemen (KmtMnmj)

	Jawaban	limi X_1	Plan X_1	Contro $X_{1,3}$	ecis X_1	3.mutu $X_{1,5}$	gg.mu $X_{1,6}$	.alat X_1	lam sh $X_{1,8}$	am sln $X_{1,9}$
1	Sangat tidak setuju	3 (1,5%)	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	1 (0,5%)
2	Tidak setuju	3 (1,5%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	0 (0%)	5 (2,5%)	1 (0,5%)	13 (6,6%)	15 (7,6%)	11 (5,6%)
3	Setuju	48 (24,2%)	20 (10,1%)	35 (17,7%)	24 (12,1%)	34 (17,2%)	23 (11,6%)	64 (32,3%)	51 (25,8%)	48 (24,2%)
4	Setuju sekali	84 (42,4%)	72 (36,4%)	102 (51,5%)	93 (47,0%)	95(48,0 %)	86 (43,4%)	73 (36,9%)	67 (33,8%)	73 (36,9%)
5	Sangat setuju sekali	60 (30,3%)	104 (52,5%)	59 (29,8%)	80 (40,4%)	62(31,3 %)	88 (44,4%)	47 (23,7%)	62 (31,3%)	65 (32,8%)
	Jumlah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sumber : Data yang diolah dari lampiran 6

Hasil penyebaran kuesioner menunjukkan karakteristik indikator komitmen manajemen terdiri dari 9 indikator yaitu kemampuan manajemen dalam menjelaskan Visi dan Misi Puskesmas, pentingnya perencanaan, kontrol, pengambilan keputusan, budaya mutu, tanggung jawab mutu, kelengkapan alat medis, jaminan kesehatan karyawan, jaminan keselamatan kerja.

Indikator Visi misi yang menjawab setuju sampai dengan sangat setuju sekali sebanyak 97% sedang yang tidak setuju hanya atau tidak sesuai denngan kondisi di Puskesmas hanya 3% hal ini terlihat pula pada jawaban terbuka bagi kepala Puskesmas di mana mereka tidak dapat menjelaskan tentang visi sebanyak 5,6%, pentingnya perencanaan jawaban setuju sampai sangat setuju sekali sebanyak 99%, inipun sesuai dengan jawaban terbuka yang tidak menjawab adalah 2,02%. Untuk pentingnya kontrol oleh kepala Puskesmas jawaban setuju sampai sangat setuju sekali sebanyak 99% dan pengambilan keputusan sebanyak 99,5%, sedangkan budaya mutu sebanyak 96,5% yang

setuju. Tanggung jawab mutu oleh kepala Puskesmas dijawab setuju sebesar 99,5%, dan pentingnya kelengkapan alat medis adalah 92,9% sedangkan jaminan kesehatan karyawan yang dijawab setuju sampai sangat setuju sekali sebanyak 90,9% dan jaminan keselamatan kerja 93,9% dinyatakan setuju sampai sangat setuju sekali.

4. Deskripsi Kompetensi Karyawan (Kmptkar)

Hasil kuesioner yang disebar pada Puskesmas di Jawa Timur, tampak bahwa kompetensi karyawan sangat penting dalam mewujudkan kinerja Puskesmas yang dinyatakan dalam jawaban terhadap indikator kesempatan karyawan akan peningkatan ketrampilan 99%, selalu berlatih akan ketrampilan 98,5% dan kecukupan perbandingan antara yang dilatih dengan seluruh karyawan 97%, sedang kepercayaan mereka akan hasil pekerjaannya membantu pencapaian tujuan Puskesmas adalah sebesar 97,5% dan pengetahuan karyawan akan tugas pokok dan fungsi adalah 98%, tampak pada tabel 36

Tabel 36. Deskripsi Kompetensi Karyawan (KmptKar)

No	Jawaban	Semp.trampil X _{2.1}	Latih.trmpil X _{2.2}	Bdg latih X _{2.3}	Bt tuj X _{2.4}	Tupoksi X _{2.5}
1	Sangat tidak setuju	1 (0,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
2	Tidak setuju	1 (0,5%)	2 (1,0%)	5 (2,5%)	5 (2,5%)	4 (2,0%)
3	Setuju	21 (10,6%)	42 (21,2%)	51 (25,8%)	40 (20,2%)	30 (15,2%)
4	Setuju sekali	74 (37,4%)	88 (44,4%)	87 (43,9%)	94 (47,5%)	97 (49,0%)
5	Sangat setuju sekali	101 (51,0%)	65 (32,8%)	54 (27,3%)	59 (29,8%)	67 (33,8%)
	Jumlah	100%	100%	100%	100%	100%

Sumber : Data yang diolah dari lampiran 6

5. Deskripsi Proses Layanan Internal (Layaint)

Proses layanan internal merupakan bentuk perhatian kepala Puskesmas kepada karyawan yang meliputi penghargaan, peringatan, kenaikan pangkat dan gaji. Dari hasil pertanyaan yang disebar ke Puskesmas didapatkan bahwa

jawaban setuju sampai dengan sangat setuju sekali untuk penghargaan adalah 78,3% tidak terlalu tinggi bila dibanding dengan peringatan 97,5%, perhatian terhadap kenaikan pangkat karyawan 92,9% dan perhatian pada gaji karyawan 93,5%.

Tabel 37. Deskripsi Proses Layanan Internal.(LayaInt)

No	Jawaban	Penghargaan $X_{3.1}$	Peringatan $X_{3.2}$	Pangkat $X_{3.3}$	Gaji $X_{3.4}$
1	Sangat tidak setuju	18 (9,1%)	0 (0%)	4 (2,0%)	6 (3,0%)
2	Tidak setuju	25 (12,6%)	5 (2,5%)	10 (5,1%)	7 (3,5%)
3	Setuju	56 (28,3%)	31 (15,7%)	38 (19,2%)	53 (26,8%)
4	Setuju sekali	46 (23,2%)	77 (38,9%)	64 (32,3%)	66 (33,3%)
5	Sangat setuju sekali	53 (26,8%)	85 (42,9%)	82 (41,4%)	66 (33,3%)
	Jumlah	100%	100%	100%	100%

Sumber : Data yang diolah dari lampiran 6

6. Deskripsi Kepuasan Pelanggan Internal (PuasInt)

Kepuasan pelanggan internal yang meliputi pemanfaatan usulan karyawan untuk memperbaiki kualitas pelayanan cukup tinggi 98,5%, respon pimpinan yang cepat pada suatu permasalahan 97,5%, adanya saling kepercayaan antara kepala Puskesmas dan karyawan 98% sedang hubungan kerja yang nyaman adalah 98%.

Tabel 38. Deskripsi Kepuasan Pelanggan Internal (PuasInt)

No	Jawaban Responden	Us kary $X_{4.1}$	Respon $X_{4.2}$	Slg caya $X_{4.3}$	Ling nyaman $X_{4.4}$
1	Sangat tidak setuju	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)
2	Tidak setuju	3 (1,5%)	5 (2,5%)	3 (1,5%)	3 (1,5%)
3	Setuju	40 (20,2%)	36 (18,2%)	34 (17,2%)	37 (18,7%)
4	Setuju sekali	77 (38,9%)	73 (36,9%)	85 (42,9%)	68 (34,3%)
5	Sangat setuju sekali	78 (39,4%)	84 (42,4%)	75 (37,9%)	89 (44,9%)
	Jumlah	100%	100%	100%	100%

Sumber : Data yang diolah dari lampiran 6

7. Deskripsi Kepuasan Pelanggan Eksternal (Puaseks)

Kepuasan pelanggan eksternal Puskesmas yaitu penderita yang berobat jalan ataupun rawat inap di Puskesmas menunjukkan bahwa penderita puas setelah dirawat di Puskesmas kesehatannya membaik 100%, puas akan tampilan petugas 100%, komunikasi baik 100%, kemampuan petugas 100%, keramahan petugas 100% dan kesesuaian tarif pelayanan adalah 99,5%

Tabel 39.. Deskripsi Kepuasan Pelanggan Eksternal (PuasEks)

	Jawaban	Sht psn $X_{5.1}$	ampil kar $X_{5.2}$	omunika i $X_{5.3}$	Perhatian $X_{5.4}$	tampu X_5	laman X_5	arif sesu: $X_{5.7}$
1	Sangat tidak setuju	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)
2	Tidak setuju	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	Setuju	58 (29,3%)	69 (34,8%)	53 (26,8%)	50 (25,3%)	56 (28,3%)	51 (25,8%)	51 (25,8%)
4	Setuju sekali	91 (46,0%)	96 (48,5%)	99 (50,0%)	104 (52,5%)	102 (51,5%)	102 (51,5%)	101 (51,0%)
5	Sangat setuju sekali	49 (24,7%)	33 (16,7%)	46 (23,2%)	44 (22,2%)	40 (20,2%)	45 (22,7%)	45 (22,7%)
	Jumlah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sumber : Data yang diolah dari lampiran 6

8. Deskripsi Kualitas Pelayanan Kesehatan (Kualyankes)

Sesuai dengan yang diidentifikasi oleh Zeithamal, Berry dan Parasuraman tentang kriteria penilaian kualitas pelayanan kesehatan didapatkan sebagai berikut :

Tabel 40. Deskripsi Kualitas Pelayanan Kesehatan (KualYanKes)

	Jawab An	Inari X _{6.1}	Nyamn X _{6.2}	an a X _{6.3}	Tpt Yan X _{6.4}	'agg- c X _{6.5}	htia. 1 X _{6.6}	3rn Inf X _{6.7}	Rambu X _{6.8}	mn Ya X _{6.9}	Amn Lingk X _{6.10}	ranspc t X _{6.11}
1	Sangat tidak setuju	0 0%	0 0%	1 0,5	1 0,5	0 0%	4 2,0%	2 1,0%	7 3,5%	0 0%	4 2,0%	3 1,5%
2	Tidak setuju	3 1,5%	4 2,0%	5 2,5%	0 0%	0 0%	3 1,5%	14 7,1%	20 10,1%	1 0,5%	4 2,0%	13 6,6%
3	Setuju	86 43,4%	75 37,9%	98 49,5%	79 39,9%	79 39,9%	81 40,9%	94 47,5%	70 35,4%	74 37,4%	75 37,9%	60 30,3%
4	Setuju sekali	83 41,9%	91 46,0%	72 36,4%	91 46,0%	87 43,9%	81 40,9%	70 35,4%	69 34,8%	91 46,0%	82 41,4%	64 32,3%
5	Sangat setuju sekali	26 13,1%	28 14,1%	22 11,1%	27 13,6%	32 16,2%	29 14,6%	18 9,1%	32 16,2%	32 16,2%	33 16,7%	58 29,3%
	Jumlah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sumber : Data yang diolah dari lampiran 6

Kondisi Puskesmas di Jawa Timur saat ini menarik 98,5%, nyaman 98%, pelayanan yang dijanjikan selalu ada 97%, ketepatan pelayanan sesuai dengan waktu yang telah dijanjikan 99,5%, tanggap terhadap kebutuhan pelanggan adalah 100%, perhatian khusus pada pelanggan tetap 96,5%, tersedianya sarana informasi berupa poster, brosur, liflet dan pengumuman lainnya adalah 91,9%, adanya rambu atau petunjuk arah menuju Puskesmas 86,4%, rasa aman pasien terhadap pelayanan petugas Puskesmas 99,5%, rasa aman dalam kompleks Puskesmas 98% dan tersedianya transportasi berupa ambulans sebagai sarana transport bagi yang penderita yang perlu dirujuk adalah 91,9%

9. Deskripsi Kinerja Puskesmas (Kinerja)

Kinerja Puskesmas diukur berdasarkan persepsi pimpinan terhadap kinerja Puskesmas yang sesuai dengan standar ketentuan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1999. yaitu penilaian kinerja yang dilakukan pada hasil kegiatan program pelayanan kesehatan, tampak bahwa sebagian besar kepala Puskesmas berpendapat cukup 52% dan baik 44,4% sedang yang baik sekali hanya 0,5%.

Tabel 41. Deskripsi Kinerja Puskesmas (Kinerja)

No	Kinerja Puskesmas	Jumlah
1	Sangat kurang	0 (0%)
2	Kurang	6 (3%)
3	Cukup	103 (52,0%)
4	Baik	88 (44,4%)
5	Baik sekali	1 (0,5%)
	Jumlah	100%

Sumber : Data yang diolah dari lampiran 6

10. Uji Asumsi Asumsi Structural Equation Modeling

a. Ukuran Sampel

Ukuran sampel dalam pemodelan ini adalah 198 buah, jumlah tersebut sesuai dengan persyaratan jumlah sampel yang dikatakan oleh Hair, (1995) dalam tulisan Ferdinand (2002) tentang *Structural Equation Modeling* dan Solimun (2002), adalah antara 100 – 200.

b. Uji Normalitas

Tujuan uji normalitas adalah untuk mengetahui apakah distribusi sebuah data mengikuti atau mendekati distribusi normal, yakni distribusi data dengan bentuk lonceng (*bell shaped*). Data yang baik adalah data yang mempunyai pola seperti distribusi normal yakni distribusi data tersebut tidak menceng ke kiri atau menceng ke kanan. Uji normalitas pada *multivariate* sebenarnya sangat kompleks karena harus dilakukan pada seluruh variabel, dengan logika bahwa jika secara individual masing-masing variabel memenuhi asumsi normalitas, maka secara bersama-sama (*multivariate*) Variabel-variabel tersebut juga bisa dianggap memenuhi asumsi normalitas. Uji normalitas bisa juga dilakukan dengan melihat grafik atau melihat besar *Kosmogrov Smirnov*, sebaran data dari variabel yang diamati bergerombol di sekitar garis uji yang mengarah ke kanan atas, dan tidak ada data yang terletak jauh dari sebaran data, maka data tersebut bisa dikatakan normal, Santoso (2002). Dalam penelitian uji normalitas dengan menggunakan program SPSS yaitu *Normal Q-Q Plot*, tampak sebaran data dari variabel yang diamati bergerombol di sekitar garis uji yang mengarah ke kanan atas, hal ini menunjukkan bahwa memenuhi asumsi normal, cara lain untuk mendeteksi uji normalitas data adalah melalui analisis kecondongan (*skewness*) dan tinggi datarnya (*kurtosis*) kurve distribusi normal data penelitian. Angka Indeks skew *univariate* menunjukkan arah kecondongan, nilai positif, negatif dan nilai nol

menunjukkan distribusi yang simetris. Angka indeks kurtosis *univariate* menyatakan bahwa jika nilainya < 0 menunjukkan kurtosis negatif (datar), dan jika nilainya > 0 menunjukkan kurtosis positif (Runcing keatas). Nilai absolut dari indeks *univariate skew* $> 3,0$ dinyatakan sebagai *skewed* yang ekstrim, sedangkan pada indeks *univariate kurtosis* antara 8.0 sampai $> 20,0$ dinyatakan sebagai kurtosis yang ekstrim (Kline, 1998 dalam Budiarto, 2002: 210, Hoyle, 1995:63), dengan cara ini didapatkan hasil indeks *univariate skew* tidak ada yang lebih besar dari 3,0, menunjukkan tidak ada data yang ekstrim namun masih ada beberapa variabel mempunyai $c.r \geq 2,58$ yang berarti mempunyai distribusi tidak normal, sedang sebagian besar $c.r \leq 2,58$ berarti mempunyai distribusi normal., dikatakan dalam Hoyle (1995), bila n (jumlah sampel) besar yaitu 198 distribusi data cenderung normal, sedang indeks kurtosis tidak ada yang lebih dari 8.0 hal ini menunjukkan bahwa tidak ada yang ekstrim, sesuai juga dengan Dalil Limit Pusat (*Limit Central Theorem*) yaitu bila mana ukuran sampel semakin besar. maka statistik yang diperoleh akan mendekati distribusi normal. Besar unit sampel pada penelitian ini sebesar 198 dipandang sudah memenuhi dalil limit pusat sehingga asumsi normalitas diabaikan. (Hair). Sedang kalau dilihat dari pola penyebarannya, tampak bahwa data yang didapat linier. Lampiran 8.

c. Uji Data Outlier

Uji *Outlier* data dilakukan dengan 2 cara yaitu: (1) deteksi terhadap *univariate outliers* dengan mengamati nilai *Z score*. Semua kasus yang mempunyai nilai *Z score* $\pm 3,0$ berarti ada *outliers*, (2) deteksi terhadap *multivariate outliers* dengan menggunakan jarak *Mahalanobis* pada tingkat $p < 0,001$. Jarak jumlah variabel yang digunakan dalam penelitian. Bila kasus

yang mempunyai jarak Mahalanobis lebih besar dari nilai *chi-square* pada tingkat signifikan 0.001 maka terjadi *multivariate outliers*.

1. *Univariate Outliers*.

Deteksi terhadap adanya *outlier univariate* dilakukan dengan menentukan nilai ambang batas yang akan dikategorikan sebagai *outlier* dengan cara mengkonversi nilai data penelitian kedalam *standard score* atau *Z score* yang mempunyai rata-rata nol dengan standar deviasi sebesar satu, ini menunjukkan tidak terdapat *outlier*. Bila dilihat dari nilai-nilai yang telah dinyatakan dalam format standar, maka perbandingan antar besaran nilai dengan mudah dapat dilakukan, untuk sampel besar (diatas 80 observasi) pedoman evaluasi adalah bahwa nilai ambang batas dari *z score* berada pada rentang 3 sampai dengan 4, Hair (1995), dalam penelitian didapat bahwa hasil statistik menunjukkan bahwa rata-rata sama dengan nol setelah distandarisasikan, masih terlihat pada responden ke 124 nilai *z score* yang lebih tinggi dari 4 (jumlah sampel 198), yaitu responden 124 untuk variabel $ZX_{1,2}$, $ZX_{1,4}$, $ZX_{2,1}$, namun tidak dikeluarkan karena secara keseluruhan tidak berpengaruh, lampiran 9.

2. *Multivariate Outliers*

Evaluasi terhadap *multivariate outliers* perlu dilakukan untuk mengetahui apakah ada data *outlier* setelah saling dikombinasi dengan cara menghitung jarak Mahalanobis, untuk tiap observasi dapat dihitung dan akan menunjukkan jarak observasi dari rata-rata semua variabel dalam sebuah ruang multidimensional, Hair (1995), dalam penelitian ini dengan menggunakan SPSS didapatkan *Mahalanobis distance* paling rendah 10,812 dan yang paling tinggi 82,074, sedangkan dalam perhitungan untuk tiap-tiap responden tidak didapatkan data diluar *Mahalanobis distance*, dengan

demikian tidak terdapat data *outlier multivariate*. Dapat juga dengan membandingkan hasil perhitungan *Mahalanobis distance* pada tiap-tiap observasi dengan 93 variabel dibandingkan dengan hasil perhitungan standar jarak Mahalanobis pada derajat bebas (*df*) pada tingkat signifikansi 0,01 atau $X^2 (93,0.01) = 127,633$. Hasil penelitian menunjukkan semua kasus berada di bawah 127,633, sehingga tidak terjadi *multivariate outliers* seperti yang terlihat dalam lampiran 11.

d. Evaluasi *Multicollinearity* dan *Singularity*

Untuk melihat apakah terdapat *Multicollinearity* dan *Singularity* dalam sebuah kombinasi variabel, peneliti perlu mengamati determinan matriks kovarians. Determinan yang benar-benar kecil mengindikasikan adanya multikolonieritas atau singularitas sehingga data tidak dapat digunakan untuk analisis yang sedang dilakukan, Tabanick dan Fidell (1998) dalam Ferdinand (2002). Sebaliknya determinan yang benar-benar besar mengindikasikan tidak adanya multikolonieritas atau singularitas sehingga data dapat digunakan untuk analisis yang sedang dilakukan, pada penelitian, dalam penelitian ini didapat *Determinant of Sample Covariance Matrix* = 8,2504e-021 (lampiran 13) dan angka ini jauh dari nol sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini tidak terjadi multikolinieritas. Oleh karena ini asumsi ini dapat dipenuhi.

e. Uji Validitas

Uji validitas digunakan sebagai pengujian terhadap item (pertanyaan). Pengertian secara umum mengenai validitas item adalah bahwa sebuah item dikatakan valid jika memiliki dukungan yang kuat terhadap total skor. Dengan kata lain, sebuah item pertanyaan dikatakan memiliki validitas yang tinggi jika terdapat skor kesejajaran (korelasi yang tinggi) terhadap skor total item. Uji ini dilakukan dengan menggunakan *Software WaSol*, tampak bahwa semua variabel

valid. Hal ini dilakukan juga dengan menggunakan uji korelasi Pearson yang menunjukkan hasil diatas 0,3 sehingga dapat dikatakan semua variabel valid, lampiran 12.

f. Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas untuk multiindikator sebagaimana dianjurkan Hair et al (2000) dalam Ferdinand (2002) menggunakan *composite reliability* atau *construct reliability* dan *extracted variance*. *Composite reliability*. Nilai batas yang digunakan untuk menilai sebuah tingkat reliabilitas yang dapat diterima adalah 0,70, walaupun angka ini bukan merupakan angka sebuah ukuran 'mati'. Artinya, bila penelitian yang dilakukan bersifat eksplorasi maka nilai dibawah 0,70 pun masih dapat diterima sepanjang disertai dengan alasan-alasan empirik yang terlihat dalam prose eksplorasi (Ferdinand, 2002: 191-192). Dalam penelitian ini nilai reliabilitasnya (α) adalah di atas 0,82 untuk setiap variabel, sedang alpha chrobabach dengan *Software WaSol* di dapat nilai 0,92439 ini menunjukkan bahwa memenuhi syarat. Kemudian reliabilitas yang kedua adalah *variance extracted* yang tinggi menunjukkan jumlah variance dari indikator-indikator itu telah mewakili secara baik konstruk laten yang dikembangkan. Nilai *variance extracted* ini direkomendasikan pada tingkat paling sedikit 0,50, lampiran 12.

11. Uji Kesesuaian Statistik.

A. *Goodness of fit*

Dalam analisis *SEM* tidak ada alat uji statistik tunggal untuk mengukur atau menguji hipotesis mengenai model (Hair et al., 1995; Joreskog & Sorbom, 1989, Long, 1983; Tabachnick & Fidell, 1996, dalam Ferdinand, 2000). Pada dasarnya berbagai jenis *fit index* yang digunakan adalah untuk mengukur derajat kesesuaian antara model yang dihipotesiskan dengan data yang disajikan.

Tujuan peneliti melakukan pengujian dengan menggunakan beberapa *fit index* untuk mengukur validitas model yang disiapkan. Beberapa indeks kesesuaian dan *cut off valuenya* untuk digunakan dalam menguji apakah model dapat diterima atau ditolak (Ferdinand, 2000 : 52-58), sebagai berikut :

a. *Chi-Square Statistic*

Alat uji paling fundamental untuk mengukur *overall fit* adalah *likelihood ratio Chi-Square statistic*. *Chi Square* ini bersifat sangat sensitif terhadap besarnya sampel yang digunakan. Karena itu bila jumlah sampel adalah cukup besar yaitu lebih dari 200 sampel, maka statistik *Chi-Square* ini harus didampingi oleh alat uji lainnya (Hair *et al.*, 1995; Tabachnick & Fidell, 1996 dalam Ferdinand, 2000). Model yang diuji akan dipandang baik atau memuaskan bila nilai *chi square*nya rendah. Semakin kecil nilai χ^2 maka semakin baik model itu (karena dalam uji beda *chi-square*, $\chi^2 = 0$, berarti benar-benar tidak ada perbedaan, H_0 diterima) dan diterima berdasarkan probabilitas dengan *cut off value* sebesar $p > 0.05$ atau $p > 0,10$ (Hulland *et al*, 1996 dalam Ferdinand, 2000:67). Karena tujuan analisis adalah mengembangkan dan menguji sebuah model yang sesuai dengan data atau yang *fit* terhadap data, maka yang dibutuhkan justru sebuah nilai χ^2 yang tidak signifikan, yang menguji hipotesa nol bahwa estimated population covariance tidak sama dengan sample covariance. Nilai χ^2 ini dapat juga dibandingkan dengan *degrees of freedom*nya untuk mendapatkan nilai χ^2 relatif, dan digunakan untuk membuat kesimpulan bahwa nilai χ^2 relatif yang tinggi menandakan adanya perbedaan yang signifikan antara matriks kovarians yang diobservasi dan yang diestimasi. Dalam pengujian ini nilai χ^2 yang rendah yang menghasilkan sebuah tingkat signifikan yang lebih besar dari 0,05 akan mengindikasikan tak adanya perbedaan yang signifikan antara matriks kovarians data dan kovarians yang diestimasi (Hair *et al.*, 1995 dalam Ferdinand, 2000). Seperti dikemukakan diatas, *Chi-Square* bersifat sangat

sensitif terhadap besarnya sampel yaitu terhadap sampel yang terlalu kecil (<50) maupun terhadap sampel yang terlalu besar (> 500). Oleh karena itu penggunaan *Chi-Square* hanya sesuai bila ukuran sampel adalah antara 100-200 sampel. Bila ukuran sampel ada diluar itu, uji signifikan akan menjadi kurang reliable. Pada penelitian ini jumlah sampel 198 dipandang cukup memadai untuk menggunakan uji *Chi-Square*, didapat $\chi^2 = 728,048$ yang bila dibandingkan dengan *degrees of freedom*nya (723) dengan tingkat kepercayaan 95% untuk mendapatkan nilai χ^2 relatifnya = 786,664 didapatkan bahwa χ^2 lebih kecil dibanding dengan χ^2 relatif, maka model yang diuji baik atau memuaskan bila nilai *chi square*nya rendah.

b. *RMSEA – The Root Mean Square error of Approximation*

RMSEA adalah sebuah indeks yang dapat digunakan untuk mengkompensasi chi-square statistic dalam sampel yang besar, Baumgartner & Homburg (1996). Nilai *RMSEA* menunjukkan *goodness of fit* yang dapat diharapkan bila model diestimasi dalam populasi (Hair et al. 1995 dalam Ferdinand, 2000). Nilai *RMSEA* yang lebih kecil atau sama dengan 0.08 merupakan indeks untuk dapat diterimanya model yang menunjukkan sebuah *close fit* dari model itu berdasarkan *degrees of freedom* (Browne & Cudeck, 1993 dalam Ferdinand, 2000:55). Selanjutnya, Browne & Cudeck menulis : “we are also of the opinion that a value of about 0.08 or less for the *RMSEA* would indicate a reasonable error of approximation and would not want to employ a model with a *RMSEA* greater than 0,1”. Pada penelitian ini didapatkan hasil 0,06 yang berarti model ini baik.

c. *GFI – GOODNESS OF Fit*

Indeks kesesuaian (fit indeks) ini akan menghitung proporsi tertimbang dari varians dalam matriks kovarians sampel yang dijelaskan oleh matriks

kovarians populasi yang terestimasi (Bentler, 1993; Tanaka & Huba, 1989 dalam Ferdinand, 2000:57). *GFI* adalah ukuran non-statistik yang mempunyai rentang nilai antara 0 (*poor fit*) sampai dengan 1 (*perfect fit*). Nilai yang tinggi dalam indeks ini menunjukkan sebuah "*better fit*", hasil penelitian menunjukkan cukup sesuai proporsi tertimbang dari varians dalam matriks kovarian sampel yang dibuktikan dengan hasil $GFI = 0,856$.

d. *AGFI- Adjusted Goodness of Fit Index*

Tanaka & Huba (1989) menyatakan bahwa *GFI* adalah analog dari R^2 dalam regresi berganda. Fit indeks ini dapat diadjust terhadap *degrees of freedom* yang tersedia untuk menguji diterima tidaknya model (Arbuckle, 1999 dalam Ferdinand, 2000:59). Tingkat penerimaan yang direkomendasikan adalah bila *AGFI* mempunyai nilai sama dengan atau lebih besar dari 0,9 (Hair et al., 1995 dalam Ferdinand, 2002). Perlu diketahui bahwa baik *GFI* maupun *AGFI* adalah kriteria yang memperhitungkan proporsi tertimbang dari varians dalam sebuah matriks kovarians sampel. Nilai sebesar 0,95 dapat diinterpretasikan sebagai tingkatan yang baik, *good overall model fit* (baik) sedangkan besaran nilai antara 0.90-0,95 menunjukkan tingkatan cukup – *adequate fit* (Hulland et al, 1996 dalam Ferdinand, 2002). Penelitian ini menghasilkan *AGFI* sebesar 0,829 yang menunjukkan cukup baik.

e. *CMIN/DF: The minimum sample discrepancy function (CMIN)*

Dibagi dengan *degree of freedomnya* akan menghasilkan indeks *CMIN/DF*, yang umumnya dilaporkan oleh para peneliti sebagai salah satu indikator untuk mengukur tingkat fitnya sebuah model. Dalam hal ini *CMIN/DF* tidak lain adalah statistik *chi-square*, χ^2 relatif kurang dari 2.0 atau bahkan kadang kurang dari 3.0 adalah indikasi dari *acceptable fit* antara model dan data,

Arbuckle (1997) dalam Ferdinand (2002). Pada penelitian ini dihasilkan 1,007, karena kurang dari 2 maka model ini dapat diterima.

f. *TLI: Tucker Lewis Index*

TLI adalah sebuah *alternatif incremental fit index* yang membandingkan sebuah model yang diuji terhadap sebuah *baseline model* (Baumgartner & Homburg, 1996). Nilai yang direkomendasikan sebagai acuan untuk diterimanya sebuah model adalah penerimaan $\geq 0,95$, Hair *et al* (1995) dalam Ferdinand (2002), dan nilai yang sangat mendekati 1 menunjukkan *a very good fit*, Arbuckle (1997) dalam Ferdinand (2002). Didapatkan nilai sebesar 0,999 yang berarti bahwa model ini baik.

g. *CFI –Comparative Fit Index*

Besaran indeks ini adalah pada rentang nilai sebesar 0 - 1, dimana semakin mendekati 1, mengindikasikan tingkat *fit* paling tinggi, *a very good fit*, Arbuckle (1997) dalam Ferdinand (2002). Nilai yang direkomendasikan adalah $CFI \geq 0,95$. Keunggulannya adalah bahwa besarannya tidak dipengaruhi oleh ukuran sampel karena itu sangat baik untuk mengukur tingkat penerimaan sebuah model, Hulland *et al* (1996). Indeks *CFI* identik dengan *Relative Noncentrality Index (RNI)* dari Mc Donald dan Mars (1990). Dalam penelitian didapatkan hasil = 0,999, berarti model ini layak. Dalam penilaian model, indeks *TLI* dan *CFI* sangat dianjurkan untuk digunakan karena relatif tidak sensitif terhadap besarnya sampel dan kurang dipengaruhi pula oleh kerumitan model, Hulland *et al* (1996).

Tabel 42. *Good of Fit Indices* Untuk Evaluasi Model

GOODNES: OF FIT INDEX	KETERANGAN	CUT-OFF VALUE	Hasil	Keterangan
χ^2 -Chi-square	Menguji apakah <i>covariance</i> populasi yang diestimasi sama dengan <i>covariance sample</i> (apakah model sesuai dengan data). Bersifat sangat sensitif untuk sample besar (di atas 200)	Diharapkan Kecil (786,663)	728,048	Baik
<i>Probability</i>	Uji signifikansi terhadap perbedaan matriks <i>covariance</i> data dan matriks <i>covariance</i> yang diestimasi	≥ 0.05	0,440	Baik
<i>RMSEA</i>	Mengkompensasi kelemahan <i>Chi-Square</i> pada sample besar (Hair,1995)	≤ 0.08	0,06	Baik
<i>GFI</i>	Menghitung proporsi tertimbang varians dalam matriks <i>sample</i> yang dijelaskan oleh matriks <i>covariance</i> populasi yang diestimasi (analog dengan R^2 dalam regresi berganda) (Bentler,1983)	≥ 0.90	0,856	Cukup
<i>AGFI</i>	Gfi yang disesuaikan terhadap <i>DF</i> (Arbuckle, 1999)	≥ 0.90	0,829	Cukup
<i>CMIND/DF</i>	Kesesuaian antara data dan model	≤ 2.00	1,007	Baik
<i>TLI</i>	Perbandingan antara model yang diuji terhadap <i>baseline model</i> (Hair, 1995; Arbuckle,1997)	≥ 0.95	0,999	Baik
<i>CFI</i>	Uji kelayakan model yang tidak sensitif terhadap besarnya sampel dan kerumitan model (Arbuckle, 1997)	≥ 0.95	0,999	Baik

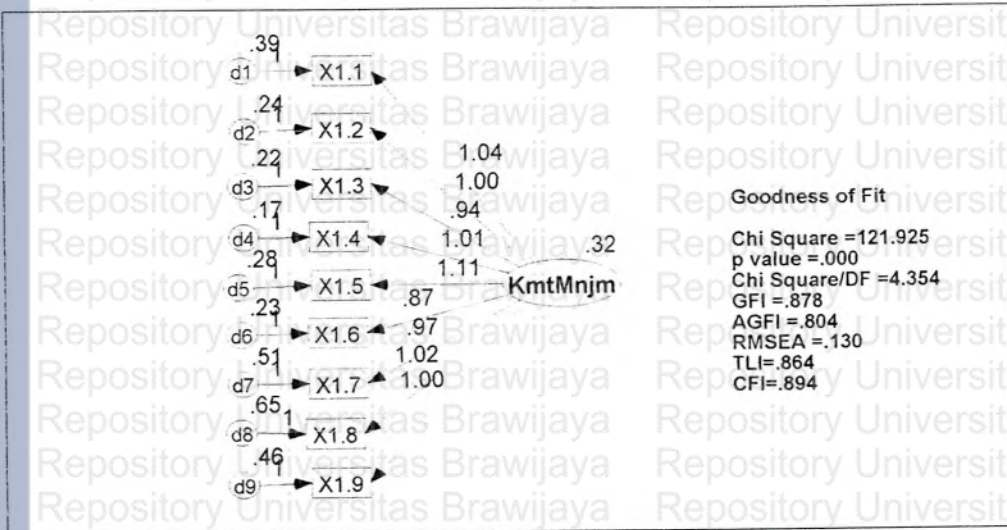
Sumber : *)Hair (2000), Bentler (1983), Muller (1996), Arbuckle (1997) dalam Ferdinand (2002)

**) Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

B. Pengukuran Setiap Konstruk

1. Pengukuran Komitmen Manajemen

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Komitmen manajemen ini akan nampak sebagai berikut :



Gambar 20. Model Pengukuran Faktor Komitmen Manajemen dengan *Confirmatory Factor Analysis*

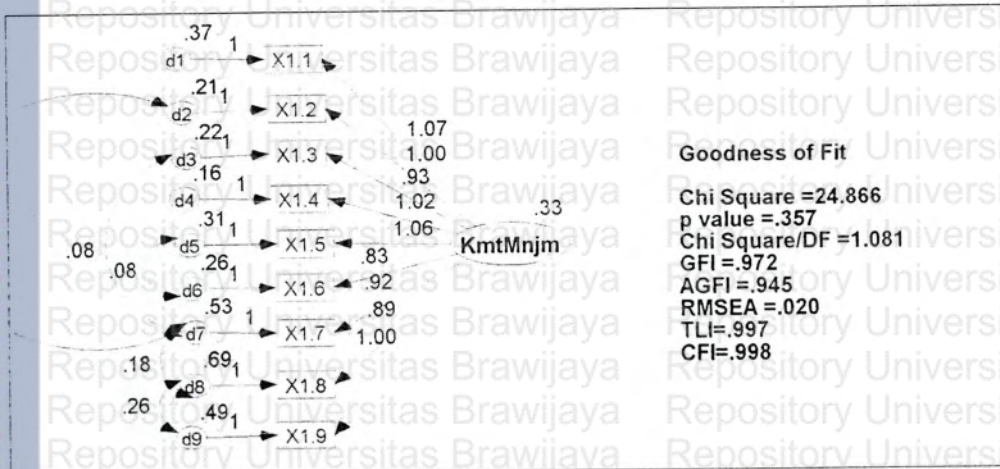
Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor komitmen manajemen dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Tabel 43. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* untuk model Pengukuran Faktor Komitmen Manajemen dengan *Confirmatory Factor Analysis*

No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	121,925	35,172	Kurang baik (diharap kecil)
2	Probability	0,000	≥ 0.05	Kurang baik
3	RMSEA	0,130	≤ 0.08	Kurang baik
4	GFI	0,878	≥ 0.90	Kurang baik
5	AGFI	0,804	≥ 0.90	Kurang baik
6	CMIND/DF	4,354	≤ 2.00	Kurang baik
7	TLI	0,864	≥ 0.95	Kurang baik
8	CFI	0,894	≥ 0.95	Kurang baik

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Dari hasil evaluasi terhadap model yang diajukan ternyata dari seluruh kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang kurang baik, berarti model tidak sesuai dengan data. Maka model tersebut perlu dimodifikasi dengan berpedoman pada *modification indices*, yang hasilnya dapat dilihat di bawah ini :



Gambar 21. Model Pengukuran Faktor Komitmen Manajemen dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Untuk mengetahui apakah model pengukuran setelah dilakukan modifikasi memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor komitmen manajemen dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 44. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Komitmen Manajemen Dengan *Confirmatory Factor Analysis*

No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	24,866	35,172	Baik (diharap kecil)
2	Probability	0,357	≥ 0.05	Baik
3	RMSEA	0,020	≤ 0.08	Kurang baik
4	GFI	0,972	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	0,945	≥ 0.90	Baik
6	CMIND/DF	1,081	≤ 2.00	Baik
7	TLI	0,997	≥ 0.95	Baik
8	CFI	0,998	≥ 0.95	Baik
9.	Derajat bebas	23		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Dari hasil evaluasi terhadap model yang telah dimodifikasi hampir seluruh kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang baik, berarti model sudah sesuai dengan data. Untuk mengetahui besarnya pengaruh masing-masing indikator pada variabel komitmen manajemen dapat diamati dari nilai *Loading factor* atau koefisien lamda.

Tabel 45. *Loading Factor* (λ) Komitmen Manajemen

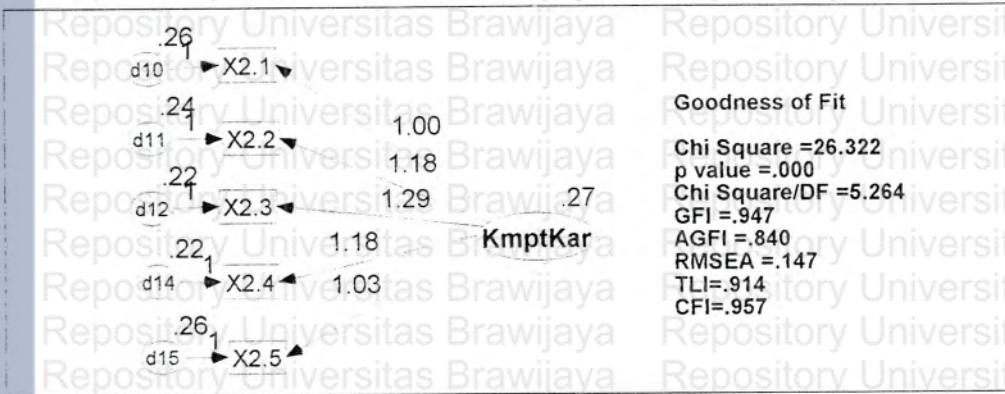
No	Indikator	<i>Loading Factor</i> (λ)	T hitung	<i>Probability</i> (p)	Keterangan
1.	Visi misi Puskesmas	1,066	10,850	0,000	Signifikan
2.	Perencanaan Puskesmas	1,000			Signifikan
3.	Kontrol pimpinan	0,934	11,731	0,000	Signifikan
4.	Keputusan pimpinan	1,024	13,455	0,000	Signifikan
5.	Budaya mutu	1,056	11,385	0,000	Signifikan
6.	Tanggung jawab mutu	0,827	10,302	0,000	Signifikan
7.	Kelengkapan alat	0,924	7,985	0,000	Signifikan
8.	Jaminan kesehatan	0,887	8,818	0,000	Signifikan
9.	Jaminan keselamatan	1,000			Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

T tabel pada level 0,05 dengan *DF* sebesar 23 adalah = 1,714, maka dapat dilihat bahwa uji t terhadap λ dari semua variabel yang mengkonstruksi komitmen manajemen lebih besar bila dibandingkan dengan t tabel, oleh karena itu dikatakan bahwa semua variabel signifikan, atau kalau kita lihat dari lampiran 13, terlihat bahwa semua *critical ratio* yang identik dengan t hitung semua nilainya adalah lebih besar dari 2,0, menunjukkan semua variabel secara signifikan merupakan dimensi dari faktor laten yang dibentuk. Nilai faktor loading semua variabel sangat kuat mengkonstruksi komitmen manajemen dan urutan yang terkuat adalah sesuai besarnya faktor loading yaitu Visi misi Puskesmas (1,066), budaya mutu (1,056), keputusan pimpinan (1,024), perencanaan Puskesmas (1,000), jaminan keselamatan (1,000), kelengkapan alat (0,924), jaminan kesehatan (0,887) dan tanggung jawab mutu (0,827).

2. Pengukuran Kompetensi Karyawan

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Kompetensi Karyawan ini akan nampak sebagai berikut :



Gambar 22. Model Pengukuran Faktor Kompetensi Karyawan dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor kompetensi karyawan dengan *Confirmatory Factor Analysis*

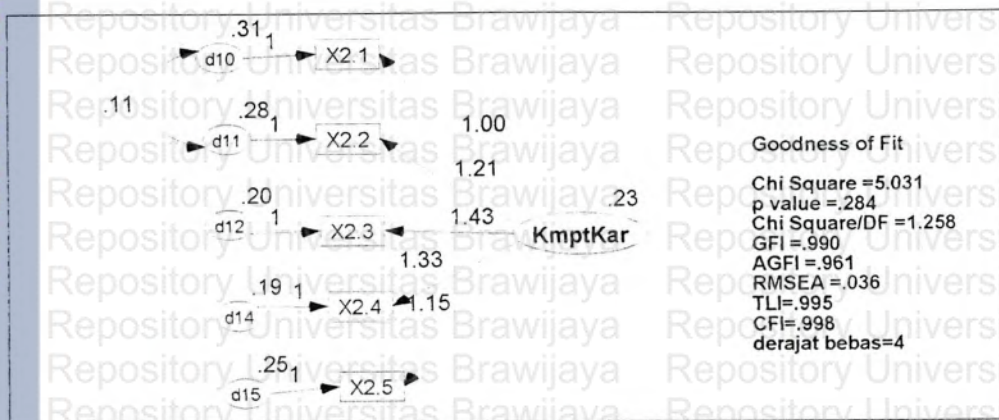
Tabel 46. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kompetensi Karyawan Dengan *Confirmatory Factor Analysis*

No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	26,322	1,145	Kurang baik (diharap kecil)
2	Probability	0,000	≥ 0,05	Kurang baik
3	RMSEA	0,147	≤ 0,08	Kurang baik
4	GFI	0,947	≥ 0,90	Cukup baik
5	AGFI	0,840	≥ 0,90	Cukup baik
6	CMIND/DF	5,264	≤ 2,00	Kurang baik
7	TLI	0,914	≥ 0,95	Cukup baik
8	CFI	0,957	≥ 0,95	Cukup baik
9	Derajat bebas	5		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 12

Dari hasil evaluasi terhadap model yang diajukan ternyata dari seluruh kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang cukup sampai kurang baik,

berarti model kurang sesuai dengan data. Maka model tersebut perlu dimodifikasi dengan berpedoman pada *modification indices*, yang hasilnya dapat dilihat di bawah ini :



Gambar 23. Model Pengukuran Faktor Kompetensi Karyawan dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran setelah dilakukan modifikasi memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor komitmen manajemen dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang tekah dimodifikasi.

Tabel 47. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kompetensi Karyawan Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

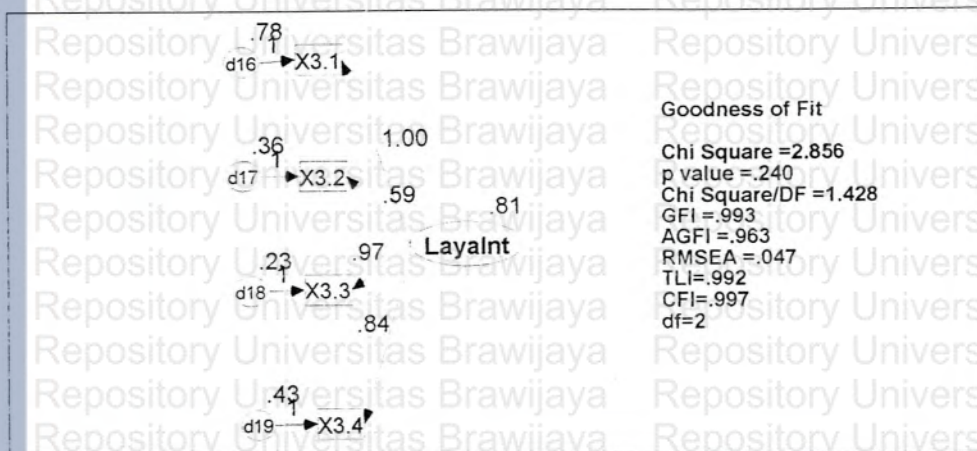
No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	26,322	9,487	Kurang baik (diharap kecil)
2	Probability	0,000	≥ 0.05	Kurang baik
3	RMSEA	0,147	≤ 0.08	Kurang baik
4	GFI	0,947	≥ 0.90	Cukup baik
5	AGFI	0,840	≥ 0.90	Kurang baik
6	CMIND/DF	5,264	≤ 2.00	Kurang baik
7	TLI	0,914	≥ 0.95	Cukup baik
8	CFI	0,957	≥ 0.95	Cukup baik
9	Derajat bebas	5		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Tabel pada level 0,05 dengan *DF* sebesar 5 adalah = 2,015 maka dapat dilihat bahwa uji *t* terhadap λ dari semua variabel yang mengkonstruksi kompetensi karyawan lebih besar bila dibandingkan dengan *t* tabel, oleh karena itu dikatakan bahwa semua variabel signifikan, atau kalau kita lihat dari lampiran 13, terlihat bahwa semua *critical ratio* yang identik dengan *t* hitung semua nilainya adalah lebih besar dari 2,0 hal ini menunjukkan bahwa semua variabel-variabel itu secara signifikan merupakan dimensi dari faktor laten yang dibentuk. Bila dilihat dari nilai faktor loading semua variabel sangat kuat mengkonstruksi komitmen manajemen dan urutan yang terkuat adalah sesuai besarnya faktor loading yaitu perbandingan kompetensi (1,430), bantu tujuan (1,330), latihan ketrampilan (1,211), tugas pokok dan fungsi (1,145), sempat trampil (1,000).

3. Pengukuran Proses Layanan Internal

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Proses layanan internal ini akan nampak sebagai berikut



Gambar 24. Model Pengukuran Faktor Proses Layanan Internal dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* model pengukuran faktor proses pelayanan internal dengan *Confirmatory Factor Analysis*.

Tabel 49. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Proses Pelayanan Internal Dengan *Confirmatory Factor Analysis*.

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	2,856	5,991	Baik
2	Probability	0,240	≥ 0.05	Baik
3	RMSEA	0,47	≤ 0.08	Kurang baik
4	GFI	0,993	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	0,963	≥ 0.90	Baik
6	CMIND/DF	1,428	≤ 2.00	Baik
7	TLI	0,992	≥ 0.95	Baik
8	CFI	0,997	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	2		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Dari hasil evaluasi terhadap model hampir seluruh kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang baik, berarti model sudah sesuai dengan data.

Untuk mengetahui besarnya pengaruh masing-masing indikator pada variabel Proses Layanan Internal dapat diamati dari nilai *Loading factor* atau koefisien lamda.

Tabel 50. *Loading Factor* (λ) Proses Pelayanan Internal

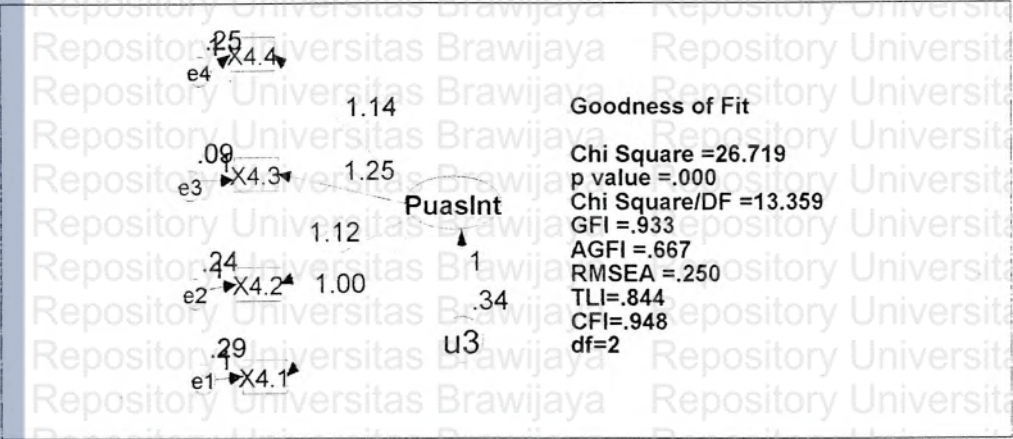
No.	Indikator	<i>Loading Factor</i> (λ)	T hitung	<i>Probability</i> (p)	Keterangan
1.	Penghargaan	1,000			Signifikan
2.	Peringatan	0,590	8,520	0.000	Signifikan
3.	Kepangkatan	0,971	10,445	0.000	Signifikan
4.	Gaji	0,844	9,616	0.000	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan dat dari lampiran 13.

T tabel pada level 0,05 dengan *DF* sebesar 2 adalah = 2,920 maka dapat dilihat bahwa uji t terhadap λ dari semua variabel yang mengkonstruk proses layanan Internal lebih besar bila dibanding dengan t tabel, oleh karena itu dikatakan bahwa semua variabel signifikan, atau kalau kita lihat dari lampiran 13, terlihat bahwa semua *critical ratio* yang identik dengan t hitung semua nilainya adalah lebih besar dari 2,0 hal ini menunjukkan bahwa semua variabel-variabel itu secara signifikan merupakan dimensi dari faktor laten yang dibentuk, dengan urutan kekuatan mengkonstruk proses pelayanan internal sebagai berikut penghargaan (1,000), kepangkatan (0,971), gaji (0,844), peringatan (0,590).

4. Pengukuran Kepuasan Internal

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Kepuasan internal ini akan nampak sebagai berikut :



Gambar 25. Model Pengukuran Faktor Kepuasan Internal dengan *Confirmatory Factor Analysis*

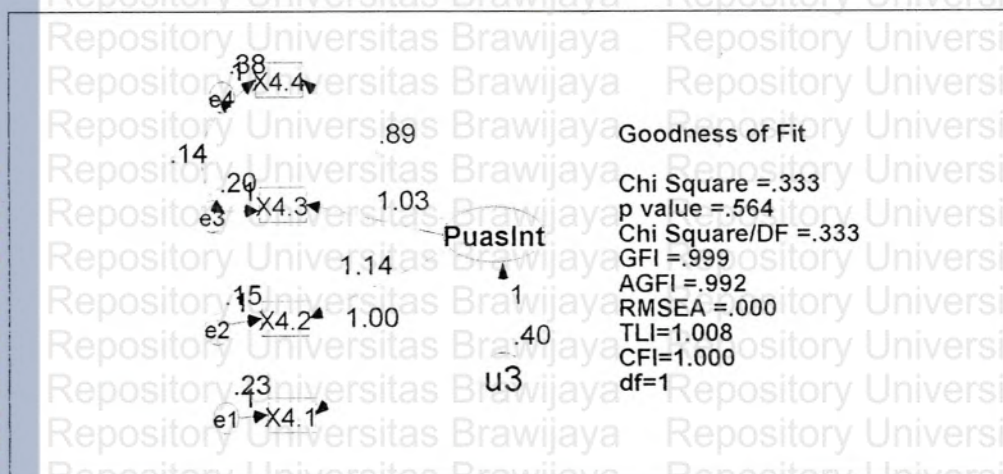
Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor kepuasan internal dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Tabel 51. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Internal Dengan *Confirmatory Factor Analysis*

No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	26,719	5,991	Kurang baik (diharap kecil)
2	Probability	0,000	≥ 0.05	Kurang baik
3	RMSEA	0,250	≤ 0.08	Kurang baik
4	GFI	0,933	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	0,667	≥ 0.90	Kurang baik
6	CMIND/DF	13,359	≤ 2.00	Kurang baik
7	TLI	0,844	≥ 0.95	Cukup baik
8	CFI	0,948	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	2		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model yang diajukan ternyata seluruh kriteria yang digunakan menunjukkan hasil kurang baik, cukup dan sebagian kecil baik, berarti model kurang sesuai dengan data. Maka model tersebut perlu dimodifikasi dengan berpedoman pada *modification indices*, yang hasilnya dapat dilihat di bawah ini :



Gambar 26. Model Pengukuran Faktor Kepuasan Internal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor proses pelayanan internal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 52. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Internal Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	0,333	3,841	Baik
2	Probability	0,564	≥ 0.05	Baik
3	RMSEA	0,00	≤ 0.08	Baik
4	GFI	0,999	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	0,992	≥ 0.90	Baik
6	CMIND/DF	0,333	≤ 2.00	Baik
7	TLI	1,008	≥ 0.95	Baik
8	CFI	1,000	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	1		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model semua kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang baik, berarti model sudah sesuai dengan data. Untuk mengetahui besarnya pengaruh masing-masing indikator pada variabel kepuasan internal dapat diamati dari nilai *Loading factor* atau koefisien lamda.

Tabel 53. *Loading Factor* (λ) Kepuasan Internal

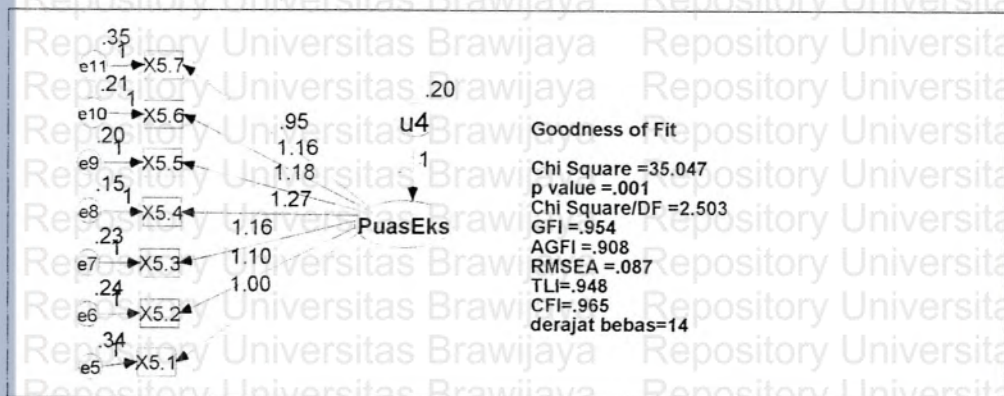
No	Indikator	<i>Loading Factor</i> (λ)	T hitung	<i>Probability</i> (p)	Keterangan
1.	Usulan karyawan	1,000			Signifikan
2.	Respon pimpinan	1,143	12,584	0,000	Signifikan
3.	Saling percaya	1,032	12,147	0,000	Signifikan
4.	Lingkungan nyaman	0,887	9,471	0,000	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Tabel pada level 0,05 dengan *DF* sebesar 1 adalah = 6,314 maka dapat dilihat bahwa uji *t* terhadap λ dari semua variabel yang mengkonstruksi kepuasan internal lebih besar bila dibandingkan dengan *t* tabel, oleh karena itu dikatakan bahwa semua variabel signifikan, atau kalau kita lihat dari lampiran 13, terlihat bahwa semua *critical ratio* yang identik dengan *t* hitung semua nilainya adalah lebih besar dari 2,0 hal ini menunjukkan bahwa semua variabel-variabel itu secara signifikan merupakan dimensi dari faktor laten yang dibentuk, dengan urutan kekuatan mengkonstruksi kepuasan internal sebagai berikut: respon pimpinan (1,143), saling percaya (1,032), usulan karyawan (1,000), lingkungan nyaman (0,887).

5. Pengukuran Kepuasan Eksternal

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Kepuasan internal ini akan nampak sebagai berikut



Gambar 27. Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis*

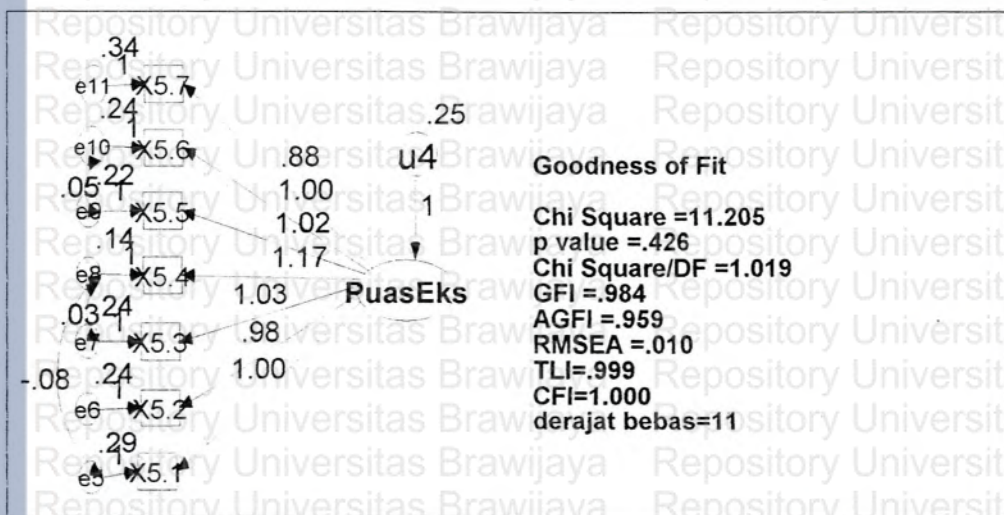
Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor kepuasan eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Tabel 54. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal Dengan *Confirmatory Factor Analysis*

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	35,407	23,684	Kurang baik (diharap kecil)
2	Probability	0,01	≥ 0.05	Kurang baik
3	RMSEA	0,087	≤ 0.08	Kurang baik
4	GFI	0,954	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	0,908	≥ 0.90	Baik
6	CMIND/DF	2,503	≤ 2.00	Kurang baik
7	TLI	0,948	≥ 0.95	Baik
8	CFI	0,965	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	14		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model yang diajukan ternyata dari seluruh kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang kurang baik dan baik, berarti model kurang sesuai dengan data. Maka model tersebut perlu dimodifikasi dengan berpedoman pada *modification indices*, yang hasilnya dapat dilihat di bawah ini :



Gambar 28. Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor kepuasan eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 55. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kepuasan Eksternal Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	11,205	19,675	Baik
2	<i>Probability</i>	0,426	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,010	≤ 0.08	Cukup Baik
4	<i>GFI</i>	0,964	≥ 0.90	Baik
5	<i>AGFI</i>	0,959	≥ 0.90	Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	1,019	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	0,999	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	1,000	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	11		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang baik dan hanya satu yang menunjukkan cukup baik, berarti model sudah sesuai dengan data. Untuk mengetahui besarnya pengaruh masing-masing

indikator pada variabel kepuasan eksternal dapat diamati dari nilai *loading factor* atau koefisien lamda.

Tabel 56. *Loading Factor* (λ) Kepuasan Eksternal

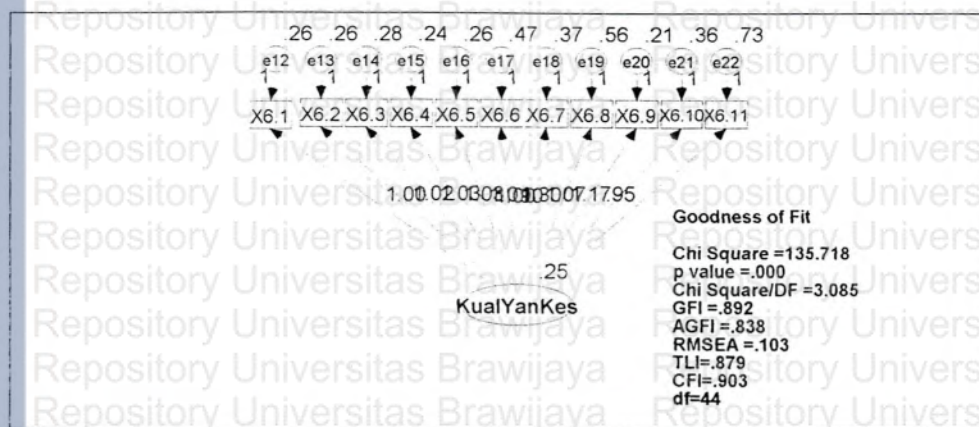
No	Indikator	<i>Loading Factor</i> (λ)	T hitung	<i>Probability</i> (p)	Keterangan
1.	Sehat pasien	1,000			Signifikan
2.	Tampilan karyawan	0,983	8,498	0,000	Signifikan
3.	Komunikasi	1,025	8,504	0,000	Signifikan
4.	Perhatian	1,168	8,557	0,000	Signifikan
5.	Kemampuan petugas	1,023	8,728	0,000	Signifikan
6.	Keramahan petugas	1,001	8,529	0,000	Signifikan
7.	Tarif sesuai	0,879	7,454	0,000	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

T tabel pada level 0,05 dengan *DF* sebesar 11 adalah = 1,796 maka dapat dilihat bahwa uji t terhadap λ dari semua variabel yang mengkonstruk kepuasan eksternal lebih besar bila dibanding dengan t tabel, oleh karena itu dikatakan bahwa semua variabel signifikan, atau kalau kita lihat dari lampiran 13, terlihat bahwa semua *critical ratio* yang identik dengan t hitung semua nilainya adalah lebih besar dari 2,0 hal ini menunjukkan bahwa semua variabel-variabel itu secara signifikan merupakan dimensi dari faktor laten yang dibentuk, dengan urutan kekuatan mengkonstruk kepuasan eksternal sebagai berikut : perhatian (1,168), komunikasi (1,025), kemampuan petugas (1,023), keramahan petugas (1,001), sehat pasien (1,000), tampilan karyawan (0,983), tarif sesuai (0,879).

6. Pengukuran Kualitas Pelayanan Kesehatan

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk eksogen Kualitas pelayanan kesehatan ini akan nampak sebagai berikut



Gambar 29. Model Pengukuran Faktor Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan *Confirmatory Factor Analysis*

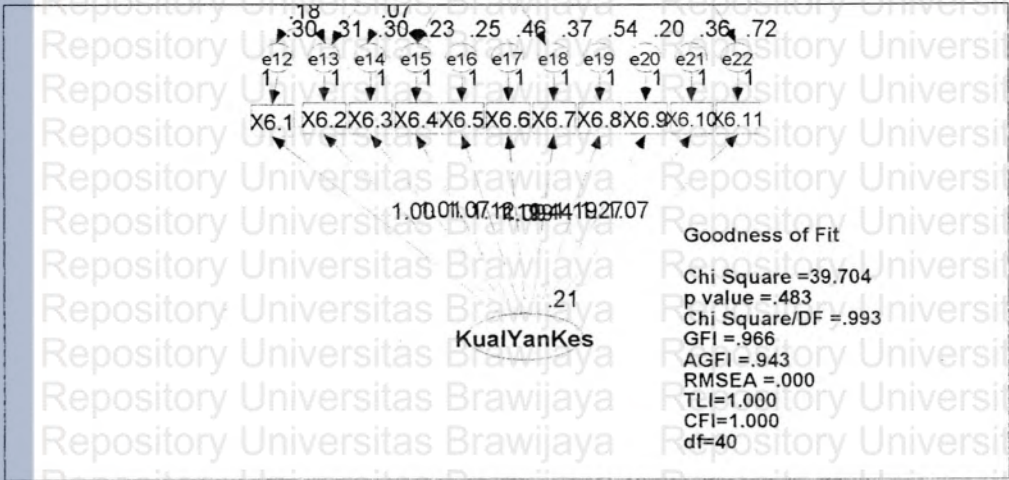
Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor kualitas pelayanan dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Tabel 57. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kualitas Pelayanan Dengan *Confirmatory Factor Analysis*

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	135,718	60,480	Kurang baik (diharap kecil)
2	Probability	0,000	≥ 0.05	Kurang baik
3	RMSEA	0,103	≤ 0.08	Kurang baik
4	GFI	0,892	≥ 0.90	Cukup Baik
5	AGFI	0,838	≥ 0.90	Cukup Baik
6	CMIND/DF	3,085	≤ 2.00	Kurang baik
7	TLI	0,879	≥ 0.95	Cukup Baik
8	CFI	0,903	≥ 0.95	Cukup Baik
9	Derajat bebas	44		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model yang diajukan ternyata dari seluruh kriteria yang digunakan menunjukkan hasil kurang baik dan cukup baik, berarti model kurang sesuai dengan data. Maka model tersebut perlu dimodifikasi dengan berpedoman pada *modification indices*, yang hasilnya dapat dilihat di bawah ini :



Gambar 30. Model Pengukuran Faktor Kualitas Pelayanan dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor kepuasan eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 58. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	39,704	55,758	Baik
2	Probability	0,483	≥ 0.05	Baik
3	RMSEA	0,000	≤ 0.08	Baik
4	GFI	0,966	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	0,943	≥ 0.90	Baik
6	CMIND/DF	0,993	≤ 2.00	Baik
7	TLI	1,000	≥ 0.95	Baik
8	CFI	1,000	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	40		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model semua kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang baik dan hanya satu yang menunjukkan cukup baik, berarti model sudah sesuai dengan data. Untuk mengetahui besarnya pengaruh masing-

masing indikator pada variabel kepuasan eksternal dapat diamati dari nilai *loading factor* atau koefisien lamda.

Tabel 59. *Loading Factor* (λ) Kualitas Pelayanan Kesehatan

No	Indikator	<i>Loading Factor</i> (λ)	T hitung	Probability (p)	Keterangan
1	Puskesmas menarik	1,000		0,000	Signifikan
2	Suasana nyaman	1,006	12,387	0.000	Signifikan
3	Pelayanan selalu ada	1,071	8,040	0,000	Signifikan
4	Tepat pelayanan	1,125	8,672	0,000	Signifikan
5	Petugas tanggap	1,123	8,580	0.000	Signifikan
6	Perhatian khusus pelanggan	0,986	6,919	0,000	Signifikan
7	Sarana informasi	1,094	7,773	0,000	Signifikan
8	Rambu arah Puskesmas	1,442	8,116	0,000	Signifikan
9	Aman pelayanan	1,195	8,379	0,000	Signifikan
10	Aman lingkungan	1,271	8,379	0,000	Signifikan
11	Transport rujukan	1,065	6,294	0,000	Signifikan

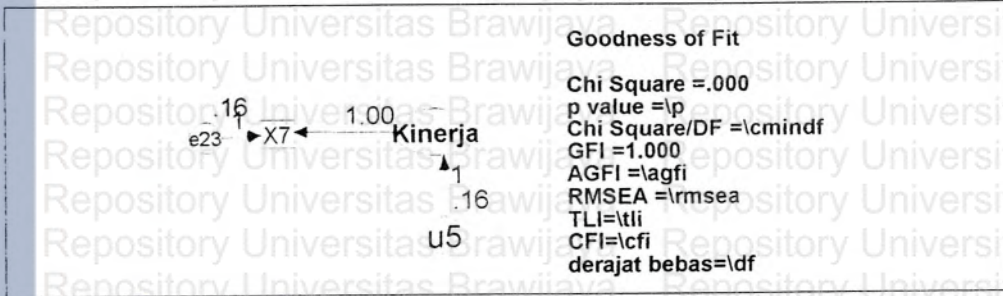
Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

T tabel pada level 0,05 dengan *DF* sebesar 40 adalah = 1,684 maka dapat dilihat bahwa uji t terhadap λ dari semua variabel yang mengkonstruk Kualitas pelayanan kesehatan lebih besar bila dibanding dengan t tabel, oleh karena itu dikatakan bahwa semua variabel signifikan, atau kalau kita lihat dari lampiran 13, terlihat bahwa semua *critical ratio* yang identik dengan t hitung semua nilainya adalah lebih besar dari 2,0 hal ini menunjukkan bahwa semua variabel-variabel itu secara signifikan merupakan dimensi dari factor laten yang dibentuk, dengan urutan kekuatan mengkonstruk Kualitas pelayanan sebagai berikut :

rambu ke arah Puskesmas (1,442), aman lingkungan (1,271), aman pelayanan (1,195), tepat pelayanan (1,125), petugas tanggap (1,123), sarana informasi (1,094), pelayanan selalu ada (1,071), suasana nyaman (1,006), Puskesmas menarik (1,000), perhatian khusus pelanggan (0,986).

7. Pengukuran Kinerja

Bila digambarkan dalam model untuk uji unidimensionalnya melalui *confirmatory factor analysis*, model pengukuran konstruk Kinerja akan nampak sebagai berikut



Gambar 31. Model Pengukuran Faktor Kinerja dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran faktor kinerja dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Tabel 60. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Faktor Kinerja Dengan *Confirmatory Factor Analysis*

Vo.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	0,000	Tidak dpt dihitung	-
2	Probability	Tidak dapat dihitung	≥ 0.05	-
3	RMSEA	Tidak dapat dihitung	≤ 0.08	-
4	GFI	1,000	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	Tidak dapat dihitung	≥ 0.90	-
6	CMIND/DF	Tidak dapat dihitung	≤ 2.00	-
7	TLI	Tidak dapat dihitung	≥ 0.95	-
8	CFI	Tidak dapat dihitung	≥ 0.95	-

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model yang diajukan ternyata hanya satu kriteria GFI yang dapat dihitung indeks kesesuaian (fit indeks) ini akan menghitung proporsi tertimbang dari varians dalam matriks konvarians sampel yang dijelaskan oleh matriks kovarians populasi yang terestimasi (Bentler, 1993; Tanaka & Huba,



1989 dalam Ferdinand, 2000:57). *GFI* adalah ukuran non-statistik yang mempunyai rentang nilai antara 0 (*poor fit*) sampai dengan 1 (*perfect fit*). Nilai yang tinggi dalam indeks ini menunjukkan sebuah "*better fit*", hasil penelitian menunjukkan cukup sesuai proporsi tertimbang dari varians dalam matriks kovarian sampel yang dibuktikan dengan hasil $GFI = 1.000$. Untuk mengetahui besarnya pengaruh indikator pada variabel Kinerja dapat diamati dari nilai *Loading factor* atau koefisien lamda yang menunjukkan signifikan.

Tabel 61. *Loading Factor* (λ) Kinerja

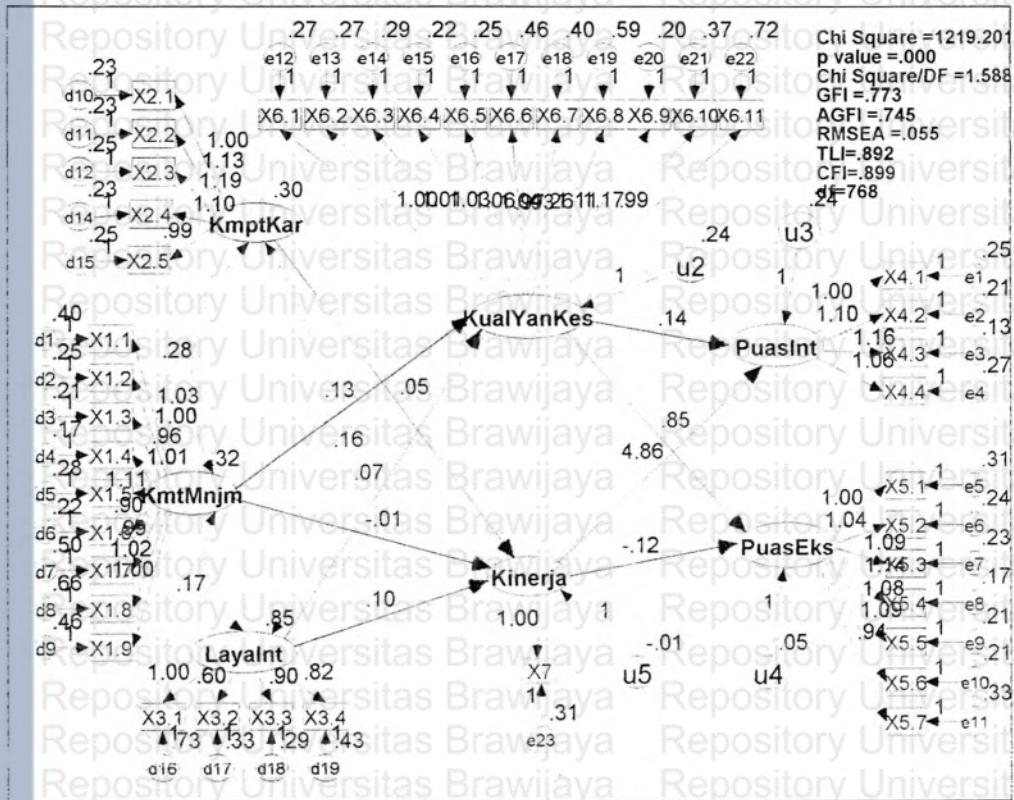
No.	Indikator	<i>Loading Factor</i> (λ)	T hitung	<i>Probability</i> (p)	Keterangan
1.	Kinerja	1,000		-	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

C. Pengukuran Model Struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas.

Setelah setiap faktor konstruk diukur dengan *first order* maupun *second order confirmatory factor analysis*, selanjutnya dimasukkan indikator-indikator yang signifikan untuk pengujian model lengkap yang menjelaskan pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja, kepuasan internal dan kepuasan eksternal Puskesmas dengan model persamaan struktural (*Structural Equation Modeling*).

Hasil pengujian model persamaan struktural tampak pada gambar 32



Gambar 32. Model Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Kepuasan Eksternal Puskesmas dengan *Confirmatory Factor Analysis*.

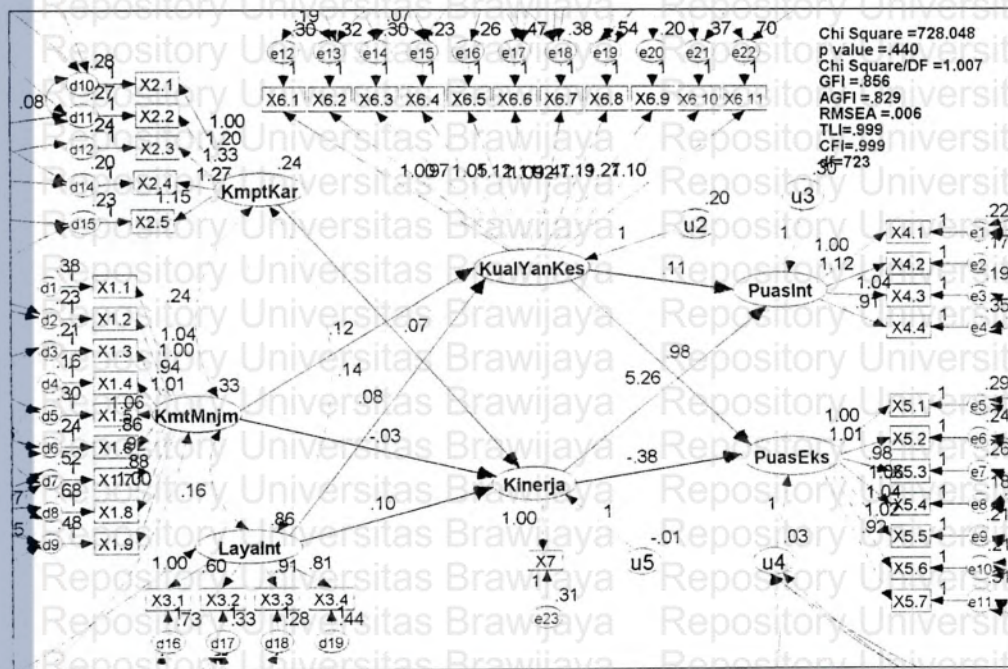
Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran persamaan struktural pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja, kepuasan internal dan kepuasan eksternal Puskesmas dengan *Confirmatory Factor Analysis*.

Tabel 62. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan Dan Proses Layanan Internal Terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal, Kepuasan Eksternal Puskesmas Dengan *Confirmatory Factor Analysis*

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	1219,201	833,581	Kurang Baik (diharap kecil)
2	<i>Probability</i>	0,000	≥ 0.05	Kurang Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,055	≤ 0.08	Kurang Baik
4	<i>GFI</i>	0,773	≥ 0.90	Kurang Baik
5	<i>AGFI</i>	0,745	≥ 0.90	Kurang Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	1,588	≤ 2.00	Kurang Baik
7	<i>TLI</i>	0,892	≥ 0.95	Cukup Baik
8	<i>CFI</i>	0,899	≥ 0.95	Cukup Baik
9	Derajat bebas	768		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Hasil evaluasi model menunjukkan kurang baik dan cukup baik, berarti model kurang sesuai dengan data. Maka model tersebut perlu dimodifikasi dengan berpedoman pada *modification indices*



Gambar 33. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal, Kepuasan Eksternal Puskesmas dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan dan kinerja Puskesmas dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 63. Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* Untuk Model Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan, Dan Proses Layanan Internal Terhadap Kualitas Pelayanan, Kinerja, Kepuasan Internal dan Eksternal Puskesmas Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Sudah Dimodifikasi

No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	728.048	786.663	Baik (Relatif kecil)
2	<i>Probability</i>	0,440	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,006	≤ 0.08	Baik
4	<i>GFI</i>	0,856	≥ 0.90	Cukup Baik
5	<i>AGFI</i>	0,829	≥ 0.90	Cukup Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	1,007	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	0,999	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	0,999	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	723		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Dari hasil evaluasi terhadap model semua kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang baik dan hanya dua yang menunjukkan cukup baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima.

Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan, kinerja, kepuasan internal dan kepuasan eksternal Puskesmas dilakukan pengujian :

a. Koefisien jalur yang menunjukkan hubungan kausal antara variabel :

Koefisien jalur menunjukkan hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh masing-masing indikator pada variabel dengan *confirmatory*

factor analysis yang telah dimodifikasi dapat diamati dari nilai *Coefficient Path* yang ditunjukkan dalam tabel 64

Tabel 64. Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan Antar Variabel-Variabel

No	Variabel	Coeff Patl	t Hitung	Probabilit (p)	Keterangan
1.	KualYanKes <-- LayaInt	0.075	1.757	0.079	Tidak Signifikan
2.	KualYanKes <-- KmtMnjm	0.123	1.871	0.061	Tidak Signifikan
3.	Kinerja <-- KmptKar	0.068	1.659	0.097	Tidak Signifikan
4.	Kinerja <-- KmtMnjm	0.025	-0.898	0.369	Tidak Signifikan
5.	Kinerja <-- LayaInt	0.099	2.458	0.014	Signifikan
6.	PuasInt <-- Kinerja	5.264	2.393	0.017	Signifikan
7.	PuasEks <--KualYanKes	0.984	8.038	0.000	Signifikan
8.	PuasInt <--KualYanKes	0.107	1.420	0.156	Tidak Signifikan
9.	PuasEks <--Kinerja	-0.377	-1.567	0.117	Tidak Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa hubungan antara :

1. Variabel layanan internal terhadap variabel kualitas pelayanan kesehatan dengan *Coefficient Path* 0,075 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka kurang dari 2 (1,757) dengan *probability* 0.079 ($> 0,05$) dikatakan bahwa variabel layanan internal tidak berpengaruh signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
2. Variabel komitmen manajemen terhadap variabel kualitas pelayanan kesehatan dengan *Coefficient Path* 0.123 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka kurang dari 2 (1.871) dengan *Probability* 0.061 ($> 0,05$) artinya bahwa variabel komitmen manajemen tidak berpengaruh signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
3. Variabel kompetensi karyawan terhadap variabel kinerja dengan *Coefficient Path* 0.068 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka kurang dari 2,0 (1.659) dengan *probability* 0.097 ($> 0,05$) artinya bahwa kompetensi karyawan tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel laten kinerja.

4. Variabel komitmen manajemen terhadap variabel kinerja dengan *Coefficient Path* 0.025 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka kurang dari 2,0 (-0.898) dengan *probability* 0.097 ($> 0,05$) artinya bahwa variabel komitmen manajemen tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel laten kinerja.
5. Variabel layanan internal terhadap variabel kinerja dengan *Coefficient Path* 0.099 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka lebih dari 2 (2.458) dengan *probability* 0.014 ($< 0,05$) dikatakan bahwa variabel layanan internal berpengaruh signifikan terhadap variabel laten kinerja.
6. Variabel kinerja terhadap variabel kepuasan internal dengan *Coefficient Path* 5.264 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka lebih dari 2 (2.393) dengan *probability* 0.017 ($< 0,05$) artinya bahwa variabel kinerja berpengaruh signifikan terhadap variabel laten kepuasan internal.
7. Variabel kualitas pelayanan kesehatan terhadap variabel kepuasan eksternal dengan *Coefficient Path* 0.984 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka lebih dari 2 (8.038) dengan *probability* 0.000 ($< 0,05$) artinya bahwa variabel komitmen manajemen berpengaruh signifikan terhadap variabel laten kepuasan eksternal.
8. Variabel kualitas pelayanan kesehatan terhadap variabel kepuasan internal dengan *Coefficient Path* 0.107 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka kurang dari 2 (1.420) dengan *probability* 0.156 ($> 0,05$) artinya variabel kualitas pelayanan kesehatan tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel laten kepuasan internal.
9. Variabel kinerja terhadap variabel kepuasan eksternal dengan *Coefficient Path* -0.377 (kurang dari 0,40) dan *CR* yang identik dengan *t* hitung

model pengukuran pengaruh proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 65. Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Proses Layanan Internal Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No.	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	73,099	105.2672	Baik (Relatif kecil)
2	<i>Probability</i>	0,773	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,000	≤ 0.08	Baik
4	<i>GFI</i>	0,953	≥ 0.90	Baik
5	<i>AGFI</i>	0,932	≥ 0.90	Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	0,811	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	1,010	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	1,000	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	83		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model semua kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas, berikut disajikan koefisien jalur yang menunjukkan hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh variabel proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan pesehatan di Puskesmas dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari nilai *Coefficient Path* ditunjukkan dalam tabel 66.

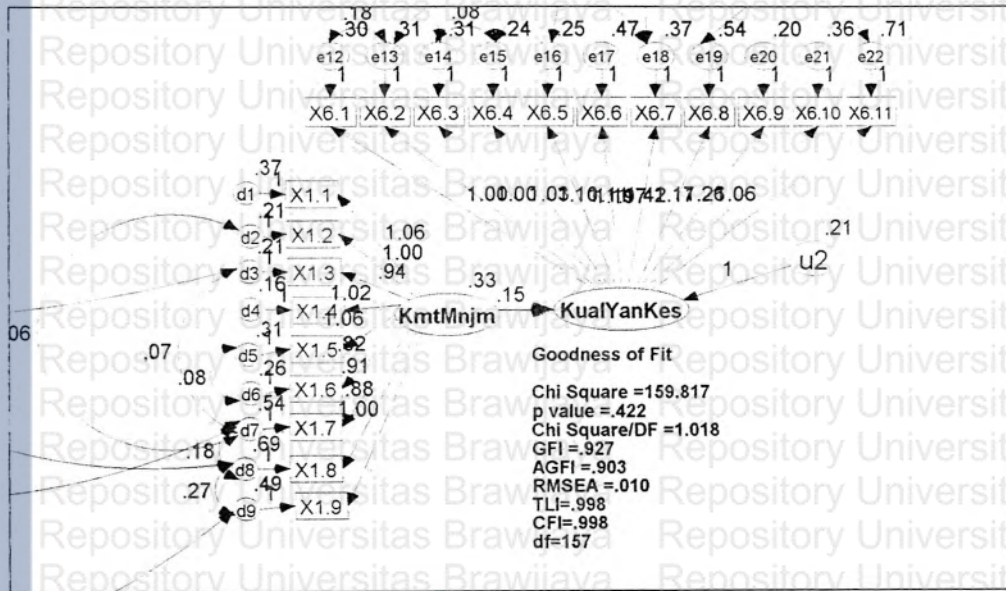
Tabel 66. Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan Antar Variabel Proses Pelayanan Internal Terhadap Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan.

No	Variabel	Coeff Patl	Hitung	Probability (p)	Keterangan
1.	KualYanKes <-- Layalnt	0.098	2.281	0.023	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Variabel layanan internal terhadap variabel kualitas pelayanan kesehatan dengan *Coefficient Path* 0,098 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka lebih dari 2,0 (2.281) dengan *probability* 0,023 ($< 0,05$) dikatakan bahwa variabel layanan internal berpengaruh signifikan pada variabel kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas.

2) Variabel Komitmen Manajemen terhadap Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan



Gambar 35. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Komitmen Manajemen terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran pengaruh variabel komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi.

Tabel 67. Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Komitmen Manajemen Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	159,817	187.2389	Baik (Relatif kecil)
2	<i>Probability</i>	0,422	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,010	≤ 0.08	Cukup Baik
4	<i>GFI</i>	0,927	≥ 0.90	Baik
5	<i>AGFI</i>	0,903	≥ 0.90	Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	1,018	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	0,998	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	0,998	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	157		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model hampir semua kriteria menunjukkan hasil yang baik, hanya satu cukup baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara Pengaruh komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas, berikut disajikan koefisien jalur yang menunjukkan hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh variabel komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari nilai *Coefficient Path* yang ditunjukkan dalam tabel 68.

Tabel 68. Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan Antar Variabel Komitmen Manajemen Terhadap Variabel Kualitas Pelayanan.

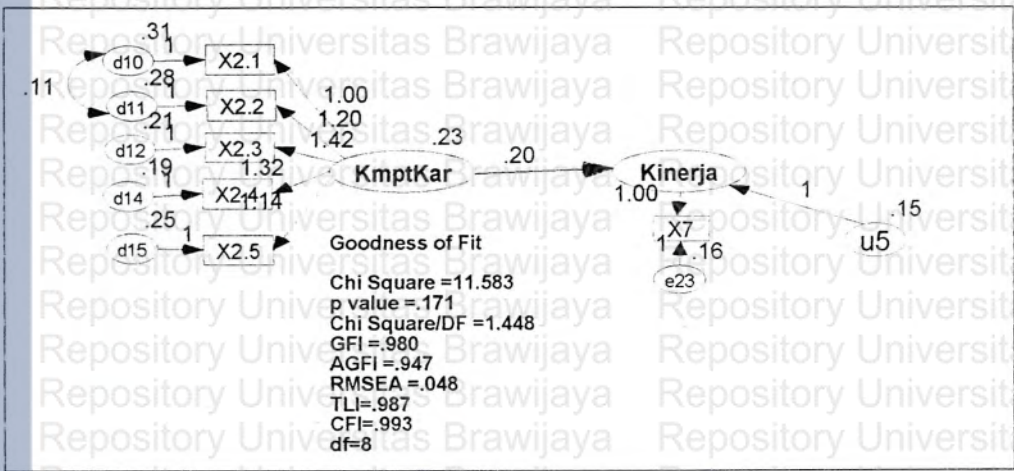
No	Variabel	Coeff Patl	Hitung	Probability (p)	Keterangan
1.	KualYanKes <-- KmtMnjm	0.151	2.292	0.022	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Variabel komitmen manajemen terhadap variabel kualitas pelayanan kesehatan dengan *Coefficient Path* 0.151 dan CR yang identik dengan t hitung menunjukkan angka lebih dari 2,0 (2.292) dengan *probability* 0.022 ($< 0,05$)

artinya variabel komitmen manajemen berpengaruh signifikan.pada variabel kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas

3) Variabel Kompetensi Karyawan terhadap Variabel Kinerja



Gambar 36. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Kompetensi Karyawan terhadap Kinerja dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan Evaluasi Kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran pengaruh kompetensi karyawan terhadap kinerja di Puskesmas dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 69 Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Pengaruh Kompetensi Karyawan Terhadap Kinerja Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	11,583	15,5073	Baik (Relatif kecil)
2	Probability	0,171	≥ 0.05	Baik
3	RMSEA	0,48	≤ 0.08	Kurang Baik
4	GFI	0,980	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	0,947	≥ 0.90	Baik
6	CMIND/DF	1,448	≤ 2.00	Baik
7	TLI	0,987	≥ 0.95	Baik
8	CFI	0,933	≥ 0.95	Cukup Baik
9	Derajat bebas	8		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model hampir semua kriteria menunjukkan hasil yang baik, satu cukup baik, dan satu kurang baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara pengaruh kompetensi karyawan terhadap kinerja, berikut disajikan koefisien jalur pengaruh variabel pengaruh kompetensi karyawan terhadap kinerja dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari nilai *coeffisient path* yang ditunjukkan dalam tabel 70.

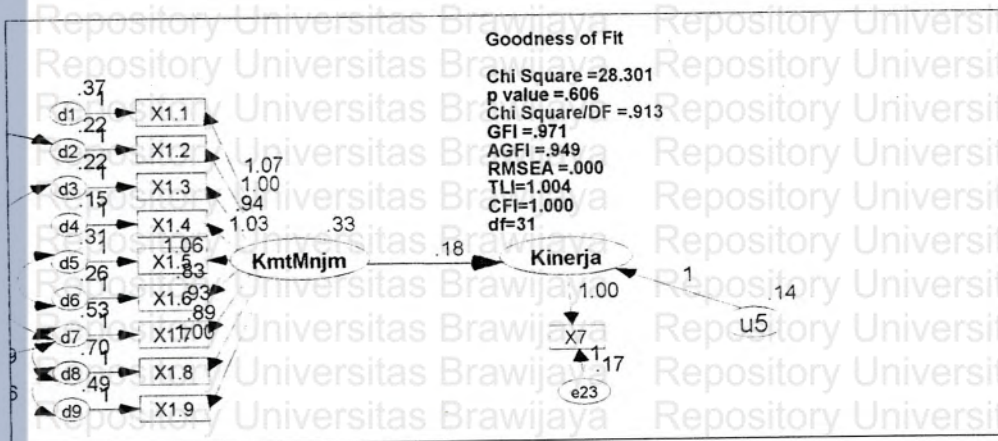
Tabel 70. Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan Antar Variabel Kompetensi Karyawan Terhadap Variabel Kinerja.

No	Variabel	Coeff Patl	T Hitung	Probability (p)	Keterangan
1.	Kinerja <-- Kompetensi Karyawan	0.199	2.234	0.025	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Variabel kompetensi karyawan terhadap kinerja dengan *Coefficient Path* 0.199 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka lebih dari 2,0 (2.234) dan *probability* 0, 025 ($< 0,05$) artinya bahwa variabel kompetensi karyawan berpengaruh signifikan terhadap variabel kinerja.

4) Variabel Komitmen Manajemen terhadap Variabel Kinerja



Gambar 37. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Komitmen Manajemen terhadap Variabel Kinerja dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran pengaruh variabel komitmen manajemen terhadap variabel kinerja dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 71. Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Variabel Komitmen Manajemen Terhadap Variabel Kinerja Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	28.301	44.98534	Baik (Relatif kecil)
2	<i>Probability</i>	0.606	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0.000	≤ 0.08	Baik
4	<i>GFI</i>	0.971	≥ 0.90	Baik
5	<i>AGFI</i>	0.949	≥ 0.90	Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	0.913	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	1.004	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	1.000	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	31		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model semua kriteria menunjukkan hasil yang baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara pengaruh variabel komitmen manajemen terhadap variabel kinerja, berikut disajikan koefisien jalur yang menunjukkan hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh variabel komitmen manajemen terhadap variabel kinerja dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari nilai *Coefficient Path* yang ditunjukkan dalam tabel 72

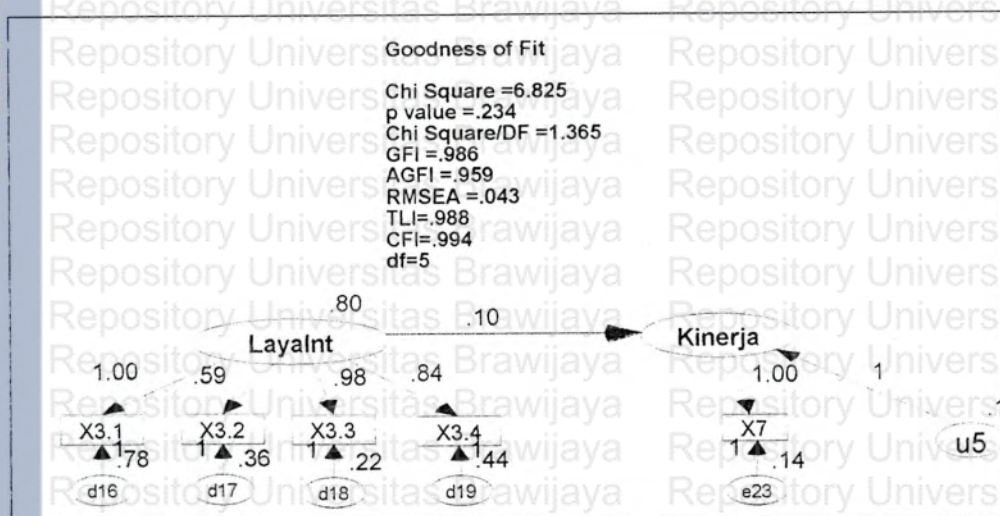
Tabel 72. Koefisien Jalur (Regresi Terstandar) Hubungan Antar Variabel Komitmen Manajemen Terhadap Variabel Kinerja

No	Variabel	<i>Coeff Patl</i>	T Hitung	<i>Probability (p)</i>	Keterangan
1.	Kinerja <-- KmtMnjm	0.180	2.462	0.014	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan dari lampiran 13.

Variabel komitmen manajemen terhadap variabel kinerja dengan *coefficient path* 0.180 dan *probability* 0,014 (< 0.05) dengan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka lebih dari 2,0 (2.462) artinya variabel komitmen manajemen berpengaruh signifikan terhadap variabel kinerja.

5) Variabel Layanan Internal terhadap Variabel Kinerja



Gambar 38. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Layanan Internal terhadap Variabel Kinerja dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran pengaruh variabel layanan internal terhadap variabel kinerja dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 73. Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Variabel Layanan Internal Terhadap Variabel Kinerja Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	6,825	11.07048	Baik (Relatif kecil)
2	<i>Probability</i>	0,234	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,43	≤ 0.08	Kurang Baik
4	<i>GFI</i>	0,986	≥ 0.90	Baik
5	<i>AGFI</i>	0,959	≥ 0.90	Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	1,365	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	0,988	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	0,994	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	5		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Dari hasil evaluasi terhadap model hampir semua kriteria menunjukkan hasil yang baik, satu kurang baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara pengaruh variabel layanan internal terhadap variabel kinerja, berikut disajikan koefisien jalur yang menunjukkan hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh variabel layanan internal terhadap variabel kinerja dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari *Coefficient Path* yang ditunjukkan dalam tabel 74.

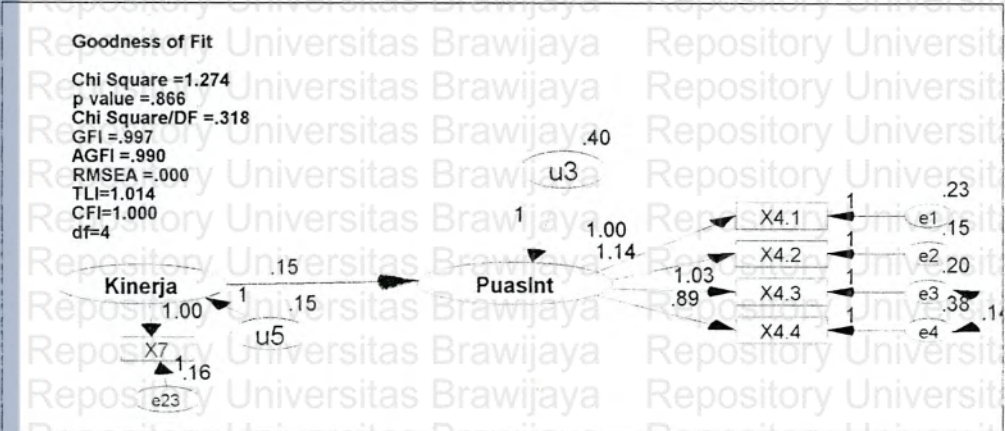
Tabel 74. Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan Antar Variabel Layanan Internal Terhadap Variabel Kinerja

No	Variabel	<i>Coeff Path</i>	T Hitung	<i>Probability (p)</i>	Keterangan
1.	Kinerja <--LayaInt	0.098	2.053	0.040	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Variabel layanan internal terhadap variabel kinerja dengan *Coefficient Path* 0,098 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka lebih dari 2,0 (2.053), juga $p = 0,04$ ($< 0,05$) yang artinya variabel tersebut berpengaruh signifikan.

6) Variabel Kinerja terhadap Variabel Kepuasan Internal



Gambar 39. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kinerja terhadap Variabel Kepuasan Internal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran pengaruh variabel kinerja terhadap variabel kepuasan Internal dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 75. Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Variabel Kinerja Terhadap Variabel Kepuasan Internal Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	Chi-square	1,274	9.487728	Baik (Relatif kecil)
2	Probability	0,866	≥ 0.05	Baik
3	RMSEA	0,000	≤ 0.08	Baik
4	GFI	0.997	≥ 0.90	Baik
5	AGFI	0.990	≥ 0.90	Baik
6	CMIND/DF	0.318	≤ 2.00	Baik
7	TLI	1,014	≥ 0.95	Baik
8	CFI	1,000	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	4		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model semua kriteria yang digunakan menunjukkan hasil yang baik berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara pengaruh variabel kinerja terhadap variabel kepuasan internal, berikut disajikan koefisien jalur yang



menunjukkan hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh variabel Kinerja terhadap variabel kepuasan internal dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari nilai *Coefficient Path* yang ditunjukkan dalam tabel 76.

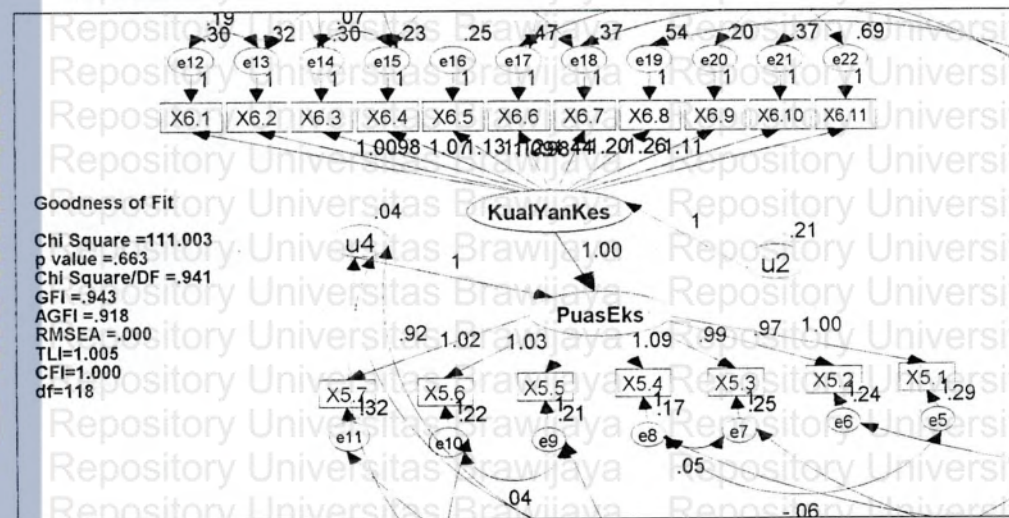
Tabel 76. Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan Antar Variabel Kinerja Terhadap Variabel Kepuasan Internal

No	Variabel	Coeff Path	Hitung	Probability (p)	Keterangan
1.	PuasInt <-- Kinerja	0.150			Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Tampak bahwa variabel kinerja berpengaruh terhadap variabel kepuasan Internal sebesar 0,150

7) Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Variabel Kepuasan Eksternal



Gambar 40. Pengukuran persamaan struktural Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Variabel Kepuasan Eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model

pengukuran pengaruh variabel kualitas pelayanan kesehatan terhadap variabel kepuasan eksternal dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 77 Pengukuran Persamaan Struktural Pengaruh Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Variabel Kepuasan Eksternal Dengan *Confirmatory Factor Analysis* Yang Telah Dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	11,583	15,5073	Baik (Relatif kecil)
2	<i>Probability</i>	0,171	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,48	≤ 0.08	Kurang Baik
4	<i>GFI</i>	0,980	≥ 0.90	Baik
5	<i>AGFI</i>	0,947	≥ 0.90	Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	1,448	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	0,987	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	0,933	≥ 0.95	Cukup Baik
9	Derajat bebas	8		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model hampir semua kriteria menunjukkan hasil yang baik, satu cukup baik, dan satu kurang baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara pengaruh variabel kualitas pelayanan kesehatan terhadap variabel kepuasan eksternal, berikut disajikan koefisien jalur yang menunjukkan hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh variabel kualitas pelayanan kesehatan terhadap variabel kepuasan eksternal dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari *Coefficient Path*. yang ditunjukkan dalam tabel 78.

Tabel 78. Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan antara Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Variabel Kepuasan Eksternal.

No	Variabel	<i>Coeff Patl</i>	Hitung	<i>Probability (p)</i>	Keterangan
1.	PuasEks <-- KualYanKes	1.002	8.033	0.000	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Tabel 79. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Variabel Kepuasan Internal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	89,168	106.3949	Baik (Relatif kecil)
2	<i>Probability</i>	0,329	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,018	≤ 0.08	Baik
4	<i>GFI</i>	0,980	≥ 0.90	Baik
5	<i>AGFI</i>	0,947	≥ 0.90	Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	1,062	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	0,946	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	0,922	≥ 0.95	Cukup Baik
9	Derajat bebas	84		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model hampir semua kriteria menunjukkan hasil yang baik, satu cukup baik, dan satu kurang baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara pengaruh variabel kualitas pelayanan kesehatan terhadap variabel kepuasan internal, berikut disajikan koefisien jalur hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh variabel kualitas pelayanan kesehatan terhadap variabel kepuasan internal dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari *Coefficient Path*. yang ditunjukkan dalam tabel 80.

Tabel 80. Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan antar Variabel

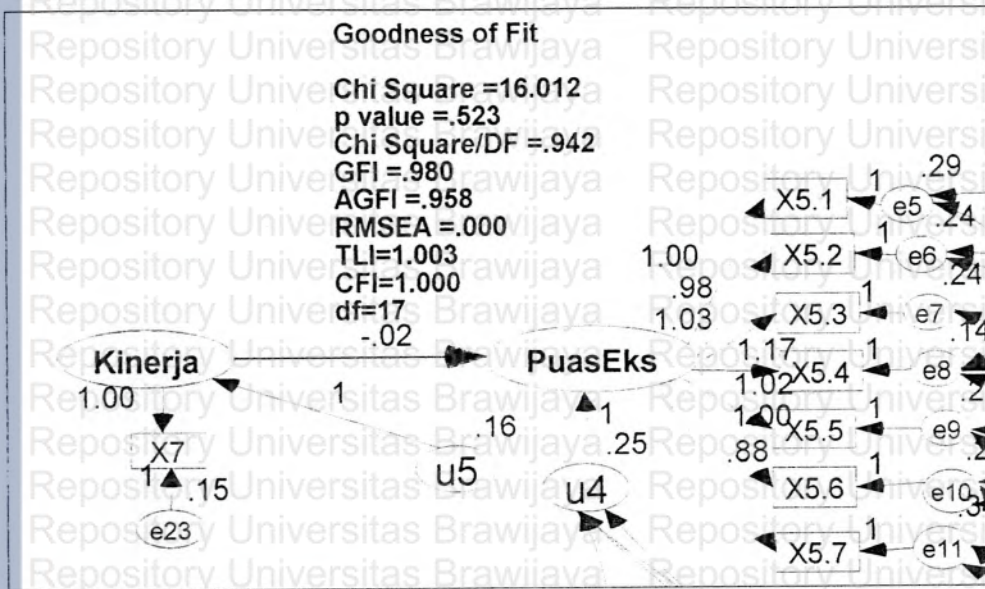
No	Variabel	Coeff Pati	Hitung	Probability (p)	Keterangan
1.	PuasInt <-- KualYanKe	0.336	3.003	0.003	Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Variabel kualitas pelayanan kesehatan terhadap variabel kepuasan internal dengan *Coefficient Path* 0.336 dan *CR* yang identik dengan *t* hitung menunjukkan angka lebih dari 2,0 (3.003) dengan *probability* 0,003 ($< 0,05$)

dikatakan bahwa variabel kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap variabel kepuasan internal.

9) Variabel Kinerja terhadap Variabel Kepuasan Eksternal



Gambar 42. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kinerja terhadap Variabel Kepuasan Eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

Untuk mengetahui apakah model pengukuran memiliki *Goodness of Fit Indices* yang baik, berikut ini disajikan evaluasi kriteria *Good of Fit Indices* untuk model pengukuran variabel kinerja terhadap variabel kepuasan eksternal dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi

Tabel 81. Pengukuran persamaan struktural Pengaruh Variabel Kinerja terhadap Variabel Kepuasan Eksternal dengan *Confirmatory Factor Analysis* yang telah dimodifikasi

No	Kriteria	Hasil*)	Nilai Kritis**)	Evaluasi Model
1	<i>Chi-square</i>	16,012	27.5871	Baik (Relatif kecil)
2	<i>Probability</i>	0,523	≥ 0.05	Baik
3	<i>RMSEA</i>	0,000	≤ 0.08	Baik
4	<i>GFI</i>	0,980	≥ 0.90	Baik
5	<i>AGFI</i>	0,958	≥ 0.90	Baik
6	<i>CMIND/DF</i>	0,942	≤ 2.00	Baik
7	<i>TLI</i>	1,003	≥ 0.95	Baik
8	<i>CFI</i>	1,000	≥ 0.95	Baik
9	Derajat bebas	17		

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Dari hasil evaluasi terhadap model hampir semua kriteria menunjukkan hasil baik, satu cukup baik, dan satu kurang baik, berarti model sudah sesuai dengan data atau model dapat diterima. Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara pengaruh variabel kinerja terhadap variabel kepuasan eksternal, berikut disajikan koefisien jalur yang menunjukkan hubungan kausal antara variabel serta besarnya pengaruh variabel kinerja terhadap variabel kepuasan eksternal dengan *confirmatory factor analysis* yang telah dimodifikasi dapat diamati dari nilai *Coefficient Path* yang ditunjukkan dalam tabel 82.

Tabel 82. Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan antar Variabel

No	Variabel	Coeff Patl	r Hitung	Probability (p)	Keterangan
1.	PuasEksternal<--Kinerja	-0.020			Tidak Signifikan

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Variabel kinerja terhadap variabel kepuasan eksternal dengan *Coefficient Path* -0.020 dikatakan bahwa variabel kinerja tidak berpengaruh dan tidak signifikan terhadap variabel kepuasan eksternal.

Dari ke sembilan hubungan kausalitas tersebut di atas hanya hubungan antara variabel kinerja yang tidak signifikan mempengaruhi variabel kepuasan eksternal,

baik secara system maupun parsial hal ini disebabkan karena variabel kinerja tidak bersentuhan langsung dengan pasien sebagai pelanggan eksternal.

b. Analisis atas *Direct Effect*, *Indirect Effect*, dan *Total Effect*

Untuk menganalisis kekuatan pengaruh antar konstruk baik yang berpengaruh langsung dan tidak langsung maupun pengaruh totalnya, di mana Efek langsung (*Direct Effect*) adalah koefisien dari semua garis koefisien dengan anak panah satu ujung. Efek tidak langsung adalah efek yang muncul melalui sebuah variabel antara. Efek total adalah efek dari berbagai hubungan.

Tabel 83. *Standardized Direct Effects - Estimates*

	LayaInt	KmtMnj	ImptKa	Kinerja	KualYanKe	PuasInt	PuasEks
Kinerja	1.577	-0.248	0.574	0.000	0.000	0.000	0.000
KualYanKe	0.150	0.151	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PuasInt	0.000	0.000	0.000	0.483	0.079	0.000	0.000
PuasEks	0.000	0.000	0.000	-0.045	0.940	0.000	0.000

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Tabel 83 menunjukkan bahwa efek langsung variabel LayaInt terhadap Kinerja 1,577, terhadap KualYanKes 0,150, sedangkan efek langsung variabel KmtMnj terhadap Kinerja -0,248, terhadap KualYanKes 0,151, efek langsung KmptKar terhadap Kinerja 0,547, efek langsung Kinerja terhadap PuasInt 0,483, terhadap PuasEks -,0,045, efek langsung KualYanKes terhadap PuasInt 0,079, terhadap PuasEks 0,940.

Tabel 84. *Standardized Indirect Effects - Estimates*

	LayaInt	KmtMnj	ImptKa	Kinerja	KualYanKe	PuasInt	PuasEks
Kinerja	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
KualYanKe	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PuasInt	0.773	-0.108	0.277	0.000	0.000	0.000	0.000
PuasEks	0.070	0.153	-0.026	0.000	0.000	0.000	0.000

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Tabel 84 menunjukkan bahwa efek tidak langsung dari variabel Layalnt terhadap PuasInt adalah 0,773, terhadap PuasEks adalah 0,070, efek tidak langsung dari variabel KmtMnj terhadap PuasInt adalah -0,108, terhadap PuasEks 0,153, efek tidak langsung dari variabel KmptKar terhadap PuasInt 0,277, terhadap PuasEks -0,026.

Tabel 85. *Standardized Total Effects - Estimates*

	Layalnt	KmtMnj	kmptKa	Kinerja	KualYanKe	PuasInt	PuasEks
Kinerja	1.577	-0.248	0.574	0.000	0.000	0.000	0.000
KualYanKe	0.150	0.151	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PuasInt	0.773	-0.108	0.277	0.483	0.079	0.000	0.000
PuasEks	0.070	0.153	-0.026	-0.045	0.940	0.000	0.000

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13.

Tabel 85 menunjukkan bahwa efek total variabel Layalnt terhadap Kinerja 1,577, terhadap KualYanKes 0,150, terhadap PuasInt 0,773, terhadap PuasEks 0,070, sedangkan efek langsung variabel KmtMnj terhadap Kinerja -0,248, terhadap KualYanKes 0,151, terhadap PuasInt -0,08, terhadap PuasEks 0,153, efek langsung KmptKar terhadap Kinerja 0,547, terhadap PuasInt 0,277, terhadap PuasEks - 0,026, efek langsung Kinerja terhadap PuasInt 0,483, terhadap PuasEkst - 0,045, efek langsung KualYanKes terhadap PuasInt 0,079, terhadap PuasEks 0,940.

D. Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas dibanding Penderita Yang Berobat di Puskesmas.

Dalam penelitian didapatkan temuan bahwa untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas kepada pasien Puskesmas dipandang perlu untuk menyamakan persepsi tentang kualitas

elayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas baik oleh provider dalam hal ini kepala Puskesmas maupun oleh pelanggan yaitu pasien Puskesmas.

Di dalam pengujian yang menggunakan program *SPSS (Independent Samples Test)*, di dapatkan hasil pada lampiran 14 bahwa :

1. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel sehat pasien pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,782 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan kemejukan kesehatan pasien sama dengan persepsi pasien.
2. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel tampilan karyawan pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,510 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan tampilan karyawan sama dengan persepsi pasien.
3. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel komunikasi petugas pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,745 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan komunikasi petugas sama dengan persepsi pasien.
4. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel perhatian petugas kepada pasien pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,165 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan perhatian petugas kepada pasien sama dengan persepsi pasien.
5. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel kemampuan petugas dalam melayani pasien pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,988 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan kemampuan petugas dalam melayani pasien sama dengan persepsi pasien.

6. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel keramahan petugas terhadap pasien pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,318 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan keramahan petugas terhadap pasien sama dengan persepsi pasien.
7. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel kesesuaian tariff Puskesmas terhadap mutu pelayanan kesehatan pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,171 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan kesesuaian tariff Puskesmas terhadap mutu pelayanan sama dengan persepsi pasien.
8. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel suasana Puskesmas menarik pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,497 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan suasana Puskesmas yang menarik sama dengan persepsi pasien.
9. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel kenyamanan suasana Puskesmas pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,703 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan kenyamanan suasana Puskesmas sama dengan persepsi pasien.
10. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel pelayanan yang ada di Puskesmas pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,294 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan pelayanan yang ada di Puskesmas sama dengan persepsi pasien.
11. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel ketepatan pelayanan seperti yang dijanjikan pada *Lavene's Test for Equality of*



variances signifikan pada 0,012 yang berarti bahwa H_0 ditolak dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan ketepatan pelayanan seperti yang dijanjikan tidak sama dengan persepsi pasien, karena itu perlu ditindak lanjuti.

12. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel sikap tanggap petugas terhadap kebutuhan pasien pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,014 yang berarti bahwa H_0 ditolak dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan sikap tanggap petugas terhadap kebutuhan pasien tidak sama dengan persepsi pasien, karena itu perlu ditindak lanjuti.

13. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel perhatian khusus petugas terhadap pasien khronis (pelanggan tetap) pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,820 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan perhatian khusus petugas terhadap pasien khronis sama dengan persepsi pasien.

14. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel ketersediaan sarana informasi pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,499 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan ketersediaan informasi di Puskesmas sama dengan persepsi pasien.

15. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel keberadaan rambu sebagai petunjuk arah ke Puskesmas pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,023 yang berarti bahwa H_0 ditolak dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan keberadaan rambu sebagai petunjuk arah ke Puskesmas tidak sama dengan persepsi pasien, karena itu perlu ditindak lanjuti.

16. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel rasa aman pasien akan pelayanan kesehatan di Puskesmas pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,024 yang berarti bahwa H_0 ditolak dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan rasa aman pasien akan pelayanan kesehatan di Puskesmas tidak sama dengan persepsi pasien, karena itu perlu ditindak lanjuti.
17. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel rasa aman pasien terhadap lingkungan Puskesmas pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,762 yang berarti bahwa H_0 diterima dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan rasa aman pasien terhadap lingkungan Puskesmas sama dengan persepsi pasien.
18. Persepsi pimpinan Puskesmas dan penderita akan variabel ketersediaan sarana transportasi (ambulan) untuk merujuk pasien ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi pada *Lavene's Test for Equality of variances* signifikan pada 0,009 yang berarti bahwa H_0 ditolak dengan kata lain bahwa persepsi pimpinan Puskesmas akan variabel ketersediaan sarana transportasi (ambulan) untuk merujuk pasien ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi tidak sama dengan persepsi pasien, karena itu perlu ditindak lanjuti.

5.2. Pembahasan

Dalam sub bab ini membahas hasil penelitian mulai dari gambaran umum Puskesmas di Jawa Timur, variabel penelitian dan analisis hasil penelitian

5.2.1. Puskesmas di Jawa Timur

Puskesmas di Jawa Timur dalam menentukan Visinya mengacu pada Visi Departemen Kesehatan yaitu Indonesia Sehat di tahun 2010, yang dikembangkan ke lingkup Kecamatan Sehat tahun 2010 dan Puskesmas Sehat tahun 2010, pengembangan visi juga ke arah pelayanan kesehatan prima sesuai dengan instruksi Menteri Kesehatan tentang pelayanan prima yang .menyangkut beberapa aspek meliputi (1) masalah ketepatan, konsistensi dan konsekuensi dari prosedur pelayanan kesehatan yang ada. (2) adanya hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan yang diatur secara jelas, (3) tersedianya loket informasi atau kotak saran bagi penerima pelayanan yang dipantau dan dievaluasi, (4) penanganan proses pelayanan dilakukan oleh petugas yang berwenang dan kompeten, mampu, terampil dan profesional sesuai dengan spesifikasi tugasnya, (5) terciptanya pola pelayanan yang tepat sesuai dengan sifat dan jenis pelayanan yang bersangkutan dengan mempertimbangkan efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaannya, (6) biaya atau tarif yang wajar dengan memperhitungkan kemampuan masyarakat, (7) pemberian pelayanan dilaksanakan secara tertib, teratur dan adil, tidak membedakan status sosial dan merata, (8) terjaminnya kebersihan dan sanitasi lingkungan tempat dan fasilitas pelayanan dan (9) petugas memberikan pelayanan dengan sikap ramah dan sopan, serta berupaya meningkatkan kinerja pelayanan secara optimal, Depkes (1999), hal ini sesuai juga dengan pelayanan prima yang diidentifikasi oleh Zeithamal, Berry dan Parasuraman yaitu 10 kriteria yang digunakan oleh pelanggan untuk menilai mutu pelayanan (*service quality*) : fasilitas fisik,



kehandalan, responsif, komunikasi, kredibilitas, rasa aman, kompetensi, sopan santun, pemahaman pada pelanggan dan akses namun sementara ini yang dilakukan oleh Puskesmas dalam melakukan pelayanan kesehatan pada masyarakat masih diarahkan pada protap cara pemeriksaan suatu kasus penyakit tertentu yang disebut *Quality Assurance*. Departemen Kesehatan telah mengadakan pelatihan yang hanya diikuti oleh kepala Puskesmas dan paramedis sejumlah 37,0%, tanpa disertai oleh petugas lain. *Quality Assurance* ini ditekankan pada cara penanganan/pemeriksaan suatu kasus/penyakit sesuai dengan protap yang telah ditentukan sehingga petugas ataupun pasien sering beranggapan bila cara ini dilaksanakan akan menghabiskan waktu terlalu lama, sedangkan pada pelayanan prima lebih dititik beratkan pada kebutuhan pasien agar dapat memenuhi kepuasan pasien secara umum.

Misi Puskesmas mengacu pada pedoman Departemen Kesehatan yang dikembangkan sesuai kebutuhan daerah dan karakteristik masing-masing.

Contohnya kota Malang dengan karakter penduduk perkotaan, tingkat pendidikan, pendapatan yang relatif tinggi, pengembangan pelayanan diarahkan kepada spesialisasi diantaranya pelayanan Puskesmas dengan fasilitas pelayanan gigi plus yang setara dengan rumah sakit, pelayanan kesehatan fisio terapi, pelayanan kesehatan alternatif, *sport medicine center*.

Di kabupaten Lumajang pelayanan perawatan kasus mata, pelayanan kesehatan alternatif tanaman obat keluarga dan tusuk jarum. Di kabupaten Gresik pengembangan pelayanan kesehatan diarahkan pada pertolongan pertama kepada penyelam atau nelayan.

Adanya keaneka ragaman tingkat perkembangan sosial, ekonomi dan budaya masyarakat di berbagai wilayah Indonesia, perlu ditetapkan indikator untuk masing-masing daerah mengacu kepada komitmen global, regional, nasional dan spesifik daerah. Penajaman sasaran dan prioritas secara lebih

spesifik perlu dirumuskan oleh masing-masing daerah dalam suatu standar pelayanan minimal.

Pada era otonomi daerah, Puskesmas diharapkan dapat menentukan program pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan wilayah masing-masing, keadaan ini di sebagian besar Puskesmas sudah terlaksana 86,4%, telah mempunyai program inovatif sesuai kebutuhan wilayah, tanpa meninggalkan program pokok, fungsi dan kegiatan Puskesmas yang ditentukan oleh Departemen Kesehatan yaitu :

1. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motor, motivator dan pemantauan terselenggaranya proses pembangunan di wilayah kerjanya agar berdampak positif terhadap kesehatan. Pembangunan dikatakan berwawasan kesehatan bila pembangunan tersebut berpengaruh pada terciptanya lingkungan sehat dan perilaku sehat, yang akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tujuannya adalah agar seluruh tatanan di kecamatan tersebut tergolong sehat, berdampak positif pada lingkungan dan perilaku sehat.

Kegiatan Puskesmas dalam menjalankan fungsi pertama adalah :

- Amdak: analisis mengenai dampak kesehatan, artinya yang dianalisis bukan hanya dampaknya pada lingkungan, tetapi juga pada perilaku sehat masyarakatnya. Hasilnya adalah peta tatanan sehat dan tatanan yang belum sehat.
- Rekomendasi ke instansi terkait, khususnya untuk tatanan yang belum sehat
- Intervensi, tindakan yang perlu dilakukan oleh Puskesmas
- Pemantauan apakah rekomendasi ditindak-lanjuti atau tidak.

Pada fungsi ini, substansi programnya terutama adalah kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan.

2. Pusat Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga

Sebagai Pusat Pemberdayaan Masyarakat, Puskesmas ikut memberdayakan masyarakat agar masyarakat tahu, mau dan mampu menjaga dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri. Wujud pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan adalah :

- a. Tumbuh dan berkembangnya bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) seperti terbentuknya Posyandu, Pos obat desa, Poskestren dan lain-lain.
- b. Terjalinnya kemitraan dengan berbagai institusi masyarakat, Lembaga swadaya masyarakat (LSM), swasta, dan lain-lain, dalam bentuk kerjasama, kontrak kerja sehingga dapat mempercepat terwujudnya fungsi Puskesmas secara optimal.

Kegiatan Puskesmas untuk menjalankan fungsi pemberdayaan masyarakat adalah:

- a. Analisis keterjangkauan dan perkembangan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) untuk selanjutnya dituangkan dalam perencanaan
- b. Implementasi kegiatan 'tumbuh-kembang' UKBM
- c. Mengembangkan berbagai forum komunikasi untuk menginformasikan potret UKBM dan upaya yang perlu dilakukan untuk memperbaiki potret tersebut.
- d. Mengembangkan kemitraan dengan LSM, organisasi masyarakat dan dunia usaha.
- e. Bekerjasama dengan Badan Penyantun Puskesmas, mengembangkan berbagai program kesehatan sesuai dengan *demand* masyarakat setempat.

Kegiatan Puskesmas untuk menjalankan fungsi pemberdayaan keluarga adalah:

- a . Analisis IPKS (Indeks Potensi Keluarga Sehat) di wilayahnya.
- b . Merumuskan intervensi yang spesifik lokal guna meningkatkan IPKS
- c . Mengembangkan berbagai metoda dan media pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan,
- d . Memantau perkembangan IPKS
- e . Diseminasi informasi tentang pencapaian IPKS kepada masyarakat, lintas sektor, LSM dan pihak terkait lainnya.

Pada fungsi yang kedua ini, substansinya adalah promosi kesehatan dan program prioritas di wilayah tersebut.

5.2.2. Pimpinan Puskesmas

Sebagai produsen jasa pelayanan kesehatan, sumber daya manusia yang berkomitmen dan berkompotensi merupakan aset sangat penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, untuk itu dibutuhkan seorang pemimpin yang dapat berfungsi sebagai penggerak anggota kelompok agar mau bekerja sama dan bekerja secara ikhlas serta bergairah untuk mencapai tujuan seperti yang dikatakan oleh Terry (1977). Pimpinan Puskesmas di Jawa Timur yang menjadi responden dalam penelitian adalah 99,0% pegawai negeri sedang 1% dokter pegawai tidak tetap, golongan 3 sebesar 60,1% dan golongan 4 sebesar 38,9%, pendidikan kepala Puskesmas adalah dokter umum 88,4%, dokter gigi 9,1%, sarjana kesehatan masyarakat 2%, dan pascasarjana 0,5%, disini tampak bahwa sudah ada pergeseran pimpinan kepala Puskesmas yang dari dokter umum ke sarjana kesehatan yang lain, hal ini dirasakan semakin baik, sehingga mengembalikan dokter pada fungsinya sebagai pelaksana dalam pelayanan kesehatan akan meningkatkan kualitas pelayanan yang dihasilkan.

Lama kerja pimpinan Puskesmas yang ≤ 5 tahun adalah 30,8% ini merupakan yang tertinggi, hal ini dimungkinkan karena adanya mutasi dilingkungan Dinas Kesehatan setempat, bila dibandingkan dengan yang lama kerja diatas 16 tahun 38,4%, hal ini dimungkinkan karena dokter senior cenderung untuk tidak berpindah tempat, sesuai dengan sebagian besar umur responden adalah diatas 35 tahun 78,2% yang menunjukkan bahwa sebagian besar dokter di Puskesmas lebih memilih tetap berada di Puskesmas.

Fungsi manajemen Puskesmas meliputi perencanaan, monitoring dan evaluasi, dalam hal perencanaan 16,67% Puskesmas membuat secara lengkap sesuai acuan Departemen Kesehatan yaitu Mikroplaning, Plan Of Action, Minilokakarya serta Jadwal kegiatan harian. Pada penelitian ini sebagian besar Puskesmas hanya membuat *Plan Of Action* (POA), 26,26 % disertai dengan pembuatan minilokakarya, hanya 2,02% yang tidak membuat perencanaan, sehingga dapat dikatakan bahwa Puskesmas selalu membuat perencanaan walau dalam bentuk sederhana.

Sesuai pedoman Departemen Kesehatan tentang evaluasi kegiatan program di Puskesmas, terdapat empat macam kegiatan evaluasi yang harus dilakukan oleh Puskesmas yaitu kegiatan evaluasi tiap bulan, tiap tribulan, tiap 6 bulan dan tahunan. Puskesmas yang melakukan evaluasi secara lengkap sebanyak 10,10%, sedang yang terbanyak adalah melakukan evaluasi tiap bulan 54,04%, tiap tribulan 33,33%, tiap semester 32,80% dan tiap tahun 30,82%, menunjukkan Puskesmas selalu mengadakan evaluasi pelaksanaan kegiatan program walau belum seperti anjuran Departemen Kesehatan.

5.2.3. Karyawan Puskesmas

Petugas Puskesmas yang berhubungan langsung dengan pasien adalah bidan, perawat, petugas loket dan petugas apotik melayani mulai dari kedatangan yaitu di loket, pelayanan pemeriksaan kesehatan sampai pulang saat menerima obat dari petugas apotik, dengan status kepegawaian sebagian besar 57,6% adalah golongan 1,2 dan honorer terutama adalah petugas loket dan apotik, dengan pendidikan sekolah dasar 2,4%, yang paling banyak berpendidikan setara sekolah menengah pertama dan lanjutan 56,3%, sedang sarjana hanya 1,3% dengan lama kerja rata-rata di atas 6 tahun hal ini disebabkan pada tataran karyawan jarang terjadi mutasi.

5.2.4. Penderita di Puskesmas

Untuk menggali informasi tentang variabel kepuasan pelanggan eksternal, kualitas pelayanan diambil responden sebanyak 5 orang pasien Puskesmas kemudian diambil modusnya untuk mendapatkan kecenderungan modus pelayanan di sebuah Puskesmas agar sesuai kenyataan. Umur penderita yang berobat ke Puskesmas merata dari berumur kurang dari 20 tahun sampai di atas 60 tahun, sebagian besar pelanggan Puskesmas dilihat dari 85,6% adalah pasien yang sebelumnya pernah berobat di Puskesmas, hanya 14,4% yang merupakan pasien baru, dengan pendidikan cukup merata tidak hanya didominasi oleh masyarakat berpendidikan rendah (SLTP ke bawah) 56,6% tetapi berpendidikan tinggipun juga sebagai konsumen 43,4% hal ini membuktikan mulai ada pergeseran segmen pasar pada pengguna jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pekerjaan penderita 24,8% tidak bekerja, mereka adalah anak sekolah dan ibu rumah tangga, sedang jenis pekerjaan terbesar adalah petani atau buruh tani 22,2% (pada umumnya di Jawa Timur

adalah Puskesmas kawasan pertanian) dan 23,0% adalah di bidang swasta, pendapatan per bulan 0 rupiah adalah 24,8 % hal ini disebabkan respondennya kebanyakan ibu rumah tangga dan anak sekolah, ≤ 250.000 rupiah 32,8% adalah peserta JPSBK (jaring pengaman bidang kesehatan), sedang 22,1% berpenghasilan diatas 500.000 rupiah, untuk mendapatkan potret yang sesungguhnya kondisi ekonomi pasien Puskesmas seharusnya pada pertanyaan ini ditegaskan bahwa penghasilan yang dimaksud adalah penghasilan total keluarga bukan penghasilan responden, namun tetap terdapat kendala karena pasien anak sekolah biasanya tidak tahu berapa penghasilan orang tuanya.

Alasan penderita berobat ke Puskesmas adalah 48,2% percaya dan puas akan kualitas pelayanan Puskesmas, 14,3% karena biayanya relatif murah hingga dapat terjangkau oleh masyarakat. Sebanyak 74,6% pasien tahu akan tarif Puskesmas dengan memberikan kesan bahwa tarif Puskesmas cukup sampai murah adalah 95,9%, hal ini menggambarkan bahwa tarif Puskesmas terjangkau oleh masyarakat merekapun berpendapat bahwa tarif Puskesmas yang berkisar antara 1.500 rupiah sampai dengan 7.500 rupiah sesuai dengan kualitas pelayanan kesehatan yang di dapatkan (99,5%), sedangkan pasien yang tidak tahu akan besar tarif Puskesmas adalah 25,4%, mereka adalah peserta asuransi dan anggota JPSBK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan) yang diperuntukkan bagi keluarga miskin. Sebagian besar pelanggan berdomisili di wilayah Puskesmas 84,9% di mana setiap kecamatan di Jawa Timur tersedia paling sedikit sebuah Puskesmas, keberadaan Puskesmas relatif dekat dengan tempat tinggal, pada beberapa daerah jarak tempat tinggal jauh dari Puskesmas sehingga untuk mencapai Puskesmas dibutuhkan biaya yang mahal bagi transportasinya, hal ini perlu dipecahkan oleh pemerintah dengan upaya mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Keberadaan

Puskesmas ditunjang oleh Puskesmas pembantu yang berada di desa dan bidan desa untuk melayani masyarakat, namun hal inipun dirasakan masih kurang.

Untuk mengatasi hal tersebut perlu diaktifkan kembali “Kesehatan Kerakyatan” melalui UKBM (upaya kesehatan bersumber masyarakat) baik pada tingkat rumah tangga maupun tingkat masyarakat yaitu kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri, misalnya pos pelayanan terpadu (Posyandu), pos obat desa (POD), Sakabhakti Husada, dan lain-lain dengan cara menambah dan melatih kader kesehatan yang terdapat dalam masyarakat sebagai upaya pelayanan kesehatan promotif dan preventif yang pada akhirnya dapat mengurangi *economic lose*.

Bila kita lihat peran kader kesehatan yang berada di masyarakat saat ini sangat besar namun masih belum mendapatkan penghargaan sebanding dengan perannya, perlu dipikirkan adanya insentif bagi kader karena hal ini lebih efisien dan efektif dibanding bila pemerintah harus menambah sarana kesehatan dan tenaga.

Puskesmas masih merupakan pilihan untuk berobat namun hal ini tidak menutup kemungkinan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah suatu Puskesmas berobat ke wilayah Puskesmas lain 15,1% disebabkan secara geografis lebih dekat dengan rumah dibanding Puskesmas yang memang wilayahnya.

5.2.5. Komitmen Manajemen

Aspek sumber daya terpenting yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan adalah sumber daya manusia, yaitu komitmen dan kompetensi dari sumber daya manusia pada sarana pelayanan kesehatan tersebut, Kaplan dan Norton (1996). Lado *et al.* (1992), mengatakan bahwa

sumber daya manusia mampu bertahan karena mereka memiliki kompetensi manajerial, yaitu kemampuan untuk merumuskan visi dan strategi perusahaan serta kemampuan untuk memperoleh dan menggerakkan sumberdaya-sumberdaya lain dalam rangka mewujudkan visi dan menerapkan strategi perusahaan. Wiener (1982). Salah satu perwujudannya adalah ketersediaan sumber daya manusia untuk berperan serta aktif dalam proses pertumbuhkembangan kompetensi manajerial mereka O'Reilly (1989) Hasil penyebaran kuesioner yang dilakukan menunjukkan karakteristik indikator Komitmen Manajemen terdiri dari 9 indikator yaitu kemampuan manajemen dalam menjelaskan visi dan misi Puskesmas 97%, pentingnya perencanaan 99% karena sinkronisasi dan harmonisasi merupakan keharusan yang merupakan tugas manajemen puncak dengan cara menerapkan perencanaan strategis, kontrol 99%, pengambilan keputusan 99,5%, budaya mutu sebanyak 96,5%, tanggung jawab mutu oleh kepala Puskesmas 99,5%, pentingnya kelengkapan alat medis 92,9%, jaminan kesehatan karyawan 90,9% dan jaminan keselamatan kerja 93,9%, dengan demikian dapat dikatakan bahwa fungsi manajemen di Puskesmas sudah berjalan seperti yang diharapkan. Dari kesembilan indikator tersebut yang berpengaruh dominan pada komitmen manajemen dengan urutan terkuat adalah sesuai besarnya faktor loading yaitu visi misi Puskesmas (1.066), budaya mutu (1,056), keputusan pimpinan (1,024), perencanaan Puskesmas (1,000), jaminan keselamatan (1,000), kontrol pimpinan (0,934), kelengkapan alat (0,924), jaminan kesehatan (0,887) dan tanggung jawab mutu (0,827), hal ini dengan 5 faktor kunci sangat berpengaruh untuk mengikat komitmen karyawan yaitu perlakuan yang *fair*, kepercayaan dalam pekerjaan, ketersediaan sumberdaya (fisik dan manusia) yang proporsional, kepedulian dan perhatian yang memadai, dan kejelasan uraian difinitif aktivitas kerja (AMI : 2002), dengan memperhatikan kebutuhan dasar petugas Puskesmas akan jaminan kesehatan



dan jaminan keselamatan kerja diharapkan terbentuk ikatan emosional yang dapat meningkatkan kinerja Puskesmas seperti dikatakan oleh Mayer *et al.* (1997), tentang tiga aspek konsep manajemen organisasi yaitu komitmen *effective*, komitmen *normative*, komitmen *continuance* karena membangun komitmen sumber daya manusia adalah penting seperti dikatakan Robert Eaton. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa untuk meningkatkan komitmen di Puskesmas diperlukan peningkatan pada ke sembilan indikator dengan sesuai urutan dominasi tersebut di atas.

5.2.6. Kompetensi Karyawan

Kompetensi didefinisikan Spencer (1993), sebagai karakteristik yang mendasari seseorang dan berkaitan dengan efektivitas kinerja individu dalam pekerjaannya, kompetensi merupakan kepribadian yang mendalam dan melekat kepada seseorang serta perilaku yang dapat diprediksi pada berbagai keadaan dan tugas pekerjaan. Kompetensi juga merupakan sesuatu yang menyebabkan atau memprediksi perilaku dan kinerja. Kompetensi juga memprediksi siapa yang berkinerja baik dan kurang baik, diukur dari kriteria yang digunakan. Untuk mengetahui tingkat kompetensi menurut Spencer (1993) berdasarkan karakteristik *motives*, *Traits*, *Self concept*, *Knowledge*, *Skill*.

Dari hasil kuesioner yang disebar pada Puskesmas di Jawa Timur, tampak bahwa kompetensi karyawan penting dalam mewujudkan kinerja Puskesmas, dinyatakan dalam jawaban terhadap indikator kesempatan karyawan dalam meningkatkan ketrampilan 99%, selalu berlatih ketrampilan 98,5% dan kecukupan perbandingan antara yang dilatih dengan seluruh karyawan 97%, sedang kepercayaan mereka akan hasil pekerjaannya membantu pencapaian tujuan Puskesmas sebesar 97,5% dan pengetahuan karyawan akan tupoksi adalah

98%, dengan urutan kekuatan mengkonstruksi adalah perbandingan kompetensi (1.430), bantu tujuan (1.330), latihan ketrampilan (1.211), tugas pokok dan fungsi (1.145), sempat trampil (1.000), di sini tampak bahwa ke lima faktor merupakan faktor yang dapat meningkatkan kompetensi karyawan untuk meningkatkan pelayanan Puskesmas.

5.2.7. Proses Layanan Internal dan Kepuasan Pelanggan Internal

Interaksi antara kompetensi karyawan, komitmen karyawan terhadap organisasi, digerakkan melalui proses layanan internal dan proses manajemen yang akan menghasilkan jasa atau pelayanan sesuai keinginan dan harapan pasien yang dipersepsikan oleh pelanggan. Proses layanan internal merupakan bentuk perhatian kepala Puskesmas kepada karyawan meliputi penghargaan 78,3%, peringatan 97,5%, kenaikan pangkat karyawan 92,9% dan gaji karyawan 93,5%, mengkonstruksi proses pelayanan internal sebagai berikut penghargaan (1.000), kepangkatan (0,971), gaji (0,844), peringatan (0,590), proses layanan internal kurang dipengaruhi oleh adanya peringatan tetapi lebih diakibatkan oleh penghargaan kepala Puskesmas pada petugas Puskesmas.

Kepuasan pelanggan internal meliputi pemanfaatan usulan karyawan untuk memperbaiki kualitas pelayanan cukup tinggi 98,5%, respon pimpinan cepat dalam menanggapi suatu permasalahan 97,5%, adanya saling kepercayaan antara kepala Puskesmas dan karyawan 98%, sedang hubungan kerja yang nyaman 98%, dengan urutan kekuatan mengkonstruksi berikut respon pimpinan (1,143), saling percaya (1,032), usulan karyawan (1,000), lingkungan nyaman (0,887), keempat indikator ini penting untuk menciptakan kepuasan karyawan terutama respon pimpinan pada kondisi Puskesmas, karena karyawan yang puas akan mempunyai perilaku untuk membantu pelanggan, Schneider (1990).

Perilaku membantu pelanggan tersebut merupakan salah satu dimensi dari kualitas pelayanan yang dipersepsikan pelanggan eksternal, Parasuraman (1988). Pemenuhan harapan pelanggan eksternal merupakan interaksi antara kualitas yang dipersepsi oleh konsumen dan pelayanan yang diberikan oleh karyawan sebagai cermin dari kepuasan mereka, Westbrook (1984).

5.2.8. Kepuasan Pelanggan Eksternal dan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan Puskesmas yaitu suatu derajat pelayanan Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan sesuai dengan :

1. Standar profesi
2. Standar pelayanan
3. Menimbulkan rasa puas pada pasien

Dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di Puskesmas secara wajar, efisiensi, efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Mutu Pelayanan Kesehatan diukur dengan 3 variabel :

- a *Input* / struktur : SDM, alat, obat, dana dan sumber daya lainnya.
- b *Proses* : Interaksi profesional antara provider (dokter dan tenaga profesi lainnya) dengan konsumen.
- c *Output* : hasil akhir kegiatan dokter dan profesi lain, termasuk kepuasan provider maupun kepuasan pasien.

Untuk mencapai pelayanan yang bermutu diperlukan komitmen diantara pemimpin dan karyawan, seperti yang dikatakan oleh Wawan dalam *Survival*

Perusahaan Era AFTA 2003 bahwa ujian bagi kemampuan perusahaan untuk bertahan, bahkan berkembang di era perdagangan bebas akan bergantung sepenuhnya pada kemampuan manajemen dalam membangun ikatan komitmen di lingkungan internal jajaran karyawannya agar selalu mengembangkan solidaritasnya dan teristimewa gigih memberikan prestasi kolektifnya, selaras dengan visi dan misi perusahaan di tempat mereka bekerja.

Kepuasan pelanggan eksternal Puskesmas, dalam hal ini adalah penderita rawat jalan ataupun rawat inap di Puskesmas menunjukkan bahwa penderita puas setelah dirawat di Puskesmas kesehatannya membaik 100%, puas akan tampilan dari petugas pelayanan 100%, komunikasi baik 100%, kemampuan petugas dalam melayani 100%, keramahan petugas pelayanan 100% dan kesesuaian tarif terhadap pelayanan adalah 99,5% dengan urutan indikator yang mengkonstruksi sebagai berikut : perhatian (1,168), komunikasi (1,025), kemampuan petugas (1,023), keramahan petugas (1,001), sehat pasien (1,000), tampilan karyawan (0,983), tarif sesuai (0,879).

Kualitas pelayanan dapat berpengaruh terhadap kinerja non keuangan meliputi kepuasan pelanggan internal (karyawan), kepuasan pelanggan eksternal (pasien), utilisasi jasa Puskesmas dan efisiensi pengelolaan organisasi Puskesmas. Peningkatan kualitas melalui kelengkapan peralatan yang ada akan meningkatkan kepuasan kerja karyawan, Hartline (1996). Kepuasan dari pelanggan internal tampak pada respon dan sifat perilaku karyawan dalam memberikan layanan, Bitner (1990). Sesuai dengan yang diidentifikasi oleh Zeithamal, Berry dan Parasuraman bahwa ada 10 kriteria yang digunakan oleh pelanggan untuk menilai mutu pelayanan (*service quality*), juga dikemukakan oleh Suryadi (1994) tentang 19 aspek kualitas pelayanan kesehatan, SK Menpan nomor 81 tahun 1993 yaitu : fasilitas fisik, kehandalan, responsif, komunikasi, kredibilitas, rasa aman, kompetensi, sopan santun, pemahaman pada pelanggan,



akses, penilaian pelayanan yang berkualitas maka didapatkan sebagai berikut : kondisi Puskesmas di Jawa Timur saat ini menarik 98,5%, nyaman 98%, dengan anggaran pembangunan baik dari pemerintah pusat maupun daerah telah memperbaiki tampilan Puskesmas sehingga tampilan Puskesmas sekarang cukup nyaman dan menarik hampir di semua pelosok, pelayanan yang dijanjikan selalu ada 97%, ketepatan pelayanan sesuai dengan waktu yang telah dijanjikan 99,5%, hanya saja pasien menghendaki untuk penambahan waktu buka, waktu buka dianggap kurang karena Puskesmas selain melakukan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas juga melaksanakan program lain seperti posyandu dan upaya kesehatan sekolah karena keterbatasan tenaga, tanggap terhadap kebutuhan pelanggan adalah 100%, perhatian khusus pada pelanggan tetap 96,5%, tersedianya sarana informasi berupa poster, brosur, liflet dan pengumuman lainnya adalah 91,9%, adanya rambu atau petunjuk arah menuju Puskesmas 86,4% hal ini disebabkan karena adanya anggapan oleh Puskesmas bahwa pasien secara otomatis tahu letak Puskesmas karena itu dianggap tidak diperlukan adanya rambu-rambu petunjuk arah ke Puskesmas, di sisi lain pasien menghendaki adanya petunjuk arah menuju Puskesmas terutama bagi pengunjung baru, rasa aman pasien terhadap pelayanan petugas Puskesmas 99,5%, rasa aman dalam kompleks Puskesmas 98% dan tersedianya transportasi berupa ambulans sebagai sarana transport bagi penderita yang perlu dirujuk adalah 91,9% dengan urutan *loading factor* sebagai berikut : rambu ke arah Puskesmas (1,442), aman lingkungan (1,271), aman pelayanan (1,195), tepat pelayanan (1,125), petugas tanggap (1,123), sarana informasi (1,094), pelayanan selalu ada (1,071), suasana nyaman (1,006), Puskesmas menarik (1,000), perhatian khusus pelanggan (0,986), dengan mengetahui hasil ini diharapkan dapat memberikan masukan pada Puskesmas tentang kegiatan yang

akan dilakukan untuk mencapai kualitas pelayanan yang baik dan akan memberikan kepuasan pada pelanggan.

Temuan ini mendukung penelitian Pujawan (1997) tentang Faktor-faktor kualitas layanan yang mempengaruhi kepuasan pelanggan Bank BNI dan Danamon di Denpasar Bali, penelitian Novajaya (1998) tentang Faktor-faktor yang dipertimbangkan dalam mempersepsikan mutu pelayanan pada nasabah perusahaan asuransi di Malang, penelitian Setyanto (1998) tentang Pengukuran kualitas pelayanan pada pelanggan PT. Jamsostek (persero) Kantor Cabang Karimunjawa, Darmo, dan Tanjung Perak Surabaya, Endah (2000), meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan dan kepuasan pelanggan, pada Bank di Kota Malang, penelitian Soetrisno (2000), Dimensi-dimensi Kualitas Pelayanan Publik yang mempengaruhi Kepuasan Masyarakat serta Implementasinya, merupakan studi pada Unit Pelayanan Masyarakat Terpadu Kota Malang, penelitian Widomoko (2002) meneliti tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan Publik terhadap Kepuasan Masyarakat, respondennya adalah masyarakat kota Malang yang mengajukan ijin ke Dinas Perijinan Kota Malang, penelitian Widowati (1988), menguji pengaruh kapabilitas perusahaan terhadap kualitas pelayanan dan kinerja industri perbankan di Indonesia, penelitian Syarief (1998) meneliti mengenai sejauh mana mutu pelayanan (*service quality*) yang diinginkan masyarakat sebagai konsumen suatu rumah sakit, penelitian Lamiri (1997), pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan, Minat perilaku penderita rawat inap di Rumah Sakit Islam Samarinda, penelitian Achsin (1999), Analisis dimensi kualitas layanan yang mempengaruhi kepuasan berdasarkan persepsi pasien pada Rumah Sakit Muhammadiyah Jawa Timur, meneliti tentang tingkat kualitas layanan rumah sakit terhadap kepuasan pasien, penelitian Primalita Ratni (1999), Faktor-faktor yang dipertimbangkan konsumen dalam keputusan memilih Rumah Sakit Umum di Kotamadya Padang, penelitian

Suarniki Ni Nyoman (2000), Analisis kualitas pelayanan dalam mempengaruhi kepuasan konsumen Rumah Sakit Bersalin di Kotamadya Banjarmasin, penelitian Dyah Siwi R (2001), Faktor-faktor yang mempengaruhi strategi kualitas pelayanan Rumah Sakit.

5.2.9. Kinerja Puskesmas

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian terhadap kinerja Puskesmas dengan melakukan penilaian sendiri selama 1 tahun kalender. Penilaian kinerja Puskesmas secara umum bertujuan mencapai kinerja Puskesmas yang optimal dalam rangka mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan tingkat kabupaten / kota dan secara khusus untuk mendapatkan gambaran pencapaian hasil kegiatan dan mutu pelayanan Puskesmas, mendapatkan gambaran manajemen yang dilakukan Puskesmas, mendapatkan informasi sebagai bahan analisis mencari permasalahan serta pemecahannya, dan mendapatkan bahan masukan untuk perencanaan tahun yang akan datang.

Manfaat penilaian kinerja Puskesmas yang dilaksanakan oleh Puskesmas antara lain :

- a . Sebagai Instrumen mawas diri yaitu Puskesmas menilai sendiri apa yang telah dicapai dan memperbaiki atau meningkatkan untuk masa yang akan datang.
- b . Puskesmas dapat mengidentifikasi dan menganalisis masalahnya sendiri, mencari penyebab dan pemecahannya serta hambatan yang terjadi di wilayah kerjanya.
- c . Puskesmas dan Dinas Kesehatan dapat menentukan tingkat urgensi suatu kegiatan yang akan dilaksanakan berdasarkan prioritas.

d. Dinas Kesehatan dapat menetapkan dan mendukung kebutuhan sumber daya Puskesmas dan menentukan tingkat urgensi pembinaan untuk masing-masing Puskesmas.

Mempertimbangkan rumusan pokok-pokok program dan program unggulan untuk menuju Indonesia sehat 2010 dan kespesifikan masing-masing daerah maka area program yang akan menjadi prioritas disuatu daerah perlu dirumuskan secara spesifik oleh daerah itu sendiri demikian pula strateginya yang disesuaikan dengan kebutuhan setempat. Untuk mencapai tujuan Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, perilaku hidup sehat dan lingkungan sehat, maka perlu adanya instrumen untuk pembinaan Puskesmas dalam menjalankan fungsinya yaitu berupa Penilaian Kinerja Puskesmas. Instrumen ini perlu untuk memantau pencapaian oleh Puskesmas atas perencanaan yang disusunnya dalam menjalankan fungsi Puskesmas. Ruang lingkup dari pada Penilaian Kinerja Puskesmas meliputi penilaian pencapaian hasil cakupan (*out put*) serta mutu pelayanan (*out come*) dari kegiatan-kegiatan pokok Puskesmas yang telah ditetapkan di tingkat kabupaten / kota dan kegiatan pengembangan dalam rangka penerapan ketiga fungsi Puskesmas yang diselenggarakan melalui pendekatan kesehatan masyarakat dengan mengacu pada kebijakan dan strategi untuk mewujudkan visi "INDONESIA SEHAT 2010 "

Sesuai dengan UU No. 22 / 1999 tentang Pemerintahan di Daerah, maka daerah kabupaten / kota menetapkan dan mengembangkan jenis-jenis program kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat, diukur dengan kemampuan sumberdaya termasuk ketersediaan dan kompetensi tenaga pelaksanaanya, dengan tetap memperhatikan arahan, kebijaksanaan tingkat pusat dan propinsi, yang dilandasi oleh kepentingan daerah, nasional, regional maupun konsensus global. Diantara Puskesmas mungkin dapat ditunjuk untuk mengembangkan

suatu kegiatan upaya kesehatan inovasi yang mungkin belum dilaksanakan secara menyeluruh di semua Puskesmas. Dalam pengembangan kegiatan tersebut, hasil kegiatan yang dilakukan Puskesmas merupakan nilai tambah dalam penilaian kinerjanya yang harus diperhitungkan.

Upaya kesehatan inovasi dapat dijadikan kegiatan utama bila kegiatan tersebut merupakan kebutuhan daerah yang telah didukung dengan kemampuan sumberdaya di daerah bersangkutan dan memungkinkan dikembangkan secara lebih luas diseluruh Puskesmas dalam suatu wilayah kabupaten/kota, sehingga pencapaian hasil dari kegiatan tersebut sudah harus diperhitungkan untuk seluruh Puskesmas.

Dengan pendekatan demikian maka penilaian atas keberhasilan pelaksanaan kegiatan Puskesmas tidak lagi dilakukan terhadap semua kegiatan pokok Puskesmas, melainkan hanya atas kegiatan yang diputuskan daerah menjadi kegiatan utama, sedangkan kegiatan inovasi yang belum menjadi kegiatan utama di kabupaten / kota hanya akan dilakukan oleh Puskesmas tertentu di Kabupaten/Kota yang bersangkutan.

Secara garis besar lingkup penilaian kinerja Puskesmas didasarkan pada upaya-upaya Puskesmas dalam menyelenggarakan :

- a . Upaya pelayanan kesehatan dasar sesuai dengan perencanaan rasional yang telah disusun bersama di tingkat kabupaten / kota.
- b . Pembangunan dan pengembangan kesehatan melalui Implementasi pendekatan baru (inovasi) upaya kesehatan dasar dan upaya pemberdayaan masyarakat

Manajemen Puskesmas dalam menunjang pelaksanaan fungsinya, meliputi manajemen operasional dan manajemen sumber daya serta manajemen proses pengembangan mutu pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Kinerja Puskesmas diukur berdasarkan persepsi pimpinan terhadap kinerja Puskesmas sesuai standar ketentuan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1999. yaitu penilaian kinerja yang dilakukan pada hasil kegiatan program pelayanan kesehatan, tampak bahwa sebagian besar kepala Puskesmas berpendapat cukup 52% dan baik 44,4% sedang yang baik sekali hanya 0,5%. Kinerja Puskesmas adalah pencapaian hasil kegiatan dan mutu pelayanan dari kegiatan Puskesmas, yang jenis kegiatannya ditetapkan daerah masing-masing, hasil ini menunjukkan bahwa dalam mencapai hasil kinerja yang baik sangat sulit, karena penilaian kinerja Puskesmas terlalu kompleks dan tidak dapat menyentuh langsung kepentingan pasien.

5.2.10. Uji Hubungan Kausal antara Komitmen Manajemen, Kompetensi Karyawan dan Proses Layanan Internal terhadap Kualitas Pelayanan dan Kinerja Puskesmas,

Untuk menguji hipotesis hubungan kausal antara komitmen manajemen, kompetensi karyawan dan proses layanan internal terhadap kualitas pelayanan dan kinerja Puskesmas, dengan cara melihat hubungan kausalitas diantara variabel dibanding dengan koefisien jalur dari masing-masing regresi tampak pada tabel 84. Dalam peneltian ini ditemukan bahwa hubungan parsial variabel layanan internal berpengaruh positif terhadap kualitas pelayanan kesehatan hal ini sesuai dengan Bitner (1990), yaitu kepuasan dari pelanggan internal tampak pada respon dan sifat perilaku karyawan dalam memberikan layanan namun kalau kita melihat dalam model secara keseluruhan maka layanan internal tidak berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas, demikian juga untuk komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan kesehatan secara parsial berpengaruh namun dalam sistem tidak berpengaruh, kompetensi karyawan terhadap kinerja secara parsial berpengaruh tetapi dalam sistem tidak berpengaruh.

Tabel 84. Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan antar Variabel dalam sebuah system dibanding dengan koefisien jalur dari masing-masing regresi

No	Hubungan Variabel	Sistem		Parsial	
		Coeff Path	Probability (p)	Coeff Pat	Probability (p)
1	KualYanKes <-- LayaInt	0.075	0.079 (ns)	0.098	0.023 (s)
2	KualYanKes<--KmtMnjm	0.123	0.061 (ns)	0.151	0,022 (s)
3	Kinerja <-- KmptKar	0.068	0.097 (ns)	0.199	0,025 (s)
4	Kinerja <-- KmtMnjm	0.025	0.369 (ns)	0.180	0.014 (s)
5	Kinerja <-- LayaInt	0.099	0.014 (s)	0.098	0.040 (s)
6	PuasInt <-- Kinerja	5.264	0.017 (s)	0.150	(s)
7	PuasEks <--KualYanKes	0.984	0.000 (s)	1.002	0.000 (s)
8	PuasInt <--KualYanKes	0.107	0.156 (ns)	0.336	0.003 (s)
9	PuasEks <--Kinerja	-0.377	0.117 (ns)	-0.020	(ns)

Keterangan : ns : tidak signifikan , s : signifikan pada $\alpha = 0,05$

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Komitmen manajemen terhadap kinerja secara parsial berpengaruh tetapi dalam sistem tidak berpengaruh demikian juga dengan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan internal, secara parsial berpengaruh, sesuai dengan teori dan penelitian yang telah dilakukan, tetapi dalam suatu sistem, tidak lagi berpengaruh hal ini merupakan penemuan baru dalam penelitian ini yang disebabkan oleh adanya *Coefficient Path* pada salah satu jalur sangat kuat yaitu jalur kinerja terhadap kepuasan internal sehingga mengganggu jalur yang lain juga diakibatkan karena pendidikan responden karyawan Puskesmas sebagian besar adalah SMP sampai SMA 56,3% sehingga bila akan meningkatkan kualitas pelayanan Puskesmas maka harus dilakukan bertahap, pertama manajemen komit akan meningkatkan kualitas pelayanan dan memberikan pelayanan kepada karyawan dengan baik selanjutnya secara bertahap dilakukan pelatihan bagi semua karyawan yang bertugas melayani pasien dari mereka datang sampai

Tabel 84. Koefisien Jalur (Regresi terstandar) Hubungan antar Variabel dalam sebuah system dibanding dengan koefisien jalur dari masing-masing regresi

No	Hubungan Variabel	Sistem		Parsial	
		Coeff Path	Probability (p)	Coeff Pat	Probability (p)
1	KualYanKes <-- LayaInt	0.075	0.079 (ns)	0.098	0.023 (s)
2	KualYanKes<--KmtMnjm	0.123	0.061 (ns)	0.151	0,022 (s)
3	Kinerja <-- KmptKar	0.068	0.097 (ns)	0.199	0,025 (s)
4	Kinerja <-- KmtMnjm	0.025	0.369 (ns)	0.180	0.014 (s)
5	Kinerja <-- LayaInt	0.099	0.014 (s)	0.098	0.040 (s)
6	PuasInt <-- Kinerja	5.264	0.017 (s)	0.150	(s)
7	PuasEks <--KualYanKes	0.984	0.000 (s)	1.002	0.000 (s)
8	PuasInt <--KualYanKes	0.107	0.156 (ns)	0.336	0.003 (s)
9	PuasEks <--Kinerja	-0.377	0.117 (ns)	-0,020	(ns)

Keterangan : ns : tidak signifikan , s : signifikan pada $\alpha = 0,05$

Sumber : Hasil pengolahan data dari lampiran 13

Komitmen manajemen terhadap kinerja secara parsial berpengaruh tetapi dalam sistem tidak berpengaruh demikian juga dengan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan internal, secara parsial berpengaruh, sesuai dengan teori dan penelitian yang telah dilakukan, tetapi dalam suatu sistem, tidak lagi berpengaruh hal ini merupakan penemuan baru dalam penelitian ini yang disebabkan oleh adanya *Coeffient Path* pada salah satu jalur sangat kuat yaitu jalur kinerja terhadap kepuasan internal sehingga mengganggu jalur yang lain juga diakibatkan karena pendidikan responden karyawan Puskesmas sebagian besar adalah SMP sampai SMA 56,3% sehingga bila akan meningkatkan kualitas pelayanan Puskesmas maka harus dilakukan bertahap, pertama manajemen komit akan meningkatkan kualitas pelayanan dan memberikan pelayanan kepada karyawan dengan baik selanjutnya secara bertahap dilakukan pelatihan bagi semua karyawan yang bertugas melayani pasien dari mereka datang sampai

kesehatan di Puskesmas baik oleh provider dalam hal ini kepala Puskesmas maupun oleh pelanggan yaitu penderita yang berobat ke Puskesmas, didapatkan hasil bahwa adanya persamaan persepsi pada :

1. Variabel kemajuan kesehatan pasien setelah dirawat di Puskesmas semakin membaik : pasien merasa puas setelah dirawat di Puskesmas karena kesehatannya semakin membaik atau sembuh (100%), hal ini juga sesuai dengan persepsi kepala Puskesmas yang juga berharap akan hal tersebut (99,5).
2. Variabel tampilan karyawan yang menarik (100%): pada beberapa daerah tampilan karyawan sudah cukup menarik dengan seragam mereka yang tidak lagi harus berpakaian coklat, atau pada beberapa daerah tetap menganggap bahwa pakaian putih tetap merupakan pakaian ciri khas kesehatan, sehingga dengan melihat pakaian putih sudah merasa senang, persepsi kepala Puskesmas (100%).
3. Variabel komunikasi petugas yang baik (100%) : petugas Puskesmas adalah pelayan masyarakat di wilayah kerjanya, mereka sudah terbiasa komunikasi baik di dalam Puskesmas ketika sakit dan di luar gedung ketika petugas melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat di Posyandu atau program lain, persepsi kepala Puskesmas (99,5%)
4. Variabel perhatian petugas kepada pasien (100%) : petugas Puskesmas memperhatikan pasien yang menderita penyakit khronis misal TBC, atau yang lainnya, petugas di samping memberikan pengobatan di Puskesmas juga melakukan kunjungan ke rumah pasien untuk melihat kondisi lingkungan rumah, persepsi kepala Puskesmas (99,5%).
5. Variabel kemampuan petugas dalam melayani pasien (100%) : sebagai unit pelayanan kesehatan dasar, petugas Puskesmas cukup mampu dalam menjalankan tugasnya dalam melayani pasien (percaya dan puas akan

kualitas pelayanan Puskesmas 48,2%, dekat, biaya terjangkau dan puas akan kualitas pelayanan 6,3%, persepsi kepala Puskesmas (99,5%).

6. Variabel keramahan petugas terhadap pasien, 100% pasien yang datang menyatakan setuju sampai setuju sekali dengan pernyataan bahwa petugas Puskesmas ramah dalam melayani pasien yang berkunjung ke Puskesmas, persepsi kepala Puskesmas (99,5%).
7. Variabel kesesuaian tarif Puskesmas terhadap mutu pelayanan kesehatan, 99,5% penderita berpendapat bahwa tarif Puskesmas sesuai dengan mutu pelayanan kesehatan yang disediakan di Puskesmas, persepsi kepala Puskesmas (99%).
8. Variabel suasana Puskesmas menarik, 98,5% dari pengunjung menyatakan bahwa suasana Puskesmas menarik, persepsi kepala Puskesmas (99,5%).
9. Variabel kenyamanan suasana Puskesmas, 98% pengunjung Puskesmas menyatakan bahwa suasana Puskesmas nyaman, sedang persepsi kepala Puskesmas (100%).
10. Variabel pelayanan yang ada di Puskesmas sesuai dengan yang dijanjikan (97%), sedang persepsi kepala Puskesmas (92,9%) kondisi ini walaupun sudah sama persepsi akan pelayanan kesehatan yang tersedia di Puskesmas, namun masih perlu ditindak lanjuti dengan perbaikan kesiapan akan pelayanan kesehatan di Puskesmas.
11. Variabel perhatian khusus petugas terhadap pasien khronis (pelanggan tetap) 96,5%, pada penyakit-penyakit tertentu terutama penyakit menular dan penyakit yang berbasis lingkungan petugas Puskesmas secara khusus akan menanganinya sampai dilakukannya kunjungan rumah untuk melakukan pembinaan agar penyakitnya tidak menular ke sekelilingnya

atau penyakitnya agar segera dapat di atasi, sedang persepsi kepala Puskesmas (93%).

12. Variabel ketersediaan sarana informasi tentang pelayanan kesehatan di puskesmas dapat berupa brosur, liflet, spanduk dan papan pengumuman, pasien beranggapan bahwa sarana informasi tersebut 91,9% tersedia sedang persepsi kepala Puskesmas (94,4%).
13. Variabel rasa aman pasien terhadap lingkungan Puskesmas 96% merasa aman, sedang persepsi kepala Puskesmas (93,4%), maka keamanan Puskesmas perlu ditingkatkan.

Sedangkan untuk variabel yang belum sama persepsinya adalah :

1. Variabel ketepatan pelayanan seperti yang dijanjikan
2. Variabel sikap tanggap petugas terhadap kebutuhan pasien
3. Variabel keberadaan rambu sebagai petunjuk arah ke Puskesmas
4. Variabel rasa aman pasien akan pelayanan kesehatan di Puskesmas
5. Variabel ketersediaan sarana transportasi (ambulan) untuk merujuk pasien ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, hal ini perlu ditindak lanjuti dimana perbedaannya.
6. Variabel ketepatan pelayanan seperti yang dijanjikan, sesuai dengan peraturan jam buka, ternyata Puskesmas tidak bisa mematuhi dengan memulai pelayanan lambat dan mengakhiri waktu pelayanan dengan cepat hal ini juga diperkuat oleh pernyataan pasien secara terbuka yang mengharapakan untuk menambah jam buka.
7. Variabel sikap tanggap petugas terhadap kebutuhan pasien, petugas masih belum tanggap akan kebutuhan pasien dengan masih seringnya membiarkan pasien menunggu pelayanan Puskesmas padahal pasien yang berkunjung di Puskesmas dalam keadaan sakit.



8. Variabel keberadaan rambu sebagai petunjuk arah ke Puskesmas, Puskesmas beranggapan bahwa keberadaannya sudah diketahui oleh semua masyarakat, padahal ternyata banyak yang belum mengetahui letak Puskesmas dan ini masih dibutuhkannya rambu penunjuk arah ke Puskesmas, sehingga mempermudah pencapaiannya.
9. Variabel rasa aman pasien akan pelayanan kesehatan di Puskesmas, dengan kondisi kepegawaian di Puskesmas yang relatif kurang dan majemuknya fungsi Puskesmas, dokter yang ada di Puskesmas sebagian besar merangkap sebagai Kepala Puskesmas yang mempunyai tugas tidak hanya mengobati pasien tapi tugas manajerial dengan harus menghadiri rapat-rapat, baik di tingkat kecamatan maupun di Dinas Kesehatan Kota bahkan sering kali harus mengikuti pelatihan di tingkat Propinsi, kondisi ini mengakibatkan tidak bisa memeriksa atau mengobati pasien dan fungsi tersebut dilakukan oleh paramedis, dalam penelitian ini tampak bahwa pasien masih meragukan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh paramedis.
10. Variabel ketersediaan sarana transportasi (ambulan) untuk merujuk pasien ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, di Puskesmas tersedia ambulan, namun penggunaannya sangat luas yaitu untuk kegiatan di luar gedung misal posyandu dan kadang juga digunakan oleh kepala Puskesmas untuk rapat, selain itu memang pasien kurang mengerti bahwa ambulan atau Puskesmas keliling dapat digunakan untuk merujuk pasien yang membutuhkan pelayanan lebih tinggi.

5.2.12. Temuan Teoritis

Sebagaimana telah dikemukakan pada bab sebelumnya bahwa penelitian ini diharapkan akan mengemukakan hubungan kausal antara variabel komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses pelayanan internal terhadap variabel kualitas pelayanan kesehatan, kinerja, kepuasan internal dan kepuasan eksternal Puskesmas di Jawa Timur, yang akan memberikan sumbangan bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Disamping itu penelitian ini akan mengemukakan tentang penilaian kinerja yang tidak dilakukan hanya dengan menggunakan penilaian kinerja sesuai pedoman dari Departemen Kesehatan.

Dari hasil yang dilakukan terhadap analisis pengaruh komitmen manajemen, kompetensi karyawan, proses pelayanan internal terhadap variabel kualitas pelayanan kesehatan, kinerja, kepuasan internal dan kepuasan eksternal Puskesmas di Jawa Timur, dapat dijelaskan temuan teoritisnya adalah :

1. Komitmen manajemen yang terdiri dari 9 indikator yaitu: visi misi Puskesmas, budaya mutu, keputusan pimpinan, perencanaan Puskesmas, jaminan keselamatan, kontrol pimpinan, kelengkapan alat, jaminan kesehatan dan tanggung jawab mutu secara parsial berpengaruh terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja, sedang kompetensi karyawan yang terdiri dari indikator kesempatan karyawan dalam meningkatkan ketrampilan, selalu berlatih ketrampilan, kecukupan perbandingan antara yang dilatih dengan seluruh karyawan, kepercayaan mereka akan hasil pekerjaannya membantu pencapaian tujuan Puskesmas dan pengetahuan karyawan akan tugas pokok dan fungsi, berpengaruh terhadap kinerja Puskesmas sesuai dengan Kaplan dan Norton (1996) mengatakan aspek sumber daya terpenting yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan adalah komitmen dan kompetensi dari sumber daya manusia



pada sarana pelayanan kesehatan tersebut. Lado *et al.* (1992), mengatakan bahwa sumber daya manusia mampu bertahan karena mereka memiliki kompetensi manajerial, Wiener (1982), salah satu perwujudannya adalah ketersediaan sumber daya manusia untuk berperan serta aktif dalam proses pertumbuhkembangan kompetensi manajerial mereka O'Reilly (1989) dengan memperhatikan kebutuhan dasar petugas Puskesmas akan jaminan kesehatan dan jaminan keselamatan kerja terbentuk ikatan emosional yang dapat meningkatkan kinerja Puskesmas seperti dikatakan oleh Mayer *et al.* (1997). Tetapi dalam suatu sistem yang ada di Puskesmas tidak berpengaruh karena diakibatkan karena adanya : a) pengaruh yang kuat dari kinerja terhadap kepuasan internal. b) tingkat pendidikan petugas yang berhubungan langsung dengan konsumen rendah dan usia petugas kebanyakan sudah tua sehingga bila dibebani terlalu banyak akan menurunkan kinerjanya.

Hal ini merupakan kelebihan dari penelitian karena didunia nyata tidak ada yang dapat dilakukan secara parsial.

2. Proses Layanan Internal dan Kepuasan Pelanggan Internal

Proses layanan internal merupakan bentuk perhatian kepala Puskesmas kepada karyawan meliputi : penghargaan, kepangkatan, gaji, peringatan dan proses layanan internal kurang dipengaruhi oleh adanya peringatan tetapi lebih diakibatkan oleh penghargaan kepala Puskesmas pada petugas Puskesmas. Proses layanan internal baik secara parsial akan berpengaruh terhadap kinerja dan kualitas pelayanan kesehatan namun di dalam sistem hanya berpengaruh terhadap kinerja tidak terhadap peningkatan kualitas pelayanan. Hal ini sesuai dengan kondisi di Puskesmas di mana kinerja yang digunakan adalah penilaian berdasarkan pedoman Departemen Kesehatan yang mengacu pada pencapaian program oleh karena itu bila kepala Puskesmas memberikan perhatian pada karyawan maka karyawan akan



berusaha memenuhi target yang ditetapkan oleh pimpinan tanpa mengindahkan kualitas dari pelayanan kesehatannya ke pelanggan, untuk itu dipandang perlu pendampingan penilaian kinerja dengan penilaian kualitas pelayanan kesehatannya.

Kepuasan pelanggan internal meliputi : respon pimpinan, saling percaya, usulan karyawan, lingkungan nyaman, keempat indikator ini penting untuk menciptakan kepuasan karyawan terutama respon pimpinan pada kondisi Puskesmas, karena karyawan yang puas akan mempunyai perilaku untuk membantu pelanggan, Schineider (1990). Pemenuhan harapan pelanggan eksternal merupakan interaksi antara kualitas yang dipersepsi oleh konsumen dan pelayanan yang diberikan oleh karyawan sebagai cermin dari kepuasan mereka, Westbrook (1984).

3. Kepuasan Pelanggan Eksternal dan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kepuasan pelanggan eksternal Puskesmas yang terdiri dari indikator Perhatian, Komunikasi, Kemampuan Petugas, Keramahan Petugas, Sehat Pasien, Tampilan Karyawan, dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Sesuai Zeithamal, Berry dan Parasuraman bahwa ada 10 kriteria yang digunakan oleh pelanggan untuk menilai mutu pelayanan (*sercice quality*), juga dikemukakan oleh Suryadi (1994) tentang 19 aspek kualitas pelayanan kesehatan, SK Menpan nomor 81 tahun 1993 dan Instruksi Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/VII/1999 tanggal 20 Juli 1999 yaitu : rambu ke arah Puskesmas, aman lingkungan, aman pelayanan, tepat pelayanan, petugas tanggap, sarana informasi, pelayanan selalu ada, suasana nyaman, Puskesmas menarik, perhatian khusus pelanggan dengan diketahuinya hasil ini diharapkan dapat memberikan masukan pada Puskesmas tentang kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai kualitas pelayanan yang baik dan akan memberikan kepuasan pada pelanggan.



Temuan ini mendukung penelitian Pujuwan (1997) tentang Faktor-faktor kualitas layanan yang mempengaruhi kepuasan pelanggan Bank BNI dan Danamon di Denpasar Bali, penelitian Novajaya (1998) tentang Faktor-faktor yang dipertimbangkan dalam mempersepsikan mutu pelayanan pada nasabah perusahaan asuransi di Malang, penelitian Setyanto (1998) tentang Pengukuran kualitas pelayanan pada pelanggan PT. Jamsostek (persero) Kantor Cabang Karimunjawa, Darmo, dan Tanjung Perak Surabaya, Endah (2000), meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan dan kepuasan pelanggan, pada Bank di Kota Malang, penelitian Soetrisno (2000), Dimensi-dimensi Kualitas Pelayanan Publik yang mempengaruhi Kepuasan Masyarakat serta Implementasinya, merupakan studi pada Unit Pelayanan Masyarakat Terpadu Kota Malang, penelitian Widomoko (2002) meneliti tentang Pengaruh Kualitas Pelayanan Publik terhadap Kepuasan Masyarakat, respondennya adalah masyarakat kota Malang yang mengajukan ijin ke Dinas Perijinan Kota Malang, penelitian Widowati (1988), menguji pengaruh kapabilitas perusahaan terhadap kualitas pelayanan dan kinerja industri perbankan di Indonesia, penelitian Syarief (1998) meneliti mengenai sejauh mana mutu pelayanan (*service quality*) yang diinginkan masyarakat sebagai konsumen suatu rumah sakit, penelitian Lamiri (1997), Pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan, Minat Perilaku Penderita Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Samarinda, penelitian Achsin (1999), Analisis Dimensi Kualitas Layanan yang mempengaruhi Kepuasan berdasarkan Persepsi Pasien pada Rumah Sakit Muhammadiyah Jawa Timur, meneliti tentang tingkat kualitas layanan rumah sakit terhadap kepuasan pasien, penelitian Primalita Ratni (1999), Faktor-faktor yang dipertimbangkan konsumen dalam keputusan memilih Rumah Sakit Umum di Kotamadya Padang, penelitian Suarniki Ni Nyoman (2000), Analisis kualitas



pelayanan dalam mempengaruhi kepuasan konsumen Rumah Sakit Bersalin di Kotamadya Banjarmasin, penelitian Dyah Siwi R (2001), Faktor-faktor yang mempengaruhi strategi kualitas pelayanan Rumah Sakit.

4. Kinerja Puskesmas diukur berdasarkan persepsi pimpinan terhadap kinerja Puskesmas sesuai standar ketentuan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1999. yaitu penilaian kinerja yang dilakukan pada hasil kegiatan program pelayanan kesehatan, tampak bahwa sebagian besar kepala Puskesmas berpendapat cukup 52% dan baik 44,4% sedang yang baik sekali hanya 0,5%, Kinerja Puskesmas adalah pencapaian hasil kegiatan dan mutu pelayanan dari kegiatan Puskesmas, jenis kegiatannya ditetapkan daerah masing-masing, hasil ini menunjukkan bahwa dalam mencapai hasil kinerja yang baik sangat sulit, karena penilaian kinerja Puskesmas terlalu kompleks dan tidak dapat menyentuh langsung kepentingan pasien.
5. Upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dipandang perlu untuk menyamakan persepsi tentang kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas baik oleh provider dalam hal ini kepala Puskesmas maupun oleh pelanggan yaitu pasien Puskesmas, didapatkan hasil bahwa sebagian besar terdapat persamaan persepsi, hanya pada indikator : ketepatan pelayanan seperti yang dijanjikan, sikap tanggap petugas terhadap kebutuhan pasien, keberadaan rambu sebagai petunjuk arah ke Puskesmas, rasa aman pasien akan pelayanan kesehatan di Puskesmas, ketersediaan sarana transportasi (ambulan) untuk merujuk pasien ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, hal ini perlu ditindak lanjuti.
6. Penelitian ini termasuk dalam ekonomi Welfare dimana dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Masyarakat "Sehat" akan dapat bekerja dengan baik sehingga

mengurangi *economic lost* yang pada akhirnya meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

5.2.13. Keterbatasan Penelitian

Dari hasil ini sebenarnya telah disadari bahwa temuan yang dihasilkan belum mampu memberi hasil yang benar-benar akurat dalam menjawab permasalahan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas, hal ini disebabkan :

1. Keterbatasan waktu dan kondisi pasien Puskesmas yang sedang sakit dalam mengisi kuesioner.
2. Tingkat pendidikan yang rendah dari pasien dan keterbatasan waktu dari petugas dalam menjelaskannya.

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan :

Berdasarkan hasil dari pembahasan diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Komitmen manajemen tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kinerja Puskesmas hal ini sekaligus menolak hipotesis 1.
2. Kompetensi karyawan Puskesmas tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja Puskesmas, hipotesis 2 ditolak..
3. Proses pelayanan internal tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan maka hipotesis 3a ditolak, sedangkan proses layanan internal berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja Puskesmas maka hipotesis 3b diterima.
4. Kualitas pelayanan kesehatan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pelanggan internal maka hipotesis 4a ditolak, sedangkan Pelayanan kesehatan berkualitas berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pelanggan eksternal, maka hipotesis 4b diterima.
5. Kinerja Puskesmas berpengaruh secara signifikan terhadap kepuasan pelanggan internal, hal ini menerima hipotesis 5a, namun tidak berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal, sehingga pernyataan ini menolak hipotesis 5 b.

Hasil temuan pada penelitian ini yang dapat disumbangkan pada keilmuan adalah adanya tidak signifikannya pengaruh variabel laten kompetensi karyawan Puskesmas

terhadap kinerja Puskesmas, kompetensi karyawan Puskesmas tidak berpengaruh terhadap kinerja Puskesmas, Proses pelayanan internal tidak berpengaruh terhadap kualitas pelayanan, kualitas pelayanan kesehatan tidak berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan internal, kinerja Puskesmas tidak berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal, tetapi secara parsial menghasilkan sesuai dengan teori yang ada, hal ini diakibatkan karena salah satu variabel laten kinerja mendominasi dengan koefisien Path 5,264 sehingga melemahkan pengaruh variabel-variabel lain.

Dengan hasil yang tidak signifikan membuktikan bahwa keadaan dunia nyata tidak dapat dipandang secara parsial, tetapi harus secara sistem.

Pelayanan kesehatan di Puskesmas merupakan ekonomik *Welfare*, sehingga dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Persepsi terhadap mutu pelayanan (*service quality*) yang diberikan Puskesmas sebagai provider dengan mutu pelayanan yang diinginkan oleh pasien sebagai konsumen adalah sebagai berikut :

1. Sebagian besar persepsi terhadap mutu pelayanan (*service quality*) yang diberikan Puskesmas sebagai provider sudah sesuai dengan mutu pelayanan yang diinginkan oleh pasien sebagai konsumen : variabel kemajuan kesehatan pasien setelah dirawat di Puskesmas semakin membaik, variabel tampilan karyawan yang menarik, variabel komunikasi petugas yang baik, variabel perhatian petugas kepada pasien, variabel kemampuan petugas dalam melayani pasien, variabel keramahan petugas terhadap pasien, variabel kesesuaian tarif Puskesmas terhadap mutu pelayanan kesehatan, variabel suasana Puskesmas menarik, variabel kenyamanan suasana Puskesmas, variabel pelayanan yang ada di Puskesmas, variabel perhatian khusus petugas terhadap pasien khronis (pelanggan tetap),

variabel ketersediaan sarana informasi. variabel rasa aman pasien terhadap lingkungan Puskesmas.

2. Sebagian kecil belum sesuai dengan persepsi dari pelanggan eksternal. variabel ketepatan pelayanan seperti yang dijanjikan, variabel sikap tanggap petugas terhadap kebutuhan pasien, variabel keberadaan rambu sebagai petunjuk arah ke Puskesmas, variabel rasa aman pasien akan pelayanan kesehatan di Puskesmas, variabel ketersediaan sarana transportasi (ambulan) untuk merujuk pasien ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

7.2. Saran

Berdasarkan kajian dari kesimpulan hasil penelitian maka berikut ini dikemukakan beberapa saran yang akan menjadi implikasi dari hasil penelitian :

1. Penilaian kinerja dengan format P2KPUS yang selama ini dilakukan di Puskesmas tidak bisa dilakukan sebagai alat penilai tunggal, harus diikuti dengan instrumen lain yaitu sesuai dengan penilaian Pelayanan Prima sesuai instruksikan Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/VII/1999 tanggal 20 Juli 1999 bahwa semua unit Pembina teknis maupun operasional pelayanan kesehatan dan seluruh unit pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk melaksanakan pelayanan prima sesuai dengan aspirasi dan reformasi dari masyarakat melalui perbaikan pengaturan dan mekanisme dari seluruh aspek pelayanan kesehatan yang ada. Pelayanan prima menyangkut beberapa aspek yang meliputi (1) masalah ketepatan, konsistensi dan konsekuensi dari prosedur pelayanan kesehatan yang ada. (2) adanya hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan yang diatur secara jelas, (3) tersedianya loket informasi atau kotak saran bagi penerima pelayanan yang dipantau dan dievaluasi, (4) penanganan proses pelayanan

dilakukan oleh petugas yang berwenang dan kompeten, mampu, terampil dan profesional sesuai dengan spesifikasi tugasnya, (5) terciptanya pola pelayanan yang tepat sesuai dengan sifat dan jenis pelayanan yang bersangkutan dengan mempertimbangkan efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaannya, (6) biaya atau tarif yang wajar dengan memperhitungkan kemampuan masyarakat, (7) pemberian pelayanan dilaksanakan secara tertib, teratur dan adil, tidak membedakan status sosial dan merata, (8) terjaminnya kebersihan dan sanitasi lingkungan tempat dan fasilitas pelayanan dan (9) petugas memberikan pelayanan dengan sikap ramah dan sopan, serta berupaya meningkatkan kinerja pelayanan secara optimal. (Depkes, 1999), hal ini sesuai dengan yang dianjurkan oleh Berry dan Pasuraman

dalam bukunya *"Delivering Quality Service, Balancing Customer Perception and Expection"*, menyebutkan 10 dimensi yang digunakan pelanggan untuk menilai kualitas pelayanan

2. Perlu dipikirkannya kembali untuk menempatkan tenaga medis pada fungsi sebenarnya sebagai pelaksana medis tehnik dengan mengangkat tenaga non medis kesehatan untuk menjadi kepala Puskesmas, di kota Malang sudah di mulai dengan mengangkat tenaga Sarjana Kesehatan Masyarakat sebagai kepala Puskesmas sehingga tidak mengganggu pelayanan kesehatan di Puskesmas dan kegiatan manajerial juga dapat tertangani dengan baik.
3. Puskesmas sebagai institusi yang kompleks dan pembebanan tugas yang amat berat yaitu menjamin kesehatan di wilayah kerjanya membutuhkan kecukupan dan keragaman tenaga kesehatan, selama ini banyak tugas ganda dan keahlian yang tidak sesuai untuk pelayanan kesehatan baik di dalam maupun kegiatan pelayanan kesehatan di luar gedung.
4. Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat perlu dikembangkan sebagai "Kesehatan Kerakyatan" melalui dukungan kader kesehatan yang sudah

ada di masyarakat yaitu di Posyandu, pos obat desa dengan memberikan insentif yang selama ini belum pernah diberikan. Hal ini lebih efektif dan efisien bila dibanding dengan harus menambah gedung Puskesmas atau Puskesmas pembantu dan mengangkat pegawai.

5. Perlu adanya penyegaran kembali yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan tentang manajemen Puskesmas yang tampaknya setelah otonomi daerah banyak kepala Puskesmas yang belum mendapatkan pelatihan manajemen Puskesmas, sehingga dalam menentukan visi, misi dan perencanaan kurang mampu.
6. Perlu adanya penyesuaian harapan penderita akan pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan persepsi dari pemberi pelayanan agar tidak terjadi kesenjangan dalam melayani.
7. Jam buka diharapkan lebih diperpanjang waktunya.
8. Penambahan sarana dan prasarana Puskesmas, misal adanya ruang tunggu yang memadai, fasilitas rawat inap ditambah.

KEPUSTAKAAN

- Abidin, Wawan E, 2003, *Survival Perusahaan Era AFTA 2003*, Pikiran Rakyat,
- Achsin, 1999, *Analisis Dimensi Kualitas Layanan yang mempengaruhi Kepuasan berdasarkan Persepsi Pasien pada Rumah Sakit Muhammadiyah Jawa Timur*, Tesis, Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang.
- Adhyatma, 1999, *Peningkatan pendayagunaan tenaga kesehatan*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Alma, Buchari, 1998, *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*, Penerbit Alfa Beta, Bandung.
- Anderson, Eugene W., Claes Fornell & Donald R. Lehmann, 1994, *Customer Satisfaction, Marke Share, and Profitability: Finding from Sweden*, Journal of Marketing, vol 58 (July) :53-68
- Arifin A, 2001, *Koordinasi Pemrograman sebagai upaya Peningkatan Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Puskesmas*, Disertasi, Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya.
- Azwar, 2000, *Kebijakan Departemen Kesehatan Tentang Paradigma Sehat*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- _____, 2001, *Pelayanan Kesehatan Barang Publik atau Barang Swasta*, Kompas 16 Mei 2001
- Becker at. Al., 1996, *Foci and Bases of Employee Commitment Implication for Job Performanc*, Academy of Management Journal, 39,2 : 464-482.
- Bruce, 1990, *Fundamental elements of the Quality of Care*, a simple framework Studies in Family planning.
- _____, 1990, *Beyond Total Quality Management: Toward the Emerging Paradigm*, Mc.Graw-Hill Inc, New York
- Budiarto, Wasis (2002), *Analisis Faktor-faktor Yang Membentuk Kualitas Pelayanan dan Pengaruhnya terhadap Kinerja Non Keuangan serta Keuangan Rumah Sakit Umum Pusat di Indonesia*, Disertasi, Unair Surabaya.
- Bush, JP, 1988, *Job satisfaction, powerlessness and locus of control*, Western Journal of Nursing Research.

Caminal, Raamon and Xavier Vives, 1996, *"Why Market Share Matter. An Information Based Theory"*, *Rand Journal of Economic*, 27 (Summer):221-239

Carey ,Kathleen and Theodore Stefos, 1992, *Measuring inpatient and outpatient costs: A Cost function approach . Health Care Financing Review*, 14(2) Winter : 116-125

Chase, Richard B, and Nicholas J.Aquilano, 1995, *Production and Operation Management: Manufacturing and Services*, Richard D.Irwin Inc, USA

Cravens, David W,1991, *Strategic Marketing*, Third Edition, Rochard D.Irwin,Inc.Homewood, Illinois

Davidoff,D.M,1994, *CONTACT : Customer Service in the Hospitality and Tourism Industry*,Prentice Hall, New York

Davis,Keith, 1982,*Human Behavior at Work, Organizational Behavior*, Tata Mc.Graw-Hill Inc, New Delhi

Departemen Kesehatan Republik Indonesia,*UU Kesehatan No.23 tahun 1992*, Jakarta

1999, *Laporan Tahunan Pusat Data Kesehatan tahun 1998/1999*, Pusat Data dan Informasi, Jakarta

1990, *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I* , Jakarta.

2003, *Sambutan Menteri Kesehatan RI pada Lokakarya Pengembangan sub system pembiayaan pelayanan kesehatan public goods dan privat goods bagi penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin*, Jakarta.

Departemen Pendayagunaan Aparatur Negara, 1993, *Keputusan Menpan Nomor 81 Tahun 1993*, Jakarta

Dinas Kesehatan propinsi Jawa Timur, 2001, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas.*, Surabaya

, 2001, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2000*, Surabaya

, 2003, *Selayang Pandang Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2002*, Surabaya

bekerjasama dengan Tim Bagian Administrasi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, 2003, *Identifikasi kinerja Puskesmas berdasarkan Rerangka Balanced Scorecard*, Surabaya.

Direktur Kesehatan Khusus, 2000, *Reformasi Puskesmas Masa Depan*, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, Jakarta

, 2001, *Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi*, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, Jakarta

Direktur Kesehatan Masyarakat, 2001, *"Change is the only constant"*, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, Jakarta

Donabedian A, 1980, *The definition of Quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, MI Health Administration Presss

, 1985, *Exploration in Quality Assesment and Monitoring, Volume III The Methods and Finding of Quality Assesment and Monitoring*, Ann Arbor, MI Health Administration Presss

Drucker Peter, *Inovasi dan Kewiraswastaan, Praktek dan Dasar-dasar* (terjemahan), 1991, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Dyah Siwi R, 2001, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Strategi Kualitas Pelayanan Rumah Sakit*, Tesis, Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang

Ferdinand, 2002, *Structural Equation Modeling dalam Penelitian Manajemen. Aplikasi Model-model Rumit Dalam Penelitian untuk tesis Magister dan Doktor*, Undip, Semarang.

Fitzsimmons , 1994 , *Service Management for Competitive Advantage*, New York : Hill, Inc., p 22

Friedman.E., 1986, *"What Do Consumers Really Want?" Healthcare Forum* (May-Juni): 19-22, 24

Gani, Ascobat, 1994, *Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan*, Cermin Dunia Kedokteran, (90) :34-40

, 2003, *Kesinambungan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Upaya Kesehatan Public Goods dan Private Goods di Era Otonomi Daerah Bagi Penduduk Miskin, Kelompok Rentan dan Daerah Miskin*, Depkes RI, Jakarta

Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN), 1998

Glueck, 1980, *Business Policy and Strategic Management*, Mc Graw Hill Kogakusha, Ltd, Tokyo, p 35

Hair, J.P., Anderson, R.E., Tathan, R.I., and Black W.C. 1995 *Multivariate Data Analysis*, Fourth Edition, Prentice Hall, New Jersey

Hani, 2000, *Kebijakan Peningkatan Kinerja Pegawai*, Tesis, Universitas Brawijaya.

Hartline, Michael D., O.C.Ferrel, 1996. *The Management of Customer-Contact Service Employees; An Empirical Investigation*, Journal of Marketing, 60 (4) : 52-70

Herzberg, B. Mausner and B. Sinderman, 1959, *The Motivation to Work*, John Wiley & Sons, New York.

Hersey Paul, Blanchard Kenneth, H. (terjemahan Agus Dharma), 1995, *Manajemen Perilaku Organisasi Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*, edisi keempat, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Hicks, Herber G and Gullet C. Ray, 1982, *Management*, Fourth edition, Prestce-Hall Inc, New Jersey

Hirakawa RY, Keyton J, 1995, *Perceived Facilitators and Inhibitor of Effectiveness in Organization Work Teams*, Management Communication Quarterly, 8,4 : 424-446.

Hoyle, 1995, *Structural Equation Modeling Concept, Issues and Application*, SAGE Publication, International Education and Profesional Publisher, Thousand Oaks London New Delhi.

Julianti, 1999, *Strategi Pengembangan Instalasi Klinik Spesialis Pusat Diagnostik Rumah Sakit Immanuel Bandung*, Tugas Akhir, Institut Teknologi Bandung, Bandung.

Junita, 2000, *Analisis Kausal Keadilan Prosedural, Keadilan Distributif, Kepuasan Kerja dan Komitmen Organisasi terhadap Prestasi Kerja Tenaga Penjual*, Tesis, Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang.

Kantor Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara, 1993, *Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 81 Tahun 1993 Tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum*.

Kaplan, and Norton, 1992, *The Balanced Scorecard: Measures that drive performance*, Harvard Business Review (January-February): 7-12

Kotler, Clarke N, 1987, *Marketing for Health Care Organization*, Practise Hall, Englewood Cliff, New Jersey

— and Anderson Alan, 1995, *Strategi Pemasaran untuk Organisasi Nirlaba* (terjemahan), Gajah Mada University Press, Yogyakarta, hal 15-17

— 1996, *Principles of Marketing 7 e, Dasar-dasar Pemasaran*, (terjemahan), PT Prenahallindo, Jakarta.

— 1997, *Manajemen Pemasaran: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*, (terjemahan), Edisi 9 e, Buku I dan II, PT Prenahallindo, Jakarta.

Koontz, Harold dan O'Donnell Cyril, Weihrich Heinz, 1984, *Management*, Eight edition, Mc.Graw Hill Inc

Knoop, 1995, *Relationship among Job Involvement, Job Satisfaction and Organizational Commitment for Nurses*, Journal of Psychology, vol 129

Lamiri, 1997, *Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan, Minat Perilaku Penderita Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Samarinda*, Tesis, Program Pascasarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.

Lewin Kurt, 1955, *Field theory in Social Science Selected theoretical paperes*, D.Cartwright,ed.,Harper & Row, New York.

Lovelock, 1996, *Services Marketing*. Prentice Hall Inc. New Jersey.

Luthans Fred, 1998, *Organizational Behavior*, Mc Graw Hill, International Book Company, Tokyo.

Mantra IB,1983, *Dasar-dasar komunikasi*,Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

Mayer, J.P and N.J.Allen, 1997, *Commitment in The Workplace : Theory, Research and Application*, CA : Sage Publication, Thousand Oaks, p. 11

Masduki, 2001, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Ibu Hamil dalam Memilih Tempat Persalinan dan Rawat Inap di Rumah Bersalin Pemerintah Daerah Kota Malang*, Tesis, Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang

Mc Gregor,D ,1960, *The Human Side of Enterprice*, Mc Graw-Hill Book Company, New York

Miller,John B, 1971, *Management theory*, Macmillan Publishing Co, New York.

Mitrani, A., Daziel, M.,and Fitt.D, 1992, *Competency Based Human Resource Management : Value Driven Strategies for Recruitment, Development and Reward*, Kogan Page Limited London.

Moelok, 2002, *Sambutan Pembukaan Musyawarah Cabang IDI Jawa Timur oleh Ketua IDI Pusat*, Surabaya

Mowday,R.T, L.W.Porter dan R.M.Steers, 1982, *Employee-Organization Linkages : The Psychology of Commitment, absenteeism, and Turnover*, New York : Academic Press. P 27

Munkner, Hans ,1998, *Toward Adjusted Patterns of Corporation in Developing Countries*, Bonn.

Novadjaja, L.H, 1998, *Analisis Faktor Yang Dipertimbangkan Nasabah Dalam Mempersepsikan Mutu Pelayanan Perusahaan Asuransi di Kotamadya Malang*, Tesis, Program Magister Manajemen Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang.

Parasuraman A, Valerie A Zeithaml, Leonard L.Berry, 1985. *A Conceptual Model of Service Quality and Implication for Future Research*. Journal of Marketing, 49(Fall), : 41-50

1990, *Delivering Quality Service*, Collier Macmillan Published, London.

Porter Michael E, 1990, *The Competitive Advantage of Nation*, Billing & Sons Ltd Worcester Great Britain.

Prasetya Arik, 2001, *Pengaruh Kompensasi Finansial dan Non Finansial terhadap Prestasi Kerja*, Tesis, Program Magister Manajemen Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang

Primalita Ratni, 1999, *Faktor-faktor yang Dipertimbangkan Konsumen dalam Keputusan Memilih Rumah Sakit Umum di Kotamadya Padang*, Tesis, Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang

Pujawan, T., 1997, *Analisis Faktor-faktor Kualitas Layanan yang Mempengaruhi Kepuasan Pelanggan Bank BNI dan Bank Danamon di Denpasar Bali*, Tesis, Program Magister Manajemen Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang

Quirk, James P, 1982, *Intermediate Microeconomics*, California Institute of Technology, Science Research Associates Inc, Sydney

Render, B and Jay Heizer, *Prinsip-prinsip Manajemen Operasi*, terjemahan, Penerbit Salemba Empat,

Rogers Everett, M, & Agarwala Rekha-Rorers, 1976, *Communication in Organization*, The Free Press, New York

Santoso, Singgih, 2002, *SPSS. Statistik Multivariate*, Alex Media Komputindo, Jakarta.

Schinnar AP, Gould KE, Delucia N and Rothbard AB, 1990, *Organization Determinants of Efficiency and Effectiveness in Mental Health Partial Care Programs*. *Health Service Research*, 25-2 ; 387-420

Schneider, Stephan P, 1990, *Marketing Strategy, A Customer-Driven Approach*, New Jersey : 303-304

Setyanto, E., 1998, *Pengukuran Kualitas Pelayanan Berdasarkan Persepsi Pelanggan Pada PT. JAMSOSTEK (Persero) Kantor Cabang Karimunjawa, Darmo dan Tanjung Perak di Kotamadya Surabaya*, Tesis, Program Magister Manajemen Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya.

Sherwood F.P., 1997, *Responding To The Decline in Public Service Professionalism*, *Public Administration Review*, vol 57 no 3.

Singarimbun, M, 1987, *Metode Penelitian Survei*, Jakarta, Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial.

Soetjipto Budi, *Membangun Komitmen SDM*, <http://www.hri.or.id/urunrembug/tulisan001.htm>

- ,2001, *Mengefektifkan Dinamika Komitmen* <http://www.hri.or.id/urunrembug>
- ,2001, *Kepatuhan dan Komitmen Bawahan* <http://www.hri.or.id/urunrembug>
- Solimun, 2002, *Multivariate Analysis. SEM, Lisrel dan Amos*, Unibraw Malang
- Spencer, M. Lyle and Signe M Spencer, 1983, *Competence at Work : Modes for Superior Performance*, John Wiley & Sons, Inc., New York : 117-125
- Stephen J. O'Connor, Hanc Q. Trinh, and Richard M. Shewchuk, 2000, *Perceptual Gaps in Understanding Patient Expectations for Health Care Service Quality*, Health Care Manage Rev, 25(2) 17-23 @2000 Aspert Publishers, Inc.
- Stiglitz, Joseph E, 1988, *The Economics of the Public Sector (2th Ed)*. W.W. Norton Comp. New York.
- Stott K, Walker A, 1995, *Team, Teamwork & Teambuilding. The Manager's Complete Guide to Team in Organization*, 1 st edition, Singapore Prentice Hall.
- Suarniki Ni Nyoman, 2000, *Analisis Kualitas Pelayanan dalam Mempengaruhi Kepuasan Konsumen Rumah Sakit Bersalin di Kotamadya Banjarmasin*, Tesis, Pascasarjana Unibraw, Malang
- Suhardiman, 2001, *Perilaku Kerja Dokter Yang Bekerja di Rumah Sakit di Kabupaten dan Kotamadya Bandung*, Tesis, Program Magister Manajemen Pascasarjana Institut Teknologi Bandung, Bandung
- Sunarsip, 2002, *Strategi Mempertahankan Good People*, Dzikir Fikir Ikhtiar, Aklik dt.com
- Sunardi 2001, *Analisis Orientasi Pasar ke arah Keunggulan Kinerja Rumah Sakit di Kota dan Kabupaten Malang*, Tesis, Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang
- Surjadi, 1994, *Menilai Kualitas Pelayanan Kesehatan*, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XXII, Nomor 4
- Supriyono, 1988, *Manajemen Strategi dan Kebijakan Bisnis*, BPFE Yogyakarta.
- Stonner, James, A, F, 1982, *Management*, Second edition, Prestice-Hall, New Jersey
- Syarief, Oemy, 1998, *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Di Rumah Sakit (Studi kasus di Rumah Sakit Al Islam Bandung)*, Tugas Akhir, Program Studi Magister Manajemen Bisnis dan Administrasi Teknologi Program Pasca Sarjana Institut Teknologi Bandung
- Tamin, Feisal, 2003, *Pengarahannya Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara di depan jajaran Aparatur Negara Propinsi Maluku*, Ambon.
- Taylor SE, 1994, *Social Psychology*. 8 th edition, Englewood Cliff, New Jersey Prentice Hall.

Yusril, M., 1995, *Faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Bengkulu*, Thesis, Universitas Pajajaran, Bandung.

Slater, Staenly F & John C.Naever, 1994, *Does Competitive Environment Moderate the Market Orientation- Performance relationship*, Journal of Marketing, Vol.58 (January),p. 37-50

Swowter Colin,1995, *Marknon : Marketing For The Non-Marketing Manager*, Mc Graw-Hill Book Company..