



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH MANAJEMEN PROSES TERHADAP
KINERJA OPERASIONAL RUMAH SAKIT MUHAMMAD
HUSNI THAMRIN INTERNASIONAL SALEMBA JAKARTA
TAHUN 2008**

TESIS

Oleh:

**SHINTA TRILUSITA
NPM: 0606153973**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH MANAJEMEN PROSES TERHADAP
KINERJA OPERASIONAL RUMAH SAKIT MUHAMMAD
HUSNI THAMRIN INTERNASIONAL SALEMBA JAKARTA
TAHUN 2008**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh:

SHINTA TRILUSITA
NPM: 0606153973

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, 10 Desember 2008

SHINTA TRILUSITA, NPM. 0606153973

**Pengaruh Manajemen Proses Terhadap Kinerja Operasional Rumah Sakit
Muhammad Husni Thamrin Internasional Salemba Jakarta Tahun 2008**

x+ 173 halaman + 30 tabel + 10 gambar + 5 lampiran

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh manajemen proses (desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja) terhadap kinerja RS. MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta tahun 2008. Secara teoritis penelitian ini mengacu pada konsep dari *Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE)*, dalam *Health Care Criteria for Performance Excellence 2008*.

Penelitian ini merupakan penelitian survei dengan pendekatan kuantitatif, dimana data yang digunakan adalah data primer dengan memakai alat bantu kuesioner. Metode penelitian menggunakan metode analisis jalur atau disebut juga dengan *Path Analysis*. Sampel penelitian diambil dari karyawan RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 dengan menggunakan *stratified random sampling* berdasarkan kelompok unit kerjanya.

Hasil penelitian ditemukan bahwa desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja mempengaruhi kinerja RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 sebesar 50,1% dan 49,9% dipengaruhi oleh variabel lain.

Variabel yang paling besar mempengaruhi kinerja RS. MH. Thamrin Internasional Salemba adalah pengelolaan dan peningkatan proses kerja yaitu sebesar 32,26%. sedangkan desain sistem kerja berpengaruh terhadap kinerja RS. MH. Thamrin Internasional Salemba sebesar 4,16%.

Berdasarkan penelitian ini disarankan untuk lebih memperhatikan dan meningkatkan manajemen proses, hal ini dapat dilakukan dengan cara : (1) mendesain sistem kerja yang efektif, (2) mendesain sistem kerja yang mampu menghadapi keadaan darurat, (3) mendesain proses kerja yang jelas dan mudah untuk dilaksanakan, (4) mengelola, mengevaluasi dan meningkatkan proses kerja.

Daftar Kepustakaan: 56 (1994-2008)



**UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
POST GRADUATE PROGRAM
MASTER OF HOSPITAL ADMINISTRATION**

Thesis, December 10th 2008

SHINTA TRILUSITA, NPM. 0606153973

**The Influence of Process management to Operational Performance at
Muhammad Husni Thamrin Internasional Salemba Hospital in Jakarta 2008**

x + 173 pages + 30 tables + 10 pictures + 5 appendices

ABSTRACT

This study has an objective to know the influence of process management (work system design and work process management and improvement) to Operational Performance at MH. Thamrin Internasional Salemba Hospital in Jakarta 2008. Theoretically, this concept is taken from Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE), in Health Care Criteria for Performance Excellence 2008.

The design in this study is a survey design with quantitative approaches. The method being used in this study is a path-analysis-method. The data are primary taken by the questionnaires. Samples are taken among employees at MH. Thamrin Internasional Salemba Hospital by stratified-random-sampling-method based on the work unit.

The result shows that work system design and work process management and improvement has influenced operational performance of MH. Thamrin Internasional Salemba Hospital as much as 50,1%, and the rest is influenced by other factor which is not included in this study.

According to the result of this study, it is recommended to give more attention to improve process management, such as: (1) design an effective work systems, (2) design a work system which prepared for disasters or emergencies, (3) design a work process which is easy to be done, (4) manages, evaluate, and improve work processes.

Reference : 56 (1994-2008)

SURAT PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**PENGARUH MANAJEMEN PROSES TERHADAP KINERJA
OPERASIONAL RUMAH SAKIT MUHAMMAD HUSNI THAMRIN
INTERNASIONAL SALEMBA JAKARTA
TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Depok, 10 Desember 2008

Pembimbing Tesis



(Dr.dr.M.Hafizurrachman S,MPH)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 10 Desember 2008

Ketua



Dr. dr. M. Hafizurrachman S, MPH

Anggota



Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Anggota



dr. Mieke Sayitri, M.Kes

Anggota



dr. Nina Rosyina, MARS

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : SHINTA TRILUSITA
NPM : 06060153973
Mahasiswa Program : PS KARS FKM UI
Tahun Akademik : 2006-2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**PENGARUH MANAJEMEN PROSES TERHADAP KINERJA
OPERASIONAL RUMAH SAKIT MUHAMMAD HUSNI THAMRIN
INTERNASIONAL SALEMBA JAKARTA TAHUN 2008**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 10 Desember 2008



SHINTA TRILUSITA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : SHINTA TRILUSITA
- Alamat : Jl. Gunung Sabeulah No. 41, Tasikmalaya,
Jawa Barat
- Tempat/tanggal lahir : Bandung, 31 Desember 1969
- Agama : Islam
- Riwayat Pendidikan :
- SDN. Citapen I Tasikmalaya : 1976 - 1982
 - SMPN I Tasikmalaya : 1982 - 1985
 - SMAN 2 Tasikmalaya : 1985 - 1987
 - SMAN 3 Jakarta : 1987 - 1988
 - Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti Jakarta : 1988 - 2002
 - Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia : 2006 - Sekarang
- Riwayat Pekerjaan:
- Rumah Sakit Khusus Bedah Bakti Santosa Tasikmalaya : 2003 – Sekarang

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Allah Yang Maha Kuasa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya, tesis dengan judul “ **Pengaruh Manajemen Proses Terhadap Kinerja Operasional Rumah Sakit Muhammad Husni Thamrin Internasional Salemba Jakarta Tahun 2008** ” ini dapat diselesaikan.

Tesis ini disusun untuk memenuhi persyaratan tugas akhir studi yang dijalani Penulis di Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini, Penulis banyak mendapatkan bimbingan dan masukan yang berharga dari berbagai pihak. Untuk itu Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. dr. M.Hafizurrachman S, MPH selaku pembimbing akademik, yang selalu bersedia meluangkan waktunya ditengah jadwal kesibukan yang sangat padat, untuk memberikan bimbingan yang sangat berharga dalam penyusunan tesis ini.
2. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan masukan yang sangat berharga bagi penyempurnaan tesis ini.
3. dr. Sabarinah Prasetyo, Msc, yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan masukan dan bimbingan yang sangat berharga dalam menyelesaikan tesis ini.
4. dr. Mieke Savitri, M.Kes, yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan masukan dan bimbingan yang sangat berharga dalam penyempurnaan tesis ini.

5. dr. Nina Rosyina, MARS, yang telah bersedia meluangkan waktunya ditengah kesibukan sebagai direktur RS. MH. Thamrin Purwakarta, untuk membantu penyempurnaan tesis ini.
6. Seluruh staf pengajar Pascasarjana program studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang telah memberikan pengajaran dan bimbingannya.
7. Seluruh staf administrasi, dan penunjang lainnya dalam lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
8. Teman-teman seperjuangan yang selalu bersedia saling berbagi dalam menempuh pendidikan selama ini, khususnya Chairilina teman satu bimbingan, dengan semua kerja keras, kerja sama, dan pengorbanan, akhirnya kita dapat melalui tahapan ini untuk memulai perjuangan yang baru.

Penulis menghaturkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada kedua orang tua, Ibu Hj. Tjuminawati dan Bapak dr. H. Deddy Tjandiaman A. SpB., yang selalu memberikan do'a restu, kasih sayang, perhatian, serta pengorbanan yang tulus dan tanpa pamrih.

Juga kepada suami tercinta, dr. R. Hadi Sirwandanu, dengan penuh kesabaran, pengertian, pengorbanan dan kasih sayang, selalu mendampingi dalam suka dan duka di tengah kesibukan menempuh pendidikan dokter spesialis Bedah Saraf yang sangat menyita waktu dan perhatiannya.

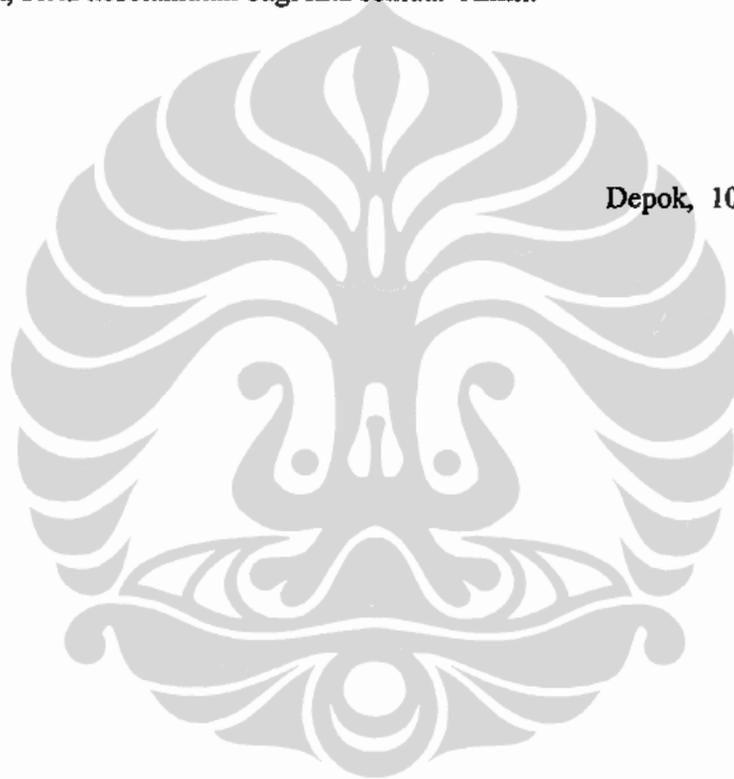
Terakhir untuk anak-anakku tersayang, Irnu Suryohadi Kusumo dan Dwinurhadi Nalendratama, ibu sangat bersyukur diberi kesempatan untuk memiliki kalian, kalianlah sumber kekuatan ibu untuk dapat melakukan yang terbaik dalam hidup ini, dengan berpegang pada ajaran Allah SWT.

Manusia tidak luput dari kesalahan dan alpa, untuk itu Penulis berharap dengan semua kekurangan dalam tesis ini, tetap dapat memberikan manfaat bagi penulis pribadi, bagi Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia, serta bagi pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Akhir kata, semoga Allah SWT senantiasa memberikan ridho, hidayah, kekuatan, serta keselamatan bagi kita semua. Amin.

Depok, 10 Desember 2008

Shinta Trilusita



DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	11
1.3. Pertanyaan Penelitian	11
1.4. Tujuan Penelitian.....	12
1.4.1. Tujuan Umum.....	12
1.4.2. Tujuan Khusus	12
1.5. Manfaat Penelitian.....	12
1.5.1. Manfaat Praktis.....	12
1.5.2. Manfaat Teoritis.....	12
1.5.3. Manfaat Metodologis.....	13
1.6. Ruang Lingkup	13
BAB 2 TINJAUAN KEPUSTAKAAN	14
2.1. Rumah Sakit	14
2.2. Mutu Pelayanan Kesehatan	17
2.3. Kinerja	22
2.3.1. Pengertian Kinerja	22
2.3.2. Pengukuran Kinerja	23
2.3.3. Manfaat Pengukuran Kinerja.....	26
2.4. Kinerja Operasional.....	28
2.5. Manajemen Operasional.....	33
2.5.1. Evolusi Manajemen Operasional.....	34
2.5.2. Pengertian dan Ruang Lingkup.....	38
2.5.3. Konsep Dasar Manajemen Operasional.....	41
2.5.4. Fungsi Manajemen Operasional.....	45
2.5.5. Desain Kerja Pada Manajemen Operasional.....	49
2.5.6. Manajemen Audit pada Fungsi Operasional.....	60
2.5.7. Manajemen Operasional Pada Kriteria Baldrige.....	65

2.6. Malcolm Baldrige.....	79
2.6.1. Profil Malcolm Baldrige	79
2.6.2. Latar Belakang Penghargaan Malcolm Baldrige.....	80
2.6.3. Malcolm Baldrige National Quality Awards.....	80
2.6.4. Kategori Penghargaan MBNQA Bidang Kesehatan.....	81
2.6.5. Nilai Inti malcolm Baldrige.....	83
2.6.6. Kategori Kriteria Malcolm Baldrige.....	84
2.6.7. Evolusi Baldrige Award dalam Pencapaian Tujuannya.....	89
2.6.8. Perbandingan MBNQA dengan Penghargaan Sejenis.....	90
2.7. Analisis Jalur (<i>Path Analysis</i>)	92
2.7.1. Definisi <i>Path Analysis</i>	92
2.7.2. Manfaat <i>Path Analysis</i>	93
2.7.3. Prinsip-Prinsip Dasar	93
2.7.4. Model <i>Path Analysis</i>	94
2.7.5. Model Analisis Korelasi Regresi	95
BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT.....	97
3.1. Identitas dan Sejarah Rumah Sakit.....	97
3.2. Visi dan Misi Organisasi.....	98
3.3. Fisik Rumah Sakit.....	99
3.4. Struktur Organisasi.....	100
3.5. Jenis Pelayanan Rumah Sakit.....	102
3.6. Data Ketenagaan	105
3.7. Kinerja Rumah Sakit.....	106
BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL....	108
4.1. Kerangka Konsep Penelitian	108
4.2. Hipotesis.....	109
4.4. Definisi	109
BAB 5 METODE PENELITIAN	113
5.1. Desain Penelitian	113
5.2. Waktu dan Tempat Penelitian	113
5.3. Populasi dan Sampel.....	113
5.4. Pengumpulan Data.....	117
5.5. Validitas dan Reliabilitas.....	117
5.6. Pengolahan Data.....	118
5.7. Analisis Data.....	120
BAB 6 HASIL PENELITIAN.....	124
6.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian.....	124
6.2. Gambaran Umum Responden Penelitian.....	128
6.3. Deskripsi Data.....	129
6.4. Persyaratan Analisis.....	134
6.4.1. Uji Normalitas.....	134
6.4.2. Uji Homogenitas.....	136

6.4.3. Uji Eksistensi.....	138
6.4.4. Uji Independensi.....	139
6.4.5. Uji Asumsi Linearitas.....	139
6.5. Pengujian Model.....	141
6.5.1. Analisis Koefisien Korelasi Model Struktural.....	144
6.5.2. Analisis Jalur.....	145
6.5.3. Pengujian Hipotesis.....	149
BAB 7 PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN.....	152
7.1. Keterbatasan Penelitian.....	152
7.2. Desain sistem kerja berpengaruh langsung terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.....	152
7.3. Pengelolaan dan peningkatan proses kerja berpengaruh langsung terhadap kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.....	157
7.4. Manajemen proses (desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja) berpengaruh langsung terhadap kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.....	161
BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN.....	171
8.1. Kesimpulan.....	171
8.2. Saran.....	172
DAFTAR KEPUSTAKAAN	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Judul	Halaman
Tabel 3.1. : Komposisi Karyawan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba.....	105
Tabel 3.2. : Jumlah Pasien Rawat Jalan RS. MH. Thamrin Internasional Salemba Periode 2005 – 2007.....	106
Tabel 3.3. : Kinerja Rawat Jalan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba Periode 2005 – 2007.....	106
Tabel 3.4. : Perbandingan Jumlah Pasien Rawat Jalan Perusahaan, Pribadi dan Karyawan RS. MH. Thamrin Internasional Salemba Periode 2005 – 2007.....	106
Tabel 3.5. : Data BOR, BTO, TOI, dan ALOS RS. MH. Thamrin Internasional Salemba Periode 2005– 2007.....	107
Tabel 3.6. : Kinerja Unit Khusus RS M.H. Thamrin Internasional Salemba Periode 2005 – 2007.....	107
Tabel 3.7. : Jumlah Kunjungan Penunjang Medis RS M.H. Thamrin Internasional Salemba Periode 2005 -- 2007.....	107
Tabel 5.1. : Sampel Penelitian Berdasarkan Unit Kerja RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.....	116
Tabel 6.1. : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian Variabel Desain Sistem Kerja.....	125
Tabel 6.2. : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian Variabel Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja.....	126
Tabel 6.3. : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian Variabel Kinerja Operasional.....	127
Tabel 6.4. : Rekapitulasi Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian.....	127
Tabel 6.5. : Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin, Usia, Tingkat Pendidikan dan Masa Kerja (n = 83).....	128
Tabel 6.6. : Deskriptif Data Variabel Desain Sistem Kerja (X ₁), Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja(X ₂), dan Kinerja Operasional (Y).....	129
Tabel 6.7. : Deskripsi Data Variabel Desain Sistem Kerja.....	130
Tabel 6.8. : Deskripsi Data Variabel Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja.....	131
Tabel 6.9. : Deskripsi Data Variabel Kinerja Operasional.....	133
Tabel 6.10. : <i>Test Of Univariate Normality</i> Variabel Desain Sistem Kerja, Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja, dan Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Tahun 2008.....	134
Tabel 6.11. : Rangkuman Hasil Uji Homogenitas.....	138

Tabel 6.12. : Residuals Statistik Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	138
Tabel 6.13. : Hasil Uji Durbin-Watson Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	139
Tabel 6.14. : Hasil Uji Asumsi Linearitas Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	140
Tabel 6.15. : Tabel Interpretasi Nilai r.....	142
Tabel 6.16. : Hasil Koefisien Korelasi Desain Sistem Kerja, Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	143
Tabel 6.17. : Hasil Analisis Korelasi.....	144
Tabel 6.18. : <i>Coefficients</i> Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	146
Tabel 6.19. : <i>Model Summary</i> Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	147
Tabel 6.20. : Koefisien Jalur Pengaruh Langsung, Tidak Langsung, Kontribusi, dan Kontribusi Total Desain Sistem Kerja (X_1) serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2) Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y).....	148
Tabel 6.21. : Rekapitulasi Hasil Pengujian Hipotesis.....	150
Tabel 6.22. : Persentase Total Pengaruh Langsung Dan Tidak Langsung Desain Sistem Kerja, serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	150

DAFTAR GAMBAR

Judul	Halaman
Gambar 2.1. :Kerangka Kerja Malcolm Baldrige untuk Bidang Kesehatan tahun 2008.....	86
Gambar 2.2. :Desain dan Implementasi Sistem Manajemen Kinerja MBNQA.....	88
Gambar 2.3. :Jenis Model <i>Path Analysis</i>	94
Gambar 4.1. :Kerangka Konsep Penelitian.....	108
Gambar 6.1. :Grafik Histogram dan Normal P-P plot Desain Sistem Kerja serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	135
Gambar 6.2. : <i>Scatterplot</i> Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	137
Gambar 6.3. :Model Hubungan Struktural Antar Variabel.....	143
Gambar 6.4. :Hubungan Koefisien Korelasi Jalur Struktural Antar Variabel.....	145
Gambar 6.5. :Struktur Hubungan Kausal Desain Sistem Kerja (X1), serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X2) terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	149
Gambar 6.6. :Persentase Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.....	151

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Analisis Statistik Uji Validitas dan Reabilitas
- Lampiran 2 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 3 : Hasil Pengumpulan Data
- Lampiran 4 : Analisis Statistik
- Lampiran 5 : Surat Ijin Penelitian Dari RS. MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tingkat persaingan perusahaan di abad ke-21 ini semakin ketat sejalan dengan diberlakukannya era perdagangan bebas, seperti AFTA (*Asian Free Trade Area*), APEC (*The Asia Pasific Economic Cooperation*), NAFTA (*North America Free Trade Area*), dan ditandatanganinya berbagai macam persetujuan bilateral maupun multilateral yang pada intinya untuk mendukung persaingan bebas dalam perdagangan, seperti GATT (*General Agreement on Tariff and Trade*), Eropa Bersatu (*European Union*), dan sebagainya. Mengantisipasi era persaingan bebas tersebut, banyak perusahaan mulai menata ulang strategi persaingannya dengan melakukan kajian terhadap tujuan strategik perusahaan yang didasarkan atas kebutuhan pasar internasional, perbandingan dengan perusahaan yang memiliki kinerja terbaik di dunia, dan melakukan evaluasi yang intens terhadap kompetensi internal perusahaan itu sendiri (Wibisono, 2006).

Untuk memenuhi kebutuhan peningkatan kinerja tersebut, banyak perusahaan merasa bahwa sistem manajemen kinerja yang dikembangkan saat ini, yang mayoritas didasarkan pada sistem pengukuran finansial, belum dapat mengakomodasikan tuntutan persaingan. Perusahaan-perusahaan tersebut membutuhkan sistem manajemen kinerja yang baru.

Timbulnya kebutuhan sistem manajemen kinerja baru yang dipacu oleh akan diberlakukannya era perdagangan bebas tersebut, jauh sebelumnya telah diantisipasi karena adanya kesadaran berbagai perusahaan di Amerika Serikat terhadap adanya

penurunan keuntungan, kelangkaan sumber daya, dan tumbuhnya negara-negara pesaing baru di Asia Pasifik pada awal tahun 1980-an. Kesadaran tersebut memotivasi para peneliti Amerika Serikat untuk mencari ide dan pendekatan baru dalam pengelolaan perusahaan. Pada mulanya yang dilakukan adalah mencari sistem pengukuran kinerja yang baru sebagai pelengkap dari sistem pengukuran kinerja yang hanya berbasis pada laporan finansial semata. Tonggak pertama penelitian yang memfokuskan pada sistem pengukuran kinerja dilakukan oleh Wickham Skinner dengan artikelnya yang berjudul: "*Manufacturing: missing link in corporate strategy*" yang dipublikasikan di *Harvard Business Review* pada tahun 1969. Artikel tersebut telah memotivasi banyak peneliti di akhir tahun 1980-an dan tahun-tahun setelah itu untuk mencari sistem pengukuran kinerja yang mampu mendukung kebutuhan perusahaan di abad ke-21. Dalam penelitiannya yang lebih baru, Skinner (1992) menyimpulkan: "Manajemen konvensional melalui pendekatan yang sepotong-sepotong, eksploitasi kinerja jangka pendek, usaha optimasi pada hampir setiap dimensi dengan fokus utama pada pengurangan ongkos dan peningkatan produktivitas tidak lagi memadai. Kebutuhan perusahaan untuk mengembangkan strategi manufaktur yang konsisten dengan keseluruhan strategi bisnis adalah mutlak" (Wibisono, 2006).

Penelitian-penelitian mengenai kelemahan sistem pengukuran kinerja finansial telah banyak dilakukan. Keterbatasan sistem pengukuran finansial ini dengan sangat baik diterangkan oleh Kaplan (1983) dan Cooper dkk. (1992), yang meliputi aspek-aspek yang kurang relevan dari sistem pengukuran kinerja berbasis finansial bagi pengelolaan usaha saat ini (*lack of relevance*), sistem konvensional berorientasi pada pelaporan kinerja masa lalu (*lagging metrics*), berorientasi jangka

pendek (*short-termism*), kurang fleksibel (*inflexibel*), tidak memicu perbaikan (*does not foster improvement*), dan rancu pada aspek biaya (*cost distortion*) (Wibisono, 2006).

Saat ini pengukuran kinerja berbasis nonfinansial menjadi semakin penting karena meningkatnya minat level manajemen yang lebih tinggi untuk menemukan “jantung” dari proses operasi bisnis mereka (Stoop, 1996; Ferdow dan De Meyer, 1990; Kenny dan Dunk’s, 1989). Salah satu keuntungan dari penggunaan kriteria nonfinansial adalah bahwa variabel-variabel tersebut lebih mudah dimengerti oleh siapapun yang mengunjungi rantai operasi, sehingga persoalan-persoalan dalam proses operasi baik di perusahaan manufaktur maupun jasa dapat dikenali sesegera mungkin. (Wibisono, 2006).

Kompetisi pasar yang semakin meningkat menuntut semua pihak untuk dapat menghasilkan produk atau jasa yang terbaik dalam memenangkan persaingan. Pemerintah USA telah menyadari betul bahwa manajemen kualitas adalah kunci dari kemakmuran dan merupakan kekuatan jangka panjang sebuah negara. Oleh karena itu, pada tahun 1987 dibuatlah program *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA). MBNQA merupakan salah satu program penghargaan yang tertua di dunia. Penghargaan ini diberikan oleh Kongres USA kepada organisasi-organisasi yang telah mampu menerapkan manajemen kualitas untuk memberikan peningkatan nilai kepada pelanggan dan meningkatkan performansi organisasi secara keseluruhan. *Baldrige Award* bukan hanya sebuah penghargaan, tetapi berfungsi juga sebagai pemicu proses peningkatan kualitas di USA akibat adanya proses penarikan komitmen dari para pemenang untuk turut menjadi pendukung dalam peningkatan kualitas organisasi lainnya (www.baldrige.nist.gov).

Berbeda dengan berbagai tool manajemen yang selama ini dikenal seperti Balanced Scorecard, Lean dan Six Sigma, Total Quality Management, dan ISO, Kriteria Baldrige bukanlah alat (*tools*), melainkan panduan penilaian dan kerangka kerja untuk meraih kinerja ekselen. Ia mencakup 7 kategori dari proses hingga hasil bisnis yang benar-benar komprehensif (<http://www.portalhr.com>)

Dari masa ke masa, berbagai alat (*tools*) atau metode manajemen diperkenalkan ke dalam dataran organisasi, utamanya organisasi bisnis. Jepang merevolusikan dunia bisnis dengan konsep *Total Quality Management (TQM)* dengan siklus PDCA (*Plan, Do, Check, Action*). Berbagai versi TQM berkembang namun dalam penerapannya seringkali tidak konsisten dan mengabaikan kaidah TQM itu sendiri.

Dipelopori Motorola Corp. tahun 1991, perusahaan besar Amerika memperkenalkan konsep Lean dan Six Sigma yang merupakan kombinasi dua alat terkait pada proses-proses perbaikan yang esensial. Lean berkaitan dengan peningkatan kecepatan proses dengan mengurangi pemborosan dan menghilangkan langkah yang tidak bernilai tambah. Sedangkan Six Sigma memperbaiki kinerja dengan fokus kepada aspek-aspek yang menyimpang di dalam proses-proses tersebut. Alat manajemen ini menggunakan metodologi DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Approve, dan Control*) untuk mendorong kegiatan/proyek agar dapat memberikan hasil terukur dan dapat dipertahankan.

Six Sigma mengajukan rangkaian pertanyaan tajam mengenai proses-proses di perusahaan, lalu memberikan solusi. Six Sigma menyingkirkan segala penyebab pemborosan, mengubah budaya bisnis, dan menciptakan infrastruktur yang

diperlukan untuk memprakarsai dan mempertahankan produktivitas, profitabilitas, dan tingkat kepuasan pelanggan yang lebih besar.

Kebanyakan perusahaan beroperasi di sigma 4 mentoleransi 6.210 cacat per satu juta peluang. Mereka yang beroperasi di sigma 6 menciptakan proses bisnis yang nyaris tanpa cacat, hanya memungkinkan 3,4 cacat untuk setiap satu juta peluang produk dan jasa nyaris sempurna (99,9997%). Menghilangkan cacat berarti menghilangkan ketidakpuasan.

Implementasi Lean dan Six Sigma menjadi masalah mengingat kian kompleksnya kegiatan dan operasi di dalam perusahaan. Muncul kemudian Balanced Scorecard (BSC) dan ISO. Balanced Scorecard menyelaraskan strategi perusahaan ke dalam 4 perspektif utama: finansial, proses internal, pelanggan, dan pembelajaran-pertumbuhan (SDM). Strategi perusahaan diturunkan menjadi KPI (*Key Performance Indicator*) ke dalam setiap perspektif, unit bisnis, dan bahkan individu. BSc hanya salah satu inisiatif untuk meningkatkan kinerja perusahaan, namun tidak sekomprensif kriteria Baldrige. Pada dasarnya, Balanced Scorecard berbicara tentang target bisnis dan realisasinya, tetapi tidak bisa menilai kualitas manajemen perusahaan.

Balanced Scorecard bisa saja menghasilkan kinerja yang tinggi, namun tidak bisa membedakan apakah kinerja yang tinggi disebabkan oleh kualitas manajemen ataukah karena pasarnya masih baru dan mengalami pertumbuhan yang cepat. Bisa saja perusahaan bertumbuh berpuluh-puluh persen per tahun karena pasarnya memang bertumbuh sangat cepat. Repotnya, hasil penilaian Balanced Scorecard sebuah perusahaan tidak bisa dibandingkan dengan perusahaan lain yang sejenis atau pun tidak.

Lain lagi dengan ISO. ISO mensyaratkan adanya standarisasi proses yang harus dipatuhi dalam mengontrol kualitas. Sistem ini memberikan arah bagaimana perusahaan secara konsisten memenuhi persyaratan standar yang ditetapkan berdasarkan kebijakan dan prosedur-prosedur mutu dan audit mutu secara periodik.

Ada beberapa masalah yang terkait dengan ISO dan belakangan banyak terjadi. Pertama, perusahaan yang memperoleh sertifikasi ISO tidak berarti selamanya mampu meraih standar ISO. Untuk mempertahankan status ISO, perusahaan yang mendapatkannya perlu diaudit setiap tahun. Sering sekali perusahaan tidak konsisten menerapkan audit dan mematuhi standar yang telah ditetapkan. Kedua, standar atau sistem kualitas yang ditetapkan untuk satu perusahaan bisa berbeda dengan perusahaan sejenis lainnya. Ketiga, banyak terjadi sertifikasi ISO yang diperoleh perusahaan hanya untuk bagian/unit bisnis tertentu saja, bukan untuk seluruh bagian/unit perusahaan. Walaupun perusahaan berhasil meraih ISO, tetap saja sulit menyimpulkan, perusahaan yang telah meraih sertifikasi ISO memiliki kinerja ekselen. (<http://www.portalhr.com>).

Kritik terhadap berbagai kelemahan beberapa metode atau alat manajemen di atas terjawab sepenuhnya melalui Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCFPE) atau disingkat Kriteria Baldrige. Bahkan, dibandingkan dengan ISO 9000 pun Kriteria Baldrige sangat berbeda dan jauh lebih sempurna, baik dari sisi tujuan maupun dari kandungan isi dan fokusnya. ISO 9000 terdiri dari seri 5 standar yang dipublikasikan 1987 oleh International Organization for Standardization, Geneva, Swiss. Perusahaan bisa menggunakan standar tersebut untuk menentukan langkah-langkah yang dibutuhkan untuk mempertahankan sistem kepatuhan terhadap kualitas yang efisien (*efficient quality conformance system*).

Sebagai contoh, standar tersebut menjelaskan kebutuhan terhadap sistem mutu yang efektif, peralatan pengukuran dan pengujian harus dikalibrasi secara reguler. Sistem pencatatan juga harus memadai. Registrasi ISO 9000 menentukan apakah sebuah perusahaan memenuhi sistem kualitas yang telah ditetapkan itu. Secara umum, menurut pejabat *National Institute of Standards and Technology* (NIST), registrasi ISO 9000 hanya mencakup kurang 10% dari Kriteria Baldrige.

Sebaliknya, Kriteria Baldrige semula diciptakan oleh Kongres tahun 1987 untuk meningkatkan daya saing Amerika Serikat. Program pemberian penghargaan mendorong tumbuhnya kesadaran akan pentingnya mutu, mengenali pencapaian kualitas oleh organisasi-organisasi Amerika, dan menyediakan kendaraan untuk saling berbagi keberhasilan strategi. Kriteria Baldrige fokus pada hasil dan peningkatan berkelanjutan. Kriteria Baldrige menyediakan kerangka kerja untuk mendesain, mengimplementasikan, dan menelaah proses untuk mengelola seluruh operasi perusahaan (<http://www.portalhr.com>).

Sebagai alat penilaian mandiri, kriteria Baldrige bidang pelayanan kesehatan untuk kinerja unggul dapat menolong organisasi pelayanan kesehatan melakukan pengukuran kinerja dan menentukan target peluang dalam meningkatkan kinerjanya mencapai kualitas unggul (*quality excellence*) dengan 7 kriteria kunci yaitu: (1) kepemimpinan (*leadership*), (2) perencanaan strategi (*strategic planning*), (3) fokus pasien, pelanggan lain dan pasar (*focus on patient, other customer, markets*), (4) pengukuran, analisis dan manajemen pengetahuan (*measurement, analysis, and knowledge*), (5) fokus staf (*staff focus*), (6) manajemen proses (*process management*), dan (7) hasil-hasil kinerja organisasi (*organizational performance result*) (www.baldrige.nist.gov).

Pada umumnya semua produk diproduksi dan diserahkan kepada pelanggan melalui suatu proses produksi atau proses kerja. Proses produksi atau proses kerja itu perlu ditingkatkan performansinya secara terus menerus (Gaspersz, 2005).

Pada dasarnya, pengukuran performansi dapat dilakukan pada tiga tingkat, yaitu proses, output, dan outcome. Ukuran-ukuran proses mendefinisikan aktivitas, variabel, dan operasi dari proses kerja itu sendiri. Ukuran-ukuran output mendefinisikan *features* spesifik, nilai-nilai, dan atribut dari setiap produk yang dapat diuji dari dua sisi. Sisi pertama berkaitan dengan karakteristik output yang diinginkan oleh pelanggan, dan sisi kedua merupakan karakteristik output yang secara aktual diserahkan oleh proses (kapabilitas proses). Ukuran-ukuran outcome mendefinisikan dampak absolut dari proses dan tergantung pada kepuasan pelanggan (Nasution, 2005).

Penerapan manajemen proses bisnis merupakan salah satu metode untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi proses bisnis suatu perusahaan untuk mengetahui kondisi aktual perusahaan dan menyusun program pengembangan yang dapat dilakukan. Output dari penerapan manajemen proses bisnis ini adalah berupa peningkatan efisiensi perusahaan dalam aspek biaya dan waktu serta peningkatan kualitas produk dan jasa yang dihasilkan. Dengan menerapkan manajemen proses bisnis pada perusahaan diharapkan dapat meningkatkan efisiensi, produktivitas dan kualitas dari perusahaan-perusahaan di Indonesia yang pada akhirnya akan meningkatkan daya saing perusahaan tersebut (Wibowo, 2006).

Salah satu kriteria yang menentukan kinerja unggul Malcolm Baldrige secara keseluruhan dalam suatu organisasi adalah manajemen proses yang mencakup proses secara keseluruhan termasuk proses yang berkaitan dengan pelayanan, proses

penciptaan nilai bagi pelanggan dan perusahaan, serta proses-proses pendukung utama (Haris, 2005).

Proses operasi didefinisikan sebagai proses konversi dari material, energi dan informasi menjadi produk atau layanan dalam skala tertentu guna memenuhi kebutuhan pelanggan. Proses operasi diyakini oleh banyak pihak dan perusahaan sebagai komponen yang paling krusial dalam strategi organisasi. (Wibisono, 2006).

Manajemen Operasional adalah satu dari tiga fungsi utama sebuah organisasi, dan secara utuh berhubungan dengan semua fungsi bisnis lainnya. Semua organisasi memasarkan, membiayai, dan memproduksi, maka sangat penting untuk mengetahui bagaimana aktivitas Manajemen Operasional berjalan. Karena itu pula kita mempelajari bagaimana orang mengorganisasikan diri mereka untuk mendapatkan perusahaan yang produktif (Heizer dan Render, 2004).

Menurut Wormer (2008), salah satu kunci untuk meningkatkan kinerja operasional, yaitu peningkatan proses operasi, dengan mempersingkat, menyederhanakan dan melakukan standarisasi. Proses operasi merupakan dasar dari proses distribusi yang efisien. Alur produksi dan aktivitas yang tidak memberikan nilai tambah haruslah dihapuskan. Prosedur operasional haruslah mudah dimengerti oleh karyawan, dan seluruh karyawan harus dilatih dengan metode terbaik untuk melaksanakan tugasnya. Sangatlah penting untuk menyatukan persepsi antara jajaran manajemen dan karyawan untuk menentukan pelaksanaan terbaik pada proses operasi.

Perlu diingat pula, bahwa seluruh personil yang ada di rumah sakit berasal dari latar belakang, keterampilan, dan pengalaman yang berbeda. Beberapa telah mendapat pelatihan, dan lainnya tidak, ada yang benar-benar baru dengan pekerjaan

mereka, dan baru mengenal sistem pelayanan kesehatan. Meskipun telah mendapatkan pelatihan, banyak dari mereka yang belum mengenal lingkungan kerja, pekerjaan, peralatan, prosedur kerja, dan bekerja sama dalam tim. Akan banyak terjadi kesalahan dalam prosedur pelayanan, juga kerusakan pada peralatan kesehatan, apabila tidak diberikan pengenalan dan pelatihan yang baik (Kunders, 2007).

Pengembangan manajemen rumah sakit sudah semakin maju, terutama yang bersifat umum, tetapi karena rumah sakit sangat identik dengan pelayanan, maka peran manajemen global yang bercirikan konsep dan jangka panjang masih kurang, karenanya sangat diperlukan manajemen operasional yang bercirikan kegiatan yang berlangsung saat ini. Tatanan organisasi rumah sakit tidak hanya berdasar pada organisasi tingkat direktur dan manajer, tetapi juga fokus pada layanan akhir oleh dokter, perawat, petugas catatan medis dan pendukung lainnya (Sabarguna, 2005).

Melihat pentingnya proses operasional di rumah sakit, serta bagaimana kriteria Baldrige sebagai alat penilaian mandiri dapat menolong organisasi pelayanan kesehatan melakukan pengukuran kinerja dan menentukan target peluang dalam meningkatkan kinerjanya mencapai kualitas unggul, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai manajemen proses di rumah sakit, berhubungan dengan kinerja operasional rumah sakit, di mana dengan mengacu pada kategori manajemen proses pada kriteria Baldrige, keseluruhan proses operasional di rumah sakit telah tercakup, selain itu kriteria Baldrige juga mempertimbangkan masalah penanggulangan keadaan darurat, serta peningkatan proses kerja.

1.2. Rumusan Masalah

Tatanan organisasi rumah sakit tidak hanya berdasar pada organisasi tingkat direktur dan manajer, tetapi fokus pada layanan akhir oleh para dokter, perawat, petugas catatan medis dan berbagai pendukung lainnya, yang tercakup dalam manajemen proses yang berperan sangat penting dalam operasional rumah sakit secara keseluruhan.

Oleh karena itu, sangatlah penting untuk menilai bagaimana organisasi menetapkan sistem kerja, termasuk bagaimana mendesain, mengelola, dan meningkatkan proses-proses untuk implementasi sistem-sistem kerja tersebut dalam menyerahkan nilai kepada pelanggan, mencapai keberhasilan dan keberlangsungan organisasi, serta kesiapan organisasi dalam menghadapi keadaan darurat.

Penelitian ini dilakukan dengan uji analisis jalur untuk mengetahui berapa besar pengaruh langsung manajemen proses yaitu desain sistem kerja, serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta tahun 2008.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Berapa besar pengaruh langsung desain sistem kerja terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta tahun 2008.
2. Berapa besar pengaruh langsung pengelolaan dan peningkatan proses kerja terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta tahun 2008.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketuinya besarnya pengaruh langsung manajemen proses terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta tahun 2008.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketahui besarnya pengaruh langsung desain sistem kerja terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta.
2. Diketahui besarnya pengaruh langsung pengelolaan dan peningkatan proses kerja terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Praktis.

1. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sumbangan pemikiran bagi pihak manajemen RS MH. Thamrin Internasional Salemba untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui peningkatan manajemen proses.
2. Sebagai masukan perbaikan dan pengembangan untuk penyusunan rencana strategis RS MH. Thamrin Internasional Salemba di tahun mendatang.

1.5.2. Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk melihat faktor-faktor yang berpengaruh dalam mengelola meningkatkan proses pelayanan di RS MH. Thamrin Internasional Salemba

2. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan studi lanjutan yang berhubungan dengan konsep-konsep pengembangan manajemen proses.

1.5.3 Manfaat Metodologis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat melengkapi penelitian-penelitian serupa tentang kinerja operasional rumah sakit dari segi metodologis.

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian ini merupakan penelitian survei dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Sampel penelitian ini adalah karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta dalam rangka meneliti besarnya pengaruh manajemen proses yaitu desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta tahun 2008. Pada akhir penelitian ini dilakukan analisis dengan pendekatan analisis jalur (*Path Analysis*), untuk menguji hipotesis yang diajukan pada awal penelitian. Uji ini bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh manajemen proses terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta. Data yang dikumpulkan merupakan data primer, yang diperoleh melalui kuesioner yang diedarkan kepada karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba Jakarta pada bulan September 2008.

BAB 2 TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Rumah Sakit

Konsep rumah sakit telah bermula sejak jaman Arab kuno dulu, juga pada rumah sakit dalam sejarah Islam, rumah sakit Budha di India, dan semacam rumah sakit di Israel dimana dokter yang ada juga bertindak sebagai pendeta dan pemaham kekuatan magis. Evolusi konsep rumah sakit modern bermula dari dasar pemikiran keimanan, kemanusiaan, dan sosial. Di tahun 325 M dimulai upaya membangun rumah sakit yang berlokasi di samping berbagai katedral yang ada di dunia. Era renaissance di akhir tahun 1200-an juga berperan dalam pengembangan rumah sakit di dunia khususnya Eropa, ditambah lagi kemudian dengan terjadinya urbanisasi, perdagangan, dan revolusi industri yang semuanya membuat rumah sakit makin banyak dibutuhkan dan dibangun (Yoga 2000).

Willan (1990) mengatakan bahwa kata hospital berasal dari bahasa lain *hospitium* yang artinya tempat untuk menerima tamu sedangkan Yu (1997) menyatakan bahwa istilah hospital berasal dari bahasa perancis kuno yang dalam kamus inggris Oxford didefinisikan sebagai: (Yoga 2000).

- Tempat untuk istirahat dan hiburan
- Institusi sosial untuk mereka yang membutuhkan akomodasi, lemah, dan sakit
- Institusi sosial untuk pendidikan
- Institusi untuk merawat mereka yang sakit dan cidera

American Hospital Association (1978) menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya memberikan pelayanan kepada pasien melalui

diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan baik yang bersifat bedah maupun yang bersifat non bedah. Rowland (1984) menyampaikan bahwa rumah sakit adalah sistem kesehatan yang paling kompleks dan paling efektif di dunia. Sedangkan Roemer dan Friedman (1971) menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya memiliki 5 fungsi; *Pertama*, ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutik, berbagai jenis spesialisasi baik bedah maupun non bedah, pelayanan rawat inap ini juga meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi. *Kedua*, rumah sakit harus memiliki fasilitas pelayanan rawat jalan. *Ketiga*, rumah sakit memiliki tugas untuk melakukan pendidikan dan pelatihan. *Keempat*, rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan. *Kelima*, rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya. (Yoga 2000).

Dalam bahasa Indonesia, rumah sakit berasal dari bahasa Belanda *zieken huis* atau *hospital*. Rumah sakit adalah bagian yang integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan. Rumah sakit merupakan kegiatan yang padat modal dan padat karya. Dalam menjalankan usaha rumah sakit ditekankan penerapan nilai sosial, etika, disamping nilai ekonomis. Oleh sebab itu usaha ini termasuk usaha yang mengandung nilai-nilai yang kompleks. Kegiatan pengelolaan sebuah rumah sakit juga kompleks, dengan disiplin-disiplin ilmu, antara lain disiplin ilmu kedokteran, keperawatan, teknik, ekonomi, hukum, maupun humas. Keselarasan antara nilai-nilai dan disiplin ilmu tersebut merupakan tujuan yang harus dicapai oleh pihak manajemen rumah sakit (Suparto, 2002).

Definisi rumah sakit menurut WHO (tahun 1968) rumah sakit merupakan suatu institusi untuk menampung pasien untuk *medical* dan *nursing care* yang meliputi : (1) fungsi pencegahan dan pengobatan (diagnosa, terapi, dan rehabilitasi) dari pasien yang dirawat, rawat jalan (*ambulatory care*), perawatan di rumah (*domiciliary care*), (2) tempat pendidikan, (3) tempat penelitian kedokteran, epidemiologi dan organisasi dan manajemen (Taurany, 2007).

Menurut Schultz, rumah sakit merupakan suatu organisasi yang paling kompleks dengan produksi (*output*) yang sangat beragam, padat karya, padat modal dan padat teknologi (*highly technology*) (Taurany, 2007). Di sisi lain rumah sakit dituntut harus memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan teknologi yang tepat guna. Untuk menghadapi tantangan tersebut, pengelolaan rumah sakit hendaknya dilakukan secara profesional. Oleh karena itu manajemen rumah sakit hendaknya memperhatikan kualitas pemberian pelayanan yang memadai, dan selalu mempertimbangkan aspek efektifitas dan efisiensi.

Dengan adanya kebijakan pemerintah yang memberikan peluang bagi investor untuk berpartisipasi dalam bidang perumahsakitannya, akan berakibat hadirnya rumah sakit dengan modal kuat dan teknologi yang canggih, baik dari segi peralatan maupun manajemen. Dalam menghadapi era globalisasi sekarang ini, berbagai tantangan akan dihadapi oleh rumah sakit di Indonesia. Hidayat Hardjoprawito dalam makalahnya pada Kongres PERSI VII.1996 menyampaikan bahwa nyata globalisasi perumahsakitannya dapat berupa rumah sakit sebagai bagian dari jaringan atau korporasi, rumah sakit akan melayani konsumen global atau konsumen yang mempunyai selera global. Dengan demikian rumah sakit akan mempekerjakan tenaga global serta rumah sakit sebagai penjual jasa berbasis pengetahuan dan teknologi tinggi (Yoga, 2004).

2.2. Mutu Pelayanan Kesehatan

Pengertian mutu sulit untuk dapat dirumuskan karena setiap orang yang terlibat dalam pelayanan kesehatan mempunyai pandangan yang berbeda-beda. Hal ini tergantung dari tingkat pendidikan, pengetahuan, pengalaman, lingkungan dan tingkat kepentingan mereka. Penilaian mutu pelayanan kesehatan setiap orang akan berbeda-beda karena mereka menggunakan standar/karakteristik yang berbeda-beda juga. Penilaian mutu menurut pasien/konsumen, pemberi pelayanan kesehatan, penyandang dana, masyarakat ataupun pemilik sarana pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor subyektifitas dan kepentingan mereka (Imbalo, 2003).

Beberapa definisi profesional tentang mutu banyak dikemukakan, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang menambah pengertian dan wawasan kita tentang apa yang dimaksud sebenarnya tentang mutu, antara lain: (Widjono, 1999)

1. Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan. (*American Society for Quality Control*)
2. Mutu adalah *fitness for use* atau kemampuan kecocokan penggunaan (J.M.Juran)
3. Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The conformance of requirements*-Philip B. Crosby, 1979)

Beberapa pandangan mutu dari berbagai pihak antara lain (Imbalo, 2003; Azwar 1994; Wijono 1999):

- a. Menurut pemakai jasa pelayanan kesehatan (Pasien/masyarakat)

Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan dimensi ketanggapan, rasa empati dan respek petugas dalam memenuhi kebutuhan yang dirasakannya,

diberikan dengan cara yang sopan santun, ramah dan tepat waktu pada saat dibutuhkannya serta dapat menyembuhkan penyakit yang sedang dideritanya.

b. Menurut Penyelenggara pelayanan kesehatan (Petugas kesehatan)

Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan prosedur kerja dan kebebasan profesi dalam melakukan pelayanan kesehatan terhadap kebutuhan pasien secara profesional sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam menggunakan kemajuan teknologi yang sesuai dengan standar yang baik.

c. Menurut Penyandang Dana

Penggunaan sumber daya yang ada secara efisien dan efektif dalam pemberian pelayanan kesehatan dan biaya pelayanan kesehatan yang wajar serta peningkatan kemampuan pemberi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka kesakitan melalui promosi kesehatan sehingga dapat mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

d. Menurut Pemilik Sarana Pelayanan Kesehatan

Pemberian pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan yang profesional sesuai dengan prosedur pelayanan yang dapat meningkatkan pendapatan sarana pelayanan sehingga dapat menutupi biaya operasional dan pemeliharaan sarana pelayanan dengan penggunaan sumber yang efisien dan efektif, tanpa adanya keluhan dari pengguna pelayanan.

e. Menurut Administrator Pelayanan Kesehatan

Walaupun secara tidak langsung berhubungan dengan pelayanan kesehatan, tetapi fungsi supervisi sangat memegang peranan yang penting dalam hal pemenuhan kebutuhan pelayanan sehingga dapat memenuhi harapan dari pelanggan/pasien dan terhadap pemberi pelayanan.

Definisi kualitas dibagi dalam dua dimensi yaitu: (Gaspersz, 2005)

1. Definisi konvensional: kualitas biasanya menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk seperti performansi (*performance*), keandalan (*reliability*), mudah dalam penggunaan (*ease of use*), estetika (*esthetics*).
2. Definisi strategi: kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of customers*).

Berdasarkan definisi tentang kualitas baik yang konvensional maupun yang lebih strategik, pada dasarnya kualitas mengacu kepada:

1. Kualitas terdiri dari sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan pelanggan dan dengan demikian memberikan kepuasan atas penggunaan produk itu.
2. Kualitas terdiri dari segala sesuatu yang bebas dari kekurangan atau kerusakan.

Dimensi kualitas menurut Garvin, yang dikutip Gaspersz (1997), mengidentifikasi delapan dimensi kualitas yang dapat digunakan untuk menganalisis karakteristik kualitas barang atau jasa sebagai berikut: (Nasution, 2005)

1. Performa (*performance*), berkaitan dengan aspek fungsional dari produk dan merupakan karakteristik utama yang dipertimbangkan pelanggan ketika ingin membeli atau menggunakan suatu produk.
2. Keistimewaan (*features*), merupakan aspek kedua dari performansi yang menambah fungsi dasar, berkaitan dengan pilihan-pilihan dan pengembangannya. Seringkali terdapat kesulitan untuk memisahkan karakteristik performansi dan *features*. Biasanya pelanggan mendefinisikan nilai dalam bentuk fleksibilitas dan kemampuan mereka untuk memilih *features* yang ada, juga kualitas dari *features*

itu sendiri. Ini berarti *features* adalah ciri-ciri atau keistimewaan tambahan atau pelengkap.

3. Keandalan (*reliability*), berkaitan dengan kemungkinan suatu produk berfungsi secara berhasil dalam periode waktu tertentu di bawah kondisi tertentu. Dengan demikian, keandalan merupakan karakteristik yang merefleksikan kemungkinan tingkat keberhasilan dalam penggunaan suatu produk.
4. Konformansi (*conformance*), berkaitan dengan tingkat kesesuaian produk terhadap spesifikasi yang telah ditetapkan sebelumnya berdasarkan keinginan pelanggan. Konformansi merefleksikan derajat di mana karakteristik desain produk dan karakteristik operasi memenuhi standar yang telah ditetapkan, serta sering didefinisikan sebagai konformansi terhadap kebutuhan (*conformance to requirements*). Karakteristik ini mengukur banyaknya atau persentase produk yang gagal memenuhi sekumpulan standar yang telah ditetapkan dan karena itu perlu dikerjakan ulang atau diperbaiki.
5. Daya tahan (*durability*), merupakan ukuran masa pakai suatu produk. Karakteristik ini berkaitan dengan daya tahan dari produk itu.
6. Kemampuan pelayanan (*service ability*), merupakan karakteristik yang berkaitan dengan kecepatan/kesopanan, kompetensi, kemudahan, serta akurasi dalam perbaikan.
7. Estetika (*aesthetics*), merupakan karakteristik mengenai keindahan yang bersifat subyektif sehingga berkaitan dengan pertimbangan pribadi dan refleksi dari preferensi atau pilihan individual. Dengan demikian, estetika dari suatu produk lebih banyak berkaitan dengan perasaan pribadi dan mencakup karakteristik tertentu, seperti keelokan, kemulusan, selera, dan lain-lain.

8. Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), bersifat subyektif, berkaitan dengan perasaan pelanggan dalam mengkonsumsi produk-produk, seperti meningkatkan harga diri. Hal ini dapat juga berupa karakteristik yang berkaitan dengan reputasi (*brand name image*).

Bila dimensi-dimensi di atas lebih banyak diterapkan pada perusahaan manufaktur, maka berdasarkan berbagai penelitian terhadap beberapa jenis jasa, Berry dan Parasuraman (dalam Fitzsimmons, 1994) berhasil mengidentifikasi lima kelompok karakteristik yang digunakan oleh para pelanggan dalam mengevaluasi kualitas jasa, yaitu sebagai berikut: (Nasution, 2005)

1. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
2. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan.
3. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (*assurance*), mencakup kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf; bebas dari bahaya, resiko atau keragu-raguan.
5. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

2.3. Kinerja

2.3.1. Pengertian Kinerja

Beberapa pendapat ahli manajemen tentang pengertian kinerja yang dikutip oleh (Pabundu, 2006) :

- a. Menurut Stoner (1978) dalam bukunya *Manajemen* mengatakan bahwa kinerja merupakan fungsi dari motivasi, kecakapan, dan persepsi peranan.
- b. Bernardin dan Russel (1993) dalam bukunya Achmad S. Ruby mendefinisikan kinerja sebagai pencatatan hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan atau kegiatan tertentu selama kurun waktu tertentu.
- c. Handoko dalam bukunya *Manajemen Personalia dan Sumber Daya* mengatakan kinerja sebagai proses dimana organisasi mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan.
- d. Prawiro Suntoro (1999) dalam buku Merry Dandian Panji mengemukakan bahwa kinerja merupakan hasil kerja yang dapat dicapai seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi dalam rangka mencapai tujuan organisasi tersebut dalam kurun waktu yang telah ditetapkan.

Dari keempat definisi kinerja yang dikemukakan oleh para ahli manajemen di atas, dapat disimpulkan unsur-unsur yang terdapat pada kinerja di antaranya (Pabundu 2006):

1. Merupakan hasil dari fungsi pekerjaan.
2. Merupakan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap prestasi karyawan/pegawai.
3. Pencapaian tujuan organisasi.
4. Dalam waktu tertentu.

Kinerja merupakan hasil dari kegiatan atau pekerjaan seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor untuk mencapai tujuan organisasi dalam kurun waktu yang telah ditetapkan oleh organisasi (Pabundu, 2006).

Pengertian kinerja (*performance*) merupakan gambaran dari hasil pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan/program/kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi yang tertuang dalam rencana strategik organisasi (Mahsun, 2006).

Kinerja merupakan tingkat pencapaian hasil kerja dari keseluruhan sumber daya yang ada dalam organisasi baik secara kuantitas maupun secara kualitas, atau dengan kata lain tingkat pencapaian dari tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Penilaian kinerja merupakan aktivitas membandingkan hasil yang telah dicapai dengan hasil yang diharapkan serta menganalisa terjadinya penyimpangan dari rencana yang ditetapkan semula, mengevaluasi kinerja individu dan mengkaji kemajuan yang dibuat ke arah pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (David, 2003).

2.3.2. Pengukuran Kinerja

Pengertian pengukuran kinerja menurut Robertson (2002) merupakan suatu proses penilaian kemajuan kegiatan/pekerjaan terhadap tujuan dan sasaran organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya, baik itu informasi tentang efisiensi penggunaan sumber daya dalam menghasilkan suatu barang atau jasa yang dapat diterima oleh pelanggan sehingga pelanggan merasa puas. Hasil kegiatan dibandingkan dengan maksud yang diinginkan dan efektifitas tindakan dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Sedangkan menurut Lohman (2003) pengukuran kinerja merupakan suatu

aktivitas dari penilaian pencapaian target-target yang telah ditetapkan yang diderivasi dari tujuan strategis organisasi. Whittaker (dalam BPKP, 2000) mengatakan bahwa pengukuran kinerja merupakan suatu alat manajemen yang digunakan untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas. Simon (dalam BPKP, 2000) pengukuran kinerja dapat membantu manajer dalam memonitor implementasi strategi bisnis dengan cara membandingkan antara hasil aktual dengan sasaran dan tujuan strategis. Jadi pengukuran kinerja merupakan suatu metode atau cara yang digunakan untuk mencatat atau menilai pencapaian suatu kegiatan/pekerjaan berdasarkan tujuan, sasaran dan strategi sehingga dapat diketahui kemajuan organisasi serta dapat meningkatkan kualitas dalam pengambilan keputusan dan akuntabilitas (Mahsun, 2006).

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan maka penilaian kinerja sangatlah berguna terutama untuk (Nawawi, 2003):

- a. Untuk membantu para manajer dalam mengarahkan pegawai yang keliru dalam pelaksanaan pekerjaan.
- b. Untuk perbaikan dan penyempurnaan kegiatan manajemen sumber daya manusia lainnya seperti promosi, pendidikan dan pelatihan, gaji dan insentif.

Indikator kriteria kuantitatif yang umum digunakan untuk melihat kinerja rumah sakit seperti indikator pelayanan dan keuangan ataupun aspek pelayanan rawat inap di antaranya antara lain (Muninjaya, 2004) :

- a. *Bed Occupancy Rate (BOR)*
- b. *Average Length of Stay (Av. LOS)*
- c. *Bed Turn Over (BTO)*

- d. *Turn Over Interval (TOI)*
- e. *Gross Death Rate (GDR)*

Penilaian kuantitatif mempunyai potensi masalah seperti : (1) kebanyakan kriteria kuantitatif dikaitkan dengan tujuan tahunan dan bukan pada tujuan jangka panjang, (2) metode akuntansi yang berbeda dapat memberikan hasil yang berbeda, (3) penilaian intuitif hampir selalu ada. Oleh karena itu kriteria kualitatif juga sangat penting untuk diperhatikan terutama dari segi faktor manusia seperti tingginya angka ketidakhadiran dan pergantian karyawan, mutu dan jumlah produksi yang rendah, atau kepuasan karyawan yang rendah (F.R.David, 2003).

Organisasi yang berskala kecil dimana transaksi internal belum termasuk dan dalam konteks persaingan *one man show*, ukuran dari informasi keuangan masih representatif untuk digunakan karena semua aktivitas operasional masih *controllable*. Apabila organisasi semakin besar dan transaksi internal dari pihak yang berkepentingan (*stakeholder*) bertambah maka pengukuran kinerja akan timbul permasalahan di antaranya (Sony Y, 2007):

- a. Peningkatan skala perusahaan berupa integrasi fungsi-fungsi dan semakin kompleksnya struktur organisasi memperbesar jumlah transaksi internal yang membuat mekanisme harga terbengkalai.
- b. Perusahaan yang menjadi besar berakibat pula pada semakin panjangnya siklus operasi perusahaan
- c. Pengukuran kinerja bahkan semakin sulit dilakukan pada perusahaan padat modal berskala besar yang menghasilkan lebih dari satu jenis produk, terutama kesulitan dalam pengalokasian biaya *overhead*

- d. Bertambahnya *stakeholders* semakin mempersulit proses deliberasi untuk menyepakati besarnya nilai akun dalam neraca dan laporan laba rugi.

Perusahaan yang besar dimana didalam lingkungannya terdapat transaksi internal akan mengalami kendala-kendala seperti di atas tersebut, sehingga sudah dapat dipastikan apabila perusahaan menggunakan informasi keuangan dalam mengukur kinerja organisasinya, maka informasi keuangan tersebut tidak dapat lagi memuaskan semua pihak. Pengukuran kinerja dengan manajemen kontemporer sangatlah berbeda dengan pengukuran kinerja dengan manajemen tradisional karena asumsi yang digunakan tidak sama. Pengukuran kinerja dalam manajemen tradisional dilakukan dengan menetapkan tindakan tertentu dan personel diharapkan melakukan tindakan tersebut, dalam melakukan pengukuran kinerja hanya dengan memastikan personel melakukan tindakan sebagaimana yang diharapkan. Berbeda dengan manajemen tradisional pengukuran kinerja dilakukan dengan penggunaan pemotivasian personel dalam mewujudkan visi, dan strategi organisasi (Mulyadi, 1999).

2.3.3. Manfaat pengukuran kinerja

Banyak hal yang dapat diketahui oleh manajer dari pengukuran kinerja perusahaan di antaranya ada minimal empat hal pokok (Willy S, 2002) :

1. Pengukuran untuk mengecek posisi kinerja

Manajer harus mengetahui pada posisi dimana kinerja organisasinya berada saat ini, sebelum menuju kinerja yang diinginkan.

2. Pengukuran untuk mengkomunikasikan posisi kinerja

Hasil pengukuran kinerja harus disampaikan kepada semua karyawan agar mereka termotivasi dalam meningkatkan kinerja organisasi.

3. Pengukuran untuk menetapkan prioritas tindakan

Di dalam melakukan tindakan peningkatan kinerja organisasi harus ditekankan kepada bagian yang mempunyai dampak yang besar dalam meningkatkan kinerja organisasi.

4. Pengukuran untuk memacu prestasi.

Hasil pengukuran kinerja berguna untuk meningkatkan semangat untuk berprestasi untuk mengejar ketinggalan yang dialami guna mengalahi kinerja pesaing.

Laporan lokakarya WHO (2003) telah menetapkan enam dimensi kunci untuk menilai (*assessing*) kinerja rumah sakit (Effek Alamsyah, 2007) :

1. Efektivitas pelayanan klinik (*clinical effectiveness*)

Kualitas teknis, praktek, dan organisasi berdasarkan bukti (*evidence based*), hasil peningkatan kesehatan bagi individu dan masyarakat.

2. Berpusat pada pasien (*patient centredness*)

Responsif pada pasien, berorientasi pada klien, akses pada dukungan masyarakat, kualitas yang berdasarkan keramahmataman, hak memilih *provider*, kepuasan pasien, martabat pengalaman pasien, kerahasiaan, kemandirian dan komunikasi.

3. Efisiensi dalam melaksanakan/ membuat produk-produk pelayanan (*production efficiency*)

Sumber daya finansial (sistem finansial, kesinambungan, pemborosan sumber daya, rasio staf, teknologi) yang terbatas harus dikelola dengan baik sehingga tercapai efisiensi dalam pelayanan.

4. Keamanan (*safety*)

Pelayanan yang dilaksanakan dan diberikan harus aman bagi pelanggan (pasien) maupun bagi karyawan yang melaksanakan pelayanan.

5. Staf dan karyawan

Kesehatan, kesejahteraan, kepuasan dan pengembangan staf dan karyawan

6. *Responsive governance*

Berorientasi komunitas (menjawab kebutuhan dan keperluan, akses, kesinambungan, promosi kesehatan, ekuitas, kemampuan adaptasi terhadap kebutuhan masyarakat sesuai strategi)

2.4. Kinerja Operasional

Pada Kriteria Kesehatan Baldrige dikenal empat tipe kinerja: (1) Proses dan hasil pelayanan kesehatan (2) Fokus pada pasien dan pelanggan lain (3) keuangan dan pasar, dan (4) operasional.

Proses dan hasil pelayanan kesehatan mengacu pada kinerja relatif untuk mengukur dan menentukan indikator dari penyampaian pelayanan kesehatan yang penting bagi pasien dan pelanggan lain. Contoh-contoh dari kinerja pelayanan kesehatan mencakup penurunan tarif pendaftaran rumah sakit, angka kesakitan dan angka kematian, peningkatan status fungsional, angka infeksi nosokomial, lamanya waktu perawatan di rumah sakit, dan tingkat kesalahan penanganan pasien. Contoh lain mencakup peningkatan penanganan di luar rumah sakit pada kondisi kronis, penanganan masalah kebudayaan yang sensitif, serta komplain dan kepatuhan pasien. Kinerja pelayanan kesehatan dapat diukur pada tingkat organisasi, tingkat DRG yang spesifik, serta tingkat pasien dan pelanggan lain.

Kinerja fokus pada pasien dan pelanggan lain merujuk pada kinerja relatif untuk mengukur dan menentukan indikator pada persepsi, reaksi, dan kebiasaan pasien dan pelanggan lain. Contohnya antara lain kesetiaan pasien, retensi pelanggan, dan hasil survey pelanggan.

Kinerja keuangan dan pasar merujuk pada kinerja relatif untuk mengukur biaya, keuntungan dan posisi pasar, termasuk pemanfaatan aset, pertumbuhan aset, dan pangsa pasar. Contohnya antara lain pengembalian investasi, penambahan nilai setiap karyawan, pengembalian aset, batas operasi, kinerja modal.

Kinerja operasional merujuk pada kinerja sumber daya manusia, kepemimpinan, organisasi dan etika, untuk mengukur dan menentukan indikator mengenai efektivitas, efisiensi, dan akuntabilitas. Contohnya termasuk waktu siklus, produktivitas, pengurangan pemborosan, keluar-masuk karyawan, angka pelatihan silang karyawan, hasil akreditasi, kepatuhan pada peraturan, keterlibatan masyarakat, dan kontribusi pada kesehatan masyarakat. Kinerja operasional dapat diukur pada tingkat departemen dan unit kerja, tingkat proses utama dan tingkat organisasi (www.baldrige.nist.gov).

Definisi kinerja operasional berdasarkan *businessdictionary* adalah kinerja organisasi yang diukur oleh adanya standar atau indikator antara lain efektivitas, efisiensi, dan tanggung jawab lingkungan seperti siklus waktu, pengurangan limbah, dan pemenuhan permintaan (www.businessdictionary.com).

Lapide (2008) mengemukakan bahwa tujuan dari setiap rantai kinerja operasional adalah efisiensi, pemanfaatan aset, dan respons pelanggan. Efisiensi dan pemanfaatan aset, adalah masalah internal dan langsung berhubungan dengan laporan keuangan, pendapatan dan neraca. Sedangkan respons pelanggan adalah apa

yang dialami oleh pelanggan eksternal, dan tidak langsung berhubungan dengan laporan keuangan.

Terdapat fokus serta inisiatif baru dalam organisasi saat ini untuk menemukan cara yang lebih baik dalam mengoptimalkan kinerja operasional. Hal tersebut diantaranya memberikan informasi yang relevan dan tepat waktu sehingga organisasi dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas operasi bisnis mereka. Informasi ini harus memberikan wawasan yang mengarah pada tindakan untuk mengurangi biaya operasional dan mengoptimalkan interaksi antara pelanggan, karyawan, dan pemasok (Smith, 2003).

Kegagalan dalam sistem kesehatan dapat disebabkan oleh kurangnya keterampilan karyawan, atau kurangnya obat-obatan dan peralatan. Hal ini merupakan konsekuensi dari pelatihan yang kurang, serta kegagalan investasi, termasuk kurangnya penyediaan obat-obatan (WHO; World Health Report, 2000).

Kadang-kadang, pelayanan kesehatan tidak dapat mencapai sasaran karena masalah biaya, hal ini merupakan akibat dari kegagalan dalam menentukan biaya pelayanan yang wajar. Tetapi seringkali kegagalan penyerahan pelayanan berhubungan dengan kekurangan dalam organisasi sistem kesehatan, meskipun semua kebutuhan untuk pelayanan dan dukungan keuangan telah tersedia dan didistribusikan dengan baik. Kegagalan organisasi yang dimaksud, dapat diakibatkan oleh kesalahan manajemen dalam menata berbagai aspek yang berperan dalam penyerahan pelayanan, dalam hal kesalahan pilihan mengenai jenis pelayanan yang diberikan, siapa yang memberikan pelayanan, kepada siapa pelayanan diberikan, serta bagaimana menanggulangi ketika tidak dapat memenuhi kebutuhan atau keinginan semua pihak.

Pelayanan medis telah berkembang dengan sangat pesat, hal ini membutuhkan desain dan implementasi dalam pelayanan yang penuh inovasi dan beradaptasi dengan kemajuan tersebut, dan hal ini harus dapat diberikan kepada orang-orang yang membutuhkan, dimana mereka mempunyai umur, pendapatan, kebiasaan, serta resiko yang berbeda-beda. Tidak ada suatu sistem kesehatan yang dapat memenuhi seluruh kebutuhan tersebut, bahkan negara kaya sekalipun, oleh karena itu, perlu benar-benar menentukan pilihan, pelayanan mana yang menjadi prioritas.

Perlu diingat bahwa seluruh personil yang ada di rumah sakit berasal dari latar belakang, keterampilan, dan pengalaman yang berbeda. Beberapa telah mendapat pelatihan, dan lainnya tidak, ada yang benar-benar baru dengan pekerjaan mereka, dan baru mengenal sistem pelayanan kesehatan. Meskipun telah mendapatkan pelatihan, banyak dari mereka yang belum mengenal lingkungan kerja, pekerjaan, peralatan, prosedur kerja, dan bekerja sama dalam tim. Akan banyak terjadi kesalahan dalam prosedur pelayanan, juga kerusakan pada peralatan kesehatan, apabila tidak diberikan pengenalan dan pelatihan yang baik (Kunders G. D.: 2007).

Menurut Wormer (2008), terdapat empat kunci untuk meningkatkan kinerja operasional, yaitu:

1. Peningkatan proses operasi

Mempersingkat, menyederhanakan dan melakukan standarisasi. Proses operasi merupakan dasar dari proses distribusi yang efisien. Alur produksi dan aktivitas yang tidak memberikan nilai tambah haruslah dihapuskan. Prosedur operasional haruslah mudah dimengerti oleh karyawan, dan seluruh karyawan harus dilatih dengan metoda terbaik untuk melaksanakan tugasnya. Sangatlah penting untuk

menyatukan persepsi antara jajaran manajemen dan karyawan untuk menentukan pelaksanaan terbaik pada proses operasi.

2. Jalur produksi

Bagaimana jalur tersebut dilaksanakan oleh karyawan. Jalur produksi dapat dilakukan dalam berbagai cara, tetapi adanya kemajuan dalam teknologi telah menunjukkan generasi baru dari jalur produksi. Hal ini berhubungan dengan waktu kerja.

3. Standar keahlian

Setiap orang memerlukan tujuan. Peningkatan standar keahlian yang mencakup penilaian waktu dan tindakan, merupakan alat yang obyektif untuk menilai kinerja individu. Jika tujuan yang diharapkan tidak realistis, maka karyawan akan merasa kecil hati. Standar keahlian merupakan langkah terbaik untuk membuktikan tujuan yang akurat dan adil bagi karyawan sebagai standar untuk melakukan proses produksi.

4. Program insentif untuk hasil kerja (Penghargaan dan pembayaran untuk hasil kerja)

Terdapat beberapa cara untuk memberikan penghargaan pada hasil kerja. Motivasi merupakan kunci bagi tercapainya tingkat kinerja yang tinggi. Sifat manusia cenderung untuk melakukan upaya yang maksimal hanya apabila ada nilai tambah bagi dirinya. Program insentif merupakan cara untuk memotivasi karyawan dengan memberikan penghargaan untuk upaya dan hasil kerja mereka. Program insentif berkisar antara penghargaan non-moneter hingga program pembayaran untuk hasil kerja. Penghargaan dapat berupa adanya pengakuan,

penilaian tambahan, dan pemberian hadiah. Sedangkan insentif untuk hasil kerja berhubungan dengan bonus.

Kita dapat meningkatkan kinerja operasional dengan mengimplementasikan keempat kunci diatas. Efek yang positif pada organisasi dengan adanya peningkatan efektivitas dari manajemen dapat meningkatkan loyalitas dan moral karyawan.

Menurut Smith (2003), penekanan biaya bersamaan dengan munculnya *outsourcing*, telah memaksa manajer operasional untuk mencari cara dalam mengukur seberapa baik proses operasi mereka beserta para karyawannya benar-benar dapat bersaing. Meskipun masalah biaya terus menjadi salah satu ukuran dari efisiensi suatu operasi, organisasi telah menyadari bahwa mereka perlu mengambil pendekatan yang lebih menyeluruh dalam menilai kekuatan dan kelemahan mereka. Sampai sekarang, tidak ada pengukuran efisiensi operasional yang konsisten dan obyektif, yang dapat diterapkan pada organisasi, atau secara kompetitif dapat dibandingkan dengan departemen atau lembaga lain.

2.5. Manajemen Operasional

Kita mempelajari Manajemen Operasional karena empat alasan berikut: (Heizer dan Render, 2004)

1. Manajemen Operasional adalah satu dari tiga fungsi utama sebuah organisasi, dan secara utuh berhubungan dengan semua fungsi bisnis lainnya. Semua organisasi memasarkan, membiayai, dan memproduksi, maka sangat penting untuk mengetahui bagaimana aktivitas Manajemen Operasional berjalan. Karena itu pula kita mempelajari bagaimana orang mengorganisasikan diri mereka untuk mendapatkan perusahaan yang produktif.

2. Kita mempelajari Manajemen Operasional karena kita ingin mengetahui bagaimana barang dan jasa diproduksi. Fungsi produksi adalah bagian dari masyarakat yang menciptakan produk yang kita gunakan.
3. Kita mempelajari Manajemen Operasional untuk memahami apa yang dikerjakan oleh manajer operasi. Dengan memahami apa saja yang dilakukan oleh manajer operasi, kita dapat membangun keahlian yang dibutuhkan untuk bisa menjadi seorang manajer seperti ini. Hal ini akan membantu kita untuk menjelajahi kesempatan kerja yang banyak dan menggiurkan di bidang Manajemen Operasional.
4. Kita mempelajari Manajemen Operasional karena bagian ini merupakan bagian yang paling banyak mengeluarkan biaya dalam sebuah organisasi. Sebagian besar pengeluaran perusahaan terletak pada fungsi Manajemen Operasional. Walaupun demikian, Manajemen Operasional memberikan peluang untuk meningkatkan keuntungan dan pelayanan terhadap masyarakat.

2.5.1. Evolusi Manajemen Operasional

Tampubolon (2004) mengemukakan bahwa orang pertama yang memberikan perhatian terhadap peningkatan produktivitas tenaga kerja di dalam manufaktur dengan efisiensi yang tinggi (*Economic's Production*) adalah Adam Smith pada era 1776, yang dikenal dengan "*Factory System*". Penelitian yang ditulis di dalam buku: *The Wealth of Nation* yang mengemukakan tiga keuntungan utama dengan adanya pembagian kerja (*division of labor*), yaitu:

1. Meningkatnya keterampilan dan kecakapan seseorang apabila dia mengerjakan pekerjaan secara berulang-ulang.

2. Adanya penghematan waktu yang biasanya hilang karena sering berganti pekerjaan dari mengerjakan sesuatu berpindah mengerjakan yang lain dan berbeda.
3. Menemukan mesin-mesin dan peralatan yang spesialisasinya sesuai dengan upaya manusia dalam *scope* yang terbatas sebagai pengganti tenaga manusia.

Kombinasi dari ketiga keuntungan itu memberikan suatu efisiensi dalam perusahaan yang mengadakan “Pembagian Kerja”. Setelah Adam Smith menulis bukunya, kemudian dilanjutkan oleh Charles Babbage (seorang ahli matematika dan investor).

Pada era 1799, Eli Whitney dkk., mengemukakan adanya relevansi antara bagian-bagian peralatan dengan akuntansi biaya (*Interchangeable Parts and Cost Accounting*), yang tujuannya juga menciptakan efisiensi di dalam manajemen operasional atau produksi.

Charles Babbage pada era 1832 melanjutkan penelitian Adam Smith berpendapat, bahwa proses produksi suatu barang akan menghadapi keadaan yang tidak ekonomis dalam hal penggunaan mesin dan sumber daya manusia. Dia menulis buku *On The Economic of Machinery and Manufacturer's*, yang menyatakan bagaimana cara memakai mesin-mesin dan pengorganisasian sumber daya manusia di dalam proses pengoperasian untuk menghasilkan barang agar secara efektif dan efisien, yang disebutnya “*Scientific Methods*” dengan azas-azas manajemen umum.

Setelah Charles Babbage, kemudian muncul Frederich Winslow Taylor pada era 1990. Yang mengemukakan keharusan pemakaian cara-cara ilmiah pada semua masalah manajemen (*scientific methods*). *Scientific Methods* dapat dipergunakan di dalam membimbing dan mengerjakan sesuatu dalam proses produksi, yang

penelitiannya dikenal dengan "*Time and Motion Study*". F. W. Taylor mengemukakan empat tugas pokok manajemen, yaitu sebagai berikut:

1. Manajemen harus mengganti metode yang tidak berdasarkan ilmiah (*Methods Rules of Thumb*). Dengan metode ilmiah dibuat peraturan pada setiap unsur kerja manusia yang disebut *motion study*, dengan mempergunakan gerakan yang minimum dapat menghasilkan secara maksimum, yang dikembangkan oleh Frank B. Gilbreth (1900).
2. Manajemen mengadakan pemilihan, dan harus melatih serta mengembangkan buruh secara ilmiah, tidak lagi membiarkan para pekerja melatih diri sendiri.
3. Manajemen mengembangkan kerja sama antar pekerja, pegawai, dan manajemen.
4. Manajemen harus mengadakan pembagian kerja antar buruh dan majikan (manajer), sehingga jelas batas tanggung jawab masing-masing.

Persoalan-persoalan yang tidak terpecahkan dalam bidang produksi dengan sendirinya menghambat perkembangan pengetahuan atau ilmu manajemen operasional. Kemudian Henry L. Gantt memasukkan *scheduling techniques for employees, machines, jobs in manufacturing*.

Era selanjutnya, F. W. Harris (1915) menemukan *Economic Lot Size for Inventory Control*, yang mengukur efisiensi setiap kegiatan produksi.

Era berikutnya Elton Mayo (1912), hubungan antar manusia dengan pendekatan studi Hawthorne (*Human Relations: The Hawthorne Studies*).

Pengenalan *statistic quality control* di dalam industri dikemukakan oleh Walter A. Shewhart (1931), yang dikenal dengan *Statistical Inference Applied to Product Quality; Quality Control Charts*. Kemudian dilanjutkan oleh H. F. Dodge

dan H. G. Romig (1935) dengan *Statistical Sampling Applied to Quality Control; Inspection Sampling Plans*.

Pada era 1940, P. M. S. Blacket dkk., mengemukakan riset operasional diaplikasikan di dalam Perang Dunia Ke-II, di mana Arch Patton dapat memaksa tentara Nazi Hitler mundur sampai ke Jerman, dan harus kalah perang.

Era digital computer dimulai pada era 1946, yang dimotori oleh John Mauchly dan J. P. Eckert, yang dilanjutkan oleh G. B. Dantzig, W. Orchard Hays, dkk., yang mengemukakan *Linear Programming* di dalam pemecahan masalah keputusan.

Pada era 1950 sampai era 1960 dikenal A. Charnes, W. W. Cooper, dkk., yang menemukan model *Mathematikal Programming; Nonlinear and Stochastic Process*, dan Sperry Univac yang mengembangkan *Commercial Digital Computer; Large-Scale Computation Avialable*.

Kurun waktu akhir 1960 sampai 1970 dikenal sebagai era *Organizational Behavior; Continued Study of People at Work*, yang dimotori oleh L. Cummings dan L. Porter, dan kawan-kawan.

Kemudian pada era 1970 sampai 1980, W. Skinner mengemukakan *Integrating Operations into Overall Strategy and Policy*, dan J. Orlick dan O. Wright yang mengaplikasikan *Computer Applications to Manufacturing, Scedulling, and Control, Material Requirements Planning (MPR)*. Terakhir W. E. Deming and J. Juran yang mengaplikasikan *Quality and Prductivity application from Japan; Robots Computer-Aided Design and Manufacturing (CAD/CAM)*.

Era Deming dan Juran dianggap sebagai pencetus *Total Quality Control* di dalam manajemen operasional, yang dimulai dengan masa kebangkitan industri Jepang sesudah perang dunia ke-II sejak dikalahkan Amerika dengan sekutu.

2.5.2. Pengertian dan Ruang Lingkup

Secara harfiah, Manajemen Operasional terbangun dari dua kata, yaitu Manajemen dan Operasional. Manajemen memiliki dua makna, yaitu manajemen sebagai posisi dan manajemen sebagai proses. Sebagai posisi, manajemen memiliki makna sebagai seseorang atau sekelompok orang yang bertanggung jawab untuk melakukan pengkajian, penganalisisan, perumusan keputusan, dan menjadi penginisiatif awal dari suatu tindakan yang akan menguntungkan organisasi atau perusahaan. Sebaliknya, sebagai proses, manajemen bermakna sebagai fungsi yang berhubungan dengan perencanaan, pengkoordinasian, penggerakan, dan pengendalian aktivitas organisasi atau perusahaan bisnis atau jasa. Selanjutnya menurut Rosenberg (1993) *operation* yang kemudian diterjemahkan operasi atau operasional merupakan suatu proses atau tindakan tertentu yang menjadi unsur dari sejumlah kegiatan untuk membuat suatu produk. *Operations* menunjukkan jumlah semua kegiatan atau proses yang diperlukan untuk memproduksi barang atau jasa tertentu. Russel dan Taylor (2000) menyamakan makna *operations* dengan proses perubahan (*transformation process*) dan diartikan sebagai fungsi atau sistem yang melakukan kegiatan proses pengolahan masukan menjadi keluaran dengan nilai tambah yang lebih besar (Haming dan Nurnajamuddin, 2007)

Dengan memadukan pengertian kedua istilah di atas, maka Manajemen Operasional dapat diartikan sebagai kegiatan yang berhubungan dengan perencanaan, pengkoordinasian, penggerakkan, dan pengendalian aktivitas organisasi atau perusahaan bisnis atau jasa yang berhubungan dengan proses pengolahan masukan menjadi keluaran dengan nilai tambah yang lebih besar.

Dari sisi definisi harfiah tersebut, Manajemen Operasional memiliki beberapa unsur utama, yaitu:

- a. Manajemen Operasional adalah sebuah proses manajemen, sehingga kegiatannya berawal dari aktivitas perencanaan dan berakhir pada aktivitas pengendalian
- b. Manajemen Operasional mengkaji kegiatan pengolahan masukan menjadi keluaran tertentu, baik barang maupun jasa
- c. Manajemen Operasional bertujuan untuk memberikan nilai tambah atau manfaat yang lebih besar kepada organisasi atau perusahaan, dan
- d. Manajemen Operasional adalah sebuah sistem yang terbangun dari subsistem masukan, subsistem proses pengolahan, dan subsistem keluaran.

Selanjutnya, perlu pula melihat definisi Manajemen Operasional sebagai suatu tipe ilmu manajemen dari manajemen fungsional perusahaan menurut pandangan para pakar Manajemen Operasional. Manajemen Operasional (*Operations Management*) menurut Chase dan Aquilano (1995), Chase, Aquilano, dan Jacobs (2001), Russel dan Taylor (2000), Adam dan Ebert (1992), pada pokoknya merupakan sejumlah kegiatan yang berhubungan dengan pendesainan, kegiatan transformasi, dan perbaikan sistem yang berfungsi untuk menciptakan dan menyerahkan keluaran yang dihasilkan oleh perusahaan, baik produk barang atau jasa.

Memperhatikan pengertian Manajemen Operasional menurut para pakar di atas, maka ada tiga kategori keputusan atau kebijakan utama yang tercakup di dalamnya, yaitu sebagai berikut:

1. Keputusan atau kebijakan mengenai desain. Desain dalam hal ini tergolong tipe keputusan berjangka panjang, dan dalam arti yang luas meliputi penentuan desain dari produk yang akan dihasilkan, desain atas lokasi dan tata letak pabrik, desain

atas kegiatan pengadaan masukan yang diperlukan, desain atas metode dan teknologi pengolahan, desain atas organisasi perusahaan, dan desain atas *job description* dan *job specification*.

2. Keputusan atau kebijakan mengenai proses transformasi. Keputusan operasi ini berjangka pendek, berkaitan dengan keputusan taktis dan operasi. Di dalamnya terkait jadwal produksi, giliran kerja dari personil, anggaran produksi, jadwal penyerahan masukan ke subsistem pengolahan, dan jadwal penyerahan keluaran ke pelanggan atau penyelesaian produk.
3. Keputusan atau kebijakan perbaikan terus-menerus dari sistem operasi. Karena sifatnya berkesinambungan, maka kebijaksanaan tersebut bersifat rutin. Kegiatan yang tercakup di dalamnya pada pokoknya meliputi perbaikan terus-menerus dari mutu keluaran, keefektifan dan keefisienan sistem, kapasitas dan kompetensi dari para pekerja, perawatan sarana kerja atau mesin, serta perbaikan terus-menerus atas metode penyelesaian atau pengerjaan produk.

Berpijak atas definisi Manajemen Operasional tersebut di atas, maka Manajemen Operasional dibangun oleh tiga keputusan dan aktivitas utama, yaitu keputusan dan aktivitas desain, transformasi, dan perbaikan terus-menerus atas sistem. Perpaduan antara aktivitas desain dan transformasi ditargetkan untuk menciptakan nilai tambah, yaitu manfaat yang lebih besar untuk organisasi atau perusahaan. Bersamaan dengan itu, interaksi antara transformasi dan perbaikan sistem diharapkan untuk meningkatkan efisiensi proses sehingga sasaran mewujudkan nilai tambah yang lebih besar dapat dicapai. Selanjutnya, interaksi antara aktivitas desain dengan perbaikan terus-menerus diharapkan akan meningkatkan kemampuan perusahaan untuk menghasilkan keluaran yang semakin baik, semakin diterima oleh

pasar, dan semakin berdaya saing. Dengan demikian diharapkan untuk semakin memampukan perusahaan menjadi pemenang dalam persaingan pasar.

Dengan memperhatikan uraian di atas, tergambar tujuan manajemen operasional, yaitu:

1. Mengarahkan organisasi atau perusahaan untuk menghasilkan keluaran sesuai yang diharapkan oleh pasar.
2. Mengarahkan organisasi atau perusahaan untuk dapat menghasilkan keluaran secara efisien.
3. Mengarahkan organisasi atau perusahaan untuk mampu menghasilkan nilai tambah atau manfaat yang semakin besar.
4. Mengarahkan organisasi atau perusahaan untuk dapat menjadi pemenang dalam setiap kegiatan persaingan.
5. Mengarahkan organisasi atau perusahaan agar keluaran yang dihasilkan atau disediakan semakin digandrungi oleh pelanggannya.

2.5.3. Konsep Dasar Manajemen Operasional

Untuk mendalami pemahaman terhadap Manajemen Operasional, maka terdapat beberapa konsep dasar terkait yang perlu dipahami terlebih dahulu. Konsep dasar dimaksud menurut Dervitsiotis (1984), yaitu sebagai berikut: (Haming dan Nurnajamuddin, 2007)

1. Proses Manajemen

Istilah proses manajemen berkaitan dengan sejumlah aktivitas yang perlu diambil dalam usaha menentukan: (a) sistem nilai dan tujuan, (b) struktur organisasi, (c) desain, (d) perencanaan, dan (e) pengendalian atas operasi sebuah organisasi, baik organisasi bisnis maupun organisasi nirlaba. Berhubungan dengan hal-hal

tersebut, maka perilaku organisasi, misalnya antisipasi terhadap masalah yang berhubungan dengan manusia, tidaklah bersifat kebetulan atau acak, melainkan dimotivasi oleh usaha untuk memuaskan kebutuhan dan keinginan manusia dimaksud dalam kedudukan sebagai konsumen atau pengguna keluaran. Dikaitkan dengan tujuan menjawab kebutuhan dan keinginan konsumen, menyebabkan adanya beberapa hal yang perlu didefinisikan, yaitu misi pokok organisasi, tujuan, dan target dari organisasi produksi yang bersangkutan.

2. Misi Pokok Organisasi atau Perusahaan

Misi pokok organisasi atau perusahaan biasanya diturunkan dari visi organisasi atau perusahaan yang bersangkutan. Misi pokok pada dasarnya menunjukkan alasan-alasan mengenai pendirian atau pembentukan suatu organisasi. Sebuah organisasi atau perusahaan didirikan dengan maksud untuk memproduksi atau menyediakan produk atau jasa yang dibutuhkan oleh pengguna keluaran yang menjadi pelanggan prospektifnya dengan memuaskan. Pada umumnya setiap organisasi atau perusahaan yang didirikan, berusaha untuk memberi kepuasan kepada segenap pihak yang berkepentingan (*stakeholder*) dari organisasi, dan pada umumnya mencakup:

- a. Pemilik Perusahaan (*shareholder*), dalam hal ini manajemen harus mampu memberikan kembalian atas investasinya yang wajar, ataupun manfaat langsung dan tidak langsung lainnya seperti pengaruh, kekuasaan, dan sebagainya.
- b. Manajemen dan karyawan perusahaan, dalam hal ini adalah mereka yang menerima hak pengelolaan perusahaan dari pemilik. Manajemen selain berkewajiban memuaskan *shareholder* perusahaan, perlu pula memuaskan

diri mereka sendiri dan para karyawan perusahaan dalam bentuk pemberian gaji atau penghasilan yang memadai serta berbagai jaminan sosial lainnya.

- c. Pelanggan perusahaan. Manajemen perusahaan harus mampu menyediakan produk atau jasa kepada segenap pelanggan yang memenuhi pengharapan mutu mereka, tetapi pada harga yang bersaing.
- d. Masyarakat, dalam hal ini segenap penduduk yang ada di sekitar lokasi operasi perusahaan. Perusahaan memberikan manfaat pelayanan jasa umum, seperti keterlibatan warga masyarakat pada pelaksanaan proyek perbaikan mutu lingkungan, penyediaan sarana pendidikan dan latihan, pembangunan jalan umum, sarana pemeliharaan kesehatan, serta penghidupan masyarakat pada umumnya.
- e. Pemerintah, dalam hal ini perusahaan harus memenuhi kewajiban membayar pajak dan retribusi sebagai imbalan dari penyediaan jasa umum, perizinan, dan jaminan keamanan.
- f. Lembaga keuangan, kreditor, dan pemodal adalah pihak eksternal perusahaan yang menyediakan dana modal untuk dipinjam atau dipakai oleh perusahaan dalam memperbesar kapasitas modalnya. Pihak tersebut perlu dipuaskan melalui pencapaian derajat kembalikan (*return*) yang menjamin kemampuan perusahaan untuk memberikan penghasilan kepada mereka berupa bunga, kupon, atau dividen.

3. Tujuan

Di dalam usaha sebuah organisasi atau perusahaan menjalankan misi pokoknya, maka organisasi atau perusahaan yang bersangkutan harus pula merumuskan

tujuan yang hendak dicapai. Perusahaan swasta misalnya, pada umumnya mempunyai tujuan untuk merealisasikan sejumlah tertentu kembalian atas investasi atau modal yang diinvestasikan, pertumbuhan, kelangsungan hidup, reputasi, serta pelanggan yang loyal.

Semua organisasi, baik perusahaan berorientasi laba ataupun nirlaba, setelah menetapkan tujuannya, lebih lanjut mereka akan menyadari bahwa sumber daya yang mereka miliki sangat terbatas jumlah dan kapasitasnya. Tetapi di sisi lain, sumber daya itu harus dapat dimanfaatkan untuk mewujudkan tujuan yang telah dirumuskan secara optimal. Pada keadaan yang demikian, maka manajemen organisasi atau perusahaan akan menghadapi pertentangan kepentingan, terutama jika organisasi atau perusahaan yang bersangkutan memiliki beberapa tujuan. Dalam situasi seperti itu, manajemen dipersyaratkan memiliki kemampuan untuk mengalokasikan sumber daya yang terbatas jumlahnya dengan sebaik-baiknya, sehingga sumber daya termanfaatkan secara efektif dan efisien. Kemampuan itu menjadi prasyarat dari usaha mencapai tujuan memaksimalkan laba, atau keluaran, dan atau tujuan meminimumkan biaya. Sebagai pendukung dari usaha mewujudkan tujuan yang telah didefinisikan, maka manajemen organisasi atau perusahaan harus mampu memelihara moral dan motivasi kerja segenap karyawan serta senantiasa meningkatkan keterampilan dan kapasitas kerja karyawannya.

4. Target

Di dalam kepustakaan manajemen, target lazim disinonimkan dengan *goals* yang dalam bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai sasaran. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1990) disebutkan bahwa target adalah sasaran yang telah ditentukan untuk dicapai. Sejalan dengan itu, Target merupakan pendefinisian

secara spesifik dari tujuan yang akan dicapai. Tujuan menjelaskan arah yang diharapkan dituju dalam menjalankan aktivitas, sedang sasaran adalah ukuran untuk menyatakan, seberapa jauh kemajuan yang dicapai dalam arah yang telah didefinisikan selama jangka waktu tertentu. Penentuan target selama beberapa tahun mendatang yang didasarkan atas tujuan organisasi atau perusahaan yang telah ditentukan adalah ekuivalen dengan rencana strategis jangka panjang atau arah pertumbuhan dan pengembangan di masa yang akan datang. Target selalu dinyatakan dalam satuan yang terukur sehingga mudah dievaluasi dan diukur derajat pencapaiannya.

2.5.4. Fungsi Manajemen Operasional

Ada tiga pengertian yang penting mendukung pelaksanaan kegiatan manajemen operasional, yaitu fungsi manajemen operasional, sistem manajemen operasional, dan keputusan di dalam manajemen operasional (Tampubolon, 2004).

Pertama, manajemen operasional yang dapat dinyatakan, bahwa manajer operasional bertanggung jawab untuk mengelola bagian atau fungsi di dalam organisasi yang menghasilkan barang dan jasa. Kedua, mengenai sistem yang berkaitan dengan perumusan sistem transformasi (konversi) yang menghasilkan barang dan jasa. Ketiga, merupakan unsur terpenting di dalam manajemen operasional, yaitu pengambilan keputusan, khususnya keputusan yang tidak terprogram dan beresiko.

Selanjutnya ada empat fungsi penting, dalam manajemen operasional, antara lain:

1. Proses pengelolaan, yang menyangkut metode dan teknik yang digunakan untuk pengolahan faktor masukan (*inputs factors*).

2. Jasa-jasa penunjang, yang merupakan sarana pengorganisasian yang perlu dijalankan, sehingga proses pengolahan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien.
3. Perencanaan, yang merupakan penetapan keterkaitan dan pengorganisasian dari kegiatan operasional yang akan dilakukan dalam suatu kurun waktu atau periode tertentu.
4. Pengendalian dan pengawasan, yang merupakan fungsi untuk menjamin terlaksananya kegiatan sesuai dengan apa yang telah direncanakan, sehingga maksud dan tujuan penggunaan dan pengolahan masukan yang secara nyata dapat dilaksanakan.

Jasa-jasa penunjang di dalam melayani operasional dimulai dengan melakukan aktivitas sebagai berikut:

1. Desain produk dan jasa, di mana banyak terjadi perubahan atau variasi dari produk dan jasa yang dihasilkan yang dibutuhkan atau diinginkan oleh konsumen.
2. Teknologi, di mana organisasi atau perusahaan harus dapat mengikuti perkembangan teknologi. Di dalam fungsi operasional, pengembangan teknologi mempunyai dampak dalam bidang berikut ini:
 - a. Peralatan yang digunakan, yang dapat menimbulkan penambahan dana untuk investasi dan biaya produksi untuk pengolahan yang lebih murah.
 - b. Bahan yang diolah, dapat menimbulkan penggantian bahan yang dibutuhkan atau jumlah pemakaian bahan yang lebih hemat dan efisien.
 - c. Cara pengolahan yang lebih sederhana, sehingga dapat menciptakan biaya operasional yang lebih murah.

- d. Penciptaan mutu atau kualitas produk yang dihasilkan lebih baik, sehingga inspeksi dan pengendalian dapat dilakukan secara intensif.
3. Menggunakan sumber daya yang ada. Mesin dan peralatan serta tenaga kerja dan bahan-bahan perlu diupayakan agar dapat dipergunakan secara optimal dan dapat lebih hemat dan lebih efisien. Diperlukan tahapan langkah untuk dapat melakukan cara ini secara sistematis, antara lain:
 - a. Melakukan studi kerja, untuk mengkaji dan menganalisis pengukuran yang hati-hati atas seluruh pekerjaan dan kegiatan organisasi secara keseluruhan.
 - b. Manajemen bahan, yang berkaitan dengan proses penentuan pengadaan bahan, prosedur permintaan bahan, perencanaan persediaan, pengaturan/antisipasi penyimpangan bahan, dan pengendalian/pengawasan persediaan.
 - c. Riset operasional, yang menggunakan pendekatan model matematis dalam mengoptimalkan penggunaan bahan bagi upaya untuk meminimalkan biaya operasional. Tujuannya untuk melaksanakan operasional secara efektif dan efisien.

Tujuan pengoperasian sistem di dalam manajemen operasi secara umum adalah dengan kreativitas yang tinggi dapat menciptakan pertambahan nilai (*value added*) pada *outputs* yang diberikan bagi konsumen melalui pemanfaatan bagian-bagian dari *input*, serta melakukan inspeksi yang akurat pada proses konversi (*quality assurance*).

Fluktuasi yang tidak menentu di dalam manajemen operasional akan merupakan bagian yang sulit dikendalikan sehingga tidak dapat dimasukkan di dalam perencanaan operasional, seperti pengaruh-pengaruh lingkungan (pemogokan kerja,

bencana alam, dan lain-lain) yang menyebabkan setiap perencanaan dengan realisasinya akan selalu berbeda. Cara mengantisipasinya, manajer operasional harus mampu melakukan peramalan yang akurat (*forecasting*) terhadap keadaan yang sulit diduga (*uncertainty*).

Umpan balik, di dalam manajemen operasional, merupakan proses informasi yang dapat dikendalikan oleh manajer di dalam pengambilan keputusan untuk melaksanakan aktivitas serta kebutuhan akan perbaikan-perbaikan yang mungkin dilakukan.

Teknologi yang perkembangannya sangat cepat dan canggih yang secara ilmiah harus diikuti dengan perkembangan serta penyesuaian fasilitas tempat kerja, peralatan, serta diikuti dengan peningkatan keterampilan dan kemampuan sumber daya manusia yang berhubungan dengan proses konversi.

Pada usaha jasa (*services*), faktor masukan (*inputs factor*) pada umumnya merupakan keahlian, kemampuan (*skill and ability*), dilengkapi dengan peralatan yang memiliki teknologi yang sesuai di dalam melakukan proses konversi, sehingga keluaran (*outputs*) merupakan jasa atau pelayanan yang sesuai dengan harapan pelanggannya.

Sistem di dalam perusahaan terdiri dari bermacam-macam subsistem yang fungsinya dapat dibedakan sebagai berikut:

1. Sistem Perumusan Kebijakan (*Policy Formulating System*)

Fungsi dari sistem ini adalah menyelaraskan kebijakan organisasi perusahaan yang mendasar dan menyeluruh melalui proses analisis informasi dan pengolahan yang mencerminkan keadaan perusahaan dan lingkungan sekarang ini serta

keadaan yang akan datang, bagi pencapaian tujuan dan sasaran perusahaan jangka pendek dan jangka panjang.

2. Sistem Pengendalian Mutu (*General Quality Control System*)

Fungsi utama dari sistem pengendalian ini adalah merubah dan mentransformasi dasar pengukuran, pengevaluasian dan pemantauan terhadap keberhasilan pelaksanaan kebijakan, strategi dan program perencanaan, serta sekaligus memberikan upaya-upaya yang harus dilakukan untuk memperbaiki atau koreksi agar tujuan dan sasaran yang direncanakan dapat dicapai.

3. Sistem Pengorganisasian Antara (*Intermediate Organization System*)

Berfungsi sebagai sistem untuk memberikan dukungan pelayanan yang dibutuhkan oleh subsistem yang terdapat dalam organisasi perusahaan atau sekaligus mendukung sistem organisasi perusahaan. Dukungan pelayanan yang terkait dengan fungsi dari sistem ini termasuk pengendalian, pelimpahan wewenang, penyampaian saran keputusan, serta dukungan pelayanan lain.

2.5.5. Desain Kerja Pada Manajemen Operasional

Desain kerja menetapkan tugas-tugas yang terkandung dalam suatu pekerjaan bagi seseorang atau sebuah kelompok. Terdapat tujuh komponen desain kerja: (Heizer dan Render, 2004)

1. Spesialisasi pekerjaan

Pentingnya desain kerja sebagai sebuah variable manajemen dikaitkan pada ekonom abad ke-18, Adam Smith. Smith menyarankan bahwa sebuah bagian tenaga kerja, yang juga dikenal sebagai spesialisasi tenaga kerja atau spesialisasi pekerjaan, akan membantu mengurangi biaya tenaga kerja. Hal ini dapat dicapai dengan beberapa cara, antara lain:

- a. Pengembangan keterampilan dan pembelajaran yang lebih cepat oleh karyawan karena adanya pengulangan
 - b. Lebih sedikit waktu yang terbuang karena karyawan tidak perlu mengubah pekerjaan atau perkakas
 - c. Pengembangan perkakas yang khusus dan pengurangan investasi karena setiap karyawan hanya memiliki sedikit perkakas yang dibutuhkan untuk tugas tertentu.
2. Ekspansi pekerjaan

Pada tahun-tahun terakhir ini, terdapat usaha untuk meningkatkan kualitas lingkungan kerja dengan beralih dari spesialisasi tenaga kerja menuju desain kerja yang lebih bervariasi. Latar belakang yang mendorong usaha ini adalah adanya teori bahwa variasi akan membuat pekerjaan menjadi lebih baik dan bahwa para karyawan akan menikmati kualitas lingkungan kerja yang lebih baik. Karenanya fleksibilitas ini memberikan keuntungan bagi karyawan dan organisasi.

Pekerjaan dimodifikasi dalam beragam cara. Pendekatan yang pertama adalah pemekaran pekerjaan (*job enlargement*), yang terjadi di saat tugas yang ditambahkan membutuhkan keahlian yang sama pada pekerjaan yang ada sekarang. Rotasi pekerjaan (*job rotation*) adalah sebuah versi pemekaran pekerjaan yang terjadi di saat karyawan diperbolehkan untuk berpindah dari satu pekerjaan yang khusus ke pekerjaan khusus lainnya. Variasi telah ditambahkan pada cara pandang karyawan akan pekerjaan tersebut. Pendekatan lainnya adalah pengayaan pekerjaan (*job enrichment*) yang menambahkan perencanaan dan pengendalian pekerjaan.

Satu kelanjutan peningkatan pekerjaan yang terkenal adalah pemberdayaan karyawan (*employee empowerment*), yang merupakan praktik dalam memperkaya pekerjaan, sehingga karyawan menerima tanggung jawab untuk beragam keputusan yang biasanya dikaitkan dengan staf ahli. Pemberdayaan karyawan membantu mereka merasa memiliki pekerjaan mereka, sehingga mereka memiliki minat dalam diri mereka sendiri untuk meningkatkan kinerja mereka.

3. Komponen psikologis

Sebuah strategi sumber daya manusia yang efektif juga membutuhkan pertimbangan komponen psikologi dari desain kerja. Komponen-komponen ini memusatkan perhatian pada bagaimana mendesain pekerjaan sehingga memenuhi beberapa syarat psikologis minimum.

4. Tim yang mandiri

Banyak organisasi kelas dunia telah mengadopsi tim-tim untuk membantu perkembangan kepercayaan dan komitmen timbal balik, dan menyediakan karakteristik pekerjaan inti. Satu konsep tim yang perlu diperhatikan adalah tim yang mandiri (*self directed team*), yaitu sekelompok individu yang diberdayakan dan bekerja bersama-sama untuk meraih sebuah tujuan yang sama. Tim-tim seperti ini dapat dikelola untuk tujuan jangka panjang atau jangka pendek. Tim-tim ini efektif karena pada dasarnya mereka dapat menyediakan pemberdayaan karyawan, memastikan adanya karakteristik pekerjaan inti dan merumuskan banyak kebutuhan psikologis anggota tim secara individu.

Tentu saja, banyak desain kerja yang bagus dapat menyediakan kebutuhan psikologis ini. Oleh karena itu, untuk memaksimalkan keefektifan tim, para manajer melakukan lebih daripada membentuk tim. Sebagai contoh, mereka

(1) memastikan bahwa mereka yang memiliki kontribusi yang sah adalah mereka yang berada dalam tim, (2) menyediakan dukungan manajemen, (3) memastikan pelatihan yang diperlukan, dan (4) mendukung adanya tujuan dan sasaran yang jelas. Tim yang berhasil juga seharusnya menerima penghargaan finansial maupun nonfinansial. Pada akhirnya, manajer harus memahami bahwa tim dapat memiliki sebuah siklus hidup dan bahwa dalam meraih sebuah tujuan dapat disarankan untuk membubarkan tim. Walaupun demikian tim dapat diperbarui dengan perubahan anggota atau penugasan yang baru.

Tim dan pendekatan lain bagi perluasan pekerjaan seharusnya tidak hanya meningkatkan tujuan strategis. Baik manajer dan karyawan harus saling terikat untuk mencapai tujuan strategis, termasuk iklim organisasi, tindakan pengawasan, dan desain kerja.

Desain kerja yang diperluas menjadikan karyawan dapat menerima tanggung jawab yang lebih besar. Untuk karyawan yang menerima tanggung jawab ini, pihak manajemen dapat mengharapkan adanya peningkatan dalam produktifitas dan kualitas produk. Di antara aspek positif lain dari perluasan kerja adalah berkurangnya tingkat perputaran karyawan, keterlambatan, dan ketidakhadiran. Pada manajer yang meluaskan pekerjaan dan membangun sistem komunikasi yang mendorong adanya saran dari pada karyawan mempunyai potensi tambahan bagi efisiensi dan fleksibilitas. Walaupun demikian, desain kerja ini memiliki beberapa keterbatasan.

Beberapa keterbatasan desain kerja yang diperluas adalah:

- a. Biaya investasi yang lebih tinggi. Perluasan pekerjaan mungkin membutuhkan fasilitas yang mengeluarkan biaya lebih besar daripada pekerjaan dengan tata

- letak biasa. Pengeluaran tambahan ini harus dihasilkan dari penghematan (efisiensi yang lebih tinggi) atau harga yang lebih mahal.
- b. Perbedaan individu. Beberapa penelitian mengindikasikan bahwa banyak karyawan memilih pekerjaan yang lebih sederhana dan tidak rumit. Dalam sebuah diskusi tentang meningkatkan kualitas lingkungan kerja, pentingnya perbedaan individu tidak dapat dilupakan. Perbedaan individu menyebabkan adanya hambatan bagi manajer operasi yang cerdas di saat mendesain pekerjaan.
 - c. Tingkat upah yang lebih tinggi. Para pekerja lebih sering menerima upah bagi keahlian tertinggi yang mereka miliki, dan bukan keahlian terendah. Jadi, pekerjaan yang diperluas mungkin membutuhkan upah yang lebih tinggi di atas rata-rata daripada pekerjaan yang tidak diperluas.
 - d. Jumlah tenaga kerja yang lebih sedikit. Oleh karena pekerjaan yang diperluas membutuhkan keahlian yang lebih tinggi dan penerimaan tanggung jawab yang lebih berat, persyaratan pekerjaan ini pun meningkat. Hal ini bisa menjadi sebuah penghalang, tergantung kepada ketersediaan tenaga kerja.
 - e. Tingkat kecelakaan yang meningkat. Pekerjaan yang diperluas mungkin berkontribusi pada tingkat kecelakaan yang lebih tinggi. Hal ini secara tidak langsung meningkatkan upah, biaya asuransi, dan kompensasi pada pekerja. Alternatif yang didapat mungkin berupa pelatihan yang diperluas dan anggaran keselamatan.
 - f. Teknologi yang tersedia sekarang mungkin tidak mendukung adanya perluasan pekerjaan.

Keenam poin ini menjadi kendala bagi perluasan pekerjaan. Singkatnya perluasan pekerjaan sering mengakibatkan biaya juga meningkat. Oleh karena itu, untuk memiliki sebuah keunggulan bersaing bagi sebuah perusahaan, penghematan yang didapatkan harus lebih besar daripada biaya yang keluar. Tetapi ini tidak selalu terjadi. Keputusan strategis mungkin bukan merupakan sesuatu yang mudah.

5. Motivasi dan sistem insentif

Pembahasan mengenai komponen psikologis dari suatu desain kerja memberikan pandangan pada sejumlah faktor yang berkontribusi pada kepuasan kerja dan motivasi. Sebagai tambahan bagi faktor psikologis ini, terdapat faktor keuangan. Uang sering kali bertindak sebagai penggerak psikologis sekaligus juga penggerak finansial. Penghargaan keuangan dapat berbentuk sebagai bonus, pembagian laba dan keuntungan, dan sistem insentif.

Bonus, yang biasanya berbentuk pilihan tunai atau kepemilikan saham, sering digunakan pada tingkat eksekutif untuk memberikan penghargaan manajemen. Sistem pembagian laba memberikan sebagian laba perusahaan untuk dibagikan pada karyawan. Sebuah variasi dari pembagian laba adalah pembagian keuntungan, yang memberikan penghargaan pada karyawan bagi perbaikan kinerja organisasi yang telah dilakukan.

Sistem insentif didasarkan pada produktivitas perorangan atau kelompok, yang digunakan di seluruh dunia dengan beragam bentuk, termasuk hampir separuh perusahaan manufaktur di Amerika. Insentif produksi sering mensyaratkan karyawan untuk memproduksi pada atau di atas standar yang telah ditentukan. Standar ini bisa didasarkan pada standar waktu per tugas atau jumlah produk yang

dibuat. Kedua sistem biasanya menjamin karyawan paling sedikit pada tingkat dasar.

Dengan meningkatnya penggunaan tim, beragam bentuk pembayaran berdasarkan tim juga sedang dikembangkan. Banyak yang didasarkan pada sistem pembayaran tradisional yang ditambah dengan beberapa bentuk bonus atau sistem intensif. Tetapi karena banyak tim lingkungan hidup membutuhkan pelatihan bersilang dari pekerjaan yang dimekarkan, maka juga dibangun sistem pembayaran sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Dengan sistem pembayaran berdasarkan pengetahuan atau keahlian, sebagian pembayaran karyawan bergantung kepada pengetahuan yang diperlihatkan atau keterampilan yang dimiliki. Sistem pembayaran berdasarkan pengetahuan didesain untuk memberikan penghargaan pada karyawan untuk meluaskan lingkup pekerjaan mereka.

6. Ergonomi dan metode kerja

Telah dikembangkan satu ilmu pengetahuan tentang kemampuan dan keterbatasan manusia. Ilmu pengetahuan ini sangat diperlukan karena manusia adalah makhluk yang memiliki tangan/mata dengan kemampuan tertentu dan beberapa keterbatasan. Oleh karena manajer harus mendesain pekerjaan yang dapat dilakukan, beberapa permasalahan yang berkaitan dengan kemampuan dan keterbatasan manusia akan diperkenalkan selanjutnya.

Manajer operasi tertarik untuk membangun satu alat penghubung antara manusia dengan mesin. Penelitian akan alat penghubung ini dikenal sebagai ergonomi. Ergonomi berarti penelitian akan kerja. Di Amerika Serikat, istilah faktor manusia

(*human factors*) sering menjadi pengganti kata ergonomi. Pemahaman akan permasalahan ergonomi akan meningkatkan kinerja manusia.

Pria atau wanita dewasa diciptakan dalam konfigurasi yang terbatas. Oleh karena itu, desain perkakas dan tempat kerja bergantung kepada penelitian mengenai manusia untuk menentukan apa yang dapat dan tidak dapat mereka lakukan. Data penting yang telah dikumpulkan yang memberikan kekuatan dasar dari data pengukuran dibutuhkan untuk mendesain perkakas dan tempat kerja. Desain tempat kerja dapat membuat pekerjaan lebih mudah atau tidak mungkin. Sebagai tambahan, sekarang manusia memiliki kemampuan, melalui penggunaan model komputer, untuk menganalisis gerakan dan usaha manusia.

7. Tempat kerja yang visual

Tempat kerja visual menggunakan peralatan visual yang murah untuk membagi informasi secara cepat dan akurat. Tampilan dan grafik yang dirancang secara baik akan menghilangkan kebingungan dan menggantikan cetakan serta pekerjaan administrasi yang sulit untuk dimengerti. Sebab data di tempat kerja berubah secara cepat dan sering, manajer operasi perlu membagi informasi yang akurat dan terkini. Tempat kerja bersifat dinamis, dengan adanya perubahan persyaratan, spesifikasi, jadwal, dan detail lain yang diinginkan pelanggan harus dikomunikasikan secara cepat.

Sistem visual dapat mencakup diagram kendali proses statistik, rincian kualitas, kecelakaan, tingkat pelayanan, kinerja pengiriman, biaya-biaya, waktu siklus, dan variabel tradisional lain seperti kehadiran dan keterlambatan. Semua sistem visual harus memusatkan perhatian pada peningkatan, karena setiap perbaikan harus selalu memberikan manfaat motivasional. Tanda dan diagram visual campuran

dapat merupakan alat komunikasi yang sangat baik bukan hanya bagi orang-orang yang melakukan pekerjaan, tetapi juga bagi orang pendukung, manajemen, pengunjung, dan pemasok. Semua pihak yang berkepentingan ini berhak untuk memberikan umpan balik pada organisasi. Laporan manajemen, jika hanya berada di tangan manajemen sering tidak berguna dan tidak produktif. Manajer harus berpikir dari segi manajemen visual.

Sistem visual juga mengkomunikasikan gambaran yang lebih besar, membantu karyawan untuk memahami keterkaitan antara aktivitas harian mereka dan kinerja organisasi secara keseluruhan.

Tempat kerja visual ini adalah untuk menghilangkan aktivitas yang tidak memberikan nilai tambah dan semua bentuk pemborosan dengan cara memvisualisasikan semua masalah, ketidaknormalan, dan standar yang ada. Konsep ini meningkatkan komunikasi dan umpan balik dengan menyediakan informasi langsung. Tempat kerja visual membutuhkan pengawasan yang lebih sedikit karena karyawan memahami standar, melihat hasilnya, dan mengerti apa yang harus dilakukan.

Manajer operasi adalah para pengambil keputusan. Untuk mencapai tujuan organisasi mereka, manajer harus memahami bagaimana keputusan diambil dan alat bantu pengambil keputusan apa yang digunakan. Secara luas, kesuksesan atau kegagalan baik individu dan perusahaan bergantung kepada kualitas keputusan yang mereka ambil.

Semua manajer yang baik melaksanakan fungsi dasar proses manajemen. Proses manajemen (*management process*) terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengaturan karyawan, pengarahan, dan pengendalian. Manajer operasi menerapkan

proses manajemen ini pada pengambilan keputusan dalam fungsi Manajemen Operasional (Heizer dan Render, 2004)

Terdapat sepuluh keputusan dalam strategi Manajemen Operasi, yaitu:

1. Desain Barang dan Jasa.

Barang atau jasa apakah yang seharusnya kita tawarkan? Bagaimana kira mendesain produk tersebut?

2. Mengelola Kualitas.

Siapakah yang bertanggung jawab akan kualitas? Bagaimana kita mendefinisikan kualitas?

3. Strategi Proses.

Proses apakah yang dibutuhkan oleh produk ini, dan berapa kapasitas yang tersedia? Peralatan dan teknologi apakah yang diperlukan dalam proses ini?

4. Strategi Lokasi.

Di mana sebaiknya kita menempatkan fasilitas? Berdasarkan kriteria apakah seharusnya kita mengambil keputusan lokasi?

5. Strategi Tata Letak.

Bagaimana kita menyusun fasilitas? Seberapa besar fasilitas yang dibutuhkan untuk memenuhi rencana kita?

6. Sumber Daya Manusia.

Bagaimana kita menyediakan lingkungan kerja yang layak? Sejauh mana kita dapat berharap akan produktivitas karyawan kita?

7. Manajemen Rantai Pasokan.

Haruskah kita membuat atau membeli saja komponen ini? Siapakah pemasok kita, dan siapakah yang dapat menyatukannya dalam program *e-commerce* kita?

8. Manajemen Persediaan.

Seberapa banyak persediaan setiap barang yang harus kita miliki? Kapan seharusnya kita memesan kembali?

9. Penjadwalan jangka pendek dan menengah.

Apakah kita lebih baik tetap mempertahankan karyawan di saat bisnis menurun? Pekerjaan apakah yang dapat kita lakukan setelah ini?

10. Pemeliharaan.

Siapakah yang bertanggung jawab akan perawatan? Kapankah kita melaksanakan perawatan?

Sepuluh keputusan penting dalam Manajemen Operasi dengan jelas memperlihatkan bahwa masing-masing keputusan membutuhkan perencanaan, pengorganisasian, pengaturan karyawan, pengarahan, dan pengendalian. Ini juga memperlihatkan permasalahan yang relevan yang berkaitan dengan keputusan tersebut.

Sepuluh keputusan penting dalam Manajemen Operasi merupakan aktivitas yang perlu dilaksanakan oleh manajer operasi. Kemampuan untuk membuat keputusan yang baik dalam area ini dan mengalokasikan sumber daya untuk menjamin efektifnya pelaksanaan merupakan perjalanan panjang untuk mendapatkan fungsi operasi yang efisien.

Pengembangan operasi yang efektif secara terus-menerus merupakan pendekatan yang diambil oleh banyak perusahaan saat mereka menghadapi persaingan global yang meningkat.

Desain pelayanan merupakan cara perusahaan untuk memberikan pelayanan yang terbaik terhadap konsumen. Tujuan dari desain pelayanan adalah mengurangi tingkat komplain dari pelanggan untuk diantisipasi oleh perusahaan secara maksimal. (Tampubolon, 2004). Cara untuk memaksimalkan pelayanan terhadap pelanggan dapat dilakukan dengan jalan:

1. Membuat desain pelayanan berdasarkan partisipasi pelanggan (*customer's participation design*).
2. Membuat desain pelayanan berdasarkan partisipasi pelanggan setelah dilakukan pengiriman (*customer's participation in delivery*).
3. Membuat desain pelayanan berdasarkan partisipasi pelanggan setelah dibuat desain dan telah dilakukan pengiriman (*customer's participation design and in delivery*).

2.5.6. Manajemen Audit pada Fungsi Operasional

1. Peran Manajemen Audit pada Fungsi Operasional dalam Perusahaan

Setiap perusahaan perlu melakukan manajemen audit pada fungsi operasionalnya, untuk dapat meyakinkan apakah fungsi operasional perusahaan telah dilaksanakan sesuai dengan upaya yang tepat dan memadai untuk mencapai tujuan perusahaan dan sekaligus memberikan saran untuk meningkatkan keberhasilan dalam mencapai tujuan tersebut. Untuk itu perlu diketahui peran dan fungsi operasional dalam perusahaan. Umumnya suatu perusahaan dalam menjalankan bisnis/usahanya, melakukan kegiatan yang tercakup dalam dua fungsi utamanya, yaitu pemasaran dan operasi/produksi, di samping fungsi penunjang utama bisnis perusahaan itu, yaitu keuangan, sumber daya manusia, dan informasi. Peran fungsi operasional dalam perusahaan adalah untuk meningkatkan kegunaan dari masukan yang berupa tenaga

dan keterampilan, bahan dan peralatan, dana, serta informasi, menjadi barang atau jasa yang siap dipasarkan oleh perusahaan tersebut kepada konsumen atau pemakainya (Assauri, 2008).

Pelaksanaan manajemen audit dalam suatu perusahaan haruslah diarahkan pada pencapaian tujuan dan sasaran dari manajemen audit tersebut. Tujuan dari manajemen audit adalah untuk mengetahui apakah prestasi manajemen perusahaan tersebut telah sesuai dengan ketentuan, kebijakan, dan peraturan yang ada dalam perusahaan ini, serta untuk mengetahui apakah prestasi manajemen perusahaan telah lebih baik daripada masa sebelumnya, dan untuk menentukan apakah perusahaan itu serta aktivitas atau programnya telah dikelola secara ekonomis, efisien, dan efektif. Efektivitas manajemen audit pada fungsi operasional suatu perusahaan sangat ditentukan dari keberhasilan pencapaian sasaran yang diharapkan dari manajemen audit tersebut. Tujuan dan sasaran yang diharapkan adalah agar kegiatan operasional yang dijalankan perusahaan, dapat sesuai dengan ketentuan dan kebijakan yang telah ditetapkan dan dapat bekerja secara produktif, ekonomis, efektif dan efisien.

Semua kegiatan operasional dalam perusahaan haruslah didasarkan pada standar-standar yang berupa prosedur dan rencana yang disusun dalam rangka mencapai sasaran yang diharapkan dalam pengelolaan perusahaan umumnya dan pengelolaan bidang operasional khususnya. Dalam bidang operasional, sasaran yang diharapkan adalah tepat jumlah, tepat mutu, tepat dari hasil produksi/operasi, dan dengan biaya rendah. Oleh karena itu pelaksanaan manajemen audit pada fungsi operasional dalam suatu perusahaan, haruslah menunjang pencapaian sasaran tersebut, terutama dapat diperoleh keyakinan bahwa fungsi operasional telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berupa rencana atau standar yang

digunakan, dan bila terjadi penyimpangan, saran-saran apa yang dapat dilakukan untuk memperbaikinya.

2. **Lingkup Kegiatan Manajemen Audit Pada Fungsi Operasional**

Untuk dapat mencapai tujuan manajemen audit pada fungsi operasional, maka perlu dilakukan pengujian-pengujian atas: ketaatan pada kebijakan-kebijakan yang telah digariskan dalam bidang operasional, efisiensi dalam menyelenggarakan upaya untuk mencapai tujuan di bidang operasional perusahaan, dan efektivitas dari pencapaian tujuan tersebut. Atas dasar pengujian-pengujian tersebut, maka dirumuskan temuan-temuan dari manajemen audit pada fungsi operasional. Selanjutnya atas dasar temuan-temuan tersebut, harus dicari dan dirumuskan saran-saran untuk memperbaiki kelemahan-kelemahan yang ditemukan (Assauri, 2008).

Di dalam pelaksanaan manajemen audit pada fungsi operasional harus dicakup seluruh lingkup fungsi operasional dan lingkup fungsi manajemen. Lingkup fungsi operasional dalam suatu perusahaan mencakup bidang, bagian atau fungsi yang terdapat dalam organisasi perusahaan, yang harus dapat dipertanggungjawabkan bagi alasan utama tentang adanya atau berdirinya organisasi perusahaan tersebut. Sebagai gambaran, dalam perusahaan yang usahanya menghasilkan barang, seperti industri manufaktur, lingkup fungsi operasional adalah bagian atau unit produksi. Sedangkan dalam perusahaan yang bergerak dalam menghasilkan jasa, lingkup fungsi operasional mencakup bagian-bagian yang berhubungan dengan pemberian jasa tersebut. Jadi dalam lingkup operasional tercakup semua kegiatan yang terkait dalam usaha untuk mentransformasikan masukan (*inputs*) berupa tenaga dan keahlian, bahan dan peralatan, dana serta informasi, menjadi keluaran (*output*) berupa barang atau jasa.

Masukan yang terdapat dalam proses transformasi dari fungsi operasional terdiri atas: sumber daya (tenaga dan keterampilan), bahan dan peralatan, metode kerja dan dana. Semua masukan ini harus merupakan obyek audit dalam manajemen audit pada fungsi operasional. Audit yang dilakukan terhadap masukan-masukan itu meliputi jumlah atau kuantitas, mutu atau kualitas, waktu biaya serta datanya sendiri. Di samping itu audit terhadap masukan-masukan tersebut dilakukan baik dalam perencanaannya, maupun dalam pelaksanaannya, dan administrasinya. Pelaksanaan audit terhadap masukan ditujukan untuk memperoleh keyakinan bahwa pengadaan, penyimpanan, administrasi dan penggunaan masukan-masukan yang telah dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan fungsi operasional dari perusahaan tertentu telah memenuhi ketaatan, ekonomis, efektivitas dan efisiensi.

Pelaksanaan audit pada fungsi operasional mencakup pula audit terhadap proses transformasi yang merupakan kegiatan pengolahan/pengerjaan atau pelaksanaan aktivitas menghasilkan keluaran yang berupa barang atau jasa. Audit yang dilakukan terhadap proses transformasi ini meliputi perencanaan, kegiatan, pelaksanaan kegiatan dan pengendalian kegiatan pengerjaan keluaran tersebut. Di samping itu dalam audit ini terkait pula tentang jumlah/kualitas pengerjaan yang dilakukan, yang dapat menunjukkan tingkat produktivitas, mutu/kualitas proses pengerjaan, waktu yang menunjukkan lamanya dan saat batas waktu yang diperlukan dan biaya yang dikeluarkan bagi proses pengerjaan tersebut serta data yang tersedia, masih berlaku dan dapat dipercaya. Dengan pelaksanaan manajemen audit pada proses transformasi, maka dapatlah diketahui tentang prestasi dalam proses transformasi, apakah telah sesuai dengan ketentuan, kebijakan dan peraturan yang ada, dan dapat pula mencerminkan tingkat produktivitas, efektivitas dan efisiensi dari

proses transformasi tersebut. Dengan demikian, akan dapat memberikan keyakinan apakah telah dilakukan upaya yang memadai bagi pencapaian tujuan dalam kegiatan transformasi yang dilaksanakan perusahaan ini. Atas dasar pertimbangan tersebut, maka hendaknya pelaksanaan manajemen audit dalam hal ini harus dilakukan dengan cermat dan menggunakan standar-standar ukuran yang tepat.

3. Proses Kegiatan Manajemen Audit Pada Fungsi Operasional

Pelaksanaan kegiatan manajemen audit yang dilakukan pada bidang fungsi operasional, pada dasarnya sama saja dengan proses kegiatan audit pada bidang fungsi lainnya seperti pemasaran dan sumber daya manusia. Kegiatan ini dilakukan dengan mengikuti langkah-langkah sebagai berikut: (Assavri, 2008)

- a. Merumuskan maksud dan tujuan dari dilaksanakannya manajemen audit pada fungsi operasional perusahaan.
- b. Menentukan ruang lingkup audit yang akan dijalankan.
- c. Melakukan audit pendahuluan untuk mendapatkan data dan informasi yang bersifat umum tentang obyek audit.
- d. Menyusun program dan prosedur audit yang akan dilaksanakan.
- e. Melaksanakan audit yang telah ditetapkan sesuai dengan program dan prosedur audit yang mencakup pengumpulan dan pemeriksaan data serta mengadakan wawancara.
- f. Mengolah dan menganalisis hasil-hasil temuan.
- g. Membuat laporan ikhtisar temuan-temuan yang penting dan saran perbaikan.

Penentuan maksud dan tujuan dari dilaksanakannya audit didasarkan pada pertimbangan pelaksanaan kegiatan dalam fungsi operasional perusahaan, terutama untuk memperoleh keyakinan akan :

- a. Ditaatinya atau tidak, ketetapan atau ketentuan dan prosedur yang telah diberlakukan dalam perusahaan untuk fungsi operasional/produksi.
- b. Dicapainya efektivitas dalam pengelolaan kegiatan fungsi operasional/produksi.
- c. Dicapainya efisiensi dalam pengelolaan kegiatan fungsi operasional/produksi.

Berdasarkan maksud dan tujuan dari pelaksanaan manajemen audit tersebut, kemudian ditentukan lingkup yang akan dilakukan, yang dapat berupa:

- a. Audit mengenai tujuan, sasaran, strategi, dan kebijakan operasional/produksi perusahaan yang ditetapkan.
- b. Audit mengenai desain sistem operasi/produksi yang dijalankan, yang mencakup pemilihan lokasi, pengaturan tata letak, keadaan bangunan dan sarana penunjang, teknologi yang digunakan, proses produksi yang dijalankan, keadaan mesin dan peralatan.
- c. Audit mengenai penerapan sistem operasi/produksi yang mencakup perencanaan dan program operasi/produksi, pembelian dan pengadaan bahan, pelaksanaan operasi/produksi, persediaan dan pengiriman barang jadi serta pergudangannya, biaya operasi/produksi serta pemeliharaan peralatan.

Setelah lingkup manajemen audit pada fungsi operasional perusahaan ditetapkan untuk dicakup dalam pelaksanaan audit, maka kemudian disusun program dan prosedur audit, termasuk persiapan kuesionernya. Kuesioner yang disusun harus mencakup apa yang telah ditetapkan dalam lingkup manajemen audit yang akan dilaksanakan serta harus pula terarah kepada maksud dan tujuan dari audit tersebut.

2.5.7. Manajemen Operasional Pada Kriteria Baldrige

Pada umumnya semua produk diproduksi dan diserahkan kepada pelanggan melalui suatu proses kerja atau proses bisnis. Proses kerja atau proses bisnis itu perlu

ditingkatkan performansinya secara terus menerus agar mampu memuaskan pelanggan secara terus menerus pula. Sebelum menjelaskan bagaimana mengelola dan meningkatkan proses secara terus menerus, perlu dipahami konsep-konsep dasar yang mendefinisikan proses kerja serta komponen-komponen dari suatu manajemen proses. Berdasarkan pemahaman ini kemudian disusun langkah-langkah perbaikan proses yang berkelanjutan (Gaspersz, 2005).

Suatu proses dapat didefinisikan sebagai integrasi sekuensial dari orang, material, metode, dan mesin atau peralatan, dalam suatu lingkungan guna menghasilkan nilai tambah output untuk pelanggan. Suatu proses mengkonversi input terukur ke dalam output terukur melalui sejumlah langkah sekuensial yang terorganisasi (Gaspersz, 2005).

Terdapat dua item dalam Kategori Manajemen Proses, yaitu:

1. Desain Sistem Kerja (*Work Systems Design*)
2. Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (*Work Process Management and Improvement*).

Konsep dari manajemen proses berkaitan dengan perbaikan kualitas. Gabriel Pall (1987) seperti dikutip oleh Gaspersz (2005) mengidentifikasi enam komponen yang penting untuk manajemen proses, yaitu:

1. Kepemilikan (*ownership*) menugaskan tanggung jawab untuk desain, operasi, dan perbaikan proses.
2. Perencanaan (*planning*) menetapkan suatu pendekatan terstruktur dan terdisiplin untuk mengerti, mendefinisikan, dan mendokumentasikan semua komponen utama dalam proses dan hubungan antar komponen utama itu.

3. Pengendalian (*control*) menjamin efektivitas, di mana semua output dapat diperkirakan dan konsisten dengan ekspektasi pelanggan.
4. Pengukuran (*measurement*) memetakan performansi atribut terhadap kebutuhan pelanggan dan menetapkan kriteria untuk akurasi, presisi, dan frekuensi perolehan data.
5. Perbaikan atau peningkatan (*improvement*) meningkatkan efektivitas dari proses melalui perbaikan-perbaikan yang diidentifikasi secara tetap.
6. Optimasi (*optimization*) meningkatkan efisiensi dan produktivitas melalui perbaikan-perbaikan yang diidentifikasi secara tetap.

Keenam komponen di atas merupakan landasan untuk keberhasilan manajemen dari suatu proses apa saja. Komponen-komponen itu dibutuhkan untuk proses kerja yang menghasilkan dan menyerahkan produk ke pelanggan, untuk proses yang menspesifikasikan kebutuhan dan kepuasan sepanjang rantai pelanggan-pemasok (*customer-supplier chain*), dan untuk proses yang mendukung pekerja dalam pekerjaan mereka.

1. **Desain Sistem Kerja.**

Sistem Kerja menunjukkan bagaimana kerja organisasi disempurnakan. Sistem kerja melibatkan tenaga kerja, pemasok dan mitra kerja utama, kontraktor, hubungan kerjasama, dan komponen lain dari rantai pemasok yang dibutuhkan untuk memproduksi dan menyerahkan pelayanan kesehatan dan proses pendukung. Sistem kerja mengkoordinasikan proses kerja internal dan sumber-sumber eksternal yang diperlukan untuk meningkatkan, memproduksi dan menyerahkan pelayanan kesehatan kepada pasien dan pelanggan lain dan untuk menciptakan kesuksesan pada pasar. Keputusan mengenai sistem kerja merupakan hal yang strategik, keputusan ini

melibatkan perlindungan dan perwujudan dari kompetensi inti, dan menentukan hal apa yang harus diperoleh atau diproduksi diluar organisasi dalam rangka efisiensi dan kelangsungan organisasi (www.baldrige.nist.gov).

Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE) memberikan persyaratan kepada manajemen organisasi untuk mendesain sistem kerja melalui:

- Menetapkan kompetensi inti dan mengaitkannya dengan Visi, Misi, Nilai-nilai, lingkungan kompetitif, dan rencana-rencana tindakan (*action plans*).
- Mendesain proses kerja yang memberikan kontribusi dalam penyerahan nilai kepada pelanggan, menciptakan profitabilitas, kesuksesan dan keberlangsungan organisasi
- Menjamin bahwa sistem dan tempat kerja dipersiapkan dengan baik untuk mampu menghadapi keadaan-keadaan darurat atau bencana melalui menetapkan sistem-sistem pencegahan, manajemen pemeliharaan, keberlangsungan operasional, dan pemulihan apabila terjadi keadaan darurat.

Setiap organisasi dapat mengidentifikasi proses kunci yang mempengaruhi keberhasilannya. Kita dapat menggunakan enam pertanyaan berikut untuk membantu dalam mengidentifikasi proses kunci yang memiliki dampak terbesar pada pelanggan, yaitu:

1. Produk apa yang terpenting bagi pelanggan?
2. Proses apa yang menghasilkan produk ini?
3. Komponen atau faktor kunci apa yang merangsang tindakan dalam organisasi, dan proses apa yang mengkonversi atau mengubah rangsangan ini menjadi output?

4. Proses mana yang memiliki *visibility* tertinggi dengan pelanggan?
5. Proses mana yang memiliki dampak terbesar terhadap standar performansi yang dikendalikan oleh pelanggan (*customer-driven performance standards*)?
6. Berdasarkan data performansi, proses mana yang memiliki potensi terbesar untuk perbaikan?

Apabila proses kunci telah dapat diidentifikasi, perbaikan sistematis dan terus-menerus dapat dimulai. Jawaban terhadap keenam pertanyaan di atas dapat saja berbeda untuk setiap organisasi, tergantung pada aktivitas bisnis yang dilakukan.

Desain sistem kerja digunakan untuk menguji/memeriksa kompetensi inti dari organisasi, sistem kerja, dan desain proses kerja, dengan tujuan untuk menciptakan nilai bagi pasien dan pelanggan lain, mempersiapkan terhadap keadaan darurat, dan mencapai kesuksesan dan keberlangsungan organisasi. (www.baldrige.nist.gov).

Faktor-faktor yang diperlukan dalam desain antara lain:

1. Hasil pelayanan kesehatan yang diinginkan
2. Manajemen keselamatan dan manajemen resiko
3. Waktu pelayanan, akses, koordinasi, dan keberlangsungan pelayanan
4. Keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan
5. Variasi pada harapan pasien yang memerlukan pilihan pelayanan kesehatan
6. Dampak lingkungan
7. Kapabilitas pengukuran
8. Kapabilitas proses
9. Kesiapan atau kekurangan karyawan dengan kemampuan kritis
10. Kesiapan sumber-sumber
11. Kapabilitas pemasok

12. Teknologi
13. Kapasitas fasilitas atau kegunaan
14. Syarat pengaturan
15. Dokumentasi

Desain yang efektif juga harus mempertimbangkan siklus waktu dan produktivitas dari proses penyerahan pelayanan kesehatan. Hal ini mencakup pemetaan yang rinci mengenai proses penyerahan pelayanan kesehatan dan desain ulang terhadap proses-proses untuk mencapai efisiensi, seperti untuk memenuhi perubahan syarat-syarat dari pasien dan pelanggan lain.

Proses kerja kunci mencakup proses pelayanan non kesehatan yang diperlukan bagi kesuksesan dan pertumbuhan organisasi oleh pimpinan senior. Proses ini seringkali berhubungan dengan kompetensi inti dari organisasi, sasaran strategik, faktor-faktor kritis kesuksesan (*critical success factors*). Proses kerja kunci juga mencakup proses-proses untuk inovasi, penelitian dan pengembangan, penerapan teknologi, pengelolaan informasi dan pengetahuan, pengelolaan rantai pemasok, kerjasama dengan pemasok, outsourcing, pengelolaan proyek, serta penjualan dan pemasaran.

Proses kerja mencakup juga proses-proses pendukung yang mendukung operasional harian dan penyerahan pelayanan kesehatan, tetapi tidak selalu didesain secara rinci dengan pelayanan kesehatan. Syarat-syarat proses-proses pendukung biasanya tidak tergantung secara signifikan pada karakteristik pelayanan kesehatan. Syarat desain proses-proses pendukung biasanya tergantung secara signifikan pada kebutuhan internal dan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan untuk meyakinkan adanya kinerja yang efisien dan efektif. Proses-proses pendukung mencakup proses-

proses untuk masalah rumah tangga, *medical record*, keuangan dan akuntansi, pengelolaan fasilitas, pelayanan hukum, pelayanan sumber daya manusia, hubungan publik, hubungan masyarakat, dan pelayanan administratif lainnya.

Pada banyak organisasi, pengelolaan rantai pemasok merupakan faktor pertumbuhan dalam mencapai tujuan produktivitas dan profitabilitas serta sukses organisasi secara keseluruhan. Pemasok, mitra kerja, dan hubungan-hubungan kerjasama dijadikan perhatian dalam peningkatan strategik bagi organisasi untuk mengevaluasi ulang kompetensi intinya. Proses-proses pemasok seharusnya dapat memenuhi dua tujuan, antara lain:

1. Untuk membantu meningkatkan kinerja dari pemasok dan mitra kerja
2. Dalam tindakan yang spesifik, untuk membantu mereka turut berkontribusi dalam peningkatan sistem kerja organisasi.

Pengelolaan rantai pemasok mencakup proses-proses dalam memilih pemasok, dengan tujuan untuk mengurangi jumlah total pemasok dan meningkatkan kesepakatan dan kerjasama dengan pemasok yang ada.

Organisasi perlu mempertimbangkan syarat-syarat bagi pemasok, mitra kerja dan hubungan kerja dalam tingkat sistem kerja dan desain proses kerja. Secara keseluruhan, desain yang efektif harus memenuhi kebutuhan pemegang saham dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan.

Jika beberapa desain proyek harus dilakukan secara paralel, atau jika beberapa pelayanan pada organisasi kesehatan menggunakan peralatan atau fasilitas yang juga digunakan oleh beberapa jenis pelayanan, masalah koordinasi dari sumber-sumber tersebut mungkin merupakan perhatian utama, tetapi juga mungkin perlu dipertimbangkan untuk mendesain dan mengimplementasikan pelayanan yang baru.

Desain sistem kerja juga berhubungan dengan teknologi baru. Hal ini harus mencakup teknologi internet agar dapat berbagi informasi dengan pemasok, mitra kerja dan hubungan kerja, seperti juga komunikasi dengan pasien dan pelanggan lain, termasuk memberikan kepada mereka akses yang terus-menerus dan otomatis mengenai pertukaran informasi. Contohnya termasuk pencatatan medis secara elektronik, dan penggunaan *telemedicine*.

Tingkat yang spesifik pada pelayanan yang diperlukan ditunjukkan oleh misi organisasi serta kebutuhan dan harapan pasien dan pelanggan lain. Upaya keberlangsungan operasional juga harus dikoordinasikan dengan upaya untuk menjamin ketersediaan data dan informasi.

Upaya untuk menjamin adanya keberlangsungan operasional dalam keadaan darurat pada masyarakat harus mempertimbangkan seluruh segi dalam operasional organisasi yang diperlukan untuk menjamin pelayanan kesehatan kepada pasien dan pelanggan lain. Kita harus mempertimbangkan seluruh proses kerja kunci dalam rencana.

Bencana dan darurat bisa berkaitan dengan cuaca, utilitas, keamanan, atau menyangkut keadaan darurat lokal atau nasional, termasuk potensi pandemik seperti flu burung. Pertimbangan keadaan darurat juga berkaitan dengan teknologi informasi, dimana dalam keadaan darurat harus dapat diantisipasi akan kontinuitas perolehan data dan informasi (Sadikin, 2008).

2. Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja.

Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE) memberikan persyaratan kepada manajemen organisasi untuk mengelola dan meningkatkan proses-proses kerja, melalui:

- Menerapkan dan mengelola proses kerja

- Meningkatkan proses kerja, agar memberikan nilai kepada pelanggan dan mencapai kesuksesan serta keberlangsungan organisasi.

Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja adalah untuk menguji implementasi dan pengelolaan proses kerja kunci yang bertujuan untuk menciptakan nilai bagi pasien dan pelanggan lain, dan mencapai kesuksesan dan keberlangsungan organisasi.

Pengelolaan proses kerja secara spesifik dibuat untuk mengukur proses pelayanan, dan interaksi pasien dan pelanggan lain serta pemasok. Pengukuran dan interaksi ini memerlukan identifikasi titik-titik kritis pada proses untuk pengukuran, observasi, atau interaksi. Aktivitas ini seharusnya timbul pada tahap awal dari proses, untuk meminimalkan permasalahan dan biaya yang mungkin dihasilkan dari adanya deviasi terhadap kinerja yang diharapkan. Untuk mencapai kinerja yang diharapkan, seringkali diperlukan pengaturan tingkat kinerja pada proses atau standar untuk pembuatan keputusan.

Ketika timbul deviasi, tindakan perbaikan diperlukan untuk memperbaiki kinerja proses pada desain yang sesuai. Berdasarkan sifat dari proses, tindakan perbaikan mencakup perhatian pada masalah teknik dan manusianya. Tindakan perbaikan yang tepat meliputi perubahan pada sumber dari deviasi tersebut.

Sebenarnya tindakan perbaikan harus dapat meminimalisasi timbulnya masalah yang sama yang mungkin timbul kembali. Ketika interaksi pasien dan pelanggan lain ikut terlibat, perbedaan antara pasien dan pelanggan lain harus diperhatikan dalam mengevaluasi sejauh mana proses tersebut berjalan dengan baik.

Ini mungkin memerlukan pemikiran mengenai kemungkinan-kemungkinan yang spesifik ataupun menyeluruh, tergantung pada informasi yang diperoleh dari

pasien dan pelanggan lain. Hal tersebut terutama harus dilakukan pada pelayanan profesional ataupun personal.

Siklus waktu proses kunci pada beberapa organisasi dapat selama satu tahun atau lebih, dimana dapat diciptakan tantangan yang spesial dalam mengukur kemajuan hari per hari dan identifikasi kemungkinan untuk mengurangi siklus waktu, jika memungkinkan.

Peningkatan Proses Kerja adalah untuk menguji bagaimana meningkatkan proses kerja kunci dengan tujuan untuk menciptakan nilai bagi pasien dan pelanggan lain, dan mencapai kesuksesan dan keberlangsungan organisasi.

Untuk mendapatkan informasi bagaimana proses-proses ditingkatkan untuk mencapai kinerja yang lebih baik. Kinerja yang lebih baik tidak hanya mencakup perbaikan kualitas dari sudut pandang pasien dan pelanggan lain serta hasil pelayanan kesehatan yang lebih baik, tetapi juga peningkatan pada kinerja keuangan dan operasional, seperti produktivitas dari sudut pandang pemegang saham. Pendekatan peningkatan proses mencakup:

1. Berbagi strategi-strategi kesuksesan antar organisasi untuk menciptakan pembelajaran dan inovasi.
2. Menampilkan analisis proses dan penelitian
3. Melakukan penelitian dan pengembangan
4. Benchmarking
5. Menggunakan teknologi alternatif
6. Menggunakan informasi dari pasien dan pelanggan lain.

Terdapat empat kelompok orang yang terlibat dalam operasi dan perbaikan proses, yaitu:

1. Pelanggan (*customers*). Pelanggan adalah orang yang akan menggunakan output secara langsung atau orang yang akan menggunakan output itu sebagai input dalam proses kerja mereka.
2. Kelompok Kerja (*work group*). Kelompok kerja adalah orang-orang yang bekerja dalam proses untuk menghasilkan dan menyerahkan output yang diinginkan itu.
3. Pemasok (*supplier*). Pemasok adalah orang yang memberikan input ke proses kerja. Orang-orang yang bekerja dalam proses pada kenyataannya merupakan pelanggan dari pemasok.
4. Pemilik (*owner*). Pemilik adalah orang yang bertanggung jawab untuk operasi dari proses dan untuk perbaikan proses itu.

Seperti diketahui, pelanggan adalah orang yang mendefinisikan output yang diinginkan dari proses. Hal ini diperoleh melalui dua kategori informasi yang mengalir dari pelanggan ke kelompok kerja. Kategori pertama dari informasi adalah kebutuhan pelanggan, yang merupakan suatu deskripsi dari apa yang diinginkan, dibutuhkan, atau diharapkan oleh pelanggan. Kebutuhan pelanggan ini akan mendikte apa yang harus dihasilkan dan diserahkan oleh proses. Kategori kedua dari informasi adalah umpan balik (*feedback*), yaitu suatu keterangan tentang baik atau buruknya suatu output yang diserahkan dalam perbandingannya dengan ekspektasi pelanggan. Umpan balik ini merupakan signal utama untuk perbaikan proses pada operasi yang akan datang. Aliran informasi dan produk dengan pemasok kelihatan sebagai suatu cermin image dari proses yang digunakan untuk menghubungkan kelompok kerja dengan pelanggannya (Gaspersz, 2005).

Tenner dan De Torro (1992) mengemukakan suatu model perbaikan proses yang terdiri dari enam langkah, sebagai berikut: (Gaspersz, 2005)

1. Mendefinisikan masalah dalam konteks proses.

Dimulai dari penetapan atau spesifikasi sistem mana yang terlibat, agar usaha-usaha dapat terfokus pada proses bukan output. Aktivitas spesifik dalam langkah ini adalah:

- Identifikasi output
- Identifikasi pelanggan
- Definisi kebutuhan pelanggan
- Identifikasi proses yang menghasilkan output ini
- Identifikasi pemilik proses

2. Identifikasi dan dokumentasi proses.

Diagram alur merupakan alat yang umum dipergunakan untuk mendeskripsikan proses. Pembuatan diagram alur dari proses akan memungkinkan kita untuk melakukan empat aktivitas perbaikan berikut:

- Mengidentifikasi peserta dalam proses, berdasarkan nama, posisi, atau organisasi.
- Memberikan kepada semua peserta dalam proses suatu pemahaman umum tentang semua langkah dalam proses dan peranan individual mereka.
- Mengidentifikasi inefisiensi, pemborosan, dan langkah-langkah yang berlebihan atau tidak perlu dalam proses.
- Menawarkan suatu kerangka kerja untuk mendefinisikan pengukuran proses.

Proses yang telah diidentifikasi harus didokumentasikan secara baik agar dapat dipergunakan sebagai bahan informasi yang berguna dalam perbaikan proses secara terus-menerus.

3. Mengukur performansi

Pengukuran performansi dimaksudkan untuk dapat mengkuantifikasikan bagaimana baik atau jelek suatu sistem sedang berjalan atau beroperasi. Ukuran-ukuran performansi harus didefinisikan dan dievaluasi dalam konteks ekspektasi pelanggan. Pada dasarnya pengukuran performansi dapat dilakukan pada tiga tingkat, yaitu: *proses*, *output*, dan *outcome*. Ukuran-ukuran proses mendefinisikan aktivitas, variabel, dan operasi dari proses kerja itu sendiri. Ukuran-ukuran *output* mendefinisikan *features* spesifik, nilai-nilai, dan atribut dari setiap produk yang dapat diuji dari dua sisi. Sisi pertama berkaitan dengan karakteristik output yang diinginkan oleh pelanggan, dan sisi kedua merupakan karakteristik output yang secara aktual diserahkan oleh proses. Kebutuhan pelanggan sering disebut sebagai suara dari pelanggan, sedangkan kapabilitas proses sering disebut sebagai suara dari proses. Ukuran-ukuran *outcome* mendefinisikan dampak absolut dari proses dan tergantung pada kepuasan pelanggan. Dengan demikian kepuasan pelanggan merupakan ukuran kunci dari *outcome*.

4. Memahami mengapa suatu masalah dalam konteks proses terjadi

Ketiadaan data menimbulkan kesulitan untuk memahami mengapa suatu sistem berjalan seperti itu sehingga performansinya tidak sesuai dengan yang diharapkan. Masalah adalah deviasi atau penyimpangan yang terjadi antara performansi yang diharapkan dan performansi aktual. Untuk memahami mengapa suatu masalah terjadi dan agar langkah-langkah ke arah perbaikan proses efektif dan efisien, kita dapat mengajukan tiga pertanyaan dasar berikut:

- 1) Apa yang menjadi masalah utama dalam proses tersebut?
- 2) Apa yang menjadi akar penyebab dari masalah dalam proses itu?

3) Apa yang merupakan sumber variasi dari proses itu?

5. Mengembangkan dan menguji ide-ide

Empat langkah sebelumnya membangun kerangka dasar untuk memahami dimensi kritis dari proses, dengan jalan mengidentifikasi proses kunci, mengukur bagaimana baik atau jelek proses itu beroperasi, dan memahami mengapa proses itu beroperasi dengan caranya sendiri sehingga menimbulkan masalah. Keempat langkah itu membantu kita untuk mengidentifikasi penyebab-penyebab dari masalah utama. Pengembangan ide-ide untuk perbaikan proses dimulai pada langkah kelima. Ide-ide untuk perbaikan proses harus ditujukan langsung pada akar penyebab masalah. Agar ide-ide yang dipilih untuk perbaikan proses itu efektif, ide-ide itu perlu diuji terlebih dahulu sebelum diimplementasikan. Eksperimentasi dari ide-ide itu akan membantu menghindarkan kegagalan ketika ide-ide tersebut diimplementasikan dalam proses.

6. Implementasi solusi dan evaluasi

Langkah keenam dalam model perbaikan proses ini dimulai dengan perencanaan dan implementasi perbaikan-perbaikan yang diidentifikasi dan diuji dalam langkah kelima. Langkah keenam ini melanjutkan untuk mengukur dan mengevaluasi efektivitas dari proses yang diperbaiki itu. Informasi yang diperoleh kemudian dijadikan umpan balik untuk melaksanakan perbaikan proses selanjutnya, sehingga akan diperoleh suatu perbaikan proses secara terus-menerus.

2.6. Malcolm Baldrige

Saat ini kompetisi pasar yang semakin meningkat menuntut semua pihak untuk dapat menghasilkan produk atau jasa yang terbaik dalam memenangkan persaingan. Era globalisasi telah memaksa organisasi-organisasi untuk memperhatikan dan meningkatkan kualitas produk atau jasa yang mereka hasilkan. Manajemen kualitas dipandang sebagai alat yang sangat berguna dalam peningkatan kualitas tersebut. Manajemen kualitas merupakan senjata yang ampuh bagi perusahaan dalam usaha perluasan bisnisnya. Pemerintah USA telah menyadari betul bahwa manajemen kualitas adalah kunci dari kemakmuran dan merupakan kekuatan jangka panjang sebuah negara. Oleh karena itu, pada tahun 1987 dibuatlah program *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA). MBNQA merupakan salah satu program penghargaan yang tertua di dunia. Penghargaan ini diberikan oleh Kongres USA kepada organisasi-organisasi yang telah mampu menerapkan manajemen kualitas untuk memberikan peningkatan nilai kepada pelanggan dan meningkatkan performansi organisasi secara keseluruhan. *Baldrige Award* bukan hanya sebuah penghargaan, tetapi berfungsi juga sebagai pemicu proses peningkatan kualitas di USA akibat adanya proses penarikan komitmen dari para pemenang untuk turut menjadi pendukung dalam peningkatan kualitas organisasi lainnya (www.baldrige.nist.gov).

2.6.1. Profil Malcolm Baldrige

Malcolm Baldrige bekerja sebagai Sekretaris Perdagangan sejak tahun 1981 sampai beliau meninggal pada kecelakaan rodeo pada bulan Juli 1987. Baldrige sangat mendukung manajemen kualitas sebagai kunci dari kemakmuran negara dan sebagai kekuatan jangka panjang. Istilah pengendalian kualitas ini baru ditemukan

pada masa itu. Baldrige adalah salah seorang yang membuat konsep awal pengendalian kualitas tersebut. Sebagai bentuk kehormatan, Kongres menetapkan namanya sebagai nama penghargaan tahunan di bidang peningkatan kualitas.

2.6.2. Latar Belakang Penghargaan Malcolm Baldrige

Pada awal dan pertengahan 1980, banyak pemimpin industri dan pemerintahan melihat bahwa pembaharuan yang bertitik berat pada kualitas bukan merupakan pilihan bagi perusahaan Amerika, tetapi merupakan sebuah kebutuhan untuk melakukan usaha dalam perluasan bisnisnya, dan terlebih lagi pada permintaan pada pasar kompetitif. Akan tetapi, kebanyakan usahawan Amerika tidak percaya bahwa kualitas itu penting dan mereka tidak mengetahui bagaimana harus memulai. Penghargaan Baldrige merupakan sebuah standar yang sangat baik yang dapat memicu organisasi maupun perusahaan di USA untuk mencapai kualitas kelas dunia.

2.6.3. Malcolm Baldrige National Quality Awards

Baldrige Award diberikan oleh Presiden USA kepada organisasi bisnis (manufaktur dan jasa, besar maupun kecil), pendidikan serta kesehatan, yang mengajukan diri serta dinilai sangat baik (*outstanding*) pada tujuh kriteria penilaian, yaitu : *leadership, strategic planning, customer and market focus, measurement, analysis and knowledge management, human resource focus, process management, and results*. Kongres meluncurkan program penghargaan ini pada tahun 1987 untuk memberikan pengakuan dan penghargaan kepada organisasi bisnis di USA dalam hal pencapaiannya pada kualitas dan performansi serta untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kualitas dan performansi yang baik sebagai *competitive edge*.

Penghargaan ini tidak diberikan pada produk atau jasa tertentu saja. Tiga penghargaan dapat diberikan setiap tahunnya untuk tiap kategori, yaitu : manufaktur,

jasa, usaha kecil, pendidikan, dan kesehatan. Departemen Perdagangan *National Institute of Standards and Technology* (NIST) merupakan organisasi yang setiap tahunnya memfasilitasi penyelenggaraan *Malcolm Baldrige National Quality Awards*. Departemen ini telah mengatur *Baldrige National Quality Program* pada hubungan kerjasama yang sangat dekat dengan sektor privat. Pada bulan Oktober 2004, Presiden Bush menandatangani undang-undang yang melegalisasi NIST untuk mengikutsertakan organisasi non profit dan pemerintahan dalam *Malcolm Baldrige National Quality Award Program*.

2.6.4. Kategori Penghargaan MBNQA Bidang Kesehatan

Kategori kesehatan diperkenalkan tahun 1999, dan hingga kini terdapat 116 dalam bidang kesehatan. Organisasi profit, non-profit, ataupun yang bersifat pribadi / lingkup kecil berhak untuk ikut serta dalam penghargaan ini. Penerima penghargaan *Baldrige* untuk perusahaan kecil membuktikan bahwa setiap organisasi di Amerika Serikat yang berkembang dengan menggunakan dasar kerja dari kriteria performansinya sendiri dapat mengikuti penghargaan ini.

Dalam bidang kesehatan, termasuk didalamnya :

- Rumah Sakit
- Perusahaan asuransi kesehatan
- Laboratorium kesehatan
- Kantor praktisi kesehatan, dll

Seperti ketiga kategori sebelumnya, siapa pun yang mendaftar dalam penghargaan ini harus dapat menunjukkan prestasi dan kemajuan dalam 7 hal :

- Kepemimpinan
- Perencanaan strategi

- Pelanggan dan fokus /pangsa pasar (contoh bidang pendidikan adalah pelajar, pemilik saham, sedangkan bidang kesehatan adalah perhatian terhadap pasien)
- Pengukuran
- Analisis
- Pengetahuan mengenai manajemen organisasi
- Fokus terhadap sumber daya (contoh bidang pendidikan adalah pengajar dan staf, sedangkan bidang kesehatan adalah staf yang bekerja)
- Manajemen proses
- Performansi organisasi

Banyak organisasi kesehatan dan pendidikan telah menggunakan *Baldrige criteria* untuk menghasilkan perbaikan. Contohnya adalah:

- Departemen pendidikan di New Jersey telah memberikan izin bagi sekolah-sekolah untuk menggunakan *Baldrige criteria*. Beberapa negara bagian lain juga mempertimbangkan untuk menggunakan kriteria Baldrige tersebut.
- *The National Alliance of Business and the American Productivity and Quality Center* juga telah mengembangkan kriteria Baldrige dalam *Education Initiative* (sebuah program nasional untuk mengembangkan sistem manajemen untuk organisasi pendidikan dan *output* pendidikan)
- Pada April 2000, *the National Education Goals Panel (NEGP)* mengadakan *teleconference* yang bersifat nasional, "*Creating a Framework for High Achieving Schools,*" agar dapat menjadi lebih fokus kepada kriteria Baldrige dalam bidang pendidikan.
- Adanya *Baldrige Health Care Summit* pada Juni 29, 2000, yang melibatkan 10 institusi kesehatan terkemuka di Amerika.

- Pada konferensi institusi yang mengembangkan perbaikan bidang kesehatan Desember 1999 dan Desember 2000 terdapat sesi khusus mengenai penerapan criteria Baldrige bidang kesehatan.
- Universitas Motorola, mengadakan pelatihan 1 minggu mengenai Baldrige dan perbaikan kualitas dalam bidang kesehatan pada Februari 2001, yang diikuti oleh 120 pakar kesehatan.
- Richard Norling, CEO, *Premier Inc.*, seorang distributor peralatan kesehatan adalah presiden sektor khusus *Baldrige Foundation* selama tahun 2001.

2.6.5. Nilai Inti malcolm Baldrige

Kriteria Malcolm Baldrige dibangun berdasarkan landasan dari 11 nilai inti dan konsep berikut:

1. Kepemimpinan yang Visioner (*Visionary leadership*).
Pemimpin-pemimpin senior dari suatu organisasi harus menetapkan:
2. Keunggulan yang diarahkan oleh Pelanggan - *Customer-driven excellence*
3. Pembelajaran level Organisasi dan Personal - *Organizational and personal learning*
4. Menghargai para Karyawan dan para Mitra - *Valuing employees and partners*
5. Agilitas - *Agility*
6. Fokus pada Masa Depan - *Focus on the future*
7. Pengelolaan untuk Berinovasi - *Managing for innovation*
8. Bekerja Berdasarkan Fakta - *Management by fact*
9. Tanggung Jawab Sosial- *Social responsibility*
10. Fokus pada Tujuan dan Penciptaan Nilai - *Focus on results and creating value*
11. Perspektif Kesisteman - *Systems perspective*

2.6.6. Kategori Kriteria Malcolm Baldrige

Kriteria performansi terbaik dari *Baldrige* adalah *framework* yang dapat digunakan organisasi dalam meningkatkan kualitas. Tujuh kategori yang digunakan sebagai kriteria penghargaan ialah :

1. Kategori Kepemimpinan menguji sistem kepemimpinan perusahaan dan kepemimpinan pribadi dari pemimpin-pemimpin senior. Kategori ini menguji bagaimana pemimpin-pemimpin senior dan sistem kepemimpinan memperhatikan nilai-nilai, arah perusahaan, ekspektasi kinerja, berfokus pada pelanggan dan stakeholders yang lain, pembelajaran, dan inovasi. Juga menguji bagaimana perusahaan memperhatikan tanggung jawabnya terhadap masyarakat dan memberikan dukungan kepada masyarakat kunci.
2. Perencanaan Strategik (*Strategic planning*) —Menjelaskan bagaimana organisasi anda menetapkan sasaran-sasaran strategis, termasuk bagaimana mempertimbangkan tantangan-tantantng strategis. Buatlah rangkuman sasaran-sasaran strategis utama organisasi anda dan tujuan-tujuan terkaitnya.
3. Fokus pada Pelanggan dan Pasar (*Customer and market focus*)— Menjelaskan bagaimana organisasi anda menentukan persyaratan, harapan dan preference dari pelanggan dan pasar untuk menjamin kesinambungan terhadap produk dan jasa anda serta membangun peluang baru.
4. Pengukuran, Analisa, dan Pengelolaan Pengetahuan (*Measurement, analysis, and knowledge management*)— Jelaskan bagaimana organisasi anda mengukur, menganalisa, menyelaraskan dan memperbaiki data dan informasi kinerja pada seluruh tingkatan dan diseluruh bagian organisasi anda.

5. Fokus pada Sumber Daya Manusia (Human resource focus)— Menjelaskan bagaimana pekerjaan dan tugas-tugas organisasi anda memungkinkan karyawan dan organisasi untuk mencapai kinerja tinggi. Jelaskan bagaimana kompensasi, jenjang karir, dan praktek kerja terkait lainnya memungkinkan karyawan dan organisasi mencapai kinerja tinggi
6. Kategori manajemen proses menguji aspek-aspek kunci dari manajemen proses, termasuk desain berfokus pelanggan, penyerahan produk (barang dan jasa), dukungan, dan proses pemasok serta kemitraan yang melibatkan semua unit kerja. Kategori ini menguji bagaimana proses-proses kunci didesain, diimplementasikan, dikelola, dan ditingkatkan guna mencapai kinerja yang lebih baik.
7. Hasil-hasil Organisasi (Organizational results)— Ringkaskan hasil kinerja utama barang dan jasa, fokus pelanggan, keuangan dan pasar, sumber daya manusia, efektifitas organisasi, dan kepemimpinan dan tanggung jawab kepada publik. Segmenkan hasil-hasil organisasi anda berdasarkan jenis dan kelompok-kelompoknya (yang sesuai). Ikutkan data-data perbandingan yang sesuai.

Kriteria-kriteria tersebut digunakan oleh ribuan organisasi sebagai dasar penilaian diri (*self-assessment*), pelatihan serta alat untuk membangun performansi dan proses bisnis. Jutaan kopi buku yang berisi tentang kriteria performansi ini telah didistribusikan sejak tahun 1988. Duplikasi serta akses elektronik membuat jumlahnya semakin berlipat ganda.

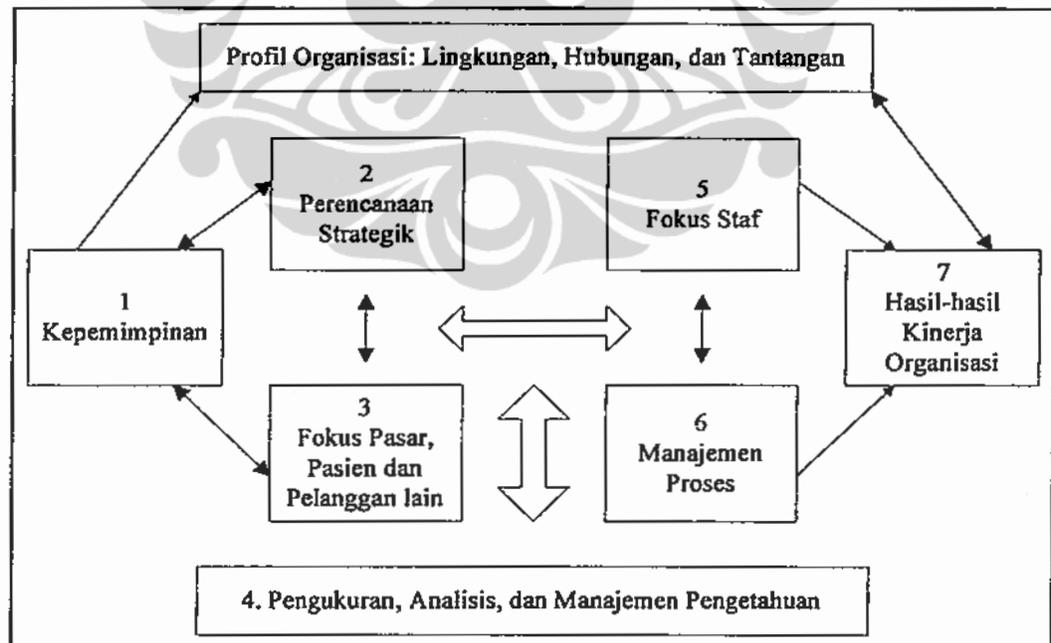
Kriteria *Baldrige* berisi tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keuangan. Faktor-faktor tersebut antara lain keputusan bisnis dan strategi yang mengarahkan pada pencapaian performansi pasar yang lebih baik, *market share*, serta

relasi dan kepuasan konsumen. Perusahaan-perusahaan diharuskan menggunakan informasi keuangan termasuk kenaikan atau penurunan keuntungan. Informasi ini digunakan untuk menganalisis serta melaporkan perkembangan keseluruhan dan hubungan di antara keputusan bisnis dan strategi tersebut.

Untuk beberapa organisasi, penggunaan kriteria tersebut memberikan dampak yang baik, seperti produktivitas meningkat, hubungan antar karyawan semakin baik, tingkat kepuasan pelanggan semakin tinggi, pangsa pasar meningkat, dan pada akhirnya menyebabkan profit meningkat.

Kerangka Kerja Malcolm Baldrige menunjukkan bahwa sistem Malcolm Baldrige disusun oleh tujuh kategori dalam bagan inti yang mendefinisikan organisasi, proses-proses, dan hasil-hasil.

Gambar 2.1.
Kerangka Kerja Malcolm Baldrige untuk Bidang Kesehatan tahun 2008

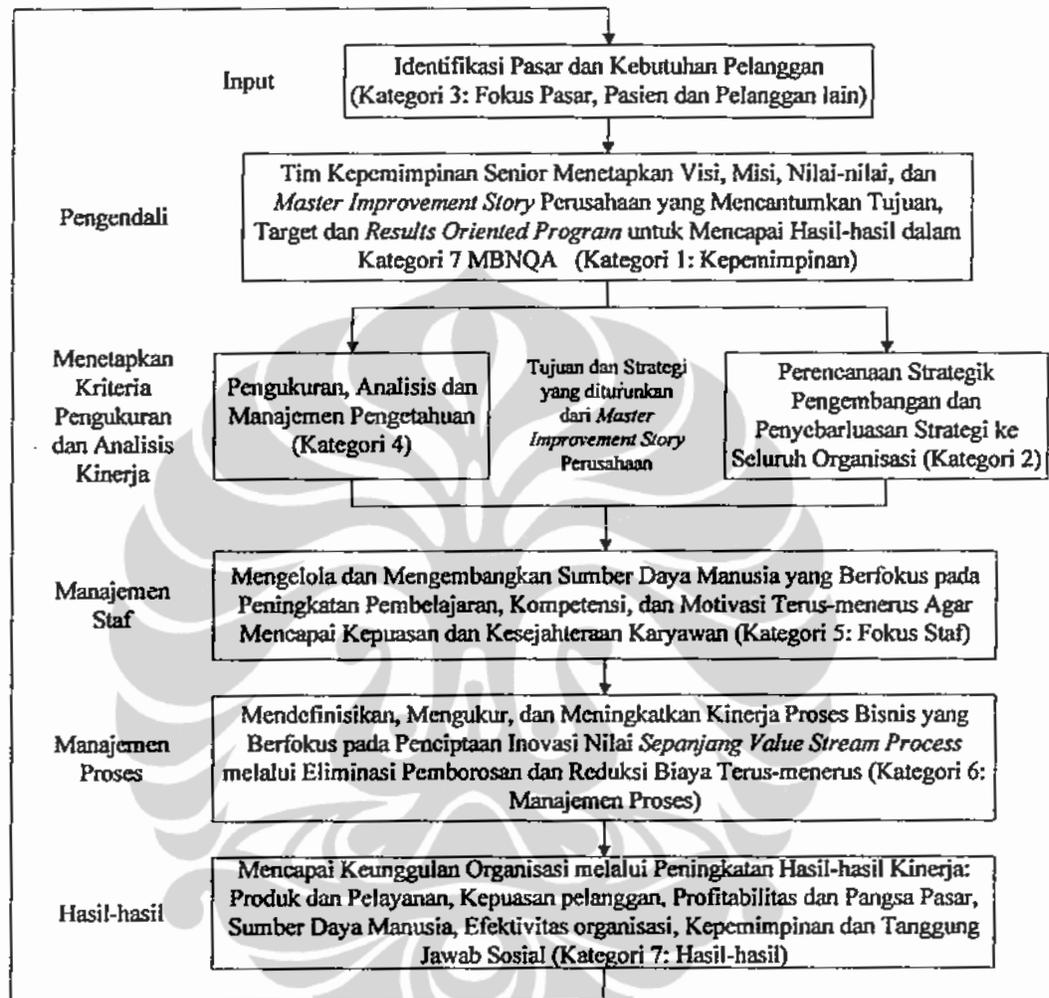


Sumber: <http://www.baldrige.nist.gov>. 2008 *Health Care Criteria for Performance Excellence*.

Kepemimpinan (Kategori 1), Perencanaan Strategis (Kategori 2), dan Fokus Pasar, Pasien dan Pelanggan lain (Kategori 3), merepresentasikan atau mewakili tritunggal KEPEMIMPINAN. Kategori ini ditempatkan bersama untuk menekankan dan menjadi landasan tentang pentingnya suatu kepemimpinan berfokus pada strategi dan pelanggan.

- Fokus Staf (Kategori 5), Manajemen Proses (Kategori 6), dan Hasil-hasil (Kategori 7) mewakili tritunggal HASIL. Karyawan organisasi dan proses-proses kunci menyelesaikan pekerjaan dari organisasi yang menghasilkan keunggulan kinerja hasil-hasil.
- Garis anak panah horisontal dalam bagan inti Malcolm Baldrige mengaitkan tritunggal KEPEMIMPINAN ke tritunggal HASIL, yang merupakan suatu keterkaitan penting untuk keunggulan organisasi Bidang Kesehatan.
- Anak panah menunjukkan hubungan utama di antara Kepemimpinan (Kategori 1) dan Hasil-hasil (Kategori 7). Anak panah dua arah menunjukkan pentingnya umpan balik dalam suatu sistem manajemen kinerja yang efektif.
- Pengukuran, Analisis, dan Manajemen Pengetahuan (Kategori 4) adalah penting terhadap efektivitas manajemen dari organisasi dan terhadap sistem (manajemen pengetahuan) berdasarkan fakta (pengukuran dan analisis) untuk peningkatan kinerja dan daya saing. Pengukuran dan analisis berguna sebagai suatu landasan untuk sistem manajemen kinerja dari organisasi Bidang Kesehatan tersebut (manajemen pengetahuan).

Gambar 2.2.
Desain dan Implementasi Sistem Manajemen Kinerja MBNQA



Sumber: Gaspersz, 2007. P. 226.

Tujuh kategori dan sebelas nilai inti Malcolm Baldrige merupakan mekanisme untuk membangun dan mengintegrasikan kriteria-kriteria dalam mengembangkan sistem organisasi bisnis yang unggul. Perspektif sistem berarti memandang dan mengelola organisasi secara keseluruhan, dengan mengintegrasikan komponen-komponennya, menuju keunggulan kinerja.

2.6.7. Evolusi Baldrige Award dalam Pencapaian Tujuannya

Kriteria penghargaan *Baldrige* merupakan aturan utama dalam pencapaian tujuan yang dibuat oleh Kongres. Kriteria ini telah dirancang untuk membantu organisasi mengembangkan daya kompetisi mereka, yang difokuskan pada 2 buah tujuan, yaitu *men-deliver* peningkatan nilai kepada pelanggan dan meningkatkan performansi organisasi secara keseluruhan. Kriteria tersebut sekarang diterima secara luas, tidak hanya di Amerika Serikat tetapi juga di seluruh dunia, sebagai sebuah standar performansi terbaik.

Program penghargaan *Baldrige* merupakan sebuah usaha sukses pemerintah dan tim sektor privat. Sebuah hubungan kooperatif antar keduanya ini terjalin karena penghargaan *Board of Examiners*. Setiap tahunnya, lebih dari 300 ahli dari industri, institusi pendidikan, pemerintah dalam setiap level, dan sukarelawan dari organisasi non profit, menghabiskan waktu untuk melihat semua aplikasi pendaftar, mengatur tempat kedatangan, dan menyiapkan *feedback* tentang kekuatan dan kesempatan yang masih mungkin ditingkatkan bagi tiap pendaftar.

Setelah melalui berbagai tahap seleksi, para pemenang penghargaan *Baldrige* ditarik komitmennya untuk memberikan dukungan bagi perusahaan atau organisasi lain. Dukungan itu berupa usaha mereka untuk memberi pengajaran dan informasi mengenai keuntungan dari sistem *Baldrige Award* dan kriterianya.

Tujuan Kriteria Baldrige :

Kriteria dirancang untuk membantu organisasi menggunakan pendekatan yang terintegrasi, dalam mengelola kinerja bisnisnya, dimana hasilnya akan :

- Selalu memberikan nilai yang terus menerus meningkat kepada pelanggan, serta berkontribusi pada keberhasilan pasar.

- Meningkatkan efektifitas dan kemampuan organisasi secara keseluruhan.
- Menjadi sarana pembelajaran bagi organisasi dan personil.

Karakteristik Utama Kriteria Baldrige :

1. Kriteria BALDRIGE untuk Keunggulan Kinerja adalah fokus kepada hasil
2. Kriteria BALDRIGE untuk Keunggulan Kinerja bukan preskriptif dan dapat disesuaikan
3. Kriteria BALDRIGE untuk Keunggulan kinerja mendukung sebuah perspektif kesisteman untuk memelihara keselarasan tujuan dari perusahaan secara menyeluruh.
4. Kriteria keunggulan kinerja BALDRIGE mendukung tujuan perusahaan yang berbasis diagnosis.

Kesuksesan adalah merupakan hasil dari perbaikan dalam mengintegrasikan perubahan diantara tiga sistem kinerja utama secara bersamaan didalam organisasi:

- Kepemimpinan – perencanaan, penerapan, dan akuntabilitas
- Orang – pimpinan, karyawan, dan budaya lingkungan
- Operasi – sistem kerja, proses-proses, prosedur-prosedur, dan pengukuran

2.6.8. Perbandingan MBNQA dengan Penghargaan Sejenis

1. ISO 9000

Perbedaan MBNQA dan ISO 9000 di atas ialah dari aspek tujuan, isi, serta fokus penghargaan. MBNQA dibuat oleh Kongres pada tahun 1987 untuk meningkatkan semangat kompetisi di USA. Hal-hal yang menjadi perhatian utama MBNQA adalah *quality awareness*, mengenali peningkatan kualitas yang dilakukan oleh organisasi-organisasi di USA, dan menyediakan media untuk berbagi kiat-kiat atau strategi sukses.

ISO 9000 adalah sebuah seri dari lima standard internasional yang diterbitkan tahun 1987 oleh International Organization for Standardization (ISO) di Jenewa, Swiss. Perusahaan dapat menggunakan standard-standard yang ada untuk membantu menentukan kebutuhan dalam mempertahankan sistem konformansi kualitas yang efisien. Misalnya, standard yang ada menjelaskan perlunya sistem kualitas yang efektif untuk menjamin bahwa alat-alat pengukuran dan pengujian yang digunakan dikalibrasi secara rutin dan untuk menjaga sistem pendokumentasian yang memadai. Peraturan pada ISO 9000 lah yang menentukan apakah sebuah perusahaan telah memenuhi standar sistem kualitas yang ditentukan.

Secara garis besar, kriteria pendaftaran ISO 9000 hanya mencakup kurang dari 10% kriteria MBNQA.

2. Deming Award

Tujuan utama dari MBNQA dan Deming Award sama, yaitu untuk mendukung pengenalan atas peningkatan kualitas dan untuk memperbesar perhatian masyarakat akan urgensi serta teknik-teknik peningkatan kualitas. Akan tetapi, Baldrige Award memiliki karakteristik khusus sbb:

- Memfokuskan perhatian pada hasil dan pelayanan,
- Melibatkan banyak kalangan profesional dan bisnis perdagangan,
- Menyediakan penghargaan spesial bagi inovasi pencapaian kualitas,
- Memperhatikan pula aspek pelanggan dan pengembangan SDM,
- Menekankan pentingnya pertukaran informasi.

2.7. Analisis Jalur (*Path Analysis*)

Analisis jalur yang dikenal dengan *path analysis* dikembangkan pertama tahun 1920 oleh seorang ahli genetika yaitu Sewall Wright (Riduwan 2007). Analisis jalur dikembangkan untuk mengetahui pengaruh (efek) secara langsung atau tidak langsung dari variabel bebas terhadap variabel tergantung. Analisis jalur digunakan untuk menelaah hubungan antar model kausal yang telah dirumuskan atas dasar pertimbangan teoritis dan pengetahuan tertentu. Hubungan kausal selain didasarkan pada data, juga didasarkan pada pengetahuan, perumusan hipotesis dan analisis logis, sehingga analisis jalur dapat menafsirkan hubungan tersebut (Tumpal Jr, 2006).

2.7.1. Definisi *Path Analysis*

Terdapat beberapa definisi mengenai analisis jalur ini, di antaranya (Jonathan, 2007)

1. Analisis jalur ialah suatu teknik untuk menganalisis hubungan sebab akibat yang terjadi pada regresi berganda jika variabel bebasnya mempengaruhi variabel tergantung tidak hanya secara langsung, tetapi juga secara tidak langsung. (Rutherford, 1993).
2. Analisis jalur sebagai model perluasan regresi yang digunakan untuk menguji keselarasan matriks korelasi dengan dua atau lebih model hubungan sebab akibat yang dibandingkan oleh peneliti. (David Garson dari Caroline State University, 2003).

Dari definisi-definisi di atas dapat disimpulkan bahwa sebenarnya analisis jalur merupakan kepanjangan dari analisis regresi berganda (Jonathan, 2007).

Path analysis digunakan untuk menganalisis pola hubungan antar variabel dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh langsung maupun tidak langsung dari variabel bebas (*eksogen*) terhadap variabel terikat (*endogen*).

2.7.2. Manfaat *Path Analysis*

Ada beberapa manfaat dari *path analysis* (Riduwan, 2007) :

1. Penjelasan terhadap fenomena yang dipelajari atau permasalahan yang diteliti.
2. Prediksi nilai variabel terikat (Y) berdasarkan nilai variabel bebas (X), prediksi bersifat kuantitatif.
3. Faktor determinan yaitu penentuan variabel bebas (X) mana yang berpengaruh dominan terhadap variabel terikat (Y) dan juga dapat digunakan untuk menelusuri mekanisme (jalur-jalur) pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat
4. Pengujian model, menggunakan *theory trimming*, baik untuk uji reliabilitas konsep yang sudah ada ataupun uji pengembangan konsep baru.

2.7.3. Prinsip-Prinsip Dasar

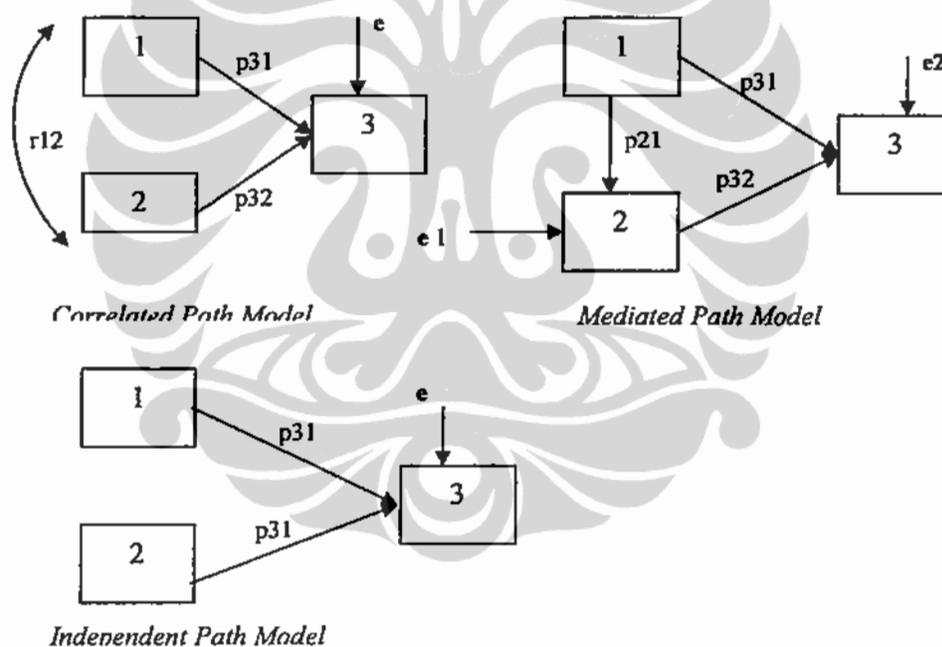
Ada beberapa prinsip dasar yang digunakan dalam analisis jalur (Jonathan 2007; Riduwan 2007)

1. Hubungan antar variabel bersifat linier, adaptif dan bersifat normal
2. Hanya sistem aliran kausal ke satu arah artinya tidak ada hubungan yang bolak balik
3. Variabel terikat (*endogen*) minimal dalam skala interval dan ratio
4. Menggunakan sampel *probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel untuk memberikan peluang yang sama pada setiap anggota populasi yang dipilih menjadi sampel.

5. *Observed variables* diukur tanpa ada kesalahan (instrumen harus *valid* dan *reliable*)
6. Model yang diuji didefinisikan dengan benar berdasarkan teori-teori dan konsep-konsep yang relevan artinya model teori yang diuji dibangun berdasarkan kerangka teoritis tertentu yang mampu menjelaskan hubungan kausalitas antar variabel yang diteliti.

2.7.4. Model Path Analysis

Gambar 2.4.
Jenis Model Path Analysis



Sumber : Schumacker dan Lomax (1996 : 41-42) yang dikutip oleh Riduwan (2007 : 3)

Keterangan :

1. p_{ik} merupakan koefisien jalur (*path coefficient*) untuk setiap variabel *eksogen* k
2. Koefisien jalur menunjukkan pengaruh langsung variabel *eksogen* k terhadap variabel *endogen* i .

3. Sedangkan e dan f menunjukkan variabel atau faktor residual yang fungsinya menjelaskan pengaruh variabel lain yang telah teridentifikasi oleh teori, tetapi tidak diteliti atau variabel lainnya yang belum teridentifikasi oleh teori, atau muncul sebagai akibat dari kekeliruan pengukuran variabel
4. Sebuah diagram jalur, tanda panah berujung ganda dengan simbol (\leftrightarrow) menunjukkan hubungan korelasional, dan tanda panah satu arah (\rightarrow) menunjukkan hubungan kausal atau pengaruh langsung dari variabel *eksogen* (X) terhadap variabel *endogen* (Y).

2.7.5. Model Analisis Korelasi dan Regresi

1. Model Korelasi

Korelasi di samping dapat untuk mengetahui derajat/keeratan hubungan, korelasi dapat juga untuk mengetahui arah hubungan antara dua variabel.

2. Model Regresi

Analisis regresi merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan antar dua atau lebih variabel. Tujuan analisis regresi adalah untuk membuat perkiraan nilai suatu variabel *dependent* melalui variabel yang lain (*independent*). Kegunaan regresi dalam penelitian salah satunya adalah untuk meramalkan variabel *endogen* apabila variabel *eksogen* diketahui. Pada dasarnya analisis regresi dan analisis korelasi keduanya punya hubungan yang sangat kuat dan mempunyai keeratan. Setiap analisis regresi otomatis ada analisis korelasinya, tetapi sebaliknya analisis korelasi belum tentu diuji regresi atau diteruskan dengan analisis regresi (Riduwan, 2007).

3. Model Persamaan Struktural

Persamaan model struktur yaitu apabila setiap variabel *endogen* secara unik keadaannya ditentukan oleh seperangkat variabel *eksogen*. Gambar yang menunjukkan hubungan struktural disebut diagram jalur (*path diagram*).



BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

3. 1. Identitas dan Sejarah Rumah Sakit

Rumah Sakit Muhammad Husni Thamrin Salemba (RS M.H. Thamrin Salemba) merupakan rumah sakit yang status kepemilikannya berada dibawah naungan Yayasan MH Thamrin, suatu korporasi yang terdiri dari berbagai jenis usaha di bidang pelayanan kesehatan (RS M.H. Thamrin Salemba, Pondok Gede, Cengkareng, Cileungsi dan sedang membangun RS baru di Purwakarta, serta 7 klinik 24 jam yang tersebar di Jabotabek), perusahaan alat kedokteran (PT.Alkeslab), asuransi (PT.Jamkesindo), dan di bidang pendidikan tenaga kesehatan dengan program pendidikan DIII dan Sekolah Tinggi (AKPER, AKBID, AKZI, AAK, AkaFARMA, AMPRS).

Sejarah berdirinya RS M.H. Thamrin Salemba dimulai dari Rumah Sakit Bersalin di Jl. Tegalan yang didirikan pada 1976, kemudian meningkat menjadi Rumah Sakit Umum dengan kapasitas 25 tempat tidur pada 1981 dan berpindah tempat di Jl. Salemba Tengah No. 26-28 Jakarta Pusat. Pada tahun 1984 rumah sakit ini mengalami pengembangan menjadi 2 lantai dengan kapasitas 50 tempat tidur. Pengembangan dilanjutkan pada 1995-1998 menjadi 10 lantai dengan kapasitas 189 tempat tidur serta memiliki landasan helikopter bersertifikat. Pengembangan rumah sakit juga meliputi penambahan berbagai fasilitas layanan kesehatan paripurna yang canggih. Selain pelayanan standar rumah sakit seperti pelayanan rawat jalan, *medical check-up*, poli gigi, penunjang medik dan rawat inap, terdapat juga fasilitas penunjang yang siaga 24 jam seperti Unit Gawat Darurat (dengan Hotline Service

3926333), kamar operasi, kamar bersalin, laboratorium, radiologi (termasuk CT Scan, Mammografi dan USG), serta apotik. Rumah Sakit M.H. Thamrin Salemba juga dilengkapi dengan Ambulance EMS (*Emergency Medical Service*) dan helipad bersertifikat untuk pendaratan helikopter di lantai 9 rumah sakit.

3.2. Visi dan Misi Organisasi

RS M.H. Thamrin Internasional Salemba merumuskan falsafah, visi, misi dan moto yang sesuai dengan tujuan organisasi dan rumah sakit, sebagai berikut :

Falsafah :

CARE (*Competency, Active, Responsive and Empathy*) and TRUST (*Technology, Reliable, Urgent, Special and Talented*) bermakna :

Sangat peduli dengan berdasarkan *Competence, Active, Responsive dan Empathy*, selalu memberikan pelayanan yang dapat dipercaya dengan *Technology* yang *Reliable* dan *Urgent* untuk memenuhi kebutuhan pelanggan yang sangat *Special* dan *Talented* dalam memilih pelayanan.

Visi :

Menuju korporasi industri kesehatan yang terpadu, terpercaya dan bertaraf internasional.

Misi :

- a. Menjadi pusat rujukan regional dan pengembangan kelompok industri kesehatan MH Thamrin.
- b. Menggalang kemitraan regional dan internasional dengan institusi lain untuk mengembangkan pelayanan sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi serta berorientasi kepada nilai-nilai pelanggan.

- c. Membangun *Cross Fungsional Team* yang tangguh, peka terhadap tuntutan dan perubahan lingkungan strategis.
- d. Mengembangkan karyawan menjadi *human capital* perusahaan yang handal, sehingga memiliki kemampuan dan ketrampilan berinteraksi, berkomunikasi serta mempunyai kemampuan memecahkan masalah yang tinggi.

Motto : “ Tumbuh berkembang untuk kesejahteraan bersama ”.

3.3. Fisik Rumah Sakit

Terdiri dari Gedung Utama RS MH Thamrin Internasional Salemba (10 Lantai, 1 lantai parkir *basement* dan *helipad*) dan Gedung Annex (4 lantai untuk kantor dan perlengkapan RS).

Gedung utama:

- Lantai dasar : parkir, kantin
- Lantai 1 : *Admission*, Rekam Medik, Unit Gawat Darurat, Hemodialisa, Radiologi, Laboratorium, Restoran, *Gift Shop*, ATM.
- Lantai 2 : Kasir, Farmasi, Medical Check Up, , Poliklinik Umum, Spesialis, Sub Spesialis, Poliklinik Gigi.
- Lantai 3: Kamar Operasi, ICU /ICCU, Intermediate Care, Cath Lab & Angiography.
- Lantai 4 : Kamar Bersalin, Gizi, NICU/PICU, Perinatologi, *Intensive Care* Anak.
- Lantai 5 : Rawat Inap kelas II dan III.
- Lantai 6 : Pusat *Esthetics & Cosmetics*, Detoksifikasi NAZA, Klinik Tumbuh Kembang Anak, Endoskopi, Fisioterapi dan Rehabilitasi Medik, Unit Luka bakar.

- Lantai 7 : Rawat Inap Kelas I, Ruang Perawatan Anak
- Lantai 8 : Rawat InapVIP dan VVIP, Presidential Suite
- Lantai 9 : Kantor Rumah Sakit, Landasan Helicopter
- Lantai 10 : Kantor Yayasan RS MH Thamrin, Auditorium, Ruang Rapat

Gedung Annex :

- Lantai 1 : Dapur, Pemulasaran jenazah
- Lantai 2 : Laundry, CSSD (sterilisasi), logistik
- Lantai 3 : *Guest House*
- Lantai 4 : Kantor Administrasi Rumah Sakit

3. 4. Struktur Organisasi

Berdasarkan Surat Keputusan Badan Pengurus Yayasan RS MH Thamrin No. 007/SK-BP/YRS-MHT/VI/2007, RSMHTIS dipimpin oleh seorang Direktur dibantu

2 Wakil Direktur yaitu :

a. Direktur Umum & Keuangan yang membawahi :

a) Divisi Logistik dan Umum:

- Bagian Rumah Tangga
- Bagian Teknik Umum
- Bagian Keamanan, Kebersihan, Transportasi, Kesling
- Bagian Logistik Umum

b) Divisi Akuntansi dan Keuangan

- Bagian Akuntansi
- Bagian Keuangan

- c) **Divisi SDM**
 - **Bagian Administrasi Personil**
 - **Bagian Pemberdayaan dan Pengembangan**
 - **Bagian Diklat Personil**
- d) **Divisi Teknik**
 - **Bagian Teknik Medik**
- b. **Direktur Yanmed dan Keperawatan yang membawahi:**
 - a) **Divisi Yanmed**
 - **Departemen Gawat Darurat**
 - **Departemen Kamar Bedah**
 - **Departemen Pelayanan Intensive**
 - **Departemen Pelayanan Nonintensive**
 - **Departemen Diagnostik terapeutik lain**
 - b) **Divisi Penunjang Medik**
 - **Departemen Radiologi**
 - **Departemen Laboratorium Klinik**
 - **Departemen Farmasi**
 - **Departemen Rehabilitasi Medik**
 - **Departemen Pelayanan Gizi**
 - **Departemen Rekam Medik**
 - c) **Divisi Keperawatan**
 - **Sub Divisi Asuhan Keperawatan**
 - **Sub Divisi Bagian Diklat Tenaga Keperawatan**
 - **Sub Divisi Peralatan Keperawatan**

d) Divisi Marketing

- Bagian Promosi dan Penjualan
- Bagian Hubungan Pelanggan
- Bagian Pengembangan Produk
- Bagian Social and Service
- Bagian Informasi atau PR

3. 5. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Rumah Sakit M.H. Thamrin Internasional Salemba memiliki pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Rawat Inap. Terdapat 140 tempat tidur yang terdiri dari:

- Kelas 3 : 20 TT Dewasa, 10 TT Anak , 5 TT kebidanan
- Kelas 2 : 12 TT Dewasa, 6 TT Anak , 6 TT kebidanan
- Kelas 1 : 30 TT Dewasa, 18 TT Anak, 10 TT kebidanan
- Kelas VIP : 18 TT
- Kelas VVIP : 4 TT
- Presidential Suite : 1 TT

2. Rawat Intensif . Terdapat 41 TT yang terdiri dari:

- Intensif Dewasa : 6 TT ICU kelas standar, 2 TT ICU kelas privat,
4 TT ICCU standar, 5 TT Intermediate Ward
- Intensif Anak : 8 TT NICU, 6 TT PICU, 4 TT Intermediate Care, 6 TT Perina.

Baik unit intensif dewasa maupun anak dipimpin oleh dokter spesialis yang ahli di bidangnya masing-masing, dengan didukung oleh asuhan keperawatan dan dokter jaga dalam status PPDS. Personil layanan rawat intensif RSMHTIS telah

terlatih menangani pasien yang memerlukan perawatan intensif dengan didukung peralatan *life support system* yang komprehensif serta *monitoring system* yang terpadu.

3. Unit Luka Bakar

RS MH Thamrin Internasional Salemba dengan bantuan pemerintah daerah mengembangkan unit luka bakar pada 2005 yang diperuntukkan sebagai tempat rujukan perawatan luka bakar dengan fasilitas terstandarisasi.

Di unit ini terdapat 1 TT ICU, 1 TT VIP, dan 2 TT kelas standar dengan dilengkapi dengan satu ruang operasi steril dan laboratorium patologi anatomi.

Konsep yang dikedepankan adalah perawatan luka bakar komprehensif yang dikomandani oleh dokter spesialis bedah plastik, dengan didukung oleh dokter spesialis intensif, interna, serta asuhan keperawatan.

4. Detoksifikasi NAZA

Tersedia 2 TT kelas standar dan 2 TT VIP yang disediakan oleh RS M.H. Thamrin Salemba sebagai tempat untuk detoksifikasi dari bahan-bahan adiktif NAZA dengan didampingi bimbingan rohani untuk memperkuat iman si pecandu.

5. Pusat Terapi Autisme “Bintang Kecil”

Sejak bulan Maret 2002, RS M.H. Thamrin Internasional Salemba menyediakan fasilitas untuk mendeteksi dini autisme dan memberikan terapi secara terpadu dengan metode terkini. Ditangani oleh tim ahli yang terdiri dari dokter spesialis anak, dokter spesialis rehabilitasi medik, psikolog, okupasi terapi wicara dan pedagogi.

6. Pusat *Neuro-Science*

RS MH Thamrin Salemba memiliki unit pelayanan neuro surgery & neurologi yang telah dikembangkan secara terpadu menjadi pusat pelayanan *neuro science* untuk melayani pasien dengan *cerebro vascular disease* .

7. Pusat *Gastro Enterology - Hepatology Endoscopy*

RS MH Thamrin Internasional Salemba mempunyai unit endoscopy yang dikembangkan dengan khusus sebagai pusat *gastro entero hepatology*.

8. Klinik Kecantikan Estetiderma

RS MH Thamrin Internasional Salemba mempunyai unit perawatan kulit yang bekerjasama dengan Klinik Kecantikan Estetiderma yang dilengkapi dengan alat-alat

9: Unit Kateterisasi Jantung

Mulai 2004 RS MH Thamrin Internasional Salemba mengembangkan unit kateterisasi dan angiografi dengan fasilitas dan dokter spesialis yang handal.

10. *Guest House*

Untuk mempermudah keluarga pasien yang ingin menemani pasien menjalani layanan medis yang diberikan, RS MH Thamrin Internasional Salemba menyediakan *guest house* yang terletak di lantai III Gedung Annex dengan fasilitas yang cukup lengkap.

Pelayanan khusus yang sedang dalam perencanaan :

1. Pusat obesitas
2. Pusat menopause & endokrinologi
3. Pusat *cardio vascular surgery*

3.6. Data Ketenagaan

Komposisi ketenagaan di RS M.H. Thamrin Internasional Salemba hingga Agustus 2008 dengan jumlah total karyawan 483 orang dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 3.1.
Komposisi Karyawan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba

No	Bagian	Jumlah karyawan
1	Manajemen	15
2	Dokter Organik	14
3	Keperawatan	241
	Bedah	13
	R Rawat Intensif	61
	Tindakan Khusus	20
	R Rawat Non Intensif	70
	Rawat Jalan	14
	Bidan	9
	POS	36
	Perawat gigi	6
4	Keuangan	38
	Accounting & Piutang	16
	Kasir	7
	Billing	15
5	PSDM	5
6	Pemasaran	5
7	Rumah Tangga	46
	Perlengkapan	4
	Linen laundry sterilisasi	13
	Keamanan	21
	Driver	8
8	Penunjang Medik	53
	Laboratorium	18
	Farmasi	17
	Fisiotherapi & KTK	8
	Radiologi	11
	Gizi	9
9	Administrasi	33
	Medica Record & Operator	22
	Skretaris & IT	11
10	SPRS	15
	Medik	4
	Umum	11
11	Logistik	8
	Total	483

Sumber: Bagian SDM RS M.H. Thamrin Salemba

3.7. Kinerja Rumah Sakit

I. Rawat Jalan :

Tabel 3.2.
Jumlah Pasien Rawat Jalan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba
Periode 2005 - 2007

	2005	2006	2007	Keterangan
Pasien Lama	2.528	2.774	2.972	+11%
Pasien Baru	2.249	2.389	2.654	+15%
Rata-rata/ hari	116	115	119	
TOTAL	4.777	5.163	5.626	

Sumber : Bagian Rekam Medik RS M.H. Thamrin Salemba

Tabel 3.3.
Kinerja Rawat Jalan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba
Periode 2005 - 2007

Unit	Jumlah Kunjungan			Target 2007	Pencapaian (%)	Ket (2006-2007)
	2005	2006	2007			
Gawat Darurat	5929	6110	7252	14400	50	+ 19%
Poli Umum	2904	3018	3674	6000	61	+ 22%
Poli Gigi	3009	3058	2661	7800	34	+ 13%
Polo Spesialis	28379	29602	30250	72000	42	+2,2%
MCU	2150	1409	1481	6000	25	+5,1%
KTK	1640	1522	1285	3000	43	+15,6%
Estetiderma	2229	2058	1731	6000	29	+15,9%
Total	6605	6754	6905			+2,23%

Sumber : Laporan Tahunan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba , 2005-2007

Tabel 3.4.
Perbandingan Jumlah Pasien Perusahaan, Pribadi dan Karyawan
Rawat Jalan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba Periode 2005 - 2007

	2005	2006	2007	Keterangan
Perusahaan	13549	13501	12404	-9%
Pribadi	33835	32860	33370	+2%
Karyawan	1710	2119	3296	+36 %

Sumber : Bagian Rekam Medik RS M.H. Thamrin Salemba

2. Rawat Inap :

Berikut adalah data-data jumlah pasien rawat inap RS M.H. Thamrin Internasional Salemba tiga tahun terakhir :

Tabel 3.5.
Data BOR, BTO, TOI, dan ALOS RS M.H. Thamrin Internasional Salemba
Periode 2005 - 2007

	2005	2006	2007
BED OCCUPANCY RATE (BOR)	43,09	44,99	50,64
BED TURN OVER (BTO)	24,54	26,35	28,74
TURN OVER INTERVAL (TOI)	9	9	7
AVERAGE LENGTH OF STAY (ALOS)	6,21	6,04	5,94

Sumber : Bagian Rekam Medik RS M.H. Thamrin Salemba.

3. Unit Khusus Dan Penunjang Medis.

Tabel 3.6.
Kinerja Unit Khusus RS M.H. Thamrin Internasional Salemba
Periode 2005 - 2007

Unit	Pencapaian			Target 2007	Pencapaian (%)	Ket (2006-2007)
	2005	2006	2007			
Kamar Bedah	948	868	893	2220	40	+3%
Hemodialisa	795	852	747	1800	42	+12%
Cathlab	4	16	12	48	25	+25%
Endoskopi	330	253	212	840	25	+16%
VK(Kebidanan)	207	274	250	900	28	+8,7%
Burn Unit	0	10	93	24	387	+83%
Total	381	379	368			+2,9%

Sumber : Laporan Tahunan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba , 2005-2007.

Tabel 3.7.
Jumlah Kunjungan Penunjang Medis RS M.H. Thamrin
Internasional Salemba Periode 2005 - 2007

Unit	Pencapaian			Target 2007	Pencapaian (%)	Ket (2006-2007)
	2005	2006	2007			
Radiologi	9272	8819	9315	13152	71	+5,7%
Laboratorium	33632	38483	41876	56256	74	+8,9%
Rehabilitasi Medik	6098	5591	5245	7968	66	-6,2%
Farmasi	89034	95603	97017	1312292	74	+1,5%
Gizi	117	116	104	168	62	-10,4%
Total	27631	29722	30711			+3,33%

Sumber : Laporan Tahunan RS M.H. Thamrin Internasional Salemba , 2005-2007.

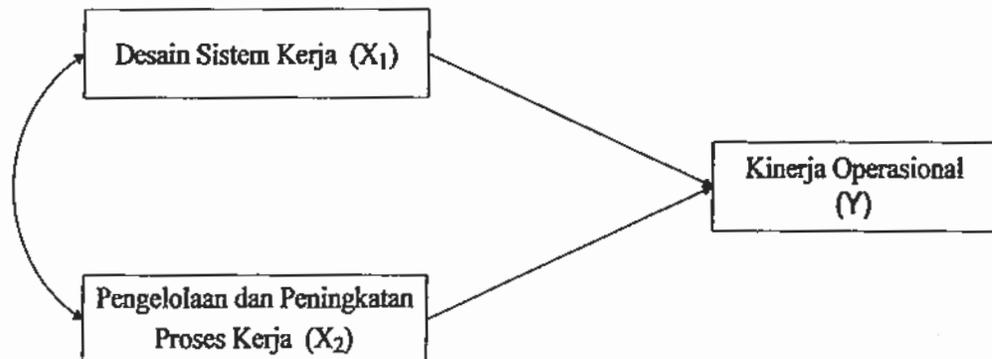
BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini mengacu pada kriteria dari Malcolm Baldrige untuk kategori kesehatan. Manajemen proses yang merupakan salah satu dari kriteria Malcolm Baldrige menunjukkan bagaimana organisasi menetapkan sistem-sistem kerja, termasuk bagaimana mendesain, mengelola, dan meningkatkan proses-proses kerja, dalam menyerahkan nilai kepada pelanggan, mencapai keberhasilan dan keberlangsungan organisasi. Kategori manajemen proses juga menunjukkan bagaimana kesiapan organisasi dalam menghadapi keadaan darurat.

Terdapat dua item dalam kategori manajemen proses, yaitu desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja. Kerangka konsep untuk mengidentifikasi pengaruh langsung dan tidak langsung manajemen proses terhadap kinerja operasional Rumah Sakit MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 digambarkan sebagai berikut:

Gambar 4.1.
Kerangka Konsep Penelitian



4.2. Hipotesis Penelitian

1. Desain sistem kerja berpengaruh langsung secara signifikan terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.
2. Pengelolaan dan peningkatan proses kerja berpengaruh langsung secara signifikan terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.

4.3. Definisi

1. Desain Sistem Kerja

a. Definisi Konsep

Rancangan kegiatan yang mengkoordinasikan proses kerja internal dan sumber-sumber eksternal secara keseluruhan yang diperlukan untuk memproduksi, menyerahkan dan meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien dan pelanggan lain, yang diukur dengan adanya desain proses pelayanan, proses-proses pendukung utama, serta kesiapan menghadapi keadaan darurat.

b. Definisi Operasional

Rancangan kegiatan di RS MH. Thamrin Internasional Salemba yang mengkoordinasikan proses kerja internal dan sumber-sumber eksternal secara keseluruhan yang diperlukan untuk memproduksi, menyerahkan dan meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien dan pelanggan lain, yang diukur dengan adanya 1) Desain proses pelayanan, 2) Proses-proses pendukung utama, 3) Kesiapan menghadapi keadaan darurat

c. Kisi-kisi Desain Sistem Kerja

Variabel	Indikator	Deskripsi	Item
Desain Sistem Kerja	Desain proses pelayanan	Adanya desain proses pelayanan yang memberikan kontribusi dalam penyerahan nilai kepada pelanggan, menciptakan profitabilitas, kesuksesan dan keberlangsungan organisasi, disertai desain ulang dari proses-proses untuk memenuhi perubahan syarat dari pelanggan	1-5
	Proses-proses pendukung utama	Adanya proses pelayanan non kesehatan yang diperlukan bagi kesuksesan dan pertumbuhan organisasi	6-15
	Kesiapan menghadapi keadaan darurat	Sistem dan tempat kerja yang mampu menghadapi keadaan-keadaan darurat atau bencana dengan memperhatikan pencegahan, pengelolaan, keberlangsungan operasional, dan pemulihan	16-20

2. Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja

a. Definisi Konsep

Rangkaian aktivitas dari implementasi proses-proses kerja dalam menyerahkan nilai kepada pelanggan untuk mencapai keberhasilan dan keberlangsungan organisasi yang dilihat secara berurutan serta perubahan dan perbaikan yang dilakukan untuk mencapai kualitas produk yang lebih baik, dengan proses yang lebih efisien dan efektif, dan diukur oleh adanya pengelolaan proses pelayanan, serta peningkatan proses pelayanan.

b. Definisi Operasional

Rangkaian aktivitas dari implementasi proses-proses pelayanan di RS MH. Thamrin Internasional Salemba dalam menyerahkan nilai kepada pasien untuk mencapai keberhasilan dan keberlangsungan rumah sakit yang dilihat

secara berurutan serta perubahan dan perbaikan yang dilakukan untuk mencapai kualitas pelayanan yang lebih baik, dengan proses yang lebih efisien dan efektif, dan diukur oleh 1) Pengelolaan proses pelayanan, 2) Peningkatan proses pelayanan.

c. Kisi-kisi Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja

Variabel	Indikator	Deskripsi	Item
Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja	Pengelolaan proses pelayanan	Implementasi proses kerja yang memenuhi syarat-syarat desain proses dengan memperhatikan masukan dan kontrol untuk mengelola proses-proses tersebut secara tepat.	1-12
	Peningkatan proses Pelayanan	Upaya meningkatkan proses pelayanan untuk mencapai kinerja yang lebih baik	13-20

3. Kinerja Operasional RS M. H. Thamrin Salemba

a. Definisi Konsep

Merupakan hasil kerja secara keseluruhan yang dicapai oleh rumah sakit dalam menjalankan operasionalnya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan yang memungkinkan adanya penilaian dan perbandingan relatif terhadap tujuan, standar, hasil masa lalu, dan organisasi lainnya, yang diukur dengan adanya proses operasional, proses inovasi, dan fokus pelanggan.

b. Definisi Operasional

Hasil kerja yang dicapai oleh RS MH. Thamrin Internasional Salemba dalam menjalankan operasionalnya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan, yang diukur dengan penilaian terhadap 1) Proses operasional, 2) Proses inovasi, dan 3) Fokus pelanggan.

c. Kisi-kisi Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba

Variabel	Indikator	Deskripsi	Item
Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba	Proses operasional	Aktivitas yang dilakukan untuk memproduksi dan menyerahkan jasa pelayanan.	1-8
	Proses Inovasi	Kegiatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi, merancang, mengembangkan, dan menyerahkan produk atau pelayanan baru kepada pelanggan.	9-14
	Fokus pelanggan	Penilaian terhadap kepuasan, loyalitas, dan retensi pasien, serta upaya untuk mempertahankan loyalitas pasien.	15-20

BAB 5 METODE PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah survei dalam rangka pengujian model teoritis untuk konfirmasi terhadap variabel yang diuji di RS MH Thamrin Internasional Salemba Jakarta, dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian survei ini bersifat menjelaskan hubungan kausal dan pengujian hipotesis. Untuk konfirmatori tersebut, digunakan analisis jalur, untuk menguji besarnya kontribusi yang ditunjukkan oleh koefisien jalur pada setiap diagram jalur dari hubungan kausal antar variabel.

5.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Pengambilan data direncanakan selama bulan September-Oktober 2008. Tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit MH. Thamrin Internasional Salemba Jl. Salemba Tengah No. 26-28 Jakarta Pusat. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu bentuk sumbang saran terhadap pihak manajemen RS MH. Thamrin Internasional Salemba yang telah bersedia untuk menjadi tempat penelitian tesis ini.

5.3. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah semua karyawan yang bekerja di RS MH. Thamrin Internasional Salemba yang mempunyai masa kerja diatas 1 (satu) tahun atau sudah bekerja sejak tanggal 1 September 2007. Berdasarkan data kepegawaian pada

Agustus 2008 diketahui jumlah karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba adalah sebanyak 483 orang.

Sampel yang terlibat dalam penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, yang dipilih berdasarkan kelompok unit kerjanya.

1. Kriteria inklusi dan eksklusi

a. Kriteria inklusi adalah karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba apabila:

- 1) Masih aktif bekerja di RS MH. Thamrin Internasional Salemba pada saat berlangsungnya pengambilan data.
- 2) Memenuhi kriteria sampel tanpa memandang jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, tingkat penghasilan, lama kerja serta status kepegawaian (tetap, honor atau kontrak serta harian lepas)

b. Kriteria eksklusi adalah karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba apabila:

- 1) Tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- 2) Saat dilakukan penelitian sedang dalam keadaan sakit.
- 3) Saat dilakukan penelitian sedang dalam keadaan cuti.
- 4) Pada saat penelitian sedang mengikuti tugas belajar.

2. Besar Sampel

Teknik pengambilan sampel apabila populasi sudah diketahui adalah dengan menggunakan rumus dari Taro Yamane sebagai berikut: (Riduwan, 2007)

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

Dimana : n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d^2 = Presisi yang ditetapkan (10%)

Diketahui : $N = 483$

$d^2 = 10\% (0.1)$

$$\begin{aligned} \text{Jadi besarnya sampel } (n) &= 483 / 483 \times 0.1^2 + 1 \\ &= 483 / 483 \times 0.01 + 1 \\ &= 483 / 5.83 \\ &= 82.85 \approx 83 \text{ responden} \end{aligned}$$

Jadi sampel yang terlibat dalam penelitian ini sebanyak 83 orang karyawan yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, yang dipilih berdasarkan kelompok unit kerjanya.

3. Cara Pengambilan Sampel

Sampel diambil dengan menggunakan *proportionate stratified random sampling* berdasarkan unit kerja populasi, yaitu: Manajemen, Dokter Organik, Keperawatan, Keuangan, PSDM, Pemasaran, Rumah Tangga, Penunjang Medik, Administrasi, SPRS, dan Logistik. dengan memakai rumusan alokasi proporsional sebagai berikut:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \cdot n$$

Dimana: n_i = Jumlah sampel menurut stratum

n = Jumlah sampel seluruhnya

N_i = Jumlah populasi menurut stratum

N = Jumlah populasi seluruhnya

Tabel 5.1.
Sampel Penelitian Berdasarkan Unit Kerja
RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008

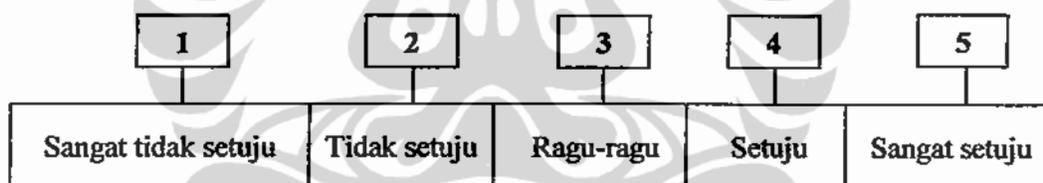
No	Unit Kerja	Jumlah	Populasi	Jumlah Sampel	Sampel yang diambil (3/4) * 5
1	2	3	4	5	6
1	Manajemen	15	483	83	2.57 ≈ 3 orang
2	Dokter Organik	14	483	83	2.4 ≈ 2 orang
3	Keperawatan	241	483	83	41.4 ≈ 41 orang
4	Kuangan	38	483	83	6.53 ≈ 6 orang
5	PSDM	5	483	83	0.8 ≈ 1 orang
6	Pemasaran	5	483	83	0.8 ≈ 1 orang
7	Rumah Tangga	46	483	83	7.9 ≈ 8 orang
8	Penunjang Medik	63	483	83	10.8 ≈ 11 orang
9	Administrasi	33	483	83	5.6 ≈ 6 orang
10	SPRS	15	483	83	2.57 ≈ 3 orang
11	Logistik	8	483	83	1.3 ≈ 1 orang
Total Sampel					83 orang

5.4. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan adalah data primer yang berupa isian kuesioner sebagai instrumen penelitian oleh responden.

Skala pengukuran yang digunakan adalah skala interval yaitu skala yang menunjukkan jarak antara satu data dengan data yang lain dan mempunyai bobot yang sama, dengan menggunakan skala sikap tipe *rating scale*, yaitu data mentah yang didapat berupa angka kemudian ditafsirkan dalam pengertian kualitatif.

Dalam model *rating scale* responden tidak akan menjawab dari data kualitatif yang sudah tersedia, tetapi menjawab salah satu dari jawaban kuantitatif yang telah disediakan. Dengan demikian bentuk *rating scale* lebih fleksibel tidak terbatas untuk pengukuran sikap saja, tetapi untuk mengukur persepsi responden terhadap gejala atau fenomena lainnya (Riduwan, 2007).



5.5. Validitas dan Reliabilitas

Untuk mengetahui validitas dan reliabilitas dari kuesioner yang telah dibuat, terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner penelitian kepada 30 orang responden di RS MH. Thamrin Internasional Salemba yang diambil secara acak.

Kaidah yang berlaku adalah bahwa pengujian dimulai dengan menguji validitas kuesioner baru dilanjutkan uji *reliabilitas*.

1. Validitas

Validitas diuji dengan rumus *Pearson Product Moment*, dengan Kaidah keputusan:

- a. Jika hasil $t_{hitung} > t_{tabel}$, berarti valid
- b. Jika hasil $t_{hitung} < t_{tabel}$, berarti tidak valid

2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama.

Setelah pertanyaan ditentukan validitasnya, analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan cara membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Dalam uji reliabilitas sebagai nilai r hasil adalah nilai alpha (terletak di akhir output).

Kaidah keputusan:

- a. Jika hasil $r_{alpha} > r_{tabel}$, berarti *reliable*
- b. Jika hasil $r_{alpha} < r_{tabel}$, berarti tidak *reliable*

5.6. Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari hasil isian kuesioner akan diolah dengan menggunakan program *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 13 for Windows*, melalui tahapan :

A. Editing dan coding data.

Semua data yang melekat pada responden yang menjadi sampel penelitian. Data ini meliputi : Umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja.

1. Data Umum Responden

a) Jenis kelamin

Jenis kelamin dibedakan atas laki-laki (kode 1) dan wanita (kode 2).

b) Usia

Usia responden dihitung dalam satuan tahun. Dalam proses pengolahan data, usia dibedakan menjadi kelompok usia 20-29 tahun (kode 1), kelompok usia 30-39 tahun (kode 2), kelompok usia 40-49 tahun (kode 3), dan kelompok usia 50 tahun ke atas (kode 4).

c) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan adalah berdasarkan pendidikan formal terakhir yang dijalani, dibedakan atas : SD, SMP, SMA, Diploma I/II/III, S1 (S1 Umum, Dokter/Apoteker/SKP, Ners), S2 (S2 Umum, Spesialis). Pada proses pengolahan data, tingkat pendidikan dikelompokkan menjadi : Tingkat pendidikan S2 (kode 1), S1 (kode 2), Diploma I/II/III (kode 3), SMA (kode 4), SMP (kode 5), dan SD (kode 6).

d) Masa kerja

Masa kerja adalah lamanya bekerja di RS MH. Thamrin Internasional Salemba dalam satuan tahun. Dalam proses pengolahan data, masa kerja dibedakan menjadi kelompok masa kerja kurang dari 1-5 tahun (kode 1), kelompok masa kerja 6-10 tahun (kode 2), kelompok masa kerja 11-15 tahun (kode 3), kelompok masa kerja sama atau lebih dari 16 tahun (kode 4).

2. Variabel Penelitian

- a) Desain sistem kerja diberi kode X_1
- b) Pengelolaan dan peningkatan proses kerja diberi kode X_2
- c) Kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Tahun 2008 diberi kode Y

B. Entry data

C. Cleaning data.

5.7. Analisis Data

Dilakukan analisis deskriptif, yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti.

Sebelum dilakukan uji analisis jalur dilakukan beberapa uji yaitu: uji *normalitas*, *homogenitas*, uji *eksistensi*, uji *independensi* dan uji *asumsi linearitas*.

1. Uji Normalitas

Uji Normalitas data terhadap variabel independen kontinyu berdasarkan nilai yang signifikan pada bagian *Skewness* dan *Standar Error*, suatu data dapat dikatakan normal apabila nilai *Skewness : Standar Errornya* lebih kecil atau sama dengan 2.

2. Uji Homogenitas

Uji homogenitas digunakan digunakan uji *Bartlett*. Tahapan uji *Bartlett* adalah sebagai berikut (Hafizurrachman, 2007):

- 1) Data dikelompokkan berdasarkan skor X yang sama, jumlah anggota untuk tiap kelompok diberi simbol n_1 .
- 2) Untuk nilai n yang kurang dari 2 tidak dimasukkan dalam perhitungan.

- 3) Menghitung nilai $dk = 2-1$, untuk masing-masing kelompok.
- 4) Menghitung nilai $1/dk$ untuk masing-masing kelompok.
- 5) Menghitung nilai varians skor Y untuk masing-masing kelompok (S_i^2).
- 6) Menghitung nilai $\log S_i^2$
- 7) Menghitung nilai hasil kali dk dengan $\log S_i^2$

Nilai-nilai tersebut selanjutnya disusun dalam tabel, kemudian dihitung nilai-nilai yang diperlukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut;

- a) Varians gabungan dari semua sample
 - b) $S^2 = \sum (n_i - 1) S_i^2 / \sum (n_i - 1)$
 - c) Harga satuan *Bartlett* (B)
 - d) X^2_{hitung} untuk uji *Bartlett*
 - e) $X^2_{hitung} = (ln 10) \{B - \sum (dk \log s_i^2)\}$
 - f) Untuk X^2_{hitung} yang lebih besar dibandingkan X^2_{tabel} tetapi kedua harga tersebut cukup dekat, nilai X^2 dihitung lagi dengan menggunakan faktor koreksi.
 - g) Dengan nilai faktor koreksi, harga X^2 yang digunakan untuk pengujian adalah $X^2_k = (1/K)X^2$
 - h) Nilai X^2_{hitung} dibandingkan dengan X^2_{tabel} selanjutnya dapat disimpulkan sesuai dengan kriteria pengujian.
3. Uji Eksistensi, Uji *Independensi*, Uji *Linearitas* dan Histogram, Normal P-P Plot Uji Normalitas dan *Scatterplot* uji homogenitas.
- Ketiga uji ini dilakukan dengan bantuan program SPSS, tahapan uji sebagai berikut (Hastono, 2007):

- 1) Klik *analysis*, sorot *regression*, sorot dan klik “Linier”
- 2) Masukkan dalam kotak *dependent* variabel.
- 3) Masukkan dalam kotak *independent* variabel
- 4) Klik tombol *statistics*
- 5) Klik kotak “durbin-watson (perintah ini untuk uji asumsi independensi)
- 6) Klik tombol “plot”
- 7) Masukkan “SRESID ke kotak Y dan ZPRED ke kotak X (perintah ini untuk uji asumsi *homoscedasity*)
- 8) Klik kotak “histogram” dan kotak “normal probability plot” (perintah ini untuk uji asumsi *normality*)
- 9) Klik *continue*, klik OK.
- 10) Hasil uji.

Uji eksistensi : Pada tabel *residuals statistics*^a bila residual menunjukkan adanya mean mendekati nilai nol dan ada sebaran (varian atau standar deviasi) maka asumsi eksistensi terpenuhi.

Uji Independensi : Pada tabel Model Summary^b, bila nilai durbin -2 s.d +2 berarti asumsi independensi terpenuhi.

Uji Linearitas : Untuk uji linieritas dapat diketahui dari uji ANOVA bila hasilnya signifikan ($p \text{ value} < \alpha$)

Selanjutnya dilakukan uji analisis jalur untuk setiap jalur yang ada. Langkah kerja analisis jalur pada garis besarnya adalah sebagai berikut:

1. Pengujian Secara Keseluruhan

Hipotesis statistik dirumuskan sebagai berikut:

$$H_a : \rho_{yx_1} \neq \rho_{yx_2} = \rho_{y\epsilon} = 0$$

$$H_o : \rho_{yx_1} = \rho_{yx_2} = \rho_{y\epsilon} = 0$$

Dari tabel Anova diperoleh nilai F dengan nilai probabilitas (sig) = 0,000. Apabila nilai sig < 0,005, maka keputusannya adalah H_o ditolak dan H_a gagal ditolak, maka pengujian secara individual dapat dilakukan.

2. Pengujian Secara Individual

Uji secara individual ditunjukkan oleh Tabel (*Coefficients*). Hipotesis penelitian yang akan diuji dirumuskan menjadi hipotesis statistik berikut:

$$H_a : \rho_{yx_1} > 0$$

$$H_o : \rho_{yx_1} = 0$$

Secara individual uji statistik yang digunakan adalah uji t yang dihitung dengan rumus:

$$t_{x_1} = \frac{\rho_{x_1}}{se_{\rho_{x_1}}}$$

Keterangan:

Statistik $se_{\rho_{x_1}}$ diperoleh dari hasil komputansi pada SPSS.

Selanjutnya untuk mengetahui signifikansi analisis jalur, bandingkan antara nilai probabilitas 0,05 dengan nilai probabilitas Sig dengan dasar pengambilan keputusan sebagai berikut:

- 1) Jika $0,05 \leq \text{Sig}$, maka artinya tidak signifikan.
- 2) Jika $0,05 \geq \text{Sig}$, maka artinya signifikan.

BAB 6 HASIL PENELITIAN

6.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian

Sebelum dilakukan pengumpulan data dengan menggunakan instrumen penelitian yang berupa kuesioner, maka instrumen tersebut diuji terlebih dahulu, dengan uji validitas dan uji reliabilitas.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada ketiga variabel penelitian yaitu Desain Sistem Kerja (X_1), Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2), dan Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba 2008 (Y) dengan menggunakan 30 orang responden yang diambil secara acak di RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

Tujuan uji validitas butir instrumen penelitian yaitu untuk melihat gambaran tentang kesahihan butir instrumen penelitian. Hasil uji coba kuesioner penelitian diolah dengan menggunakan bantuan program SPSS dengan ketentuan : Jika nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka butir tersebut dikatakan valid, namun jika nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$ butir pertanyaan tersebut dinyatakan tidak valid atau gugur pada taraf signifikansi alpha (α) = 0,05.

Nilai r tabel dilihat dengan tabel r dengan menggunakan $df = n - 2$, dengan jumlah responden 30 orang, maka $30 - 2 = 28$, pada tingkat kemaknaan 5%, didapat angka r tabel = 0,361. Nilai r hasil perhitungan dilihat pada kolom "*Corrected item-Total Correlation*".

Tujuan uji reliabilitas untuk menunjukkan bahwa instrumen yang dipakai dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat penjarang data-data. Pengujian reliabilitas

dilakukan terhadap butir-butir instrumen yang dinyatakan valid. Uji reliabilitas ini menggunakan rumus *Alpha Cronbach's*. Untuk mengetahui reliabilitas adalah dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Dalam uji reliabilitas sebagai nilai r hasil adalah nilai "Alpha" (*Cronbach's Alpha if Item Deleted*). Ketentuannya jika r Alpha $>$ r table, maka pertanyaan tersebut reliabel.

Tabel 6.1.
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian
Variabel Desain Sistem Kerja

Variabel	Item Pertanyaan	r-Korelasi	Keterangan	Alpha	Keterangan
Desain Sistem Kerja	P1	0.437	Valid	0.894	Reliabel
	P2	0.559	Valid		
	P3	0.604	Valid		
	P4	0.523	Valid		
	P5	0.294	TidakValid		
	P6	0.364	Valid		
	P7	0.623	Valid		
	P8	0.587	Valid		
	P9	0.715	Valid		
	P10	0.600	Valid		
	P11	0.668	Valid		
	P12	0.683	Valid		
	P13	0.383	Valid		
	P14	0.133	TidakValid		
	P15	0.411	Valid		
	P16	0.478	Valid		
	P17	0.575	Valid		
	P18	0.396	Valid		
	P19	0.501	Valid		
	P20	0.041	Tidak Valid		

Dari hasil uji validitas, didapatkan tiga buah pertanyaan yang tidak valid, sehingga pertanyaan tersebut harus di-drop, yaitu pertanyaan no. 5, 14, dan 20. Setelah ketiga pertanyaan yang tidak valid tersebut di-drop, kemudian didapatkan hasil uji reliabilitas yang menunjukkan hasil yang reliable.

Tabel 6.2.
 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian
 Variabel Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja

Variabel	Item Pertanyaan	r-Korelasi	Keterangan	Alpha	Keterangan
Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja	P1	.767	Valid	0.940	Reliabel
	P2	.806	Valid		
	P3	.604	Valid		
	P4	.212	Tidak Valid		
	P5	.650	Valid		
	P6	.609	Valid		
	P7	.786	Valid		
	P8	.834	Valid		
	P9	.745	Valid		
	P10	.824	Valid		
	P11	.751	Valid		
	P12	.654	Valid		
	P13	.496	Valid		
	P14	.695	Valid		
	P15	.575	Valid		
	P16	.587	Valid		
	P17	.700	Valid		
	P18	.472	Valid		
	P19	.453	Valid		
	P20	.378	Valid		

Dari hasil uji validitas, didapatkan satu buah pertanyaan yang tidak valid, sehingga pertanyaan tersebut harus di-drop, yaitu pertanyaan no. 4. Setelah pertanyaan yang tidak valid tersebut di-drop, kemudian didapatkan hasil uji reliabilitas yang menunjukkan hasil yang reliable.

Tabel 6.3.
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian
Variabel Kinerja Operasional

Variabel	Item Pertanyaan	r-Korelasi	Keterangan	Alpha	Keterangan
Kinerja Operasional	P1	.492	Valid	0.919	Reliabel
	P2	.734	Valid		
	P3	.533	Valid		
	P4	.765	Valid		
	P5	.764	Valid		
	P6	.687	Valid		
	P7	.605	Valid		
	P8	.478	Valid		
	P9	.477	Valid		
	P10	.457	Valid		
	P11	.657	Valid		
	P12	.673	Valid		
	P13	.441	Valid		
	P14	.709	Valid		
	P15	.482	Valid		
	P16	.100	Tidak Valid		
	P17	.398	Valid		
	P18	.732	Valid		
	P19	.556	Valid		
	P20	.646	Valid		

Dari hasil uji validitas, didapatkan satu buah pertanyaan yang tidak valid, sehingga pertanyaan tersebut harus di-drop, yaitu pertanyaan no. 16. Setelah pertanyaan yang tidak valid tersebut di-drop, kemudian didapatkan hasil uji reliabilitas yang menunjukkan hasil yang reliable.

Tabel 6.4.
Rekapitulasi Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian

No	Variabel	Σ Item Pertanyaan Sebelumnya	Σ Item Pertanyaan Sesudah di Uji	Item Pertanyaan Yang di Drop	Cronbach's Alpha Item Pertanyaan Yang Valid
1	Desain Sistem Kerja	20	17	5, 14, 20	0.894
2	Pengelolaan dan Peningkatan Sistem Kerja	20	19	4	0.940
3	Kinerja Operasional	20	19	16	0.919

6.2. Gambaran Umum Responden Penelitian

Pemilihan responden dengan menggunakan *stratified random sampling* berdasarkan tingkat pendidikan populasi (S2, S1, Diploma, SMA). Jumlah seluruh kuesioner yang diolah sebanyak 83 buah yang diperoleh melalui hasil pendistribusian kuesioner.

Tabel 6.5.
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin, Usia,
Tingkat Pendidikan dan Masa Kerja (n = 83).

No	Variabel	Jumlah	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	23	27,7
	b. Wanita	60	72,3
2	Tingkat Pendidikan		
	a. S2	4	4,8
	b. S1	21	25,3
	c. Diploma	28	33,7
	d. SMA	30	36,1
3	Usia (Tahun)		
	a. 20 – 29	27	32,5
	b. 30 – 39	37	44,6
	c. 40 – 49	16	19,3
	d. ≥ 50	3	3,6
4	Masa Kerja (Tahun)		
	a. 1 – 5	32	38,6
	b. 6 – 10	31	37,3
	c. 11 – 15	12	14,5
	d. ≥ 16	8	9,6

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa paling banyak responden berjenis kelamin wanita yaitu sebanyak 60 orang atau 72,3%. Tingkat pendidikan responden yang paling banyak adalah SMA yaitu sebesar 30 orang atau 36,1%. Sebagian besar responden berusia 30-39 tahun yaitu berjumlah 37 orang atau 44,6%. Responden paling banyak memiliki masa kerja 1-5 tahun yaitu sebanyak 32 orang atau 38,6%.

6.3. Deskripsi Data

Hasil deskriptif data responden untuk variabel desain sistem kerja (X_1), pengelolaan dan peningkatan proses kerja (X_2), dan kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.6.
Deskriptif Data Variabel Desain Sistem Kerja (X_1),
Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2), dan Kinerja Operasional (Y)

Descriptive Statistics											
Variabel	N	Range	Min	Max	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
								Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Desain sistem kerja	83	41	44	85	68.19	7.817	61.109	-.525	.264	.728	.523
Pengelolaan dan peningkatan proses kerja	83	40	55	95	75.14	8.249	68.052	-.020	.264	.664	.523
Kinerja operasional	83	42	52	94	71.65	9.429	88.913	.095	.264	-.432	.523

Tabel di atas berguna untuk mendeteksi secara kasar adanya *outliers* pada penelitian dengan melihat nilai minimum dan maximum, pada nilai maximum tidak terdapat angka 15 atau 50, hal ini dapat dikatakan pengisian data sudah benar. (Imam Ghozali, 2005).

1. Deskripsi Data Variabel Desain Sistem Kerja

Hasil analisis deskriptif data responden untuk variabel desain sistem kerja dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.7.
Deskripsi Data Variabel Desain Sistem Kerja

No. Pertanyaan	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
1	83	4.41	.542	3	5
2	83	4.30	.487	3	5
3	83	4.05	.623	2	5
4	83	4.24	.617	3	5
5	83	3.93	.640	2	5
6	83	3.99	.574	3	5
7	83	4.00	.625	2	5
8	83	4.00	.681	2	5
9	83	3.86	.751	2	5
10	83	3.81	.614	2	5
11	83	3.99	.707	2	5
12	83	4.06	.687	2	5
13	83	3.94	.669	2	5
14	83	4.04	.652	2	5
15	83	4.20	.639	2	5
16	83	4.12	.632	3	5
17	83	4.29	.615	2	5

Dari Tabel 6.7. di atas, diperlihatkan bahwa pertanyaan no. 9, 11, dan 12 mempunyai nilai standar deviasi terbesar, di mana pertanyaan no. 9 adalah "Masalah teknologi termasuk dalam Standar Operasional Prosedur", no. 11 adalah "Masalah dokumentasi termasuk dalam Standar Operasional Prosedur", dan no. 12 adalah "Proses keuangan termasuk dalam Standar Operasional Prosedur". Semakin besar nilai standar deviasi maka semakin besar variasinya.

Ketiga pertanyaan tersebut merupakan bagian dari indikator untuk proses-proses pendukung utama, yang menerangkan mengenai adanya proses pelayanan non kesehatan yang diperlukan bagi kesuksesan dan pertumbuhan organisasi .

Dengan besarnya variasi tersebut, memperlihatkan bahwa karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba masih kurang memahami masalah yang berhubungan dengan proses-proses yang merupakan pendukung utama operasional rumah sakit, khususnya masalah teknologi, dokumentasi, dan masalah keuangan.

2. Deskripsi Data Variabel Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja

Dari hasil analisis deskriptif untuk variabel Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja didapat hasil seperti pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.8.
Deskripsi Data Variabel Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja

No. Pertanyaan	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
1	83	3.98	.563	2	5
2	83	4.10	.555	2	5
3	83	3.93	.659	2	5
4	83	3.99	.634	2	5
5	83	4.02	.563	2	5
6	83	3.99	.634	2	5
7	83	3.86	.813	2	5
8	83	3.82	.735	2	5
9	83	3.76	.919	2	5
10	83	3.86	.783	2	5
11	83	3.81	.756	2	5
12	83	3.94	.755	2	5
13	83	4.08	.589	2	5
14	83	4.11	.563	2	5
15	83	4.07	.536	3	5
16	83	4.08	.499	2	5
17	83	3.92	.684	2	5
18	83	4.05	.603	3	5
19	83	4.16	.481	3	5

Dari Tabel 6.8. di atas, diperlihatkan bahwa pertanyaan no. 7, 9, dan 10 mempunyai nilai standar deviasi terbesar, di mana pertanyaan no. 7 adalah “Pemeliharaan peralatan kesehatan dilakukan sesuai dengan prosedur yang ada”, no. 9 adalah “Dilakukan kontrol secara rutin terhadap seluruh proses pelayanan”, dan no. 10 adalah “Dilakukan dokumentasi pada seluruh proses penyerahan pelayanan”.

Ketiga pertanyaan tersebut merupakan bagian dari indikator untuk pengelolaan proses pelayanan, yang menerangkan mengenai implementasi proses kerja yang memenuhi syarat-syarat desain proses dengan memperhatikan masukan dan kontrol untuk mengelola proses-proses tersebut secara tepat.

Hal ini memperlihatkan bahwa karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba masih kurang memahami masalah yang berhubungan dengan pengelolaan proses pelayanan rumah sakit, khususnya masalah pemeliharaan peralatan kesehatan, kontrol secara rutin terhadap seluruh proses pelayanan, dan masalah dokumentasi.

3. Deskripsi Data Variabel Kinerja Operasional

Dari hasil analisis deskriptif untuk variabel Kinerja Operasional didapat hasil seperti pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.9.
Deskripsi Data Variabel Kinerja Operasional

No. Pertanyaan	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
1	83	3.58	.939	2	5
2	83	3.73	.700	2	5
3	83	3.77	.754	2	5
4	83	3.82	.665	2	5
5	83	3.75	.660	2	5
6	83	3.84	.653	2	5
7	83	3.61	.935	2	5
8	83	3.81	.689	2	5
9	83	3.66	.816	2	5
10	83	4.08	.499	3	5
11	83	3.82	.814	2	5
12	83	3.88	.572	2	5
13	83	3.92	.609	2	5
14	83	3.76	.655	2	5
15	83	3.78	.733	2	5
16	83	3.27	.925	2	5
17	83	3.73	.798	2	5
18	83	3.82	.899	2	5
19	83	4.01	.707	2	5

Dari Tabel 6.9. di atas, diperlihatkan bahwa pertanyaan no. 1, 7, dan 16 mempunyai nilai standar deviasi terbesar, di mana pertanyaan no. 1 adalah "Standar Operasional Prosedur mudah untuk dilaksanakan", no. 7 adalah "Jumlah karyawan yang ada cukup untuk memberikan pelayanan yang optimal", dan no. 16 adalah "Pasien tidak mengeluh akan buruknya proses pelayanan di RS".

Ketiga pertanyaan tersebut merupakan bagian dari indikator untuk proses operasional dan fokus pelanggan yang menerangkan aktivitas yang dilakukan untuk memproduksi dan menyerahkan jasa pelayanan, serta penilaian terhadap kepuasan, loyalitas, dan retensi pasien, serta upaya untuk mempertahankan loyalitas pasien.

Hal ini memperlihatkan bahwa karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba masih kurang memahami masalah yang berhubungan dengan proses operasional dan fokus pelanggan, khususnya pada masalah apakah Standar Operasional Prosedur yang ada mudah untuk dilaksanakan, apakah jumlah karyawan yang ada cukup untuk memberikan pelayanan yang optimal, serta apakah pasien tidak mengeluh akan buruknya proses pelayanan di rumah sakit.

6.4. Persyaratan Analisis.

Sebelum data dilakukan uji *path analisis* maka dilakukan beberapa uji terlebih dahulu diantaranya uji *normalitas*, *homogenitas*, uji *eksistensi*, uji *independensi* dan uji asumsi *linearitas*.

6.4.1. Uji Normalitas

Tabel 6.10.

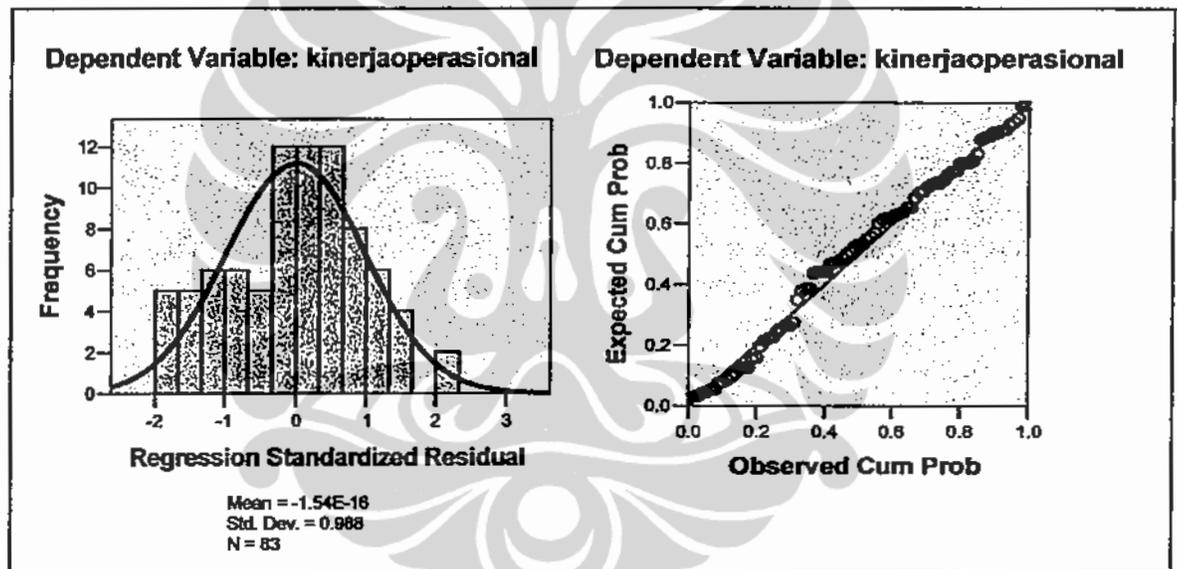
Test Of Univariate Normality Variabel Desain Sistem Kerja, Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja, dan Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba Tahun 2008

No	Variabel	<i>Skewness</i>	<i>Standar Error (SE)</i>	$\frac{\text{Skewness}}{\text{SE}}$
1	Desain Sistem Kerja	.007	.264	0.027
2	Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja	.142	.264	.538
3	Kinerja Operasional	.095	.264	0,36

Berdasarkan tabel di atas, dapat dikatakan data memenuhi asumsi normalitas. Hal ini dapat dilihat dengan nilai yang signifikan pada bagian (*Skewness / Standar Error*), suatu data dapat dikatakan normal apabila nilai *Skewness : Standar Error*nya lebih kecil atau sama dengan 2 (Hastono, 2007).

Selain itu, uji normalitas dapat juga dilihat dari Grafik Histogram dan Normal P-P plot Desain Sistem Kerja serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba, seperti diperlihatkan pada gambar di bawah ini:

Gambar 6.1.
Grafik Histogram dan Normal P-P plot Desain Sistem Kerja serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.



Dari gambar 6.1 di atas terlihat bahwa variabel Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba memenuhi asumsi normalitas karena gambar seperti lonceng dan titik-titik pada P-P plot berada pada garis diagonal.

6.4.2. Uji Homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui bahwa data dari setiap skor berasal dari populasi yang mempunyai varians yang sama. Pengujian *homogenitas* dilakukan dengan uji *Bartlett*.

Hipotesis yang digunakan dalam pengujian *homogenitas* ini adalah sebagai berikut:

Ho : pasangan variabel memiliki variansi yang homogen

Ha : pasangan variabel memiliki variansi yang tidak homogen

Kriteria yang digunakan dalam pengujian ini adalah sebagai berikut :

Ho diterima jika $X^2_{hitung} \leq X^2_{tabel}$

Hasil uji *homogenitas* varians adalah sebagai berikut :

a. Uji homogenitas Varians Kinerja Operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) atas Desain Sistem Kerja (X_1)

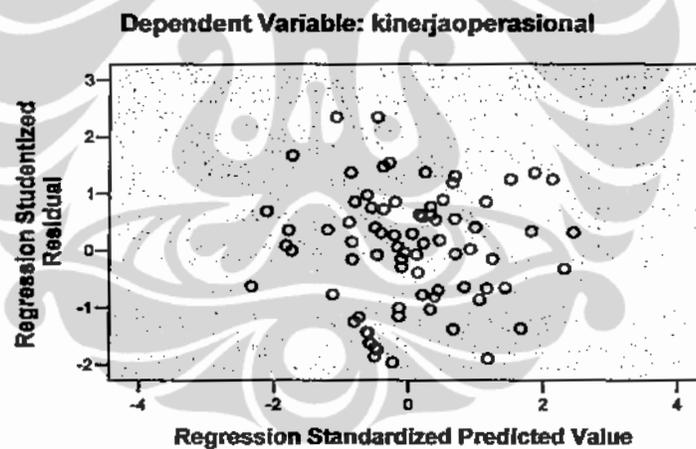
Dari hasil perhitungan uji homogenitas varians variabel kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) atas desain sistem kerja (X_1) diperoleh $X^2_{hitung} = 48.03$, pada tabel dengan dk = 59 pada α 0,05 diperoleh $X^2_{tabel} = 79.08$. Karena $X^2_{hitung} < X^2_{tabel}$, maka Ho diterima yang berarti varians kelompok kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) atas desain sistem kerja (X_1) adalah homogen.

b. Uji homogenitas Varians Kinerja Operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) atas Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2)

Dari hasil perhitungan uji homogenitas varians variabel kinerja kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) atas pengelolaan dan peningkatan proses kerja (X_2) diperoleh $X^2_{hitung} = 26.07$, pada tabel dengan $dk = 45$ pada $\alpha 0,05$ diperoleh $X^2_{tabel} = 61.65$. Karena $X^2_{hitung} < X^2_{tabel}$, maka H_0 diterima yang berarti varians kelompok kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) atas pengelolaan dan peningkatan proses kerja (X_2) adalah homogen.

Gambar 6.2.

Scatterplot Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.



Dari gambar 6.4 terlihat tebaran titik mempunyai pola yang sama antara titik-titik di atas dan di bawah garis diagonal 0. Dengan demikian asumsi homogenitas antara variabel desain sistem kerja dan pengelolaan dan peningkatan proses kerja terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba terpenuhi.

Tabel 6.11.
Rangkuman Hasil Uji Homogenitas

No	Variabel	dk	X^2_{hitung}	X^2_{tabel}	Keterangan
1	Y terhadap X_1	59	48.03	79.08	Homogen
2	Y terhadap X_2	45	26.07	61.65	Homogen

6.4.3. Uji Eksistensi

Uji *eksistensi* ini berkaitan dengan teknik pengambilan sampel secara *random*. Untuk mengetahui asumsi *eksistensi* dengan cara melakukan analisis *deskriptif residual* dari model, bila *residual* menunjukkan adanya *mean* mendekati nilai nol dan ada sebaran (varian atau standar deviasi) maka asumsi *eksistensi* terpenuhi.

Tabel 6.12.
Residuals Statistik Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	56.06	87.95	71.65	6.672	83
Std. Predicted Value	-2.336	2.442	.000	1.000	83
Standard Error of Predicted Value	.742	2.708	1.210	.428	83
Adjusted Predicted Value	56.41	87.74	71.63	6.690	83
Residual	-13.127	15.586	.000	6.663	83
Std. Residual	-1.946	2.311	.000	.988	83
Stud. Residual	-1.964	2.342	.002	1.005	83
Deleted Residual	-13.371	16.178	.022	6.899	83
Stud. Deleted Residual	-2.001	2.412	.001	1.015	83
Mahal. Distance	.004	12.228	1.976	2.327	83
Cook's Distance	.000	.090	.012	.018	83
Centered Leverage Value	.000	.149	.024	.028	83

Dari tabel di atas menunjukkan angka residual dengan mean 0,000 dan standar deviasi 6.663 dengan demikian asumsi *eksistensi* terpenuhi.

6.4.4. Uji *Independensi*

Uji ini untuk mengetahui bahwa nilai variabel *dependent* berdiri sendiri. Untuk mengetahui asumsi ini dilakukan dengan cara melihat nilai Uji Durbin-Watson, bila nilai Durbin -2 sampai dengan $+2$ berarti asumsi terpenuhi sebaliknya bila nilai Durbin <-2 atau $> +2$ berarti asumsi tidak terpenuhi.

Tabel 6.13.
Hasil Uji Durbin-Watson Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

Model	Nilai R	Nilai R Square	Nilai Durbin-Watson
Pengaruh X_1 dan X_2 terhadap Y	0.708*	0.501	1.427

Dari tabel di atas nilai Durbin-Watson 1,427 dengan demikian asumsi independensi terpenuhi.

6.4.5. Uji Asumsi Linearitas

Untuk melihat pengaruh Manajemen Proses (Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja) secara gabungan terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba dapat dilihat dari hasil perhitungan dalam model summary, khususnya angka R square dibawah ini :

Tabel 6.14.
 Hasil Uji Asumsi Linearitas Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan
 Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional
 RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

Model	Summary of Squares	Nilai df	Nilai Mean Square	Nilai F	Nilai Sig.
Regression	3650.555	2	1825.278	40.113	0.000 ^a
Residual	3640.312	80	45.504		
Total	7290.867	82			

Besarnya angka R square (r^2) adalah 0,501 (Tabel 6.13.). Nilai ini dapat digunakan untuk melihat besarnya pengaruh Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 dengan cara menghitung Koefisien Determinan (KD) dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$KD = r^2 \times 100\%$$

$$KD = 0,501 \times 100\%$$

$$KD = 50,1\%$$

Angka 50,1% memiliki makna bahwa pengaruh Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 sebesar 50,1%, sedangkan sisanya sebesar 49,9% (100-50,1%) dipengaruhi oleh faktor lain.

Untuk mengetahui apakah model regresi di atas sudah benar atau salah diperlukan uji hipotesis. Uji hipotesis menggunakan nilai signifikansi sebagaimana tertera dalam tabel 6.14. di atas.

Hipotesisnya berbunyi sebagai berikut :

Ho : Tidak ada hubungan linier antara Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008

Ha : Ada hubungan linier antara Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008

Dari hasil penghitungan dengan taraf signifikansi 0,05 (5%). F penelitian dari SPSS didapatkan sebesar 40,113 dan Sig 0,000^a kriterianya sebagai berikut :

Jika signifikansi penelitian < 0,05 maka Ho ditolak dan Ha gagal ditolak

Jika signifikansi penelitian > 0,05 maka Ho gagal ditolak dan Ha ditolak

Berdasarkan tabel di atas didapat nilai signifikansi sebesar 0,000^a < 0,05 maka Ho ditolak dan Ha gagal ditolak. Jadi ada hubungan linier antara Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.

6.5. Pengujian Model

Sebelum dilakukan analisis statistik untuk menguji model kausalitas dengan menggunakan metode analisis jalur, semua data hasil penelitian telah diuji dan memenuhi seluruh persyaratan yang diperlukan.

Salah satu persyaratan yang sangat penting dan harus dipenuhi adalah adanya korelasi yang signifikan antara variabel yang terkait dan berhubungan satu dengan yang

lainnya. Koefisien korelasi menyatakan besarnya derajat atau kadar hubungan antar variabel.

Data yang diperoleh dari lapangan diolah dan telah melalui berbagai uji yang dipersyaratkan, maka tahap selanjutnya adalah pengujian analisis jalur (*path analysis*). Berdasarkan model kausal yang dibentuk secara teoritis akan diperoleh analisis jalur dan dihitung nilai koefisien untuk setiap jalurnya.

Korelasi *Pearson Product Moment* (PPM) dilambangkan (r) dengan ketentuan nilai r tidak lebih dari harga ($-1 \leq r \leq +1$). Apabila nilai $r = -1$ artinya korelasinya negatif sempurna; $r = 0$ artinya tidak ada korelasi; dan $r = 1$ berarti korelasinya sangat kuat. Sedangkan arti harga r akan dikonsultasikan dengan tabel interpretasi nilai r sebagai berikut:

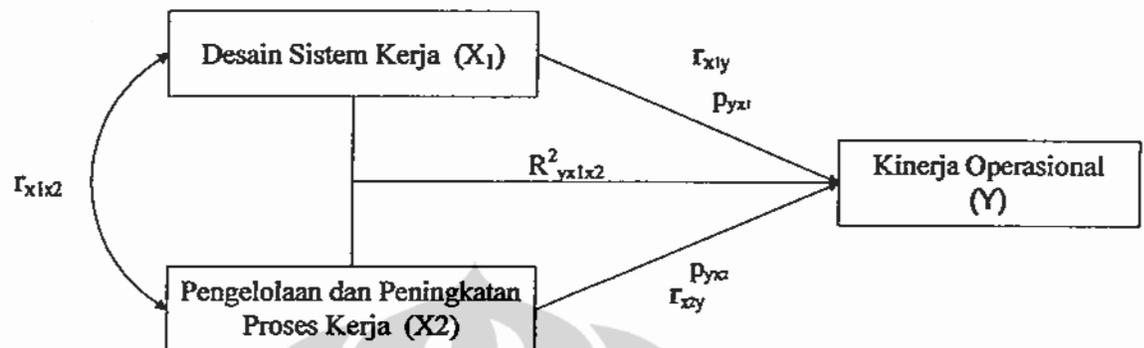
Tabel 6.15.
Tabel Interpretasi Nilai r

No	Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
1	0,80 – 1,000	Sangat Kuat
2	0,60 – 0,799	Kuat
3	0,40 – 0,599	Cukup Kuat
4	0,20 – 0,399	Rendah
5	0,00 – 0,199	Sangat Rendah

Sumber: Riduwan (2005:136)

Untuk pengaruh kausal dari variabel-variabel yang diteliti, maka model teoritis yang dicoba dianalisis berdasarkan pemahaman konsep teoritis adalah sebagai berikut :

Gambar 6.3.
Model Hubungan Struktural Antar Variabel



Dari gambar 6.3 model hubungan struktural antar variabel di atas diperoleh 2 (dua) buah koefisien jalur, yaitu p_{YX_1} , p_{YX_2} dan dengan 3 (tiga) buah koefisien korelasi yaitu $r_{X_1X_2}$, r_{X_1Y} , r_{X_2Y} .

Tabel 6.16.
Hasil Koefisien Korelasi Desain Sistem Kerja, Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba

		Desain Sistem Kerja	Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja	Kinerja Operasional
Desain Sistem Kerja	Pearson Correlation	1	0.538	0.538
	Sig.(2-tailed)		0.000	0.000
	N	83	83	83
Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja	Pearson Correlation	0.587	1	0.688
	Sig.(2-tailed)	0.000		0.000
	N	83	83	83
Kinerja Operasional	Pearson Correlation	0.538	0.688	1
	Sig.(2-tailed)	0.000	0.000	
	N	83	83	83

Berdasarkan tabel 6.16 di atas akan diketahui nilai koefisien korelasi setiap jalur dan diuji signifikansi dari setiap jalur dengan menggunakan nilai *pearson correlation*

dan signifikansi. Bila koefisien jalur menunjukkan hasil yang tidak signifikan maka jalur tersebut akan dihilangkan/dihapus dari model hubungan struktural antar variabel.

6.5.1. Analisis Koefisien Korelasi Model Struktural.

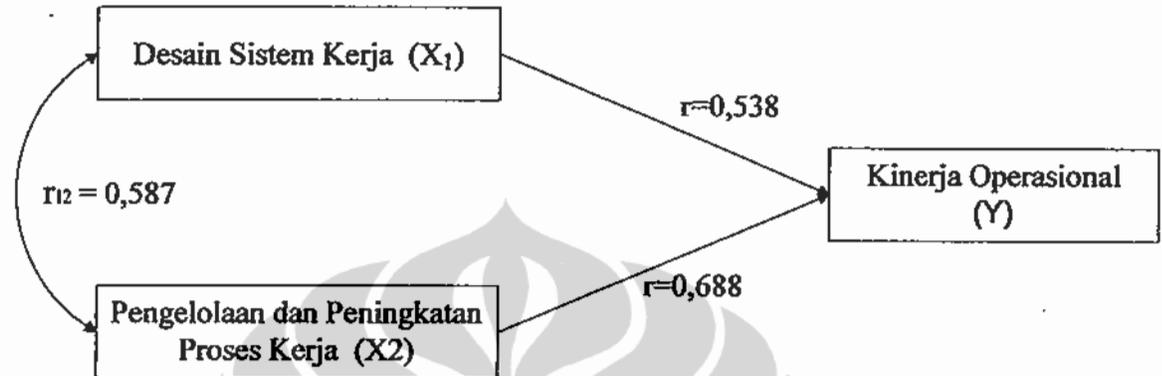
Pengujian koefisien korelasi antar variabel dengan membandingkan nilai signifikansi penelitian dengan α 0,05 dengan interpretasi, jika nilai signifikansi $< 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a gagal ditolak dan sebaliknya jika nilai signifikansi $> 0,05$ maka H_0 gagal ditolak dan H_a ditolak serta membandingkan nilai *person correlation* dengan tabel interpretasi nilai r di atas.

Tabel 6.17.
Hasil Analisis Korelasi

No	Hubungan antar Variabel	Korelasi	Kode	Sig (2-tailed)	Pearson Correlation	Keterangan
1	Desain Sistem Kerja dengan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja	$r_{X_1X_2}$	r_1	0,000	0,587	Signifikan/Cukup Kuat
2	Desain Sistem Kerja dengan Kinerja Operasional	r_{X_1Y}	r_2	0,000	0,538	Signifikan/Cukup Kuat
3	Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja dengan Kinerja Operasional	r_{X_2Y}	r_3	0,000	0,688	Signifikan/Kuat

Hasil uji di atas menunjukkan semua variabel berhubungan secara signifikan. Oleh karena itu model hubungan struktur antar variabel tetap seperti semula, dengan hasil yang didapat seperti digambarkan pada gambar di bawah ini:

Gambar 6.4.
Hubungan Koefisien Korelasi Jalur Struktural Antar Variabel



6.5.2. Analisis Jalur (*Path Analysis*)

a. Pengujian Hipotesis Secara Keseluruhan.

Hasil penghitungan koefisien korelasi dan regresi sebagai berikut:

Untuk mendeteksi variabel yang kemungkinan berkolinearitas antar variabel independen dapat dilihat dari nilai r Pearson Correlation dengan kriteria jika $r > 0,80$ maka diduga ada kolinearitas antar variabel independen, sehingga salah satu dari pasangan tersebut harus dibuang.

Melihat Nilai koefisien korelasi pada tiap variable, seperti diperlihatkan pada Tabel 6.16., maka menunjukkan tidak ada kolinearitas karena semua $r < 0,80$.

Uji secara keseluruhan ditunjukkan oleh tabel 6.14.

Hipotesis:

Ho: Desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja tidak berpengaruh langsung terhadap kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba.

Ha: Desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja berpengaruh langsung terhadap kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba.

Dari tabel Anova diperoleh nilai F sebesar 40.113 dengan nilai probabilitas (sig) = 0,000. Karena nilai sig < 0,05, maka keputusannya adalah Ho ditolak dan Ha gagal ditolak. Oleh sebab itu, pengujian secara individual dapat dilakukan.

b. Pengujian Hipotesis Secara Individu.

Tabel 6.18.

Coefficients Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

Model	Unstandardized Coefficient		Standardized Coefficient	Nilai t	Nilai Sig.	Collinearity statistic	
	Nilai B	Std. Error	Nilai Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	1.005	8.254		0.122	0.903		
X ₁	0.280	0.134	0.204	2.090	0.040	0.655	1.526
X ₂	0.679	0.117	0.568	5.823	0.000	0.655	1.526

1. Desain Sistem Kerja (X₁) berpengaruh langsung terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y).

$$H_o : \rho_{YX_1} = 0$$

$$H_a : \rho_{YX_1} \neq 0$$

Dari hasil pengolahan data, diperoleh variabel desain sistem kerja nilai sig. sebesar 0.040. Ternyata nilai tersebut lebih kecil dari 0.05, maka Ho ditolak dan

Ha gagal ditolak, artinya signifikan. Terbukti bahwa desain sistem kerja berpengaruh langsung secara signifikan terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

2. Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2) berpengaruh langsung terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y).

$$H_0 : \rho_{YX_2} = 0$$

$$H_a : \rho_{YX_2} \neq 0$$

Dari hasil pengolahan data, diperoleh variabel pengelolaan dan peningkatan proses kerja nilai sig. sebesar 0.000. Ternyata nilai tersebut lebih kecil dari 0.05, maka H_0 ditolak dan H_a gagal ditolak, artinya signifikan. Terbukti bahwa pengelolaan dan peningkatan proses kerja berpengaruh langsung secara signifikan terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

3. Desain Sistem Kerja (X_1) serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2) berpengaruh langsung secara bersama terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y).

Tabel 6.19.

Model Summary Desain Sistem Kerja dan Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

Nilai R	R Square	Adjusted R Square	Std.Error of the Estimate	Change Statistic				
				R Square Change	F Change	df1	df2	Sig.F Change
0.708*	0.501	0.488	6.746	0.501	40.113	2	80	0.000

Ho : $pY_{X_1X_2} = 0$

Ha : $pY_{X_1X_2} \neq 0$

Berdasarkan tabel Model Summary diperoleh nilai Sig F *Change* sebesar 0,000, berarti $< 0,05$. Maka keputusannya adalah Ho ditolak dan Ha gagal ditolak, artinya signifikan. Terbukti bahwa desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja berpengaruh langsung bersama secara signifikan terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

Besarnya pengaruh langsung desain sistem kerja (X_1) serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja (X_2) secara sendiri-sendiri ataupun bersamaan terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) diringkas dalam tabel berikut:

Tabel 6.20.

Koefisien Jalur Pengaruh Langsung, Tidak Langsung, Kontribusi, dan Kontribusi Total Desain Sistem Kerja (X_1) serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2) Terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y).

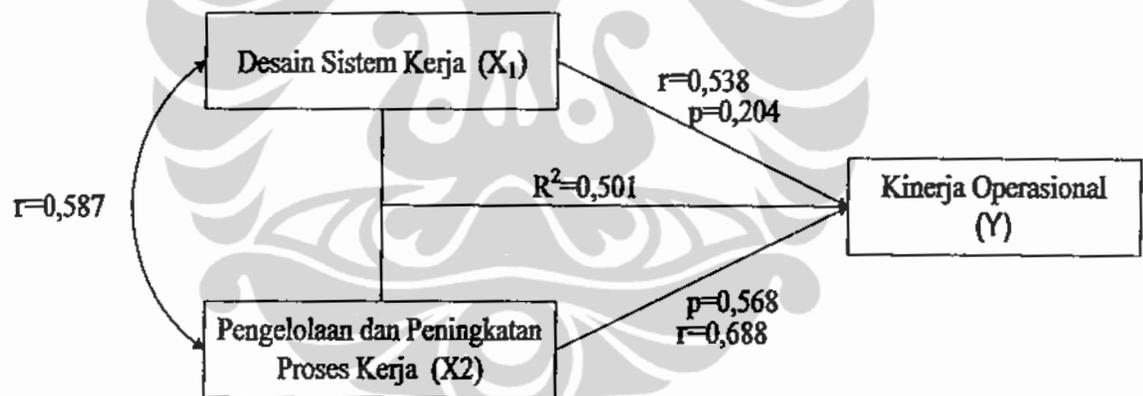
Variabel	Koefisien Jalur	Pengaruh			Pengaruh bersama (R^2_{YX})
		Langsung	Tidak Langsung	Total	
X_1	0,204	0,204	-	0,204	-
X_2	0,568	0,568	-	0,568	-
X_1 dan X_2	-	-	-	-	0,501

Berdasarkan hasil perhitungan analisis jalur struktur tersebut, maka memberikan informasi secara obyektif sebagai berikut:

1. Besarnya pengaruh langsung desain sistem kerja (X_1) terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) adalah $0,204^2 = 0,0416$ atau 4,16 %.

2. Besarnya pengaruh langsung pengelolaan dan peningkatan proses kerja (X_2) terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) adalah $0,568^2 = 0,3226$ atau 32,26 %.
3. Besarnya pengaruh langsung bersama desain sistem kerja (X_1) serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja (X_2) terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y) adalah (R_{square}) $0,501 = 50,1$ %. Sisanya sebesar 49,9 % dipengaruhi faktor-faktor lain yang tidak dapat dijelaskan dalam penelitian.

Gambar 6.5.
Struktur Hubungan Kausal Desain Sistem Kerja (X_1), serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2) terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba



6.5.2. Pengujian Hipotesis

Setelah analisis model struktur antar variabel dilakukan, hasil yang didapat digunakan untuk menguji hipotesis yang diajukan dan diukur besarnya persentase pengaruh langsung antar variabel. Kesimpulan uji hipotesis diambil dari nilai koefisien jalur dan nilai signifikan untuk setiap jalur yang diteliti.

Tabel 6.21.
Rekapitulasi Hasil Pengujian Hipotesis

No	Hipotesis	Uji Statistik	Keputusan	Kesimpulan
1	Desain Sistem Kerja (X_1) berpengaruh langsung terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y).	$H_0 : pYX_1 = 0$ $H_a : pYX_1 \neq 0$	Ho ditolak	Berpengaruh langsung
2	Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja (X_2) berpengaruh langsung terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba (Y).	$H_0 : pYX_2 = 0$ $H_a : pYX_2 \neq 0$	Ho ditolak	Berpengaruh langsung

Dari 2 buah hipotesis yang diuji didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Desain Sistem Kerja berpengaruh langsung secara signifikan terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.
2. Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja berpengaruh langsung secara signifikan terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.

Tabel 6.22.
Persentase Total Pengaruh Langsung Dan Tidak Langsung Desain Sistem Kerja, serta Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba

Variabel	Langsung	Tidak Langsung	Total	%
$X_1 - Y$	0,204	-	0,204	4,16
$X_2 - Y$	0,568		0,568	32,26
Total pengaruh kedua variabel				50,1
Besarnya pengaruh variabel lain				49,9

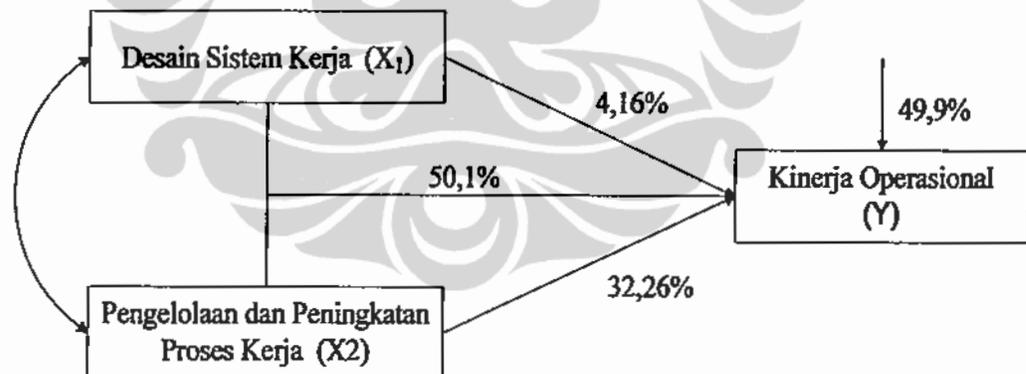
Dari tabel di atas ini didapatkan :

1. Desain Sistem Kerja berpengaruh secara langsung terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba sebesar 4,16%.
2. Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja berpengaruh langsung terhadap Kinerja Operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba sebesar 32,26%.

3. Total pengaruh desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba adalah 50,1 %. Sisanya sebesar 49,9 % dipengaruhi faktor-faktor lain yang tidak dapat dijelaskan dalam penelitian.

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, maka didapatkan besarnya pengaruh langsung yang signifikan dari desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja baik sendiri-sendiri maupun secara bersama terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008, seperti diperlihatkan pada gambar berikut:

Gambar 6.6.
Persentase Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Operasional
RS MH. Thamrin Internasional Salemba



BAB 7 PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan, antara lain menyangkut pemahaman masalah teknis, konsep maupun metodologi.

Beragamnya tingkat pendidikan, masa kerja serta latar belakang responden tentunya akan sangat mempengaruhi pemahaman dan tanggapan terhadap pernyataan-pernyataan yang ada dalam kuesioner. Namun hal ini tentu tidak mempengaruhi kualitas data yang dikumpulkan, karena perolehan data dilakukan terhadap sampel yang diambil secara acak sesuai dengan kriteria penghitungan sampel.

Pendekatan penelitian ini memakai metode kuantitatif dengan menggunakan kuesioner sebagai instrumen, sehingga tidak didapat informasi secara mendalam dari variabel-variabel yang diteliti.

Walaupun instrumen telah divalidasi dan diujicobakan, namun masih memungkinkan terdapatnya pernyataan yang kurang mengungkapkan indikator dalam penelitian ini, karena keterbatasan peneliti dalam pembuatan instrumen penelitian.

7.2. Desain sistem kerja berpengaruh langsung terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.

Hasil temuan penelitian menunjukkan bahwa desain sistem kerja yang diukur oleh kinerja operasional memiliki pengaruh langsung terhadap tinggi rendahnya

kinerja operasional. Artinya tinggi rendahnya kinerja operasional dijelaskan oleh desain sistem kerja.

Oleh karena itu untuk mengoptimalkan kinerja operasional harus diupayakan meningkatkan kualitas desain sistem kerja, yang diharapkan dapat menimbulkan kenyamanan dan keamanan bagi seluruh karyawan dalam melakukan tugasnya, sehingga memberikan peluang bagi karyawan untuk dapat melaksanakan operasional rumah sakit dengan lebih baik.

Hasil analisis deskriptif data responden untuk variabel desain sistem kerja menunjukkan bahwa karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba masih kurang memahami masalah yang berhubungan dengan proses-proses yang merupakan pendukung utama operasional rumah sakit, khususnya masalah teknologi, dokumentasi, dan masalah keuangan. Hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya informasi dari pihak manajemen, kurangnya pengetahuan lintas unit yang dapat diakibatkan oleh kurangnya kerjasama antar unit.

Pengaruh langsung desain sistem kerja terhadap kinerja operasional hanyalah sebesar 4,16%, nilai ini tentu saja dirasa kecil, dan kurang bermakna. Namun berdasarkan hasil penelitian ini, nilai tersebut merupakan nilai yang signifikan dan berdasarkan statistik dikatakan bermakna.

Untuk mencapai kesuksesan dan keberlangsungan organisasi, maka diperlukan suatu desain sistem kerja yang bertujuan untuk menciptakan nilai bagi pasien dan pelanggan lain. Dengan kata lain, suksesnya operasional rumah sakit akan sangat dipengaruhi oleh adanya sistem kerja yang baik, yang mencakup seluruh proses di rumah sakit, sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit.

Keputusan mengenai sistem kerja merupakan hal yang strategik, keputusan ini melibatkan perlindungan dan perwujudan dari kompetensi inti, dan menentukan hal apa yang harus diperoleh atau diproduksi diluar organisasi dalam rangka efisiensi dan kelangsungan organisasi (www.baldrige.nist.gov)

Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCPE) memberikan persyaratan kepada manajemen organisasi untuk mendesain sistem kerja melalui:

1. Menetapkan kompetensi inti yang berkaitan dengan unit unggulan, dan mengaitkannya dengan Visi, Misi, Nilai-nilai, lingkungan kompetitif, dan rencana-rencana tindakan (*action plans*).
2. Mendesain proses kerja yang memberikan kontribusi dalam penyerahan nilai kepada pelanggan, menciptakan profitabilitas, kesuksesan dan keberlangsungan organisasi
3. Menjamin bahwa sistem dan tempat kerja dipersiapkan dengan baik untuk mampu menghadapi keadaan-keadaan darurat atau bencana melalui menetapkan sistem-sistem pencegahan, manajemen pemeliharaan, keberlangsungan operasional, dan pemulihan apabila terjadi keadaan darurat.

Bencana dan darurat bisa berkaitan dengan cuaca, utilitas, keamanan, atau menyangkut keadaan darurat lokal atau nasional, termasuk potensi pandemik seperti flu burung. Pertimbangan keadaan darurat juga berkaitan dengan teknologi informasi, dimana dalam keadaan darurat harus dapat diantisipasi akan kontinuitas perolehan data dan informasi.

Setiap organisasi dapat mengidentifikasi proses kunci yang mempengaruhi keberhasilannya. Kita dapat menggunakan enam pertanyaan berikut untuk membantu dalam mengidentifikasi proses kunci yang memiliki dampak terbesar pada pelanggan, yaitu:

1. Produk apa yang terpenting bagi pelanggan?
2. Proses apa yang menghasilkan produk ini?
3. Komponen atau faktor kunci apa yang merangsang tindakan dalam organisasi, dan proses apa yang mengkonversi atau mengubah rangsangan ini menjadi output?
4. Proses mana yang memiliki *visibility* tertinggi dengan pelanggan?
5. Proses mana yang memiliki dampak terbesar terhadap standar performansi yang dikendalikan oleh pelanggan (*customer-driven performance standards*)?
6. Berdasarkan data performansi, proses mana yang memiliki potensi terbesar untuk perbaikan?

Desain yang efektif juga harus mempertimbangkan siklus waktu dan produktivitas dari proses penyerahan pelayanan kesehatan. Hal ini mencakup pemetaan yang rinci mengenai proses penyerahan pelayanan kesehatan dan desain ulang terhadap proses-proses untuk mencapai efisiensi, seperti untuk memenuhi perubahan syarat-syarat dari pasien dan pelanggan lain. Perubahan syarat dari pasien antara lain adanya keluhan, harapan, dan kebutuhan pasien.

Desain sistem kerja juga berhubungan dengan teknologi baru. Hal ini antara lain harus mencakup teknologi internet agar dapat berbagi informasi dengan pemasok, mitra kerja dan hubungan kerja, seperti juga komunikasi dengan pasien dan pelanggan lain, termasuk memberikan kepada mereka akses yang terus-menerus dan

otomatis mengenai pertukaran informasi. Upaya keberlangsungan operasional juga harus dikoordinasikan dengan upaya untuk menjamin ketersediaan data dan informasi.

Masalah teknologi, yang seharusnya termasuk dalam komponen yang turut dipertimbangkan dalam membuat desain sistem kerja, ternyata kurang diketahui oleh para karyawan di RS MH. Thamrin Internasional Salemba, dengan adanya jawaban yang sangat bervariasi mengenai masalah teknologi tersebut.

Berhubungan dengan manajemen proses, kinerja operasional merujuk pada kinerja organisasi, produktivitas, kepatuhan pada peraturan, dan kontribusi pada kesehatan masyarakat (www.baldrige.nist.gov). Dengan demikian suatu desain sistem kerja sangat diperlukan untuk meningkatkan kinerja organisasi, meningkatkan produktivitas, meningkatkan kepatuhan pada peraturan, serta memberikan kontribusi pada kesehatan masyarakat, sehingga hasil dari keseluruhan proses tersebut akan dapat meningkatkan kinerja operasional rumah sakit.

Dengan demikian, pihak manajemen rumah sakit sebaiknya menetapkan desain layanan yang bagaimana yang merupakan hal terpenting bagi pasien. Dalam menetapkan hal ini, perlu dilakukan upaya untuk mengetahui harapan pasien akan pelayanan di rumah sakit. Upaya untuk memberikan angket mengenai pendapat pasien terhadap pelayanan di rumah sakit dapat dilakukan, yang mencakup pendapat dalam hal pelayanan medis ataupun non medis, antara lain:

1. Penilaian terhadap perilaku petugas
2. Perasaan pasien terutama pada saat pertama kali datang
3. Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan dan apa yang dapat diharapkan

4. Prosedur perjanjian
5. Waktu tunggu
6. Fasilitas umum yang tersedia
7. Fasilitas yang menyangkut masalah mutu makanan, privacy, dan pengaturan kunjungan
8. Hasil dari terapi dan perawatam yang diterima.

Dari hasil isian angket ini, dapat ditentukan suatu desain proses pelayanan yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien.

Desain proses pelayanan harus jelas, dengan menguraikan seluruh langkah tindakan yang sesederhana mungkin, sehingga mudah untuk dimengerti dan dilaksanakan.

Walaupun desain proses pelayanan sudah dibuat, namun kebutuhan dan harapan pasien akan terus berubah, untuk itu perlu dilakukan desain ulang, yang sesuai dengan perubahan kebutuhan dan harapan pasien tersebut.

Untuk mendesain ulang proses kerja, perlu dilakukan pengawasan dan evaluasi terus-menerus. Kegiatan evaluasi tahunan perlu dilakukan, untuk melihat efektivitas dan efisiensi dari proses kerja.

7.3. Pengelolaan dan peningkatan proses kerja berpengaruh langsung terhadap kinerja operasional RS MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.

Dari temuan penelitian didapatkan bahwa pengelolaan dan peningkatan proses kerja memiliki pengaruh langsung terhadap kinerja operasional. Artinya tinggi

rendahnya kinerja operasional dijelaskan oleh pengelolaan dan peningkatan proses kerja.

Dari hasil analisis deskriptif untuk variabel Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja didapat bahwa pengelolaan proses pelayanan, yang menerangkan mengenai implementasi proses kerja yang memenuhi syarat-syarat desain proses dengan memperhatikan masukan dan kontrol untuk mengelola proses-proses tersebut secara tepat, masih kurang dimengerti oleh karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba. Hal ini menyangkut masalah yang berhubungan dengan pengelolaan proses pelayanan rumah sakit, khususnya masalah pemeliharaan peralatan kesehatan, kontrol secara rutin terhadap seluruh proses pelayanan, dan masalah dokumentasi.

Penelitian ini didukung oleh Wibisono (2006), yang menyatakan bahwa proses kerja diyakini oleh banyak pihak sebagai komponen yang paling krusial dalam strategi organisasi. Hampir semua perusahaan terbaik di dunia menempatkan prioritas tertinggi pada melakukan perbaikan secara terus-menerus dalam proses operasinya. Pengelolaan proses kerja yang baik meliputi proses-proses seperti; mengembangkan dan menjaga hubungan dengan pemasok, pengendalian proses pelayanan, pengelolaan proses penyerahan pelayanan, serta pengendalian proses berkaitan dengan regulasi dan sosial.

Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE) memberikan persyaratan kepada manajemen organisasi untuk mengelola dan meningkatkan proses-proses kerja, melalui:

1. Menerapkan dan mengelola proses kerja
2. Meningkatkan proses kerja, agar memberikan nilai kepada pelanggan dan mencapai kesuksesan serta keberlangsungan organisasi.

Pengelolaan dan Peningkatan Proses Kerja adalah untuk menguji implementasi dan pengelolaan proses kerja yang bertujuan untuk menciptakan nilai bagi pasien dan pelanggan lain, mencapai kesuksesan dan keberlangsungan organisasi.

Pengelolaan proses kerja secara spesifik dibuat untuk mengukur proses pelayanan, dan interaksi pasien dan pelanggan lain serta pemasok. Pengukuran dan interaksi ini memerlukan identifikasi titik-titik kelemahan pada proses.

Kinerja yang lebih baik tidak hanya mencakup perbaikan kualitas dari sudut pandang pasien dan pelanggan lain serta hasil pelayanan kesehatan yang lebih baik, tetapi juga peningkatan pada kinerja keuangan dan operasional, seperti produktivitas dari sudut pandang pemegang saham.

Pendekatan peningkatan proses mencakup:

1. Berbagi strategi-strategi kesuksesan antar organisasi untuk menciptakan pembelajaran dan inovasi.
2. Menampilkan analisis proses dan penelitian
3. Melakukan penelitian dan pengembangan
4. Benchmarking
5. Menggunakan teknologi alternatif
6. Menggunakan informasi dari pasien dan pelanggan lain.

Terdapat empat kelompok orang yang terlibat dalam operasi dan perbaikan proses, yaitu:

1. Pelanggan (*customers*). Pelanggan adalah orang yang akan menggunakan output secara langsung atau orang yang akan menggunakan output itu sebagai input dalam proses kerja mereka.

2. Kelompok Kerja (*work group*). Kelompok kerja adalah orang-orang yang bekerja dalam proses untuk menghasilkan dan menyerahkan output yang diinginkan itu.
3. Pemasok (*supplier*). Pemasok adalah orang yang memberikan input ke proses kerja. Orang-orang yang bekerja dalam proses pada kenyataannya merupakan pelanggan dari pemasok.
4. Pemilik (*owner*). Pemilik adalah orang yang bertanggung jawab untuk operasi dari proses dan untuk perbaikan proses itu.

Untuk memahami mengapa suatu masalah terjadi dan agar langkah-langkah ke arah perbaikan proses efektif dan efisien, kita dapat mengajukan tiga pertanyaan dasar berikut:

1. Apa yang menjadi masalah utama dalam proses tersebut?
2. Apa yang menjadi akar penyebab dari masalah dalam proses itu?
3. Apa yang merupakan sumber variasi dari proses itu?

Berdasarkan sifat dari proses, tindakan perbaikan mencakup perhatian pada masalah teknik dan manusianya. Sebenarnya tindakan perbaikan harus dapat meminimalisasi timbulnya masalah yang sama yang mungkin timbul kembali.

Dalam pengelolaan proses kerja, sangat mutlak untuk melakukan evaluasi kerja harian, dengan menilai seluruh kegiatan yang dilakukan, sehingga apabila terdapat permasalahan dapat segera dilakukan perbaikan. Hal ini berhubungan juga dengan adanya kontrol yang dilakukan secara terus-menerus terhadap seluruh proses pelayanan.

Dari hasil analisis data, didapatkan bahwa Karyawan RS. MH. Thamrin Internasional Salemba kurang memahami apakah kontrol tersebut dilakukan secara rutin terhadap seluruh proses pelayanan, hal ini mungkin disebabkan kurangnya

sosialisasi dari pihak manajemen, juga kurangnya kerjasama antar unit, dalam hal kontrol terhadap pelayanan yang memerlukan perhatian lebih dari satu unit kerja.

Penilaian kegiatan tersebut harus mencakup keseluruhan masalah baik yang terjadi di dalam unit kerja ataupun masalah hubungan antar unit. Untuk itu harus dilakukan evaluasi kerjasama antar unit.

Pengelolaan proses kerja juga mencakup pengelolaan proses-proses pendukung yang mendukung operasional harian, diantaranya seperti masalah rumah tangga, rekam medis, keuangan, pengelolaan fasilitas, pelayanan hukum, hubungan publik, dan pelayanan administratif.

7.4. Manajemen proses (desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja) berpengaruh langsung terhadap kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.

Dari temuan penelitian didapatkan bahwa manajemen proses yang terdiri dari desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja mempengaruhi secara langsung kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008.

Dari hasil analisis deskriptif untuk variabel Kinerja Operasional didapat hasil bahwa masalah apakah Standar Operasional Prosedur yang ada mudah untuk dilaksanakan, apakah jumlah karyawan yang ada cukup untuk memberikan pelayanan yang optimal, serta apakah pasien tidak mengeluh akan buruknya proses pelayanan di rumah sakit, masih kurang dimengerti oleh karyawan RS MH. Thamrin Internasional Salemba.

Hal ini menunjukkan adanya perbedaan persepsi para karyawan terhadap Standar Operasional Prosedur, untuk itu alangkah baiknya apabila dilakukan evaluasi terhadap Standar Operasional Prosedur, mengenai kejelasan, dan kemungkinan untuk dapat dilaksanakan dengan mudah.

Demikian pula dengan masalah jumlah karyawan, di mana terdapat persepsi yang berbeda mengenai beban tugas karyawan. Sebaiknya diupayakan evaluasi beban kerja karyawan, pembagian tugas yang jelas, serta jam kerja, agar seluruh karyawan benar-benar memahami dan menyadari bahwa jumlah karyawan yang ada cukup untuk dapat memberikan pelayanan terbaik.

Berkaitan dengan keluhan pasien, maka perlu dilakukan pendekatan dan pengertian terhadap karyawan, agar selalu memperhatikan kebutuhan, harapan, dan keluhan pasien, untuk peningkatan proses pelayanan agar dapat meningkatkan kinerja operasional rumah sakit secara keseluruhan.

Konsep dari manajemen proses berkaitan dengan perbaikan kualitas. Gabriel Pall (1987) seperti dikutip oleh Gaspersz (2005) mengidentifikasi enam komponen yang penting untuk manajemen proses, yaitu:

1. Kepemilikan (*ownership*) menugaskan tanggung jawab untuk desain, operasi, dan perbaikan proses.
2. Perencanaan (*planning*) menetapkan suatu pendekatan terstruktur dan terdisiplin untuk mengerti, mendefinisikan, dan mendokumentasikan semua komponen utama dalam proses dan hubungan antar komponen utama itu.
3. Pengendalian (*control*) menjamin efektivitas, di mana semua output dapat diperkirakan dan konsisten dengan ekspektasi pelanggan.

4. Pengukuran (*measurement*) memetakan performansi atribut terhadap kebutuhan pelanggan dan menetapkan kriteria untuk akurasi, presisi, dan frekuensi perolehan data.
5. Perbaikan atau peningkatan (*improvement*) meningkatkan efektivitas dari proses melalui perbaikan-perbaikan yang diidentifikasi secara tetap.
6. Optimasi (*optimization*) meningkatkan efisiensi dan produktivitas melalui perbaikan-perbaikan yang diidentifikasi secara tetap.

Keenam komponen di atas merupakan landasan untuk keberhasilan manajemen dari suatu proses apa saja. Komponen-komponen itu dibutuhkan untuk proses kerja yang menghasilkan dan menyerahkan produk ke pelanggan, untuk proses yang menspesifikasikan kebutuhan dan kepuasan sepanjang rantai pelanggan-pemasok (*customer-supplier chain*), dan untuk proses yang mendukung pekerja dalam pekerjaan mereka.

Dalam menunjang keberhasilan manajemen proses, perlu dilakukan penyederhanaan dari seluruh proses. Lakukan identifikasi proses yang rumit, kemudian bekerja sama dalam tim lintas unit untuk menghilangkan kerumitan tersebut.

Dalam operasional sehari-hari hendaknya pihak manajemen selalu mendengarkan suara karyawan, menerima ide mereka untuk solusi masalah, agar mereka dapat ikut berpartisipasi aktif dalam setiap langkah yang menunjang keberhasilan manajemen proses.

Perlu diingat bahwa seluruh personil yang ada di rumah sakit berasal dari latar belakang, keterampilan, dan pengalaman yang berbeda. Beberapa telah mendapat pelatihan, dan lainnya tidak, ada yang benar-benar baru dengan pekerjaan

mereka, dan baru mengenal sistem pelayanan kesehatan. Meskipun telah mendapatkan pelatihan, banyak dari mereka yang belum mengenal lingkungan kerja, pekerjaan, peralatan, prosedur kerja, dan bekerja sama dalam tim. Akan banyak terjadi kesalahan dalam prosedur pelayanan, juga kerusakan pada peralatan kesehatan, apabila tidak diberikan pengenalan dan pelatihan yang baik.

Melihat hasil penelitian yang didapat bahwa kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba dipengaruhi oleh manajemen proses sebesar 50,1%, dan sebesar 49,9% dipengaruhi oleh faktor lain, memberikan pemahaman akan banyaknya faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kinerja operasional rumah sakit.

Faktor-faktor tersebut mungkin tidak tercakup dalam lingkup penelitian ini, selain itu, dapat dikemukakan bahwa penilaian kinerja berdasarkan kriteria Baldrige mungkin akan lebih bermakna apabila dilakukan secara keseluruhan, tidak hanya menilai salah satu kategori, namun tentu saja hal ini tetap dapat memberikan pengetahuan mengenai manajemen proses yang secara khusus dibahas, dan ditentukan besarnya pengaruh terhadap kinerja operasional.

Berdasarkan hasil temuan penelitian, dapat dikemukakan beberapa implikasi yang relevan dengan penelitian, antara lain:

1. Implikasi Penelitian

Hasil penelitian ini menunjukkan konsistensi antara teori dan model penelitian yang diusulkan dengan hasil penelitian yang didapat, dengan kenyataan bahwa teori dan pengetahuan mengenai variasi kinerja yang dipengaruhi oleh berbagai variasi variabel eksogenya, diperkuat dengan hasil penelitian ini.

Dengan mengikuti model penelitian, maka untuk meningkatkan kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba perlu memperhatikan kedua variabel penelitian yaitu desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja.

Dalam upaya meningkatkan kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba, perlu memperhatikan masalah pengelolaan dan peningkatan proses kerja, dengan memberikan fokus terhadap penerapan proses kerja yang sesuai dengan desain proses, pengelolaan proses yang mencakup masalah interaksi pasien dan pelanggan lain serta pemasok, juga pengelolaan proses-proses pendukung yang mendukung operasional harian, seperti masalah rumah tangga, rekam medis, keuangan, pengelolaan fasilitas, pelayanan hukum, hubungan publik, dan pelayanan administratif. Selain itu, perlu mengupayakan peningkatan proses kerja dengan melakukan evaluasi secara berkesinambungan, melakukan identifikasi titik-titik kelemahan pada proses pelayanan, identifikasi kebutuhan dan harapan pasien, serta meningkatkan kerjasama lintas unit untuk berbagi pengalaman dan pengetahuan.

Hal ini perlu mendapat perhatian lebih besar, melihat hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel pengelolaan dan peningkatan proses kerja memberikan kontribusi lebih besar dibandingkan variabel desain sistem kerja.

Selanjutnya kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba juga dipengaruhi oleh desain sistem kerja yang meliputi penetapan proses kunci yang merupakan proses-proses inti dalam pelayanan, mendesain proses kerja yang mengutamakan kepentingan pelanggan, serta menjamin bahwa sistem dan tempat kerja telah mencakup sistem-sistem pencegahan, manajemen pemeliharaan,

keberlangsungan operasional dan pemulihan apabila terjadi bencana atau keadaan darurat.

Dengan demikian, kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba dapat ditingkatkan apabila dilakukan perbaikan kualitas kedua variabel. Perbaikan kualitas kedua variabel ini dapat dilakukan sendiri-sendiri ataupun bersamaan, namun apabila dilakukan secara bersamaan, maka kontribusi terhadap peningkatan kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba akan lebih besar dibandingkan apabila dilakukan sendiri-sendiri.

2. Implikasi Teoritis

Secara teoritis, upaya peningkatan kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba dapat dilakukan dengan cara: (1) membuat desain sistem kerja yang sesuai dengan visi, misi, dan tujuan rumah sakit, (2) membuat desain proses kerja, (3) membuat desain sistem yang mampu menghadapi keadaan darurat atau bencana, (4) menerapkan dan mengelola proses kerja sesuai dengan desain yang telah dibuat, (5) meningkatkan proses kerja dengan menciptakan pembelajaran dan inovasi.

3. Implikasi Kebijakan

Peran pihak manajemen sangat penting dalam menentukan kebijakan-kebijakan yang akan berpengaruh terhadap kinerja operasional rumah sakit. Beberapa hal dapat disampaikan antara lain:

- a. Membuat desain sistem kerja yang bertujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien dan pelanggan lain. Desain sistem kerja yang baik mencakup seluruh proses di rumah sakit, sesuai dengan visi, misi, dan tujuan rumah sakit. Sistem kerja adalah rangkaian tata kerja dan prosedur kerja yang

membentuk suatu kebulatan pola kerja tertentu dalam rangka mencapai hasil kerja yang diharapkan. Rangkaian tata kerja dalam pelayanan di rumah sakit adalah berupa prosedur operasional standar, yang biasa disebut SOP. Dalam mendesain SOP, perlu diperhatikan kejelasan langkah-langkah dalam proses operasionalnya. SOP hendaklah dibuat dengan memperhatikan sarana dan prasarana yang ada, mengingat kondisi tiap rumah sakit pastinya berbeda-beda. Biasanya SOP dibuat seideal mungkin, tanpa memperhitungkan perbedaan tadi, padahal dengan membuat SOP yang ideal, ternyata sulit untuk dilaksanakan. Untuk itu, perlu dilakukan desain ulang terhadap proses-proses kerja, apabila tidak sesuai dengan sarana dan prasarana yang ada, juga apabila terdapat perubahan syarat dari pasien dan pelanggan lain. Pihak manajemen sebaiknya merancang sistem kerja dengan menyelaraskan komponen-komponennya sehingga merangsang seluruh karyawan untuk memberikan kontribusi secara efektif sesuai dengan keterampilan terbaik mereka.

- a. Membuat desain proses kerja yang memberikan kontribusi dalam penyerahan nilai kepada pelanggan, menciptakan profitabilitas, kesuksesan dan keberlangsungan organisasi. Proses kerja adalah cara-cara pelaksanaan kerja yang efisien mengenai sesuatu tugas dengan mengingat segi-segi tujuan, peralatan, fasilitas, tenaga, waktu, ruang dan biaya yang tersedia. Umumnya, proses merupakan kombinasi orang, mesin, alat-alat, teknik dan material dalam serangkaian langkah atau tindakan yang telah ditetapkan. Dalam beberapa situasi, proses membutuhkan ketaatan pada rangkaian langkah

spesifik, dengan dokumentasi prosedur dan persyaratan, termasuk langkah pengukuran dan pengendalian yang telah ditetapkan dengan baik.

- b. Membuat desain sistem yang mampu menghadapi keadaan darurat atau bencana.

Sebuah sistem yang baik tentu saja mencakup seluruh kemungkinan yang mungkin timbul. Dalam menghadapi kemungkinan adanya bencana atau keadaan darurat seperti adanya wabah, maka perlu adanya desain sistem yang mencakup sistem-sistem pencegahan, sistem yang menunjang keberlangsungan operasional, serta sistem pemulihan. Hal ini dapat diwujudkan dengan membuat desain yang khusus mencakup masalah-masalah tersebut.

- c. Menerapkan dan mengelola proses kerja sesuai dengan desain yang telah dibuat.

Dalam menerapkan proses kerja, perlu dilakukan pengawasan, agar tidak terjadi penyimpangan. Hal ini sangat berkaitan dengan kejelasan tugas masing-masing karyawan. Perlu benar-benar dijelaskan, siapa melakukan apa. Karyawan mana yang bertugas, dan mana yang bertindak sebagai pengawas. Sebaiknya karyawan diberi kewenangan yang jelas mengenai tindakan yang harus dilakukan. Karyawan yang bertugas sebagai ujung tombak, yang berhadapan langsung dengan pasien, haruslah diberi kesempatan untuk mengembangkan diri, agar dapat menghadapi pasien dengan lebih baik. Mereka perlu diberi pengertian agar selalu peka terhadap kebutuhan dan harapan pasien sehingga diharapkan apabila ada keluhan atau

penilaian pasien terhadap pelayanan, dapat segera dilakukan perbaikan proses pelayanan.

d. Meningkatkan proses kerja dengan menciptakan pembelajaran dan inovasi

Peningkatan proses kerja dapat dilakukan dengan melakukan identifikasi titik-titik kelemahan pada proses kerja, melakukan analisis proses dan penelitian serta pengembangan, untuk itu perlu menggunakan informasi dari pasien dan pelanggan lain dan dijadikan bahan untuk peningkatan proses kerja. Analisis proses kerja berguna untuk mengetahui masalah dalam proses kerja, kemudian mencari akar dari masalah tersebut, dan melihat kemungkinan variasi dari proses kerja.

4. Implikasi Praktis

Temuan penelitian dan kajian teori menunjukkan bahwa untuk menghasilkan kinerja operasional yang baik, perlu menentukan desain sistem kerja yang baik serta mengelola dan meningkatkan proses kerja. Hal ini dilakukan dengan memanfaatkan semua komponen baik internal maupun eksternal. Pihak manajemen rumah sakit tidak dapat melakukan sendiri identifikasi terhadap masalah yang terjadi sehari-hari di setiap unit. Untuk itu perlu kerjasama yang baik antara pihak manajemen dengan karyawan dalam seluruh operasional rumah sakit.

Manajemen proses yang aplikasinya adalah dengan membuat desain proses kerja, dan dilanjutkan dengan implementasi dari proses kerja tersebut, akan semakin efektif dan efisien apabila desain atau prosedur yang telah dibuat oleh pihak manajemen tersebut dipahami dan dilaksanakan dengan baik oleh karyawan,

untuk itu dalam membuat prosedur perlu memperhatikan kejelasan prosedur, kejelasan tindakan apabila ada kesalahan pelaksanaan prosedur, serta kejelasan wewenang karyawan dalam melakukan tindakan yang tidak sesuai prosedur, namun demi kepentingan operasional rumah sakit, terutama pada keadaan darurat yang memerlukan keputusan segera.

Pengawasan dan evaluasi yang dilakukan secara terus-menerus oleh pihak manajemen sangat mutlak, demi berlangsungnya pelayanan, dan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan.



BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Berdasarkan pengolahan data yang telah dilakukan pada bab sebelumnya, maka didapat temuan penelitian sebagai berikut :

1. Kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 dipengaruhi secara langsung oleh desain sistem kerja sebesar 4,16%. Hal ini memberikan bukti bahwa desain sistem kerja walaupun kecil, tetapi mempengaruhi kinerja operasional.
2. Kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 dipengaruhi secara langsung oleh pengelolaan dan peningkatan proses kerja sebesar 32,26%.
3. Kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 dipengaruhi oleh desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja secara bersama sebesar 50,1%, sedangkan 49,9% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang tidak dapat dijelaskan dalam penelitian ini.
4. Pengelolaan dan peningkatan proses kerja mempengaruhi kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 lebih besar dibandingkan dengan desain sistem kerja.

Berdasarkan temuan tersebut dapat dikemukakan bahwa variasi kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 dipengaruhi oleh berbagai variasi, diantaranya variasi desain sistem kerja, serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja.

Besarnya pengaruh langsung desain sistem kerja lebih kecil dibandingkan besarnya pengaruh langsung pengelolaan dan peningkatan proses kerja, namun besarnya pengaruh langsung bersama antara desain sistem kerja serta pengelolaan dan peningkatan proses kerja terhadap kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008, lebih besar dibandingkan besarnya pengaruh masing-masing variabel.

8.3. Saran

Dari kesimpulan di atas disarankan hal-hal sebagai berikut :

1. Bagi direktur rumah sakit, agar dapat memberikan perhatian yang lebih besar terhadap operasional rumah sakit secara keseluruhan.
2. Manajer operasional hendaknya melakukan evaluasi terhadap desain sistem kerja yang sudah ada, dengan melihat apakah desain yang ada mudah dimengerti dan mudah untuk dilaksanakan, serta desain koordinasi antar unit yang menunjang operasional keseluruhan, baik internal maupun eksternal.
3. Sosialisasi mengenai hal-hal yang penting dalam proses operasional rumah sakit seperti masalah standar operasional, waktu pelayanan, koordinasi antar unit, informasi, teknologi, dan dokumentasi, sangat penting untuk diberikan kepada karyawan oleh manajer operasional, agar tercapai kerjasama yang baik antara pihak karyawan dan pihak manajemen.
4. Manajer operasional sebaiknya melakukan pengawasan secara rutin terhadap seluruh proses pelayanan, dan melakukan sosialisasi terhadap seluruh karyawan akan adanya pengawasan tersebut, agar karyawan benar-benar melaksanakan seluruh proses dengan baik.

5. Pihak manajemen perlu melakukan upaya terus-menerus untuk melakukan evaluasi dan perbaikan pada proses kerja, dengan memperhatikan kesalahan-kesalahan dalam menjalankan proses pelayanan, mengurangi kemungkinan timbulnya kesalahan, mencegah timbulnya pengulangan kesalahan, koordinasi lintas unit untuk meningkatkan kerjasama dan berbagi pengalaman, memperhatikan masalah sarana dan prasarana yang ada untuk menunjang proses pelayanan.
6. Dilakukan evaluasi terus-menerus oleh pihak manajemen terhadap karyawan sebagai pelaksana proses kerja, baik terhadap kualitas kerjanya, maupun kemampuannya.
7. Pihak manajemen sebaiknya memberikan pengertian kepada karyawan, khususnya yang berhadapan langsung dengan pasien, agar selalu memperhatikan kebutuhan, harapan, ataupun ketidakpuasan pasien, agar dapat segera dilakukan perbaikan pada proses pelayanan, yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien.
8. Dengan adanya temuan penelitian yang menunjukkan bahwa kinerja operasional RS. MH. Thamrin Internasional Salemba tahun 2008 sebesar 49,9% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak dapat dijelaskan dalam penelitian ini, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk dapat mengetahui faktor-faktor tersebut.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Assauri S. 2008. *Manajemen Produksi dan Operasi*. Edisi Revisi. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta.
- Azwar, A. 1994. *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan : Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*. Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia. Jakarta.
- David, FR. 2003. *Strategic Management : Concepts and Cases*, Ninth Edition. Prentice Hall Pearson Education International.
- Gaspersz, V, 2005. *Total Quality Management*. PT Gramedia, Cetakan keempat, Jakarta.
- Gaspersz, V, 2006. *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard Dengan Six Sigma untuk Organisasi Bisnis dan Pemerintah*. PT Gramedia, Cetakan keempat, Jakarta.
- Gaspersz, V, 2007. *GE Way and Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence*. PT Gramedia, Cetakan Pertama, Jakarta.
- Gaspersz, V. 2008. *The Executive Guide To Implementing Lean Six Sigma*. PT Gramedia Pustaka Utama. Cetakan Pertama. Jakarta.
- Ghozali, I dan Fuad. 2005. *Structural Equation Modeling, Teori, Konsep, dan Aplikasi LISREL 8.54*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang.
- Hafizurrachman, 2007. *Disertasi Pengaruh Gaya Kepemimpinan Atasan, Lingkungan Kerja, Dan Motivasi Kerja, Terhadap Kinerja Kepla Program Studi Kesehatan dan Kedokteran Pada Perguruan Tinggi Swasta Wilayah Kopertis III (2007)*.
- Haming M. Nurnajamuddin M. 2007. *Manajemen Produksi Modern; Operasi Manufaktur dan Jasa*. Cetakan Pertama. PT Bumi Aksara. Jakarta.
- Haris, A. 2005. *7 Pilar Perusahaan Unggul: Implementasi Kriteria Baldrige untuk Meningkatkan Kinerja Perusahaan*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Hastono, S P. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. FKM UI. Jakarta.
- Heizer J. Render B. 2004. *Operations Manegement (Manajemen Operasi)*. Edisi Ketujuh. Salemba Empat. Jakarta.

- Hertz, H.S. 2007. *Health Care Criteria for Performance Excellence*, Baldrige National Quality Program, America.
- Hertz, H.S. 2008. *Health Care Criteria for Performance Excellence*, dari: <http://www.baldrige.nist.gov>. [2 Agustus 2008].
- Ilyas, Y.2006. *Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja*. PT. Gramedia Pustaka Utama. Cetakan Kedua Jakarta 2006.
- Ilyas. Y. 2002. *Kinerja Teori Penilaian dan Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Cetakan Ketiga, Jakarta.
- Implementasi Kriteria Baldrige di Indonesia, dari: http://www.baldrigeindo.com/Articles/Implementasi%20Baldrigedi%20Indonesia_1.pdf [21 Juli 2008].
- Irianto, A. 2007. *Statistik: Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Kencana. Cetakan keempat. Jakarta.
- Kaplan R.S and David P Norton. 2000. *Menerapkan strategi menjadi aksi Balanced Scorecard*. Erlangga. Jakarta.
- Kunders G.D. 2007. *Hospitals; Facilities Planning and Management*. Tata McGraw-Hill. Cetakan kelima. New Delhi.
- Lapide L, 2008. *The Operational Performance Triangles; Supply Chain Management Review*, dari: <http://www.scmr.com/article/CA6611886.html> (6 Nopember 2008).
- Mengenal "Malcolm Baldrige National Quality Awards" , dari: <http://elqorni.wordpress.com/2008/06/03/mengenal-malcolm-baldrige-national-quality-awards/> [21 Juli 2008].
- Mengupas Tuntas Kriteria Baldrige; Menjadi Organisasi Ekselen, dari: <http://www.portalhr.com/majalah/edisi-sebelumnya/strategi/1id310.html> [21 Juli 2008].
- Mengadopsi Kriteria Baldrige, dari: <http://www.portalhr.com/majalah/edisi-sebelumnya/strategi/1id15.html> [21 Juli 2008].
- Muninjaya, AAG. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Edisi 2, Jakarta.
- Mulyadi. 2005. *Balanced Scorecard Untuk Rumah Sakit*, Ikatan Akutansi Indonesia, Jakarta.

- Mulyadi. 2007. *Sistem Terpadu Pengelolaan Kinerja Personel Berbasis Balanced Scorecard*. Unit Penerbit dan Percetakan Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YPKN. Cetakan Pertama. Yogyakarta.
- Muslich M. 2007. *Manajemen Risiko Operasional; Teori dan praktik*. Cetakan Pertama. PT Bumi Aksara. Jakarta.
- Nasution, M. N. 2005. *Manajemen Mutu Terpadu : Total Quality Management*. Edisi Kedua. Ghalia Indonesia. Bogor.
- Nawawi,H, 2003. *Manajemen Strategik Organisasi Non Profit Bidang Pemerintahan*, Gadjah Mada University Press, Cetakan Kedua Yogyakarta.
- Operational performance : definition*. dari: <http://www.businessdictionary.com/definition/operational-performance.html> [6 Nopember 2008].
- Pedoman Proses dan Penulisan Karya Ilmiah Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007. FKM UI. Depok.
- Prasetyo, S, 2005. *Bahan Kuliah Bistatistik*. Handbook, FKM UI, Jakarta.
- Riduwan. 2006. *Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian*. Alfabeta. Bandung.
- Riduwan. 2007. *Cara Menggunakan dan Memakai Analisis Jalur (Path Analysis)*. Alfabeta. Bandung.
- Riduwan. 2007. *Metode dan Teknik Menyusun Tesis*. Alfabeta. Bandung.
- Sabarguna, B. S. 2005. *Manajemen Operasional Rumah Sakit*. Konsorsium Rumah Sakit Islam Jawa Tengah. Cetakan Kedua. Yogyakarta.
- Sabarguna, B. S. 2006. *Sistem Bantu Eksekutif Untuk Evaluasi Rumah Sakit*. Konsorsium Rumah Sakit Islam Jawa Tengah. Cetakan Pertama. Yogyakarta.
- Sabarguna, B. S., Listiani, H. 2008. *Organisasi dan Manajemen Rumah Sakit*. Konsorsium Rumah Sakit Islam Jawa Tengah. Cetakan Ketiga. Yogyakarta.
- Sadikin, I. 2004. *Bunga Rampai Kriteria Bisnis Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)*. Telkom Training Center dan Wahana Kendali mutu. Edisi Pertama.
- Sadikin, I. 2008. *Bunga Rampai Kriteria Bisnis Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) 2008*. Lembang Center Indonesia. Edisi Kelima.
- Sadikin, I. 2008. *Penuntun Menyusun Aplikasi Baldrige*. Lembang Center Indonesia. Edisi Ketiga.

- Santoso, S. 2008. *Panduan Lengkap Menguasai SPSS 16*. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta.
- Smith M, 2003, *Business Operational Performance; Driving Operational Performance*. dari: [http://www.intelligententerprise.com/030513/608 bpm1_1.jhtml](http://www.intelligententerprise.com/030513/608_bpm1_1.jhtml), [6 Nopember 2008].
- Suparto, A. 2002. *Manajemen Rumah Sakit*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta
- Supranto, J. 2004. *Analisis Multivariat: Arti dan Interpretasi*, Cetakan Pertama, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Tampubolon M. P. 2004. *Manajemen Operasional (Operations Management)*. Cetakan Pertama. Ghalia Indonesia. Jakarta.
- Taurany, H.M, DR., Dr., MPH, "Organisasi Dan Manajemen Rumah Sakit", Kumpulan Kuliah, Program KARS, FKM UI, Jakarta, 2001.
- Tjiptono, F., Chandra, G. 2007. *Service, Quality & Satisfaction*. CV. Andi Offset. Yogyakarta.
- Wibisono, D. 2006. *Manajemen Kinerja; Konsep, Desain, dan Teknik Meningkatkan Daya Saing Perusahaan*. Erlangga. Jakarta.
- Wibowo. 2006. *Integrasi Proses Bisnis: Metode Peningkatan Efisiensi Perusahaan*. Graha Ilmu. Edisi Pertama. Yogyakarta.
- Wijanto, S. H. 2008. *Structural Equation Modeling dengan LISREL 8.8 Konsep dan Tutorial*. Cetakan Pertama. PT Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Wijono, D. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan : Teori, Strategi dan Aplikasi*. Airlangga University Press.
- Wormer T.V. *The Four Keys to Operational Performance*. dari: www.idii.com/wp/envistaOpPerf.pdf [3 Desember 2008].
- Yoga, A. T. 2000. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Universitas Indonesia (UI press). Jakarta

LAMPIRAN 1



DESAIN SISTEM KERJA (X₁)



Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.879	20

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	4.07	.828	30
P2	4.43	.568	30
P3	3.97	.809	30
P4	4.27	.740	30
P5	3.23	.728	30
P6	3.93	.828	30
P7	3.87	.681	30
P8	4.10	.960	30
P9	3.97	.964	30
P10	3.77	.858	30
P11	3.80	.961	30
P12	4.03	.765	30
P13	3.80	.847	30
P14	3.97	.928	30
P15	3.53	.973	30
P16	4.23	.568	30
P17	4.13	.681	30
P18	3.90	.803	30
P19	3.90	.607	30
P20	3.90	.712	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	74.73	71.168	.417	.876
P2	74.37	71.895	.567	.872
P3	74.83	68.764	.616	.869
P4	74.53	70.602	.526	.872
P5	75.57	73.426	.299	.879
P6	74.87	71.223	.413	.876
P7	74.93	70.202	.614	.870
P8	74.70	67.459	.590	.869
P9	74.83	65.523	.719	.864
P10	75.03	68.516	.593	.869
P11	75.00	66.345	.665	.866
P12	74.77	68.323	.694	.867
P13	75.00	69.448	.533	.872
P14	74.83	75.178	.102	.888
P15	75.27	69.995	.414	.877
P16	74.57	72.668	.484	.874
P17	74.67	70.506	.587	.871
P18	74.90	71.472	.410	.876
P19	74.90	71.955	.520	.873
P20	74.90	76.438	.059	.886

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
78.80	77.683	8.814	20

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.886	19

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	4.07	.828	30
P2	4.43	.568	30
P3	3.97	.809	30
P4	4.27	.740	30
P5	3.23	.728	30
P6	3.93	.828	30
P7	3.87	.681	30
P8	4.10	.960	30
P9	3.97	.964	30
P10	3.77	.858	30
P11	3.80	.961	30
P12	4.03	.765	30
P13	3.80	.847	30
P14	3.97	.928	30
P15	3.53	.973	30
P16	4.23	.568	30
P17	4.13	.681	30
P18	3.90	.803	30
P19	3.90	.607	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	70.83	69.937	.420	.883
P2	70.47	71.016	.532	.880
P3	70.93	67.789	.600	.877
P4	70.63	69.344	.531	.879
P5	71.67	71.885	.326	.885
P6	70.97	70.033	.413	.883
P7	71.03	68.930	.622	.877
P8	70.80	66.234	.594	.877
P9	70.93	64.202	.732	.871
P10	71.13	67.016	.618	.876
P11	71.10	64.990	.679	.873
P12	70.87	67.085	.700	.874
P13	71.10	68.024	.551	.878
P14	70.93	73.444	.134	.894
P15	71.37	68.585	.428	.883
P16	70.67	71.885	.439	.882
P17	70.77	69.702	.551	.879
P18	71.00	70.483	.394	.884
P19	71.00	71.172	.478	.881

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
74.90	76.438	8.743	19

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.894	18

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	4.07	.828	30
P2	4.43	.568	30
P3	3.97	.809	30
P4	4.27	.740	30
P5	3.23	.728	30
P6	3.93	.828	30
P7	3.87	.681	30
P8	4.10	.960	30
P9	3.97	.964	30
P10	3.77	.858	30
P11	3.80	.961	30
P12	4.03	.765	30
F13	3.80	.847	30
P15	3.53	.973	30
P16	4.23	.568	30
P17	4.13	.681	30
P18	3.90	.803	30
F19	3.90	.607	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	66.87	67.361	.397	.893
P2	66.50	67.845	.564	.888
P3	66.97	64.585	.631	.885
P4	66.67	66.437	.536	.888
P5	67.70	68.907	.332	.894
P6	67.00	67.103	.417	.892
P7	67.07	66.340	.598	.887
P8	66.83	62.971	.627	.885
P9	66.97	61.689	.715	.881
P10	67.17	64.351	.607	.886
P11	67.13	62.257	.676	.883
P12	66.90	64.024	.722	.882
P13	67.13	65.844	.501	.889
P15	67.40	65.766	.426	.893
P16	66.70	68.838	.454	.891
P17	66.80	66.786	.556	.888
P18	67.03	67.482	.403	.892
P19	67.03	67.964	.510	.889

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
70.93	73.444	8.570	18

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.894	17

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	4.07	.828	30
P2	4.43	.568	30
P3	3.97	.809	30
P4	4.27	.740	30
P6	3.93	.828	30
P7	3.87	.681	30
P8	4.10	.960	30
P9	3.97	.964	30
P10	3.77	.858	30
P11	3.80	.961	30
P12	4.03	.765	30
P13	3.80	.847	30
P15	3.53	.973	30
P16	4.23	.568	30
P17	4.13	.681	30
P18	3.90	.803	30
P19	3.90	.607	30

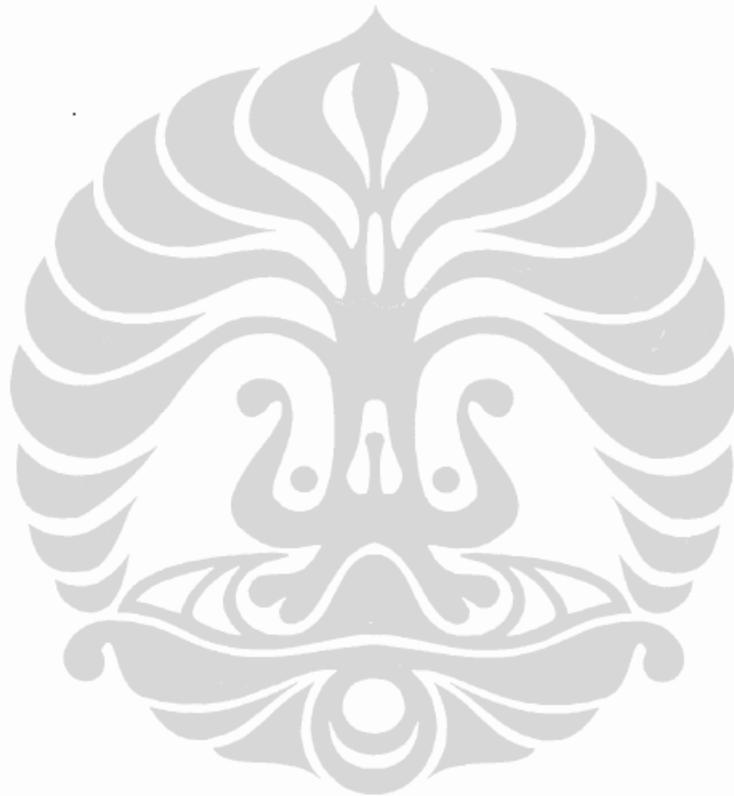
Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	63.63	62.792	.414	.893
P2	63.27	63.237	.592	.888
P3	63.73	60.547	.612	.886
P4	63.43	62.254	.523	.889
P6	63.77	62.944	.402	.893
P7	63.83	61.799	.620	.886
P8	63.60	58.593	.639	.885
P9	63.73	57.582	.710	.882
P10	63.93	59.995	.615	.886
P11	63.90	57.886	.690	.882
P12	63.67	59.885	.713	.883
P13	63.90	61.610	.495	.890
P15	64.17	61.592	.417	.894
P16	63.47	64.257	.475	.891
P17	63.57	62.392	.562	.888
P18	63.80	63.545	.368	.894
P19	63.80	63.614	.508	.890

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
67.70	68.907	8.301	17

PENGELOLAAN DAN PENINGKATAN PROSES KERJA (X₂)



Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.931	20

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	3.70	.837	30
P2	4.00	.788	30
P3	3.63	1.066	30
P4	3.20	1.186	30
P5	3.87	.860	30
P6	3.90	.845	30
P7	3.97	.718	30
P8	3.97	.669	30
P9	3.97	.928	30
P10	3.87	.776	30
P11	4.00	.743	30
P12	3.83	.834	30
P13	4.07	.640	30
P14	4.00	.788	30
P15	4.10	.712	30
P16	3.87	.629	30
P17	3.83	.747	30
P18	3.83	.791	30
P19	4.13	.629	30
P20	4.17	.648	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	74.20	98.510	.767	.925
P2	73.90	98.714	.806	.924
P3	74.27	98.064	.604	.929
P4	74.70	105.390	.212	.940
P5	74.03	100.033	.650	.927
P6	74.00	100.897	.609	.928
P7	73.93	100.133	.786	.925
P8	73.93	100.340	.834	.924
P9	73.93	97.444	.745	.925
P10	74.03	98.654	.824	.924
P11	73.90	100.231	.751	.925
P12	74.07	100.340	.654	.927
P13	73.83	105.040	.496	.930
P14	73.90	100.369	.695	.926
P15	73.80	103.131	.575	.928
P16	74.03	104.033	.587	.928
P17	74.07	100.892	.700	.926
P18	74.07	103.720	.472	.930
P19	73.77	105.702	.453	.930
P20	73.73	106.478	.378	.932

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
77.90	111.955	10.581	20

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.940	19

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	3.70	.837	30
P2	4.00	.788	30
P3	3.63	1.066	30
P5	3.87	.860	30
P6	3.90	.845	30
P7	3.97	.718	30
P8	3.97	.669	30
P9	3.97	.928	30
P10	3.87	.776	30
P11	4.00	.743	30
P12	3.83	.834	30
P13	4.07	.640	30
P14	4.00	.788	30
P15	4.10	.712	30
P16	3.87	.629	30
P17	3.83	.747	30
P18	3.83	.791	30
P19	4.13	.629	30
P20	4.17	.648	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	71.00	92.138	.781	.935
P2	70.70	92.355	.820	.934
P3	71.07	92.202	.589	.940
P5	70.83	94.351	.616	.938
P6	70.80	95.062	.584	.939
P7	70.73	93.582	.812	.934
P8	70.73	94.064	.839	.934
P9	70.73	90.892	.771	.935
P10	70.83	92.420	.829	.934
P11	70.70	93.597	.782	.935
P12	70.87	94.189	.649	.937
P13	70.63	98.516	.509	.939
P14	70.70	94.148	.695	.936
P15	70.60	96.938	.567	.939
P16	70.83	97.799	.579	.938
P17	70.87	94.533	.709	.936
P18	70.87	97.430	.469	.940
P19	70.57	99.013	.478	.940
P20	70.53	99.913	.391	.941

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
74.70	105.390	10.266	19

KINERJA OPERASIONAL (Y)



Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.912	20

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	3.53	1.074	30
P2	3.60	.770	30
P3	3.73	.828	30
P4	3.77	.898	30
P5	3.83	.648	30
P6	3.93	.740	30
P7	3.60	1.003	30
P8	3.77	.898	30
P9	3.87	1.008	30
P10	4.17	.648	30
P11	3.87	.730	30
P12	3.67	.844	30
P13	3.93	.740	30
P14	3.80	.925	30
P15	3.70	.988	30
P16	3.47	.900	30
P17	3.33	.922	30
P18	3.60	.894	30
P19	3.90	.662	30
P20	3.83	.874	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	71.37	98.516	.492	.910
P2	71.30	98.355	.734	.904
P3	71.17	100.626	.533	.908
P4	71.13	95.913	.765	.902
P5	71.07	99.857	.764	.904
P6	70.97	99.482	.687	.905
P7	71.30	97.183	.605	.906
P8	71.13	100.740	.478	.910
P9	71.03	99.551	.477	.910
P10	70.73	103.720	.457	.910
P11	71.03	100.033	.657	.906
P12	71.23	98.185	.673	.905
P13	70.97	102.999	.441	.910
P14	71.10	96.438	.709	.904
P15	71.20	99.683	.482	.910
P16	71.43	107.495	.100	.919
P17	71.57	101.909	.398	.912
P18	71.30	96.493	.732	.903
P19	71.00	102.276	.556	.908
P20	71.07	98.202	.646	.905

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
74.90	110.162	10.496	20

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.919	19

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	3.53	1.074	30
P2	3.60	.770	30
P3	3.73	.828	30
P4	3.77	.898	30
P5	3.83	.648	30
P6	3.93	.740	30
P7	3.60	1.003	30
P8	3.77	.898	30
P9	3.87	1.008	30
P10	4.17	.648	30
P11	3.87	.730	30
P12	3.67	.844	30
P13	3.93	.740	30
P14	3.80	.925	30
P15	3.70	.988	30
P17	3.33	.922	30
P18	3.60	.894	30
P19	3.90	.662	30
P20	3.83	.874	30

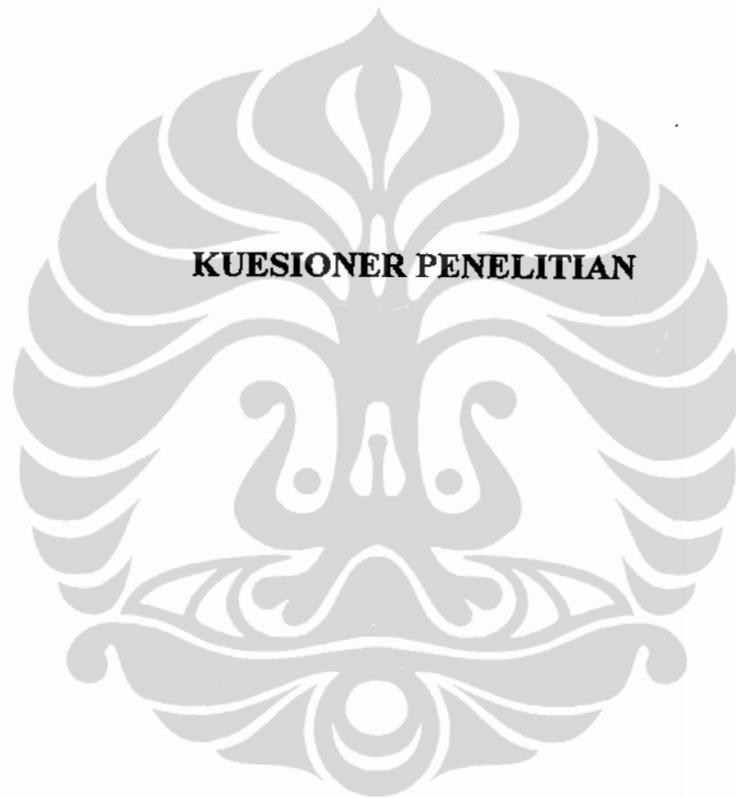
Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	67.90	95.472	.518	.917
P2	67.83	95.868	.732	.912
P3	67.70	97.941	.541	.916
P4	67.67	93.195	.779	.910
P5	67.60	97.283	.766	.912
P6	67.50	97.017	.682	.913
P7	67.83	94.351	.623	.914
P8	67.67	97.954	.492	.917
P9	67.57	97.289	.462	.918
P10	67.27	101.099	.459	.917
P11	67.57	97.357	.666	.913
P12	67.77	95.633	.675	.912
P13	67.50	100.328	.447	.918
P14	67.63	93.826	.715	.911
P15	67.73	96.823	.499	.917
P17	68.10	99.955	.363	.920
P18	67.83	93.937	.736	.911
P19	67.53	100.189	.519	.916
P20	67.60	95.834	.637	.913

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
71.43	107.495	10.368	19

LAMPIRAN 2



PERMOHONAN PENGISIAN KUESIONER

Dengan hormat,

Dalam rangka penulisan tesis saya yang berjudul **"Pengaruh Manajemen Proses Terhadap Kinerja Operasional RS. M. H. Thamrin Salemba Jakarta Tahun 2008"**, maka saya memohon dengan hormat kepada Bapak/Ibu/Saudara/Saudari untuk dapat mengisi kuesioner penelitian ini, dengan memberikan tanggapan mengenai pernyataan-pernyataan yang ada, secara obyektif.

Kuesioner penelitian ini semata-mata saya pergunakan untuk kepentingan pendidikan, dan bukan merupakan suatu tes atau penilaian terhadap hasil kerja perorangan.

Data dan identitas anda sebagai responden akan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi status Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam bekerja di RS M. H. Thamrin Salemba Jakarta

Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, September 2008.

Hormat Saya,

SHINTA TRILUSITA

Petunjuk pengisian kuesioner :

- Pilihlah salah satu dari lima kriteria yang sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari :

1	2	3	4	5
Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Ragu-ragu	Setuju	Sangat Setuju

- Berilah tanda silang (X) pada kolom **PERSEPSI** sesuai dengan pilihan angka di atas sesuai dengan penilaian anda.
- Isian kuesioner ini dijamin kerahasiaannya oleh Peneliti.

Karakteristik responden :

- a. Nama :(Nama boleh tidak diisi)
- b. Umur :Tahun
- c. Jenis Kelamin : (1) Laki-laki (2) Perempuan
- d. Pendidikan terakhir :
- e. Lama Bekerja :Tahun

DESAIN SISTEM KERJA

NO	PERNYATAAN	PERSEPSI				
		STS	TS	RR	S	SS
1	Standar Operasional Prosedur sesuai dengan tujuan pelayanan rumah sakit.	1	2	3	4	5
2	Standar Operasional Prosedur menunjang proses pelayanan terhadap pasien	1	2	3	4	5
3	Standar Operasional Prosedur sesuai dengan kebutuhan pasien	1	2	3	4	5
4	Standar Operasional Prosedur menunjang kesuksesan rumah sakit	1	2	3	4	5
5	Apabila ada perubahan syarat dari pasien atau pelanggan lain, maka dilakukan desain ulang terhadap prosedur operasional.	1	2	3	4	5
6	Waktu/lamanya pelayanan termasuk dalam Standar Operasional Prosedur	1	2	3	4	5
7	Koordinasi antar unit termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
8	Masalah keselamatan kerja dan manajemen resiko termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
9	Masalah dampak lingkungan termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
10	Masalah teknologi termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
11	Masalah fasilitas termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
12	Masalah dokumentasi termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
13	Proses keuangan termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
14	Proses administrasi termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
15	Masalah hubungan publik termasuk dalam Standar Operasional Prosedur.	1	2	3	4	5
16	Terdapat sistem-sistem pengelolaan untuk menghadapi keadaan darurat.	1	2	3	4	5
17	Terdapat prosedur evakuasi apabila terjadi keadaan darurat	1	2	3	4	5
18	Tempat kerja mampu menghadapi keadaan-keadaan darurat.	1	2	3	4	5
19	Terdapat prosedur mengenai keberlangsungan pelayanan dalam keadaan darurat.	1	2	3	4	5
20	Terdapat prosedur pemulihan apabila terjadi keadaan darurat.	1	2	3	4	5

PENGELOLAAN & PENINGKATAN PROSES KERJA

NO	PERNYATAAN	PERSEPSI ,				
		STS	TS	RR	S	SS
1	Pelaksanaan operasional sehari-hari sesuai dengan standar prosedur yang ada.	1	2	3	4	5
2	Proses pelayanan memperhatikan kebutuhan pasien.	1	2	3	4	5
3	Proses pelayanan memperhatikan harapan pasien.	1	2	3	4	5
4	Proses pelayanan memperhatikan hubungan dengan pemasok	1	2	3	4	5
5	Proses pelayanan memperhatikan hubungan dengan mitra kerja	1	2	3	4	5
6	Dilakukan koordinasi antar unit dalam proses penyerahan pelayanan.	1	2	3	4	5
7	Pengadaan logistik dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang ada.	1	2	3	4	5
8	Pemeliharaan peralatan kesehatan dilakukan sesuai dengan prosedur yang ada	1	2	3	4	5
9	Pengelolaan limbah dilakukan sesuai dengan prosedur yang ada.	1	2	3	4	5
10	Dilakukan kontrol secara rutin terhadap seluruh proses pelayanan.	1	2	3	4	5
11	Dilakukan dokumentasi pada seluruh proses penyerahan pelayanan.	1	2	3	4	5
12	Dokumentasi pada keseluruhan proses pelayanan dilakukan dengan baik	1	2	3	4	5
13	Dilakukan upaya terus-menerus untuk mengidentifikasi titik-titik kelemahan pada proses pelayanan.	1	2	3	4	5
14	Memperhatikan komplain pasien untuk perbaikan proses pelayanan	1	2	3	4	5
15	Dilakukan upaya untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam pelayanan	1	2	3	4	5
16	Dilakukan upaya untuk mencegah terjadinya pengulangan kesalahan dalam pelayanan.	1	2	3	4	5
17	Dilakukan evaluasi terhadap prosedur yang ada untuk memperbaiki kelemahan pada proses pelayanan.	1	2	3	4	5
18	Dilakukan evaluasi lintas unit untuk saling berbagi pengalaman dan meningkatkan kerjasama.	1	2	3	4	5
19	Dilakukan upaya perbaikan sarana untuk meningkatkan proses pelayanan	1	2	3	4	5
20	Dilakukan upaya peningkatan kinerja karyawan untuk meningkatkan proses pelayanan.	1	2	3	4	5

KINERJA OPERASIONAL

NO	PERNYATAAN	PERSEPSI				
		STS	TS	RR	S	SS
1	Standar Operasional Prosedur mudah untuk dilaksanakan.	1	2	3	4	5
2	Operasional pelayanan sehari-hari berjalan dengan baik.	1	2	3	4	5
3	Obat-obatan tersedia dalam kondisi yang baik.	1	2	3	4	5
4	Alat kesehatan yang ada dalam kondisi yang baik.	1	2	3	4	5
5	Hubungan dengan pemasok berjalan baik	1	2	3	4	5
6	Hubungan dengan mitra kerja berjalan baik	1	2	3	4	5
7	Jumlah karyawan yang ada cukup untuk memberikan pelayanan yang optimal.	1	2	3	4	5
8	Ada standar yang terukur untuk menilai waktu penyerahan pelayanan.	1	2	3	4	5
9	RS memiliki divisi khusus yang bertugas dalam penelitian.	1	2	3	4	5
10	RS memiliki divisi khusus yang bertugas dalam pengembangan	1	2	3	4	5
11	RS memperhatikan perkembangan mengenai jasa pelayanan kesehatan.	1	2	3	4	5
12	RS memperhatikan harapan pasien terhadap adanya produk pelayanan yang baru.	1	2	3	4	5
13	RS mengadakan jasa layanan yang baru sesuai dengan perkembangan dunia kesehatan.	1	2	3	4	5
14	RS mengadakan jasa layanan yang baru sesuai dengan harapan pasien.	1	2	3	4	5
15	Pasien puas akan proses pelayanan di RS.	1	2	3	4	5
16	Jumlah kunjungan pasien lama cukup besar.	1	2	3	4	5
17	Pasien tidak mengeluh akan buruknya proses pelayanan di RS.	1	2	3	4	5
18	Respon RS terhadap keluhan pasien dilakukan dengan cepat.	1	2	3	4	5
19	Dilakukan upaya untuk mempertahankan loyalitas pasien.	1	2	3	4	5
20	Dilakukan survei terhadap pasien mengenai pendapat mereka akan proses pelayanan di RS.	1	2	3	4	5

LAMPIRAN 3



HASIL PENGUMPULAN DATA

VARIABEL PENGELOLAAN & PENINGKATAN PROSES KERJA

Responden	Umur	Sex	Tl Pddkn	Lama Kerja	PENGELOLAAN & PENINGKATAN PROSES KERJA															Σ			
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17	18
1	40	P	S2	8	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	84
2	38	P	S2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	85
3	34	L	S1	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	71
4	40	L	S1	3	5	4	3	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	4	84
5	36	L	S1	7	3	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	87
6	45	P	S1	28	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	3	4	5	4	5	4	4	5	83
7	29	P	DIII	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	71
8	30	P	DIII	5	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	3	4	2	3	4	4	3	87
9	30	P	DIII	10	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	85
10	24	P	DIII	1	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	70
11	36	P	SPK	12	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	81
12	40	L	SPK	24	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	72
13	22	P	DIII	1	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	3	3	4	71
14	48	P	SPK	25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	74
15	32	P	DIII	9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	75
16	28	P	SPK	8	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	72
17	30	P	DIII	8	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	71
18	24	P	DIII	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	72
19	32	P	SPK	12	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	4	3	4	3	4	3	3	81
20	22	P	DIII	1	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	71
21	28	P	SPK	9	4	4	4	4	4	4	4	3	2	5	3	4	4	4	4	4	4	4	73
22	26	L	DIII	2	4	4	4	4	4	4	3	2	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	73
23	22	P	DIII	3	4	4	4	4	4	4	3	2	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	73
24	20	P	DIII	1	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	89
25	31	P	DIII	7	4	5	5	3	4	4	4	5	4	4	3	5	4	5	4	5	5	5	81
26	42	L	SMA	22	4	4	3	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	89
27	32	P	SPK	11	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72
28	30	P	SPK	8	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	75
29	32	P	DIII	9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
30	34	P	DIII	10	4	5	5	4	4	2	4	3	4	2	2	3	4	4	4	4	4	4	88
31	37	L	S1	3	4	5	5	4	4	5	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	78
32	49	L	DIII	7	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	3	3	4	4	4	79
33	25	P	S1	1	4	4	3	4	4	3	5	4	3	3	3	5	5	4	5	4	4	4	76
34	28	P	DIII	6	5	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	2	4	4	4	3	4	4	74
35	26	P	SPK	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	78
36	23	P	DIII	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	79
37	35	L	SMA	10	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	83
38	27	L	SMA	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	80
39	25	P	SPK	6	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	84
40	30	P	SPK	10	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	74
41	28	P	S1	8	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	92
42	29	P	S1	12	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	74
43	33	P	S1	11	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	81
44	28	P	S1	10	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	91
45	35	L	S1	11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	93
46	32	P	DIII	10	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	92
47	45	P	SMA	25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
48	38	L	SMA	16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
49	40	P	SMA	17	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	75
50	50	P	S1	15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	77
51	33	L	DIII	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	75
52	33	L	S1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	71
53	40	P	S1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	77
54	40	L	SMA	11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	76
55	27	P	DIII	5	3	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	87
56	30	L	S1	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	5	5	5	5	4	4	71
57	40	P	SMA	10	3	4	4	4	4	2	2	2	2	4	2	3	3	4	4	2	4	4	83
58	39	L	DIII	11	4	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	3	3	3	2	3	3	4	58
59	25	P	DIII	4	3	4	4	4	4	2	2	2	4	2	3	3	4	4	4	2	4	4	63
60	28	P	S1	1	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	61
61	36	P	SMA	12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
62	27	P	DIII	1	5	5	5	5	5	5	5	3	5	2	5	5	5	5	4	4	5	5	88
63	34	P	S1	5	5	5	4	4	5	5	5	3	4	3	4	5	5	4	5	4	5	4	84
64	67	P	S1	11	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	71
65	32	P	SMA	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	72
66	24	L	SMA	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
67	28	L	DIII	1	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	85
68	35	P	DIII	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	74
69	32	P	DIII	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	77
70	27	P	SMAK	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	77
71	42	P	SMA	8	4	4	3	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5	74
72	23	P	DIII	1	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72
73	43	P	SMA	15	3	5	4	4	3	4	3	3	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	80
74	45	L	SMA	22	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	75
75	36	L	SMA	10	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	75
76	39	P	SMA	7	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	3	3	3	4	4	4	3	3	78
77	26	P	S2	1	3	3	3	3	4	3	3	2	2	2	2	4	3	4	4	3	3	4	68
78	31	P	SMA	8	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	74
79	31	P	S1	7	4	5	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	4	75
80	32	P	S1	5																			

HASIL PENGUMPULAN DATA
VARIABEL KINERJA OPERASIONAL

Responden	Umur	Sex	Tingkat Pendidikan	Lama Kerja	KINERJA OPERASIONAL															Σ				
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17	18	19
1	40	P	S2	8	2	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	67
2	38	P	S2	1	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	3	4	4	4	75
3	34	L	S1	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	3	4	4	4	67
4	40	L	S1	3	5	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	5	4	3	5	3	3	4	4	73
5	36	L	S1	7	2	2	2	2	4	2	2	3	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	59
6	45	P	S1	28	4	5	5	4	3	3	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	82
7	29	P	DIII	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4	69
8	30	P	DIII	5	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	3	2	4	3	4	3	4	4	66
9	30	P	DIII	10	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	79
10	24	P	DIII	1	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	3	3	4	3	4	4	75
11	36	P	SPK	12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	78
12	40	L	SPK	24	2	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	2	4	58
13	22	P	DIII	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	2	4	4	58
14	48	P	SPK	25	2	3	3	4	3	3	2	3	3	4	2	3	3	3	4	3	3	2	4	57
15	32	P	DIII	9	2	3	3	4	3	3	2	3	3	4	2	3	3	3	4	3	3	2	4	57
16	28	P	SPK	8	2	3	3	4	3	3	2	3	3	4	2	3	3	3	4	3	3	2	4	57
17	30	P	DIII	8	2	3	3	4	3	3	2	3	3	4	2	3	3	3	4	3	3	2	4	57
18	24	P	DIII	1	2	3	3	4	3	3	2	3	3	4	2	3	3	3	4	3	3	2	4	57
19	32	P	SPK	12	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	2	5	3	5	71
20	22	P	DIII	1	2	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	2	4	58
21	28	P	SPK	9	2	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	2	3	3	4	64
22	26	L	DIII	2	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	2	3	3	4	63
23	22	P	DIII	3	2	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	2	3	3	4	63
24	20	P	DIII	1	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	84
25	31	P	DIII	7	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	3	4	4	3	4	4	66
26	42	L	SMA	22	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	2	3	4	2	4	65
27	32	P	SPK	11	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	71
28	30	P	SPK	8	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	68
29	32	P	DIII	9	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	72
30	34	P	DIII	10	2	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	3	2	2	4	2	59
31	37	L	S1	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	2	2	4	2	4	70
32	49	L	DIII	7	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	5	4	2	67
33	25	P	S1	1	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	72
34	28	P	DIII	6	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	71
35	26	P	SPK	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
36	23	P	DIII	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
37	35	L	SMA	10	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	84
38	27	L	SMA	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	80
39	25	P	SPK	6	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	85
40	30	P	SPK	10	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	80
41	28	P	S1	8	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	94
42	29	P	S1	12	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5	3	5	4	5	2	5	4	5	76
43	33	P	S1	11	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	73
44	29	P	S1	10	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	93
45	35	L	S1	11	4	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	90
46	32	P	DIII	10	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	74
47	45	P	SMA	25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	77
48	38	L	SMA	16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	77
49	40	P	SMA	17	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	70
50	50	P	S1	15	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	70
51	33	L	DIII	2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	71
52	33	L	S1	2	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	73
53	40	P	S1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	5	5	5	81
54	40	L	SMA	11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	77
55	27	P	DIII	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	3	4	4	5	4	4	80
56	30	L	S1	4	4	3	4	4	4	4	5	3	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	68
57	40	P	SMA	10	4	3	2	2	4	4	4	2	3	3	4	3	4	3	2	2	4	3	4	60
58	39	L	DIII	11	3	3	2	2	2	3	2	3	3	4	3	3	3	4	2	2	3	2	2	52
59	25	P	DIII	4	4	3	2	2	4	4	2	3	3	4	3	4	3	2	2	4	3	4	4	60
60	28	P	S1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	62
61	36	P	SMA	12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	76
62	27	P	DIII	1	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	90
63	34	P	S1	5	5	4	4	4	3	4	3	5	3	5	5	4	4	3	4	3	4	5	5	77
64	67	P	S1	11	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	72
65	32	P	SMA	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	71
66	24	L	SMA	6	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	78
67	28	L	DIII	1	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	81
68	35	P	DIII	2	2	2	4	4	4	4	2	4	4	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	56
69	32	P	DIII	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	74
70	27	P	SMAK	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	74
71	42	P	SMA	8	4	3	4	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	79
72	23	P	DIII	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	74
73	43	P	SMA	15	4	5	3	5	5	5	3	3	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	85
74	45	L	SMA	22	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	70
75	36	L	SMA	10	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	69
76	39	P	SMA	7	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	5	4	67
77	26	P	S2	1	4	3	3	3	3	3	4	4												

LAMPIRAN 4



Frequencies

Statistics

Umur

N	Valid	83
	Missing	0

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	27	32.5	32.5	32.5
2	37	44.6	44.6	77.1
3	16	19.3	19.3	96.4
4	3	3.6	3.6	100.0
Total	83	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Sex

N	Valid	83
	Missing	0

Sex

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	23	27.7	27.7	27.7
2	60	72.3	72.3	100.0
Total	83	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Tk.pddkn

N	Valid	83
	Missing	0

Tk.pddkn

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	4.8	4.8	4.8
2	21	25.3	25.3	30.1
3	28	33.7	33.7	63.9
4	30	36.1	36.1	100.0
Total	83	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Iamakerja

N	Valid	83
	Missing	0

Iamakerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	32	38.6	38.6	38.6
2	31	37.3	37.3	75.9
3	12	14.5	14.5	90.4
4	8	9.6	9.6	100.0
Total	83	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
dsk1	83	3	5	4.41	.542	.294
dsk2	83	3	5	4.30	.487	.237
dsk3	83	2	5	4.05	.623	.388
dsk4	83	3	5	4.24	.617	.380
dsk5	83	2	5	3.93	.640	.409
dsk6	83	3	5	3.99	.574	.329
dsk7	83	2	5	4.00	.625	.390
dsk8	83	2	5	4.00	.681	.463
dsk9	83	2	5	3.86	.751	.564
dsk10	83	2	5	3.81	.614	.377
dsk11	83	2	5	3.99	.707	.500
dsk12	83	2	5	4.06	.687	.472
dsk13	83	2	5	3.94	.669	.448
dsk14	83	2	5	4.04	.652	.426
dsk15	83	2	5	4.20	.639	.409
dsk16	83	3	5	4.12	.632	.400
dsk17	83	2	5	4.29	.615	.379
Valid N (listwise)	83					

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
pppk1	83	2	5	3.98	.563	.316
pppk2	83	2	5	4.10	.555	.308
pppk3	83	2	5	3.93	.659	.434
pppk4	83	2	5	3.99	.634	.402
pppk5	83	2	5	4.02	.563	.316
pppk6	83	2	5	3.99	.634	.402
pppk7	83	2	5	3.86	.813	.662
pppk8	83	2	5	3.82	.735	.540
pppk9	83	2	5	3.76	.919	.844
pppk10	83	2	5	3.86	.783	.613
pppk11	83	2	5	3.81	.756	.572
pppk12	83	2	5	3.94	.755	.569
pppk13	83	2	5	4.08	.589	.346
pppk14	83	2	5	4.11	.563	.317
pppk15	83	3	5	4.07	.536	.287
pppk16	83	2	5	4.08	.499	.249
pppk17	83	2	5	3.92	.684	.468
pppk18	83	3	5	4.05	.603	.364
pppk19	83	3	5	4.16	.481	.231
Valid N (listwise)	83					

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
ko1	83	2	5	3.58	.939	.881
ko2	83	2	5	3.73	.700	.490
ko3	83	2	5	3.77	.754	.569
ko4	83	2	5	3.82	.665	.443
ko5	83	2	5	3.75	.660	.435
ko6	83	2	5	3.84	.653	.426
ko7	83	2	5	3.61	.935	.874
ko8	83	2	5	3.81	.689	.475
ko9	83	2	5	3.66	.816	.665
ko10	83	3	5	4.08	.499	.249
ko11	83	2	5	3.82	.814	.662
ko12	83	2	5	3.88	.572	.327
ko13	83	2	5	3.92	.609	.371
ko14	83	2	5	3.76	.655	.429
ko15	83	2	5	3.78	.733	.538
ko16	83	2	5	3.27	.925	.856
ko17	83	2	5	3.73	.798	.636
ko18	83	2	5	3.82	.899	.808
ko19	83	2	5	4.01	.707	.500
Valid N (listwise)	83					

Frequencies

Statistics

		Desain Sistem Kerja	Pengelolaan Peningkatan Proses Kerja
N	Valid	83	83
	Missing	0	0
Mean		69.22	75.51
Median		69.00	75.00
Mode		76	76
Std. Deviation		6.875	7.890
Variance		47.269	62.253
Skewness		.007	.142
Std. Error of Skewness		.264	.264
Kurtosis		-.481	.540
Std. Error of Kurtosis		.523	.523
Minimum		54	56
Maximum		85	95

Statistics

		Kinerja Operasional
N	Valid	83
	Missing	0
Mean		71.65
Median		72.00
Mode		57 ^a
Std. Deviation		9.429
Variance		88.913
Skewness		.095
Std. Error of Skewness		.264
Kurtosis		-.432
Std. Error of Kurtosis		.523
Minimum		52
Maximum		94

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

DesainSistemKerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	54	1	1.2	1.2	1.2
	56	2	2.4	2.4	3.6
	57	1	1.2	1.2	4.8
	58	1	1.2	1.2	6.0
	59	1	1.2	1.2	7.2
	60	1	1.2	1.2	8.4
	61	6	7.2	7.2	15.7
	62	2	2.4	2.4	18.1
	63	5	6.0	6.0	24.1
	64	4	4.8	4.8	28.9
	65	2	2.4	2.4	31.3
	66	3	3.6	3.6	34.9
	67	4	4.8	4.8	39.8
	68	6	7.2	7.2	47.0
	69	5	6.0	6.0	53.0
	70	2	2.4	2.4	55.4
	71	2	2.4	2.4	57.8
	72	6	7.2	7.2	65.1
	73	3	3.6	3.6	68.7
	74	5	6.0	6.0	74.7
	75	4	4.8	4.8	79.5
	76	7	8.4	8.4	88.0
	77	3	3.6	3.6	91.6
	78	2	2.4	2.4	94.0
	80	2	2.4	2.4	96.4
	83	1	1.2	1.2	97.6
	85	2	2.4	2.4	100.0
Total		83	100.0	100.0	

Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja

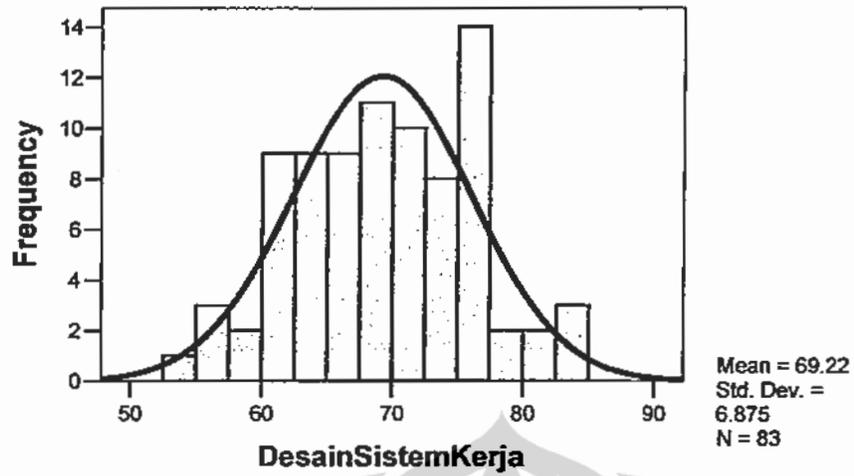
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	56	1	1.2	1.2	1.2
	58	2	2.4	2.4	3.6
	61	2	2.4	2.4	6.0
	63	2	2.4	2.4	8.4
	67	3	3.6	3.6	12.0
	68	1	1.2	1.2	13.3
	69	2	2.4	2.4	15.7
	70	1	1.2	1.2	16.9
	71	8	9.6	9.6	26.5
	72	6	7.2	7.2	33.7
	73	3	3.6	3.6	37.3
	74	7	8.4	8.4	45.8
	75	7	8.4	8.4	54.2
	76	9	10.8	10.8	65.1
	77	4	4.8	4.8	69.9
	78	2	2.4	2.4	72.3
	79	2	2.4	2.4	74.7
	80	2	2.4	2.4	77.1
	81	3	3.6	3.6	80.7
	83	2	2.4	2.4	83.1
	84	4	4.8	4.8	88.0
	85	3	3.6	3.6	91.6
	88	1	1.2	1.2	92.8
	91	2	2.4	2.4	95.2
	92	2	2.4	2.4	97.6
	93	1	1.2	1.2	98.8
	95	1	1.2	1.2	100.0
Total		83	100.0	100.0	

Kinerja.Operasional

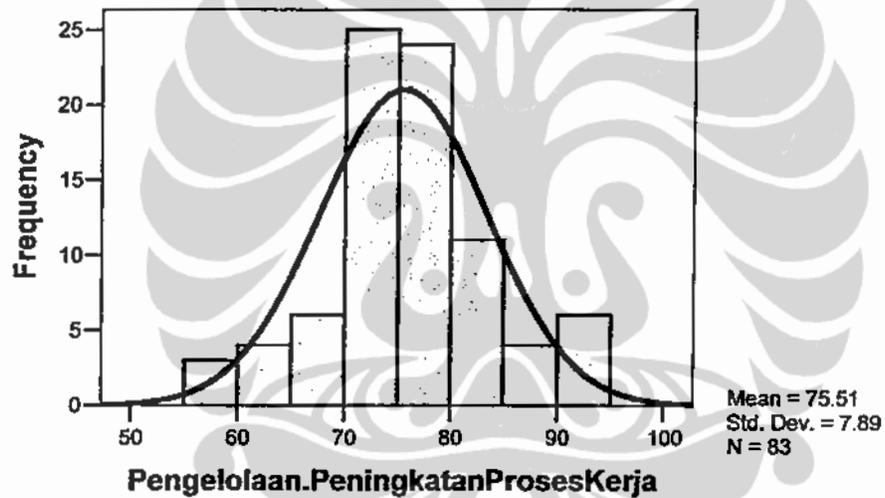
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	52	1	1.2	1.2	1.2
	56	1	1.2	1.2	2.4
	57	5	6.0	6.0	8.4
	58	3	3.6	3.6	12.0
	59	2	2.4	2.4	14.5
	60	3	3.6	3.6	18.1
	62	2	2.4	2.4	20.5
	63	2	2.4	2.4	22.9
	64	1	1.2	1.2	24.1
	65	1	1.2	1.2	25.3
	66	1	1.2	1.2	26.5
	67	4	4.8	4.8	31.3
	68	2	2.4	2.4	33.7
	69	4	4.8	4.8	38.6
	70	4	4.8	4.8	43.4
	71	5	6.0	6.0	49.4
	72	3	3.6	3.6	53.0
	73	3	3.6	3.6	56.6
	74	5	6.0	6.0	62.7
	75	2	2.4	2.4	65.1
	76	3	3.6	3.6	68.7
	77	4	4.8	4.8	73.5
	78	3	3.6	3.6	77.1
	79	3	3.6	3.6	80.7
	80	3	3.6	3.6	84.3
	81	2	2.4	2.4	86.7
	82	1	1.2	1.2	88.0
	84	2	2.4	2.4	90.4
	85	3	3.6	3.6	94.0
	86	1	1.2	1.2	95.2
	90	2	2.4	2.4	97.6
	93	1	1.2	1.2	98.8
	94	1	1.2	1.2	100.0
Total		83	100.0	100.0	

Histogram

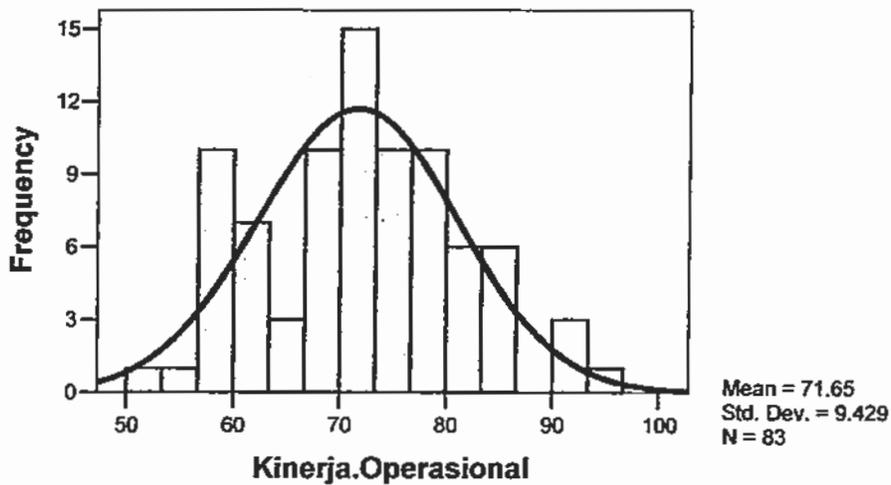
DesainSistemKerja



Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja



Kinerja.Operasional



Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
DesainSistemKerja	83	100.0%	0	.0%	83	100.0%
Pengelolaan. PeningkatanProsesKerja	83	100.0%	0	.0%	83	100.0%
Kinerja.Operasional	83	100.0%	0	.0%	83	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
DesainSistemKerja	Mean		69.22	.755
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	67.72	
		Upper Bound	70.72	
	5% Trimmed Mean		69.19	
	Median		69.00	
	Variance		47.269	
	Std. Deviation		6.875	
	Minimum		54	
	Maximum		85	
	Range		31	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		.007	.264
	Kurtosis		-.491	.523
	Pengelolaan. Peningkatan ProsesKerja	Mean		75.51
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	73.78	
		Upper Bound	77.23	
5% Trimmed Mean			75.49	
Median			75.00	
Variance			62.253	
Std. Deviation			7.890	
Minimum			56	
Maximum			95	
Range			39	
Interquartile Range			9	
Skewness			.142	.264
Kurtosis			.540	.523
Kinerja.Operasional		Mean		71.65
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	69.59	
		Upper Bound	73.71	
	5% Trimmed Mean		71.44	
	Median		72.00	
	Variance		88.913	
	Std. Deviation		9.429	
	Minimum		52	
	Maximum		94	
	Range		42	
	Interquartile Range		13	
	Skewness		.095	.264
	Kurtosis		-.432	.523

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DesainSistemKerja	.079	83	.200*	.985	83	.456
Pengelolaan.	.126	83	.002	.967	83	.029
PeningkatanProsesKerja	.072	83	.200*	.982	83	.279

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

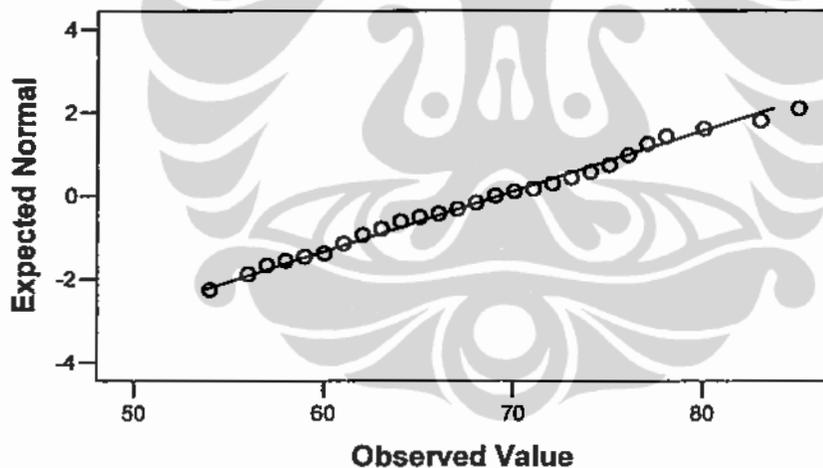
DesainSistemKerja

DesainSistemKerja Stem-and-Leaf Plot

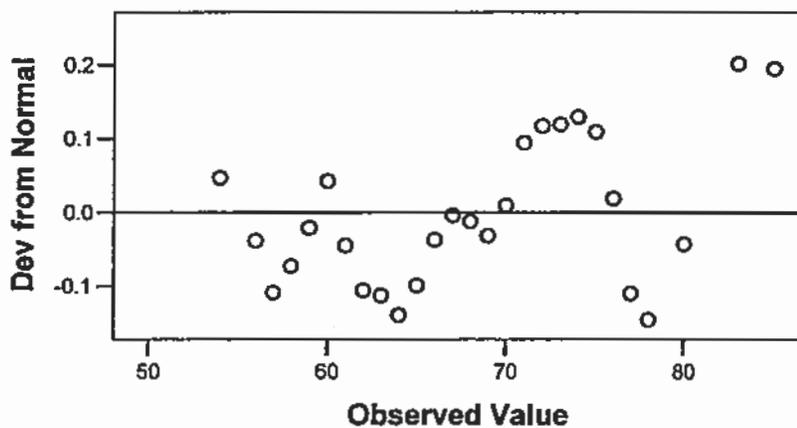
Frequency	Stem & Leaf
1.00	5 . 4
5.00	5 . 66789
18.00	6 . 011111122333334444
20.00	6 . 5566677778888899999
18.00	7 . 00112222233344444
16.00	7 . 555566666677788
3.00	8 . 003
2.00	8 . 55

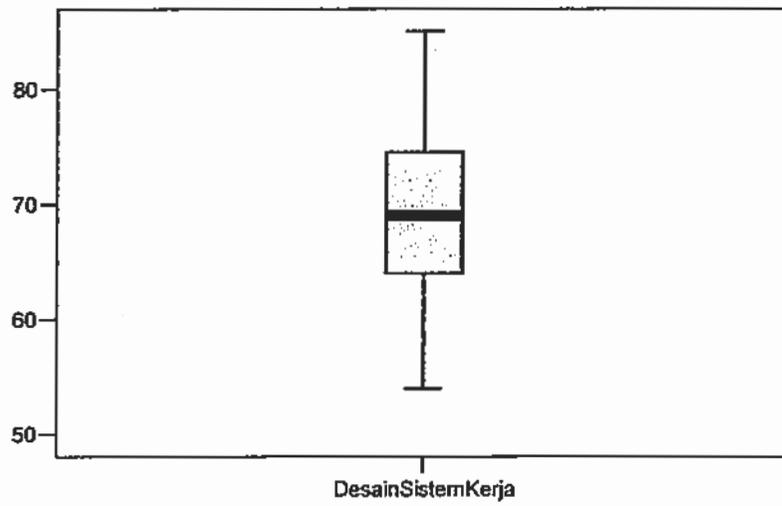
Stem width: 10
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of DesainSistemKerja



Detrended Normal Q-Q Plot of DesainSistemKerja





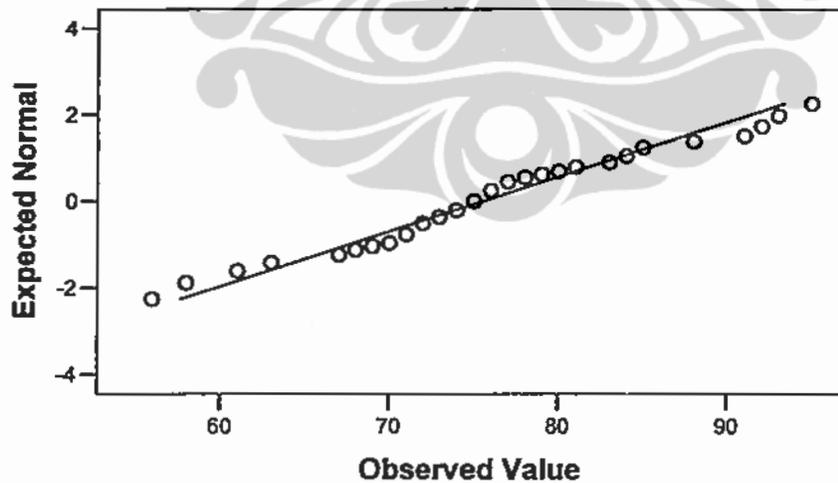
Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja

Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja Stem-and-Leaf Plot

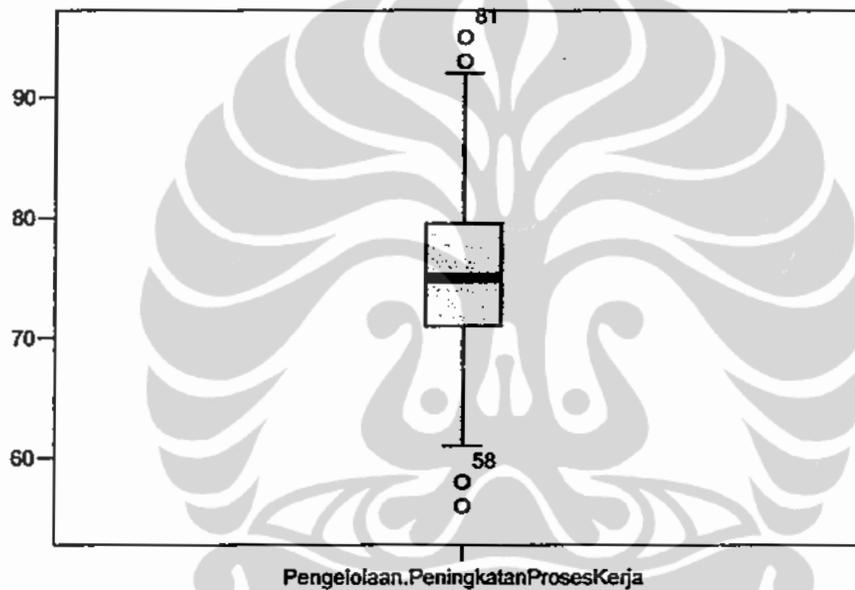
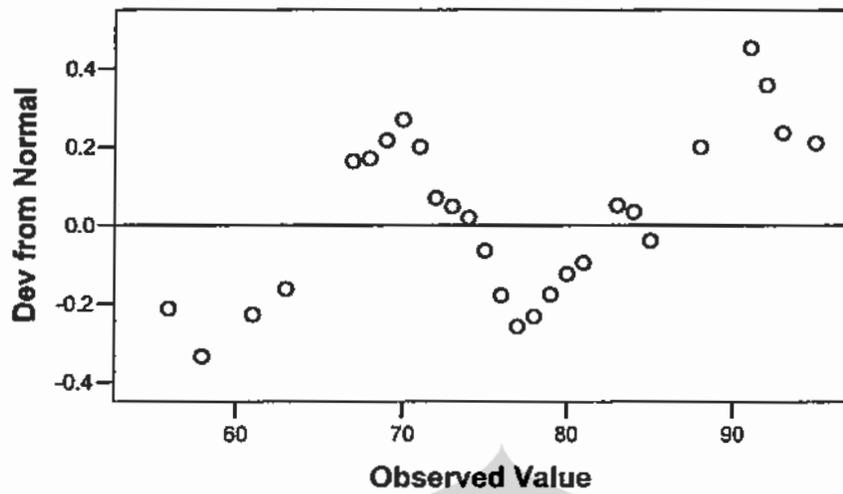
Frequency	Stem	Leaf
3.00	Extremes	(=<58)
4.00	6	. 1133
6.00	6	. 777899
25.00	7	. 011111111222222333444444
24.00	7	. 55555566666666677778899
11.00	8	. 00111334444
4.00	8	. 5558
4.00	9	. 1122
2.00	Extremes	(>=93)

Stem width: 10
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja



**Detrended Normal Q-Q Plot of Pengelolaan.
PeningkatanProsesKerja**



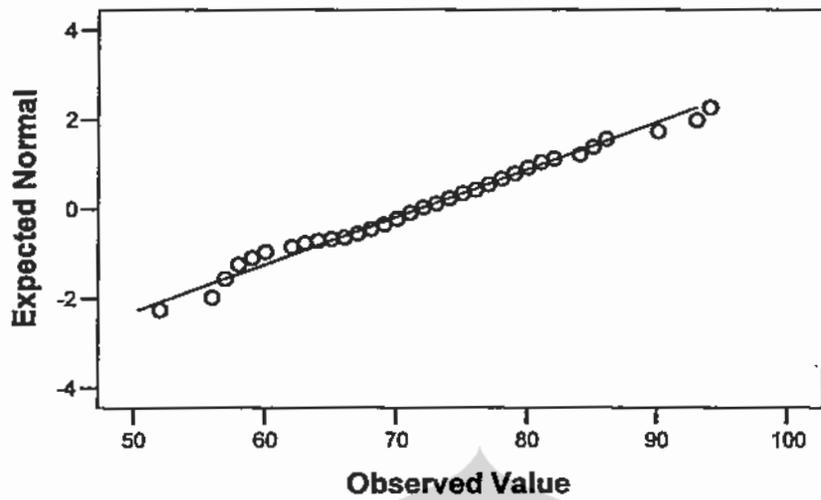
Kinerja.Operasional

Kinerja.Operasional Stem-and-Leaf Plot

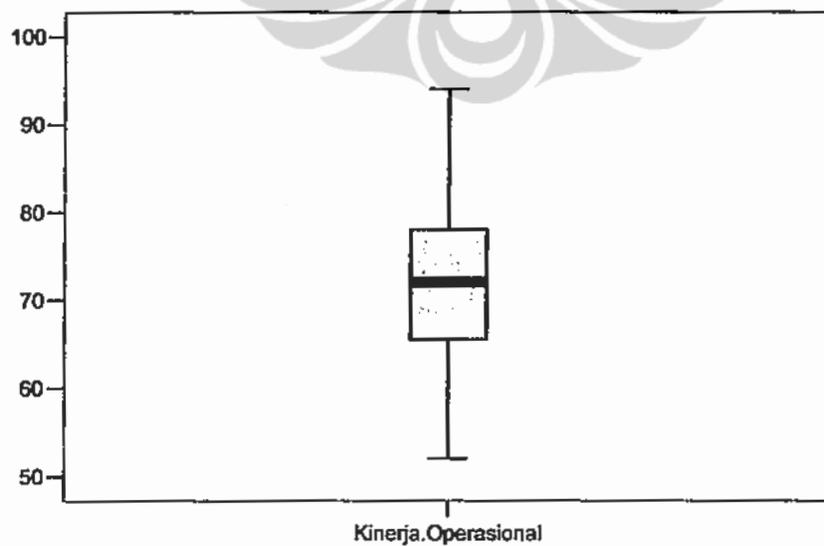
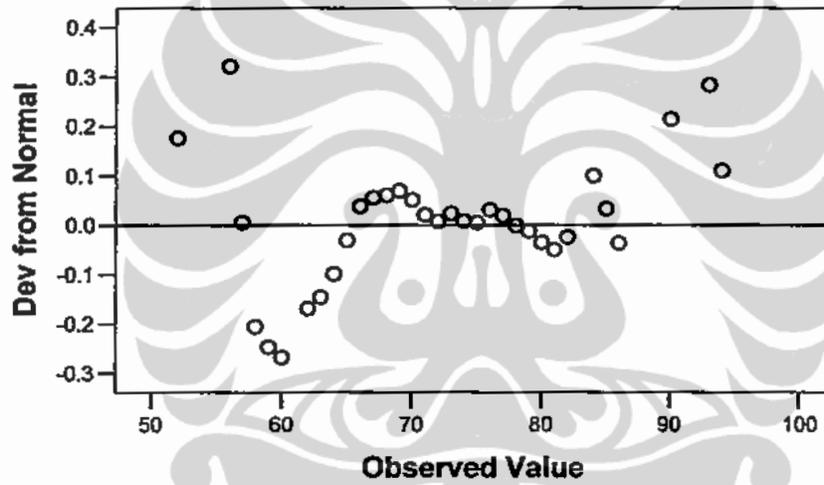
Frequency	Stem & Leaf
1.00	5 . 2
11.00	5 . 67777788899
8.00	6 . 00022334
12.00	6 . 567777889999
20.00	7 . 00001111122233344444
15.00	7 . 556667777888999
8.00	8 . 00011244
4.00	8 . 5556
4.00	9 . 0034

Stem width: 10
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of Kinerja.Operasional



Detrended Normal Q-Q Plot of Kinerja.Operasional



NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Desain Sistem Kerja	Pengelolaan. Peningkatan ProsesKerja	Kinerja. Operasional
N		83	83	83
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	69.22	75.51	71.65
	Std. Deviation	6.875	7.890	9.429
Most Extreme Differences	Absolute	.079	.126	.072
	Positive	.065	.126	.072
	Negative	-.079	-.115	-.052
Kolmogorov-Smirnov Z		.719	1.145	.660
Asymp. Sig. (2-tailed)		.680	.145	.777

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Correlations

Correlations

		Desain Sistem Kerja	Pengelolaan. Peningkatan ProsesKerja	Kinerja. Operasional
Desain SistemKerja	Pearson Correlation	1	.587**	.538**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	83	83	83
Pengelolaan. Peningkatan ProsesKerja	Pearson Correlation	.587**	1	.688**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	83	83	83
Kinerja. Operasional	Pearson Correlation	.538**	.688**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	83	83	83

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Regression

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja, DesainSistemKerja		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Kinerja.Operasional

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.708 ^a	.501	.488	6.746	1.427

a. Predictors: (Constant), Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja, DesainSistemKerja

b. Dependent Variable: Kinerja.Operasional

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3650.555	2	1825.278	40.113	.000 ^a
	Residual	3640.312	80	45.504		
	Total	7290.867	82			

a. Predictors: (Constant), Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja, DesainSistemKerja

b. Dependent Variable: Kinerja.Operasional

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.005	8.254		.122	.903		
	Desain SistemKerja	.280	.134	.204	2.090	.040	.655	1.526
	Pengelolaan. Peningkatan ProsesKerja	.679	.117	.568	5.823	.000	.655	1.526

a. Dependent Variable: Kinerja.Operasional

Coefficient Correlations^a

Model		Pengelolaan. Peningkatan ProsesKerja	Desain Sistem Kerja
1	Correlations	Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja	1.000
		DesainSistemKerja	-.587
	Covariances	Pengelolaan.PeningkatanProsesKerja	.014
		DesainSistemKerja	-.009

a. Dependent Variable: Kinerja.Operasional

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Desain SistemKerja	Pengelolaan. Peningkatan ProsesKerja
1	1	2.990	1.000	.00	.00	.00
	2	.005	23.400	.93	.06	.40
	3	.004	26.897	.07	.94	.60

a. Dependent Variable: Kinerja.Operasional

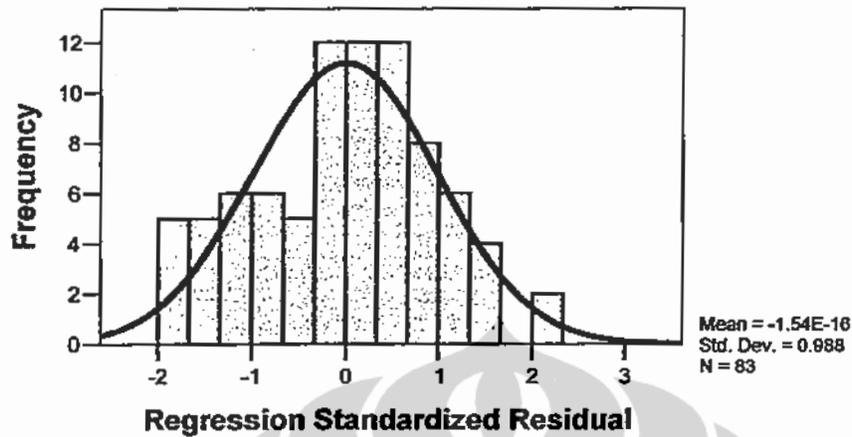
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	56.06	87.95	71.65	6.672	83
Std. Predicted Value	-2.336	2.442	.000	1.000	83
Standard Error of Predicted Value	.742	2.708	1.210	.428	83
Adjusted Predicted Value	56.41	87.74	71.63	6.690	83
Residual	-13.127	15.586	.000	6.663	83
Std. Residual	-1.946	2.311	.000	.988	83
Stud. Residual	-1.964	2.342	.002	1.005	83
Deleted Residual	-13.371	16.178	.022	6.899	83
Stud. Deleted Residual	-2.001	2.412	.001	1.015	83
Mahal. Distance	.004	12.228	1.976	2.327	83
Cook's Distance	.000	.090	.012	.018	83
Centered Leverage Value	.000	.149	.024	.028	83

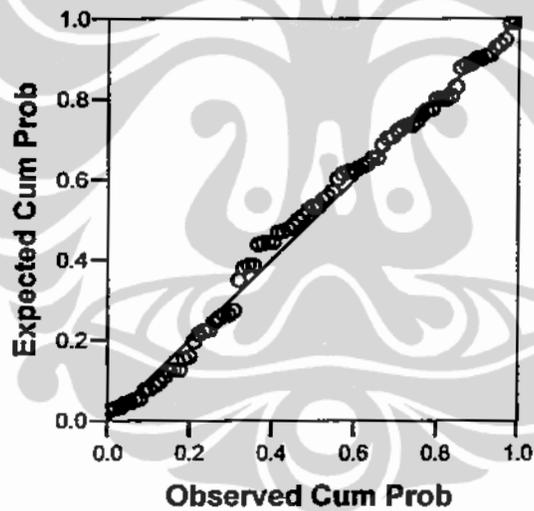
a. Dependent Variable: Kinerja.Operasional

Charts

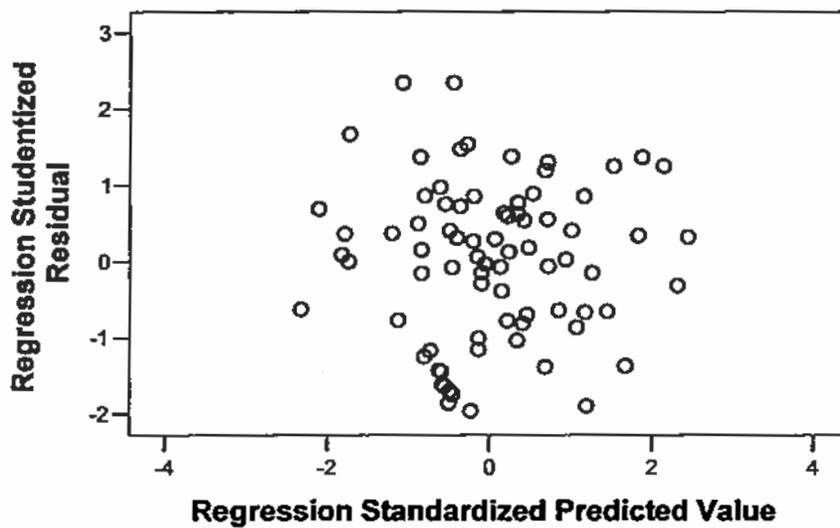
Histogram
Dependent Variable: Kinerja.Operasional



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: Kinerja.Operasional



Scatterplot
Dependent Variable: Kinerja.Operasional



Perhitungan Homogenitas Varians Y dilihat dari X1

sort										
No	X1	Y	Kel	dk	1/dk	S_1^2	$\log S_1^2$	dk S_1^2	dk $\log S_1^2$	
1	54	84	1							
2	56	85	2	1	1.000	98	1.991	98.00	1.99	
3	56	71								
4	57	84	3							
5	58	67	4							
6	59	83	5							
7	60	71	6							
8	61	67	7	5	0.200	49.466667	1.694	247.33	8.47	
9	61	85								
10	61	70								
11	61	81								
12	61	72								
13	61	71								
14	62	74	8	1	1.000	0.5	-0.301	0.50	-0.30	
15	62	75								
16	63	72	9	4	0.250	22.3	1.348	89.20	5.39	
17	63	71								
18	63	72								
19	63	81								
20	63	71								
21	64	73	10	3	0.333	4	0.602	12.00	1.81	
22	64	73								
23	64	73								
24	64	69								
25	65	81	11	1	1.000	72	1.857	72.00	1.86	
26	65	69								
27	66	72	12	2	0.500	4.3333333	0.637	8.67	1.27	
28	66	75								
29	66	76								
30	67	68	13	3	0.333	24.916667	1.398	74.75	4.19	
31	67	78								
32	67	79								
33	67	76								
34	68	74	14	5	0.200	13.066667	1.116	65.33	5.58	
35	68	78								
36	68	79								
37	68	83								
38	68	80								
39	68	84								
40	69	74	15	4	0.250	77.3	1.888	309.20	7.55	
41	69	92								
42	69	74								
43	69	81		3	0.333	62	1.792	186.00	5.38	
44	69	91								
45	70	93	16	1	1.000	0.5	-0.301	0.50	-0.30	
46	70	82								
47	71	76	17	1	1.000	0.5	-0.301	0.50	-0.30	
48	71	77								
49	72	75	18	5	0.200	4.9666667	0.698	24.53	3.48	
50	72	77								
51	72	75								
52	72	71								
53	72	77								
54	72	76								
55	73	87	19	2	0.500	18	1.204	32.00	2.41	
56	73	71								
57	73	63								
58	74	58	20	4	0.250	157.7	2.198	630.80	8.79	
59	74	63								
60	74	61								
61	74	76								
62	74	88								
63	75	84	21	3	0.333	34.916667	1.543	104.75	4.63	
64	75	71								
65	75	72								
66	75	76								
67	76	85	22	6	0.167	19.333333	1.286	118.00	7.72	
68	76	74								
69	76	77								
70	76	77								
71	76	74								
72	76	72								
73	76	80								
74	77	75	23	2	0.500	0.3333333	-0.477	0.67	-0.95	
75	77	75								
76	77	76								
77	78	59	24	1	1.000	128	2.107	128.00	2.11	
78	78	74								
79	80	75	25	1	1.000	180.5	2.256	180.50	2.28	
80	80	56								
81	83	95	26							
82	85	91	27	1	1.000	112.5	2.051	112.50	2.05	
83	85	76								
Jumlah	5745	6268		59	12.35	1083.1333	26.285	2494.033	75.08	

Keterangan	
dk	59.00
$\frac{1}{dk}$	42.27
$\log m^2$	1.63
Nilai B	95.04
Harga X^2 $\frac{1}{dk}$	48.03
Harga X^2 $\frac{1}{dk}$	79.08
Status -1	Ho diterima
Status -2	Homogen

Perhitungan Homogenitas Varian Y dilihat dari X2

No	X2	Y	Kel	dk	fidk	S _y ²	Log S _y ²	dk S _y ²	dk Log S _y ²	
1	56	67		1						
2	56	75		2	1	1.000	32	1.505	32.00	1.51
3	56	67								
4	61	73		3	1	1.000	98	1.991	98.00	1.99
5	61	59								
6	63	82		4	1	1.000	64.5	1.927	64.50	1.93
7	63	69								
8	67	60		5	2	0.500	44.333333	1.647	68.67	3.29
9	67	79								
10	67	75								
11	68	78		6						
12	69	58		7	1	1.000	0.5	-0.301	0.50	-0.30
13	69	59								
14	70	57		8						
15	71	57		9	7	0.143	26.285714	1.420	184.00	9.94
16	71	57								
17	71	57								
18	71	57								
19	71	71								
20	71	58								
21	71	64								
22	71	63								
23	72	63		10	5	0.200	55.2	1.742	276.00	8.71
24	72	84								
25	72	68								
26	72	65								
27	72	71								
28	72	69								
29	73	72		11	2		49	1.690	98.00	3.38
30	73	59								
31	73	70								
32	74	87		12	8		33.962381	1.531	203.71	9.19
33	74	72								
34	74	71								
35	74	78								
36	74	76								
37	74	84								
38	74	80								
39	75	85		13	6		69.819048	1.843	417.71	11.00
40	75	80								
41	75	94								
42	75	76								
43	75	73								
44	75	93								
45	75	90								
46	76	74		14	8		14.527778	1.162	118.22	9.30
47	76	77								
48	76	77								
49	76	70								
50	76	70								
51	76	71								
52	76	73								
53	76	81								
54	76	77								
55	77	80		15	3	0.333	142.69987	2.154	428.00	6.46
56	77	68								
57	77	80								
58	77	52								
59	78	60		16	1		2	0.301	2.00	0.30
60	78	62								
61	79	76		17	1		98	1.991	98.00	1.99
62	79	90								
63	80	77		18	1		12.5	1.097	12.50	1.10
64	80	72								
65	81	71		19	2	0.500	26.333333	1.421	52.67	2.84
66	81	78								
67	81	81								
68	83	56		20	1		162	2.210	162.00	2.21
69	83	74								
70	84	74		21	3		27.333333	1.437	82.00	4.31
71	84	79								
72	84	74								
73	84	85								
74	85	70		22	2		2.3333333	0.368	4.67	0.74
75	85	69								
76	85	67								
77	88	62		23						
78	81	74		24	1		12.5	1.097	12.50	1.10
79	91	69								
80	92	60		25	1		312.5	2.495	312.50	2.49
81	92	85								
82	93	86		26						
83	95	79		27						
Jumlah	6267	5948		58		5.8781905	1308.0849	30.727	2786.151	83.52

Keterangan	
dk	45.00
s ²	49.40
log s ²	1.69
Nilai B	94.85
Harga X ² tabel	26.07
Harga X ² peng	61.85
Status -1	Ho diterima
Status -2	Homogen



RUMAH SAKIT
MH Thamrin
INTERNASIONAL SALEMBA

Nomor : 1552/B/RS-MHTIS/IX/2008

Jakarta, 25 September 2008

Lamp : -

Perihal : **Pemberian Ijin**

Kepada Yth,
Wakil Dekan FKMUI
Kampus Baru Universitas Indonesia
Depok 16424

Dengan hormat,

Sehubungan surat yang kami terima tanggal 22 September 2008 dengan Nomor. 5380/PT.02.H5.FKMUI/I/2008 tertanggal 11 September 2008 perihal Ijin penelitian dan menggunakan data untuk penulisan tesis mahasiswa yaitu :

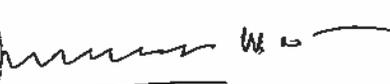
Nama : **Shinta Trilusita**
NPM : 0606153973
Tahun Angkatan : 2006/2007
Program Studi : **Kajian Administrasi Rumah Sakit**

maka pada prinsipnya kami tidak keberatan atas permohonan tersebut apabila dapat memenuhi ketentuan dari RS MH Thamrin Internasional Salemba, sebelum melaksanakan kegiatan agar menghubungi Panitia Diklat di Lantai 9 untuk menyelesaikan persyaratan administratif.

Demikian disampaikan, agar menjadi maklum. Atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

RS MH Thamrin Internasional Salemba




Dr. Yanuar Sjaff Maarifat, MPH, MM
Direktur Utama

Tembusan :

1. Panitia Diklat RS MH Thamrin Internasional Salemba.
2. Arsip.