

Kode>Nama Rumpun Ilmu: Manajemen Rumah Sakit  
Bidang Fokus\*\*: BIDANG X Kajian Sumber Daya Manusia

## LAPORAN PENELITIAN UNGGULAN PROGRAM STUDI



### MODEL SISTEM REMUNERASI SEBAGAI STRATEGI PENINGKATAN MUTU, EFEKTIVITAS BIAYA, OUTCOME RUMAH SAKIT AMAL USAHA MUHAMMADIYAH

#### TIM PENGUSUL

##### Ketua Tim:

**Dr. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M (NIDN 0311065902)**

##### Anggota Tim:

**Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes., AAK. (NIDN 0531106801)**

**Dr. Ekorini, MMR. (NIDN 0531017001)**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
2018**

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI**

Judul Penelitian : Model Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Peningkatan Mutu, Efektivitas Biaya, Outcome RumahSakitAmal Usaha Muhammadiyah

**Kode>Nama Rumpun Ilmu** : 351/Kesehatan Masyarakat

**Bidang Unggulan PT** : Penelitian Dasar Unggulan Perguruan Tinggi (PDUPT)

**Topik Unggulan** : Pengembangan ekonomi dan manajemen: bisnis

**Ketua Peneliti**

a. NamaLengkap : Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.

b. NIDN : 0311065902

c. Jabatan Fungsional : Lektor

d. Program Studi : Manajemen Rumah Sakit

e. Nomor HP : 08121868736

f. Alamat surel (e-mail) : nurhidayah@pasca.umy.ac.id

**Anggota Peneliti (1)**

d. Nama Lengkap : Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes, AAK.

e. NIDN : 0531106801

f. PerguruanTinggi : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

d. NamaLengkap : dr. Ekorini, MMR.

e. NIDN : 0531017001

f. PerguruanTinggi : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Lama Penelitian Keseluruhan: 2 tahun

Usulan PenelitianTahun ke- : 1

Biaya Penelitian Keseluruhan: Rp205.000.000

- diusulkan ke DRPM : Rp195.000.000

- dana internal PT : Rp 5.000.000

- dana institusi lain : Rp 5.000.000/ *in kind* tuliskan:

Biaya Luaran Tambahan :-

Yogyakarta, 8 Juni 2017

Mengetahui,

Direktur Program PascasarjanaUMY

Ketua Peneliti,

Sri Atmaja Putra JNNR,ST, M.Eng.Sc., Ph.D., P.E  
NIDN 0515047801

Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M  
NIDN 0311065902

KetuaLP3M UMY

Dr. Ir. Gatot Supangkat, M.P  
NIDN 00223106201



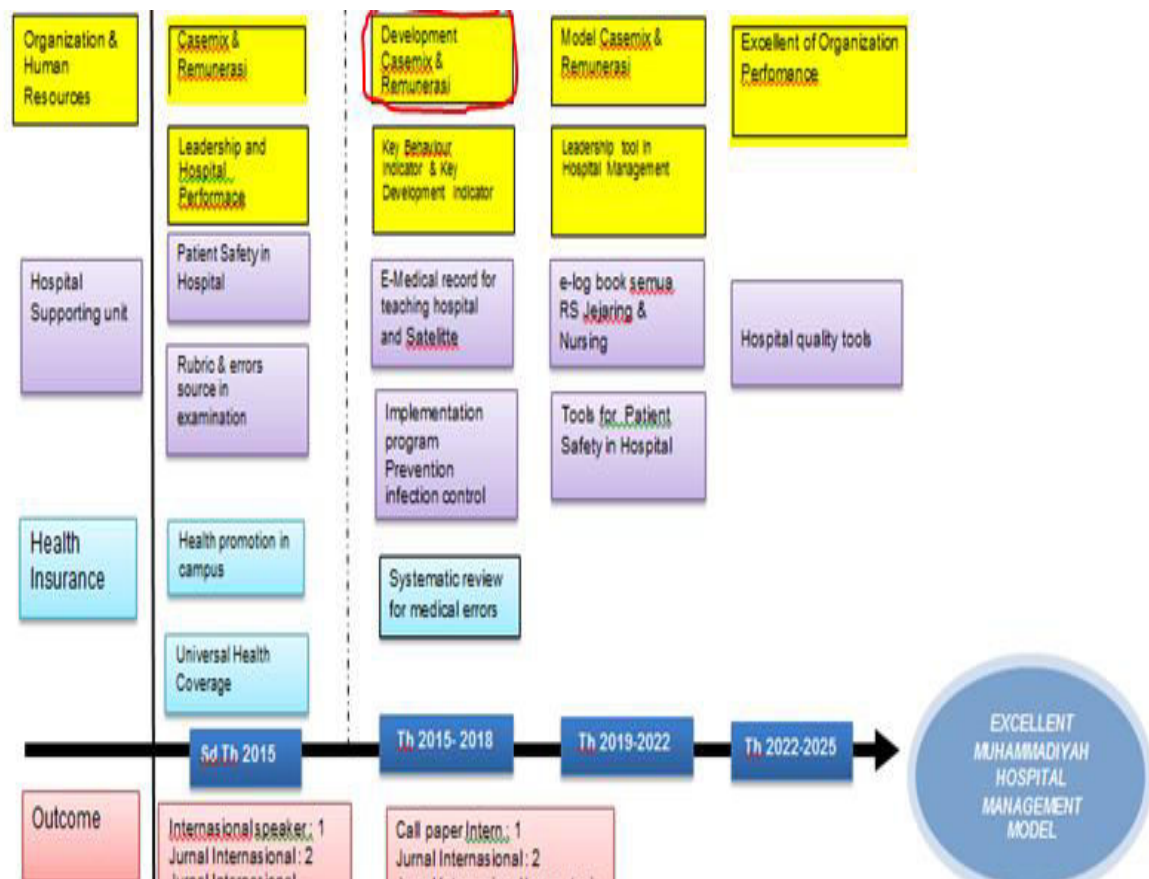
## RINGKASAN

Penelitian ini bertujuan jangka panjang untuk membuat model sistem remunerasi yang dapat digunakan di rumah-rumah sakit PKU Muhammadiyah dan RS Aisyiah di Indonesia. Selama ini rumah sakit pemerintah yang bernetuk Badan Layanan Umum sudah melaksanakan sistem remunerasi berdasarkan pada Pedoman Sistem Remunerasi dari Kementerian Kesehatan yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 625 tahun 2010 Tentang Pedoman Penyusunan Sistem Remunerasi Pegawai Badan Layanan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Untuk rumah sakit daerah dan rumah sakit swasta belum ada pedomannya, namun dapat menggunakan Pedoman untuk rumah sakit BLU tersebut dengan modifikasi sesuai dengan kebutuhan rumah sakitnya. Model sistem remunerasi tersebut menekankan pada kinerja individu dan kinerja unit di rumah sakit, juga pada proporsionalitas pembayaran berdasarkan jabatan atau pekerjaannya, namun juga memperhatikan hak-hak perseorangan dari pegawai.

Terinspirasi dari model sistem remunerasi tersebut banyak rumah sakit daerah maupun swasta yang mulai menerapkan sistem remunerasi walaupun belum secara total. Sistem remunerasi adalah pembayaran secara paket berdasarkan hasil perhitungan nilai jabatan, nilai kinerja dan kebutuhan perseorangan. Hal ini sesuai dengan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit yang berlaku untuk seluruh rumah sakit di Indonesia yang menggunakan paket INA-CBGs. Namun ada keunikan bagi dokter dan dokter spesialis dalam hal Surat Ijin Praktek, dibolehkan di tiga tempat praktek. Jadi dokter dan dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit BLU yang menggunakan sistem remunerasi total, memungkinkan bekerja juga di rumah sakit swasta dan di rumah sakit daerah. Sistem remunerasi hanya cocok untuk dokter tetap di sebuah rumah sakit yang digaji secara tetap oleh rumah sakit berdasarkan jabatannya, lama kerja, pendidikan dan pengalamannya. Sedangkan rumah sakit swasta dokter tetap hanya sedikit, dokter tidak tetap terutama dokter-dokter spesialis lebih banyak. Dokter tidak tetap biasanya menggunakan pembayaran dengan skema *fee for service* (FFS) sehingga rumah sakit harus mempunyai dana talangan yang besar untuk membayar FFS tersebut, karena pembayaran jasa pelayanan kesehatan menunggu hasil klaim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, bisa 1 bulan atau 2 bulan, bahkan kadang-kadang tidak bisa diklaim karena ada kesalahan coding sehingga tidak dibayar oleh BPJS.

Bagaimana rumah-rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiah mengatasi masalah pembayaran jasa pegawainya, terutama untuk dokter spesialis yang menjadi tulang punggung pelayanan kesehatan di rumah sakit? Model sistem remunerasi yang bagaimana yang paling cocok? Topik tentang sistem remunerasi ini menjadi bagian dari Roadmap Penelitian Program Studi MMR UMY sebagai berikut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa remunerasi berpengaruh secara positif signifikan terhadap mutu pelayanan, efektivitas biaya dan luaran rumah sakit. Fee for service masih terus dilaksanakan dikombinasikan dengan system remunerasi yang terdiri dari *fee for position*, *performance*, dan *people*, antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya proporsinya berbeda-beda tergantung dari kebijakan rumah sakit.



Gambar Road Map Penelitian Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit

## BAB I PENDAHULUAN

### Latar Belakang Masalah

Sejak tanggal 1 Januari 2014, Pemerintah Indonesia telah memberlakukan pelaksanaan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Seluruh rakyat Indonesia wajib menjadi peserta JKN pada tahun 2019. Jumlah pasien peserta JKN di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan sudah mencapai antara 60 persen hingga 80 persen dibandingkan dengan pasien umum.

Dengan semakin tingginya jumlah peserta JKN yang dilayani oleh rumah sakit, maka rumah sakit harus memperbaiki manajemennya, agar dapat menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi di lingkungan eksternalnya, termasuk proporsi jumlah pasien peserta JKN yang terus meningkat dari waktu-kewaktu. Salah satu perubahan yang sangat

signifikan yang harus diikuti oleh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS adalah sistem pembayaran yang berupa Paket INA-CBGs (Indonesian *Case Based Groups*). Pasien tidak lagi membayar langsung ke rumah sakit, tetapi membayar iuran ke BPJS setiap bulan dengan jumlah sesuai kelas kepesertaannya. Rumah sakit melakukan klaim terhadap jasa kesehatan yang sudah dilaksanakan terhadap pasien peserta BPJS setiap bulan. Ketika pembayaran jasa rumah sakit tidak berdasarkan pelayanan yang diberikan tetapi berdasarkan pada paket INA-CBGs, maka *fee for service* menjadi tidak relevan lagi.

Berdasarkan hasil penelitian pendahuluan, Rumah sakit Muhammadiyah yang jumlahnya 104 di seluruh Indonesia, belum banyak rumah sakit yang menerapkan sistem remunerasi. Rumah sakit BLU dan BLUD juga belum semuanya menerapkan sistem remunerasi secara total. Hal tersebut menjadi masalah besar ke depannya karena pembayaran kompensasi finansial kepada pegawai tidak sejalan lagi dengan model paket pembayaran INA-CBGs.

Rumah sakit yang belum melaksanakan sistem remunerasi atau baru melaksanakan sistem remunerasi secara parsial ini bukan karena masalah *software* sistem remunerasi, karena *software* perumahsakititan sudah banyak dijual baik secara *online* maupun *offline*. Bukan pula masalah uang untuk membeli *software* perumahsakititan, tetapi masalah merubah kebiasaan dari *fee for service* yang sudah menjadi budaya selama puluhan tahun ke sistem remunerasi yang meliputi *fee for position, fee for performance, and fee for people* yang lebih adil, transparan, dan akuntabel. Masalah yang terjadi di banyak rumah sakit adalah karena langkanya dokter spesialis yang sangat dibutuhkan oleh rumah sakit, sehingga kekuatan tawar dokter spesialis sangat tinggi, sedangkan rumah sakit dalam pihak yang lemah kekuatan tawarnya. Rumah sakit berupaya untuk menghindari konflik dengan dokter spesialis, dan mempertahankan kebiasaan *fee for service*. Untuk rumah sakit swasta tipe C saja sebagai contoh ada 14 jenis dokter spesialis, masing-masing spesialis terdiri dari 3 atau 4 dokter yang secara bergantian mengisi jadwal praktek dokter spesialis. Sifat pekerjaan pun antara spesialis yang satu dengan spesialis lainnya berbeda-beda. Heterogenitas dan kompleksitas yang tinggi dari aset utama rumah sakit mengakibatkan sulitnya untuk mendapatkan kesepakatan bersama dan menyelaraskan dengan prinsip-prinsip sistem remunerasi.

Hasil penelitian di salah satu rumah sakit pemerintah terkemuka yang telah menerapkan sistem remunerasi sejak tahun 2008 berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan Nomor 165/KMK.05/2008, menunjukkan bahwa sebagian besar (71,2%) staf medik fungsional dan perawat merasa tidak puas. Ketidak-puasan tersebut di antaranya dalam hal sistem penggajian dan penentuan *grading*. Dari hasil penelitian tersebut disarankan agar sistem remunerasi di rumah sakit tersebut diperbaiki sesuai dengan

ketentuan kebijakan dan formulasi insentif dan bonus disesuaikan dengan kondisi terkini dan disosialisasikan serta dievaluasi secara tepat dan berkala (Soetisna et al., 2015).

**Penelitian ini bertujuan** untuk membangun model sistem remunerasi yang transparan, adil, proporsional dan efektif yang dapat meningkatkan motivasi, produktivitas, dan kinerja pegawai sebagai strategi untuk meningkatkan kinerja organisasi sesuai dengan visi dan misi rumah sakit. Setelah model sistem remunerasi terbentuk, bagaimana mensosialisasikannya dan merubah perilaku dari kebiasaan lama menjadi kebiasaan baru sesuai dengan perubahan realitas yang dihadapi oleh rumah sakit terkait dengan sistem remunerasi, sehingga semua pegawai dengan sukarela dapat menerima sistem remunerasi ini.

Penelitian ini termasuk skema Penelitian Unggulan Program Studi. Penelitian ini ditargetkan dapat memberikan kontribusi pada Capaian indikator penelitian unggulan strategis UMY, yaitu “Terlaksananya 10-30 penelitian antar fakultas” dan “15 – 20 persen dosen UMY mempublikasikan hasil penelitian dalam Berkala Internasional, dan 20 -30 persen dosen UMY mempublikasikan hasil penelitiannya dalam Berkala Nasional Terakreditasi”, serta “20-40 persen Dosen UMY memiliki/mempublikasikan Buku Teks/Ajar berbasis penelitian pada tahun 2015 – 2020.

Adapun rencana target capaian penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 1 Rencana Target Capaian Tahunan

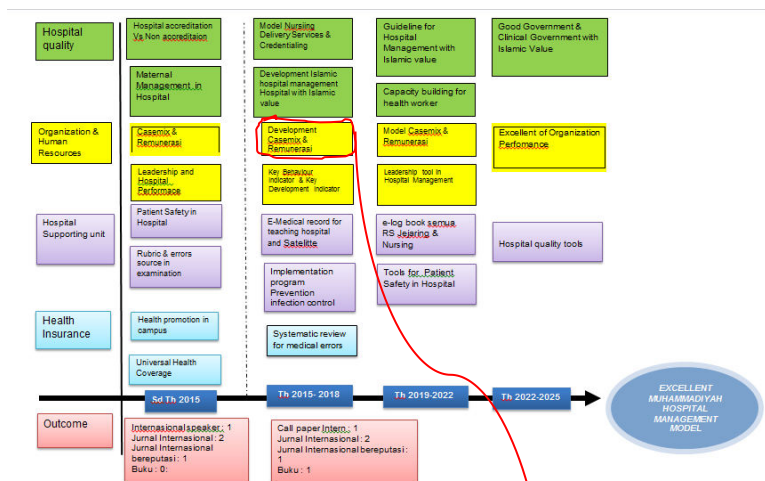
No	Jenis Luaran		Indikator Capaian	
			TS <sup>1)</sup>	TS+1
1	Publikasi ilmiah <sup>2)</sup>	Internasional	Accepted	Accepted
		Nasional Terakreditasi	Accepted	Accepted
2	Pemakalah dalam Temu Ilmiah <sup>3)</sup>	Internasional	Sudah dilaksanakan	Sudah dilaksanakan
		Nasional	Sudah dilaksanakan	Sudah dilaksanakan
3	Invited speaker dalam temu ilmiah <sup>4)</sup>	Internasional	Tidak ada	Tidak ada
		Nasional	Tidak ada	Tidak ada
4	Visiting Lecture <sup>5)</sup>	Internasional	Tidak ada	Tidak ada
5	Hak Kekayaan Intelektual <sup>6)</sup>	Paten	Tidak ada	Tidak ada
		Paten Sederhana	Tidak ada	Tidak ada
		Hak Cipta	Tidak ada	Tidak ada
		Merek dagang	Tidak ada	Tidak ada
		Rahasia Dagang	Tidak ada	Tidak ada
		Desain Produk Industri	Tidak ada	Tidak ada
		Indikasi Geografis	Tidak ada	Tidak ada
		Perlindungan Varietas Tanaman	Tidak ada	Tidak ada
6	Teknologi Tepat Guna <sup>7)</sup>	Perlindungan Topografi sirkuit terpadu	Tidak ada	Tidak ada
			Produk	Penerapan

7	Model/Purwarupa/Desain/ Karya seni/ Rekayasa Sosial <sup>8)</sup>		Produk	Penerapan
8	Buku Monograf (ISBN) <sup>9)</sup>		Sudah Terbit	Sudah Terbit
9	Tingkat Kesiapan Teknologi <sup>10)</sup>		1	1

- 1) TS = Tahun sekarang (tahun pertama penelitian)
- 2) Isi dengan tidak ada, draf, submitted, reviewed, *accepted*, atau *published*
- 3) Isi dengan tidak ada, draf, terdaftar, atau sudah dilaksanakan
- 4) Isi dengan tidak ada, draf, terdaftar, atau sudah dilaksanakan
- 5) Isi dengan tidak ada, draf, terdaftar, atau sudah dilaksanakan
- 6) Isi dengan tidak ada, draf, terdaftar, atau *granted*
- 7) Isi dengan tidak ada, draf, produk, atau penerapan
- 8) Isi dengan tidak ada, draf, produk, atau penerapan
- 9) Isi dengan tidak ada, draf, atau proses *editing*, atau sudah terbit
- 10) Isi dengan skala 1-9 dengan mengacu pada Bab 2 Tabel 2.7

## BAB 2 RENCANA STRATEGIS DAN ROADMAP PENELITIAN

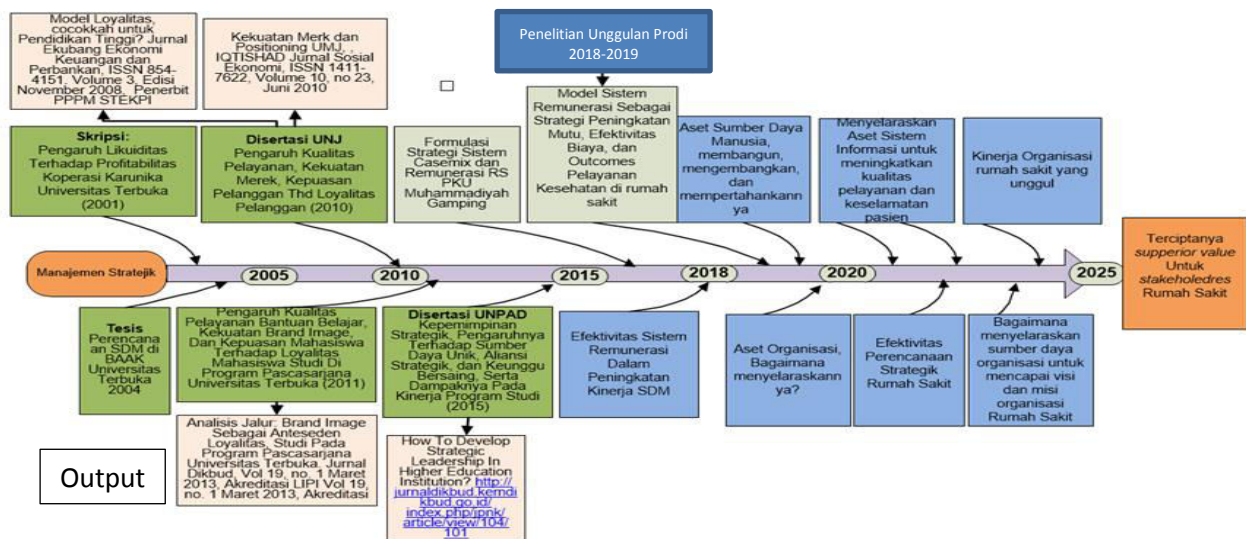
Penelitian ini mengacu pada Rencana Strategis dan *Roadmap* Penelitian Program Studi UMY tahun 2015-2025, sebagai berikut.



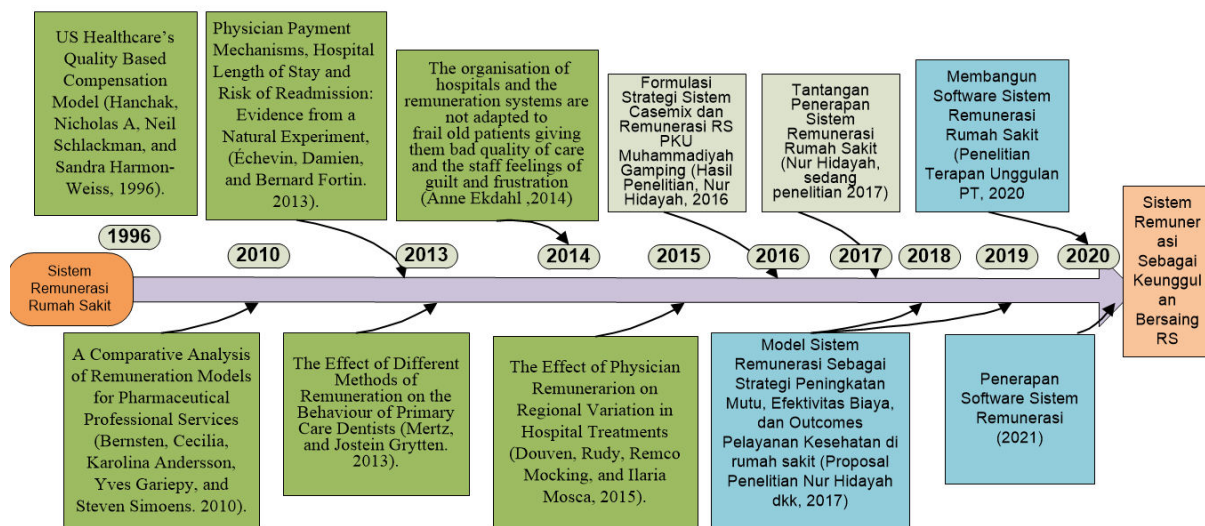
Gambar: Road Map Penelitian Prodi MMR UMY 2015 -2025

Sumber: Roadmap Prodi MMR UMY





Gambar: Roadmap peneliti dari penelitian Model Sistem Remunerasi Rumah Sakit



Gambar: Roadmap Publikasi dan Hasil Penelitian Remunerasi dari Berbagai Sumber

Model sistem remunerasi sebagai strategi peningkatan mutu, efektivitas biaya dan *outcomes* pelayanan kesehatan di rumah sakit ini memberikan kontribusi pada pengembangan ilmu manajemen, khususnya manajemen sumber daya manusia. Dalam manajemen sumber daya manusia, setelah analisis jabatan, perencanaan sumber daya manusia, rekrutmen, seleksi, dan penempatan, diperlukan penilaian kinerja. Dari hasil penilaian kinerja individu dan kinerja unit diperoleh rumusan pembayaran insentif pegawai berdasarkan kinerja yang dapat meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi biaya sehingga pengeluaran biaya menjadi lebih efektif, selanjutnya dapat memberikan *outcomes* berupa kepuasan pasien, dan kepuasan pegawai.

### **BAB 3. TINJAUAN PUSTAKA**

*State of the art* dalam penelitian ini adalah model sistem remunerasi untuk meningkatkan mutu, efektivitas biaya, dan *outcome* pelayanan kesehatan untuk rumah-rumah sakit Muhammadiyah di Indonesia yang belum menerapkan sistem remunerasi total padahal sudah ada panduan sistem remunerasi untuk RS BLU yaitu Keputusan Menteri Kesehatan No. 625 Tahun 2010, rumah sakit mampu membeli *software* sistem informasi rumah sakit yang saat ini mudah diperoleh secara *online*, atau *offline*. Belum ada *software* khusus untuk sistem remunerasi pegawai rumah sakit. Hambatan rumah sakit untuk menggunakan sistem remunerasi, disebabkan oleh berbagai hal yang perlu dianalisis lebih mendalam melalui penelitian ilmiah ini. Dari hasil penelitian terdahulu, remunerasi berpengaruh terhadap kepuasan kerja dan kinerja pegawai, terutama perawat sebagai pegawai yang proporsinya paling banyak di rumah sakit, dibandingkan dengan profesi dokter, spesialis, apoteker dan sebagainya yang bekerja di rumah sakit (Fitrianasari et al., 2013).

Hambatan dalam penerapan sistem remunerasi adalah sulitnya merubah budaya dari *fee for service* menjadi sistem remunerasi, yang selain memperhitungkan jabatan fungsional dan jabatan struktural (*fee for position*), tunjangan kesejahteraan sesuai dengan karakteristik setiap pegawai seperti tunjangan asuransi sosial, pensiun, dan sebagainya (*fee for people*), juga menekankan pada kinerja pegawai dan kinerja unit kerja (*fee for performance*). Dengan demikian, ketika insentif diberikan berdasarkan kinerja pegawai dan kinerja unit, maka pegawai akan berusaha untuk memaksimalkan kinerjanya baik secara individu maupun bekerjasama dengan tim sehingga mendapatkan insentif yang memuaskan sesuai dengan kinerjanya. Indikator kinerja individu meliputi perilaku kerja dan prestasi kerja. Dalam prestasi kerja ditetapkan standar dan target mutu atau kualitas, jumlah atau kuantitas, waktu dan biaya dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan. Mutu pelayanan menghasilkan *outcome* berupa kepuasan pasien dan kepuasan pegawai. Dengan sistem remunerasi biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit lebih efektif berdasarkan pada posisi, kinerja, dan karakteristik pegawai, bukan semata-mata berdasarkan pada jabatan, tingkat pendidikan dan senioritas (lamanya kerja).

Sudah menjadi keniscayaan bagi rumah sakit untuk menggunakan sistem remunerasi karena rencana pemerintah bahwa tahun 2019 semua penduduk Republik Indonesia harus menjadi peserta JKN sehingga tercapai *Universal Health Coverage* (Soetisna et al., 2015). Sistem pembayaran jasa pelayanan kesehatan tidak lagi langsung dari pasien yang menerima pelayanan kesehatan, tetapi dari klaim ke BPJS dengan tarif paket INA-CBGs. Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur” (Peraturan Menteri Kesehatan Republik

Indonesia (PMK) Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Pasal 1 Ayat 3). *International Classification of Diseases version 10 (ICD 10)* dan *International Classification of Diseases version 9 Clinical Modification (ICD 9 CM)* adalah kode yang digunakan secara internasional sebagai dasar acuan dalam pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Rumah sakit akan rugi jika terjadi kesalahan dalam pengkodean tersebut. Kerugian tersebut dapat berupa penundaan pembayaran klaim karena harus di-*review* ulang, atau tidak dibayar sama sekali jika tidak sesuai dengan ketentuan pengkodean. Hal ini berdampak pada ketidak-puasan bagi rumah sakit maupun BPJS. Dampak dari hal tersebut terjadi ketidak-pastian pembayaran terhadap jasa yang telah diberikan kepada pasien, sehingga rumah sakit juga mengalami kesulitan di dalam pembayaran jasa kepada pegawainya, terutama dokter-dokter spesialis.

(Hanchak et al., n.d.)(1996), menyatakan bahwa pelayanan kesehatan di U.S telah mengembangkan model kompensasi berdasarkan kualitas. Melalui kompensasi tersebut dokter-dokter pelayanan primer, rumah sakit dan para spesialis mendapatkan tambahan kompensasi berdasarkan kualitas dan efektivitas biaya dari pelayanan yang diberikan kepada pasien. Model ini jelas menggambarkan semangat untuk memperbaiki kinerja, pelayanan yang berkualitas tinggi, efektivitas biaya pelayanan dan memaksimalkan *outcome* pasien.

Rumah sakit khas dibayar dengan perjanjian FFS, yang secara umum meliputi pembayaran rata-rata perhari, untuk setiap hari waktu yang digunakan di rumah sakit, tetapi juga meliputi rata-rata kasus untuk seluruh waktu selama berada di rumah sakit, contoh yang jarang, pembayaran mungkin didasarkan pada presentasi dari biaya aktualnya. Dokter di rumah sakit, seperti spesialis anastesi dan dokter instalasi gawat darurat, umumnya pembayaran sebagai sebuah komponen biaya langsung rumah sakit untuk pasien rawat inap. Spesialis penunjang seperti spesialis radiologi dan laboratorium klinik, khusus dibayar dengan kapitasi, dan pilihan dibuat oleh dokter pelayanan primer. Kebanyakan para spesialis yang menjadi pengambil keputusan di dalam proses pelayanan kesehatan dibayar berdasarkan FFS mengacu pada skedule pembayaran pelayanan kesehatan US (Hanchak et al., n.d.) (1996).

Pengaturan kompensasi telah memperkenalkan model kompensasi berdasarkan kualitas menjadi dasar pelayanan kesehatan US. Untuk semua jenis provider pelayanan kesehatan di US telah dibentuk formula yang terdiri dari kompensasi dasar dan sebuah kesempatan untuk memperoleh kompensasi tambahan berdasarkan pada mutu dan efektivitas biaya dari pemberian pelayanan. Tambahan kompensasi ini didasarkan pada pengukuran kinerja klinik, yang menekankan pada kualitas pelayanan. Pengukuran kinerja

tersebut mempunyai keterbatasan. Mengukur proses merujuk pada sesuatu dijalankan atau tidak dijalankan. Selain itu, keterbatasan dari panduan yang berdasarkan pada bukti sebagai ukuran dari kinerja. Rata-rata komplikasi sering dijadikan ukuran sebagai *outcome* dari kinerja sebagai data yang dikumpulkan secara rutin, tetapi reliabilitas data administratif yang tersedia masih bermasalah. Selain itu ukuran dari *outcome* sering memerlukan penyesuaian dengan resiko yang masih tidak tepat. Kebanyakan para spesialis dan pelayanan rumah sakit dibayar dengan bentuk pembayaran berdasarkan jadwal (*fee-schedule-based*) dan diajukan sebagai klaim untuk penggantian pembayaran kembali. Pelayanan kesehatan di US sudah mengembangkan *casemix* dan pendekatan penyesuaian tingkat keparahan yang memperhitungkan perbedaan antar rumah sakit (Hanchak et al., n.d.) (1996).

Tahun 1999, di Quebec (Canada) pemerintah membuat reformasi atau pembaharuan tentang pilihan sistem kompensasi campuran (*Mix Compensation*) untuk para spesialis yang bekerja di rumah sakit sebagai alternatif dari sistem kompensasi tradisional yaitu *fee for service* (Échevin and Fortin, 2013).

Untuk meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan beberapa pemerintah telah merubah sistem remunerasinya sejak abad ke 20, umumnya dengan kerangka anggaran yang *fixed*, sebagai sistem yang lebih kompetitif berorientasi pasar. Perubahan sistem remunerasi ini membuat rumah sakit menjadi lebih kompetitif, dengan efektivitas biayanya dan volume produksi pelayanan yang lebih tinggi. Indikatornya sudah jelas, yaitu jumlah pasien rawat jalan, lama waktu pelayanan, mudah diakses, jumlah pengobatan dan kualitasnya, serta dokumentasi mutu pelayanan (Ekdahl, 2014).

Penelitian tentang remunerasi secara total yang meliputi semua pegawai rumah sakit yang terdiri dari berbagai profesi masih sangat jarang. Beberapa penelitian terdahulu hanya meneliti bagian dari remunerasi untuk profesi tertentu saja seperti profesi dokter gigi dan profesi farmasi. Penelitian di Scotland pada 503 praktek dokter gigi, hasilnya menunjukkan bahwa kenaikan yang signifikan secara statistik pada aktivitas klinis, untuk dokter gigi yang diberikan pembayaran secara *fee for service*. Studi ini tidak melaporkan data ukuran pemanfaatan pelayanan kesehatan atau ukuran *outcomes* pasien. Informasi tentang efektivitas biaya dari metode remunerasi yang berbeda tidak cukup. Insentif finansial di dalam sistem remunerasi mungkin menghasilkan perubahan untuk aktivitas klinis. Sangat direkomendasikan untuk melakukan penelitian eksperimen insentif finansial yang berdampak pada *outcomes* pasien (Brocklehurst et al., 2013).

Sebuah penelitian tentang model remunerasi untuk ahli farmasi, model remunerasi dibedakan di dalam cara bagaimana para ahli farmasi dibayar untuk pelayanan profesional di luar pengeluaran obat. Juga scope yang diberi remunerasi bervariasi. Kebanyakan negara

mengatur remunerasi untuk pelayanan saja ketika obat dibayar di bawah skema penggantian. Remunerasi untuk pelayanan berimplikasi pada sebuah komitmen untuk memastikan kualitas mereka di beberapa negara. Model praktek kolaboratif sudah diatur ketika ahli farmasi bekerja sama dengan profesional pelayanan kesehatan lainnya untuk menyampaikan pelayanan dengan diagnose spesifik atau pelayanan berdasarkan pada penggunaan obat untuk pasien. Remunerasi dari pelayanan dipengaruhi oleh nilai pelayanan, kendala anggaran, perspektif pembayar, dan perilaku dari dokter, ahli farmasi dan pasien. Jadi, kesimpulannya, organisasi profesional butuh untuk membuat formulasi strategi yang jelas untuk membangun dan menambah remunerasi untuk pelayanan profesional farmasi. Implikasinya, ahli farmasi bukan hanya menunjukkan nilai pelayanan tetapi juga memastikan kualitasnya (Bernsten et al., 2010). Di rumah sakit banyak profesional yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien, masing-masing profesi mempunyai perannya sendiri yang bekerja secara kolaboratif, sehingga diperlukan remunerasi gabungan yang dapat mengakomodasi semua profesi yang terlibat. Hal ini merupakan masalah yang sangat kompleks dan pelik untuk dipecahkan. Rumah sakit sebagai organisasi yang besar tidak mungkin dapat berhasil tanpa manajemen yang baik. Pihak para profesional yang terlibat langsung pada pelayanan pasien merupakan unit sumber atau pusat pendapatan rumah sakit, namun terdapat banyak unit lain di rumah sakit yang tidak langsung berhubungan dengan pelayanan pasien, namun unit tersebut merupakan unit penunjang agar pelayanan kepada pasien dapat berjalan sesuai harapan.

Penelitian tentang kepuasan kerja dokter spesialis sebagai salah satu *outcomes* pelayanan kesehatan masih sangat jarang. Satu penelitian di Manna Kabupaten Bengkulu menunjukkan bahwa kepuasan dokter spesialis masih rendah. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dokter spesialis tersebut adalah hubungan antara dokter dan pasien, fasilitas rumah sakit, hubungan dengan teman kerja, pendapatan secara keseluruhan, karakteristik pekerjaan, fasilitas yang diterima dari rumah sakit, keberadaan profesional yang tidak diketahui, keselamatan kerja di dalam bekerja, masalah keluarga, dan prospek karir. Sepuluh faktor tersebut berhubungan dengan kesenjangan ekonomi dan budaya yang diharapkan oleh dokter spesialis dan kenyataan di Rumah Sakit Umum Manna. Hasil penelitian ini memberikan rekomendasi untuk memperbaiki kebijakan kompensasi untuk dokter spesialis dan memperkuat budaya yang sesuai dengan dokter spesialis yang bekerja di Rumah Sakit Manna (Perpustakaan UGM, 2003).

Hasil penelitian di 9 rumah sakit di Netherland antara tahun 2006-2009 tentang perbedaan remunerasi dokter antara *fee for service* dengan gaji untuk menjelaskan pengaruh insentif finansial pada produksi medis, menunjukkan bahwa rata-rata pemanfaatan lebih tinggi di area geografis yang lebih banyak pasien dengan perlakuan *fee*

*for service*. Pengaruhnya kuat untuk pemberian pengobatan yang sensitif seperti katarak dan *tonsillectomies*, tetapi tidak ditemukan pengaruh pada pemberian pengobatan yang tidak sensitif seperti patah tulang panggul (*hip fractures*) (Douven et al., 2015). Di Indonesia juga kebiasaan yang sudah sejak dahulu yaitu *fee for service*, sulit diubah menjadi remunerasi yang komponennya gaji (*fee for position*), insentive kinerja (*fee for performance*) dan tunjangan-tunjangan seperti asuransi keselamatan kerja dan asuransi kesehatan (*fee for people*).

Bardey, Cremer, and Lozachmeur melakukan penelitian dengan membandingkan skema remunerasi untuk dokter antara murni gaji (*salary*), pembayaran per kasus atau *fee for service* dengan skema campuran antara *fee for service* dengan *salary* atau pembayaran per kasus (*case payments*). Hasilnya menunjukkan bahwa skema pembayaran per kasus (baik murni maupun campuran dengan *fee for service*) lebih nyaman bagi pasien dari pada *salary* (murni atau campuran), kebalikan bagi dokter. Sangat mengejutkan, pasien selalu hilang (berkurang) jika *fee for service* diterapkan (baik murni maupun campuran). Ini kenyataan, meskipun *fee for service* adalah cara satu-satunya (*the only way*) agar dokter mengerahkan usaha, apapun penilaian pasien terhadap usaha tersebut. Dengan kata lain peningkatan usaha dokter yang disebabkan oleh *fee for service* lebih dari pada kompensasi oleh peningkatan pembayaran yang dihadapi pasien. Dua rumah sakit yang mencari keuntungan bersaing untuk menarik pasien dan berafiliasi dengan dokter. Jumlah pasien dan dokter ditentukan oleh tingkat mutu rumah sakit yang dinilai dari kedua sisi. Mutu dapat ditingkatkan melalui usaha yang mahal. (Bardey et al., 2012). Jadi rumah sakit mengalami dilema, antara meningkatkan usaha dokter dengan *fee for service* dan meningkatkan jumlah pasien yang tidak nyaman dengan *fee for service*, pasien lebih nyaman dengan pembayaran yang pasti (*fixed*) seperti pembayaran paket per kasus. Dengan *fee for service* dokter memberikan usahanya secara maksimal, sedangkan dengan gaji dan atau pembayaran per kasus (*case payment*), usaha dokter minimal, tetapi lebih nyaman buat kebanyakan pasien. Rumah sakit lebih diuntungkan dengan *fee for service* untuk pasien umum, namun ketika melayani pasien peserta BPJS, yang pembayarannya secara paket berdasarkan kasus (*casemix*) dengan INA-CBGs, apabila menggunakan skema pembayaran *fee for service* rumah sakit rugi karena harus membayar kelebihan pemeriksaan atau tindakan (prosedur) yang melebihi paket INA-CBGs yang pembayarannya dikalim ke BPJS. BPJS tidak mau membayar pelayanan atau tindakan dokter atau obat yang di luar paket INA-CBGs. Jika terjadi hal yang demikian itu maka pembayaran kalim menjadi tertunda sampai hasil verifikasi menunjukkan klaim sudah sesuai dengan paket INA-CBGs yang telah ditetapkan.

Menurut Robinson, ada banyak mekanisme pembayaran untuk dokter, beberapa

bagus, dan beberapa jelek (buruk). Tiga yang paling buruk adalah *fee for service*, kapitasi, dan gaji (*salary*). *Fee-for-service* memberikan penghargaan pada ketentuan pelayanan yang tidak tepat. Kecurangan *upcoding* dari kunjungan dan prosedur, dan mencampurkan rujukan secara “ping-pong” di antara dokter spesialis. Kapitasi memberikan penghargaan pada “penolakan memberikan layanan yang tepat”, pembuangan penyakit khronis, dan skop praktek yang sempit yang merujuk setiap saat pasien yang memerlukan biaya tinggi. *Salary* (gaji) merusak produktivitas. Membiarkan waktu santai/luang, dan menyuburkan mental birokratis di dalam setiap prosedur adalah masalah orang lain. Di *American medicine* menunjukkan sejumlah sistem komponen yang menarik yang mencampurkan antara elemen pembayaran *retrospective* dan *prospective*, *fee-for-service*, *salary*, dan kapitasi. Inovasi ini mencari jalan tengah insentif dengan intensitas tinggi dan rendah, antara tarif satuan dengan gaji langsung. Mekanisme pembayaran juga disematkan di dalam dan didukung oleh mekanisme bukan harga (*nonprice*), contohnya metode monitoring dan memotivasi perilaku yang tepat yang mungkin mempunyai konsekuensi finansial tetapi lebih tergantung secara langsung pada screening, sosialisasi, pembentukan profil, promosi, dan praktik kepemilikan (Robinson, 2001).

Perilaku dokter adalah kompleks, sulit untuk dimonitor, dan seringsulit untuk dimengerti. Mekanisme pembayaran yang sederhana (*simple*) tidak diharapkan. Bahkan diskusi sepintas lalu dari informasi yang tidak lengkap, menghindari resiko, tugas ganda atau banyak, dan produktivitas tim menggaris bawahi kewajiban penggunaan *fee for service* dan kapitasi untuk membujuk dan memberi penghargaan kepada dokter untuk melakukan apa yang diinginkan untuk mereka lakukan. Seperti kasus di pekerjaan dan industri lainnya, ketidak sempurnaan mekanisme pembayaran secara *retrospective* atau *prospective* dapat dikelola melalui pencampuran dan penyesuaian (*through mixing and matching*), kreasi dan pencampuran seperti kapitasi dengan *fee for service* di dalam sebuah anggaran departemen yang dikapitasi, atau tarif kasus untuk episode-episode perawatan (Robinson, 2001).

Perubahan dari *fee for service* menjadi sistem remunerasi yang komponennya terdiri dari *fee for position* (*salary*), *fee for performance*, dan *fee for people* (tunjangan-tunjangan) sebagai satu kesatuan sistem memerlukan perubahan budaya. Menurut (Tyagi et al., 2013), teknologi pelayanan kesehatan dan program perbaikan mutu telah diidentifikasi sebagai sebuah cara untuk mempengaruhi biaya dan kualitas pelayanan di Canada. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa budaya organisasi berpengaruh signifikan secara langsung pada program perbaikan mutu yang digunakan, sedangkan penggunaan teknologi pelayanan kesehatan selain berpengaruh langsung terhadap program perbaikan mutu yang digunakan juga berpengaruh tidak langsung melalui budaya organisasi. Jadi penggunaan

teknologi pelayanan kesehatan berpengaruh langsung pada budaya organisasi. Penelitian dilakukan dengan seluruh responden yang dikirim kuesioner berjumlah 592 rumah sakit di provinsi di Canada, dengan target fokus pada pengambil keputusan, yaitu manajemen tingkat menengah dan atas. Kuesioner yang kembali dan dapat diolah berjumlah 134 rumah sakit atau 22,6 persen.

Program perbaikan mutu tidak akan berhasil apabila kinerja organisasi tidak baik. Kinerja organisasi adalah sebuah *output* yang dihasilkan dari kinerja individu anggota organisasi atau pegawai dan kinerja unit-unit dari organisasi yang secara terintegrasi menghasilkan kinerja organisasi. *Outcomes* dari kinerja individu, unit dan organisasi adalah kepuasan *stakeholders*, terutama pasien, pegawai dan pemilik organisasi rumah sakit. Untuk itu sebagaimana yang dikemukakan oleh (Giannini, 2015), penting mengimplementasikan sistem penilaian yang tepat yang berpengaruh secara terintegrasi terhadap kepuasan pelanggan, kontribusi dari staf kesehatan, dan kinerja organisasi secara keseluruhan. Sebuah penilaian kinerja yang terintegrasi dari seluruh organisasi dan pegawainya membuktikan dukungan yang mendasar untuk memonitor variabel yang strategis dan mengkombinasikannya di dalam tujuan efektivitas, efisiensi, mutu, dan kinerja individu untuk memperbaiki fungsi yang tepat dari organisasi pelayanan kesehatan.

## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

### **4.1 Metode Yang Digunakan**

Penelitian ini adalah penelitian terapan, menggunakan pendekatan penelitian *mix methode* atau metode campuran antara deskriptif kuantitatif dan eksplorasi kualitatif, bertujuan untuk memecahkan masalah yang terjadi pada penerapan sistem remunerasi di rumah sakit. Berbagai fenomena masalah yang dihadapi oleh rumah sakit dan *stakeholders*-nya, perlu segera dipecahkan, namun masalahnya sendiri belum jelas sehingga perlu penelitian ilmiah untuk mengeksplorasi berbagai penyebab di lapangan, dan mencari solusi secara akademis berdasarkan penelitian-penelitian terdahulu dan solusi empiris berdasarkan pada data yang diperoleh di lapangan. Dari segi metode penemuan ilmu, penelitian ini termasuk penelitian kualitatif yang tidak menguji hipotesis, tetapi diharapkan dapat memberikan solusi dari masalah yang dihadapi rumah sakit dalam merumuskan model sistem remunerasi dan penerapannya. Meskipun penelitian ini adalah penelitian terapan, tetapi dari hasil penelitian juga diharapkan dapat memberikan kontribusi pengembangan ilmu manajemen rumah sakit

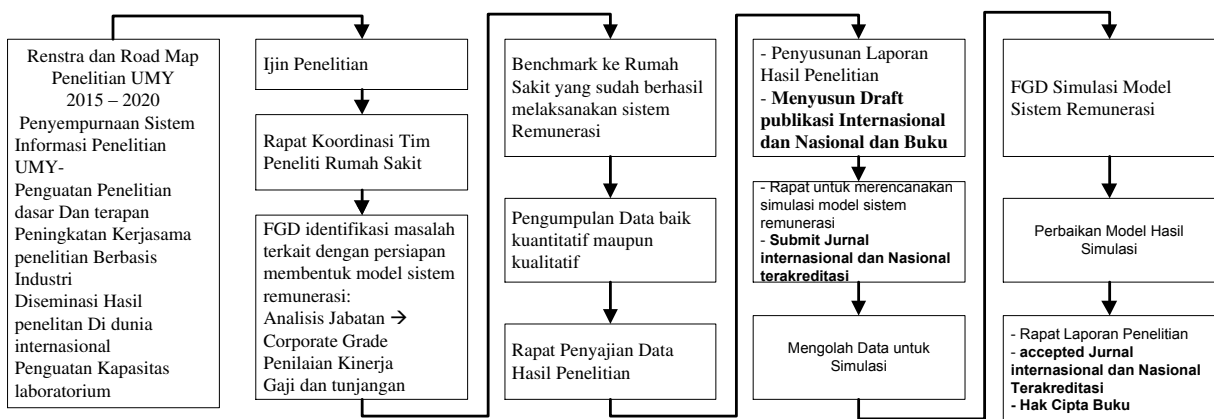


terkait dengan penyusunan model sistem remunerasi yang efektif dan efisien yang dapat meningkatkan mutu, efektivitas biaya, dan *outcomes* pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk membuat model sistem remunerasi rumah sakit digunakan data-data baik data kuantitatif maupun data kualitatif dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. Setelah terbentuk model, maka model tersebut diujicobakan di rumah sakit yang sama, hasil uji coba kemungkinan masih banyak perbaikan. Setelah dilakukan perbaikan diujicobakan lagi menggunakan simulasi. Hasil ujicoba model ini kemudian diujicobakan di rumah sakit PKU Muhammadiyah lain di wilayah Yogyakarta, selanjutnya diharapkan dapat digunakan oleh rumah sakit-rumah sakit Amal Usaha Muhammadiyah di seluruh Indonesia.

#### 4.2 Bagan Alir Penelitian

Penelitian ini adalah dalam rangka memenuhi kebutuhan UMY untu penguatan penelitian dasar dan terapan unggulan UMY, meningkatkan kerjasama penelitian berbasis industri dan deseminasi hasil penelitian di dunia inernasional. Dalam penelitian ini, peneliti mengambil industri pelayanan jasa kesehatan yaitu rumah sakit. Tanpa kerjasama yang baik dengan rumah sakit, penelitian ini tidak akan dapat dilakukan.

Adapun bagan alir dari penelitian ini adalah sebagai berikut.



Gambar: Diagram Alir Penelitian Tahun Pertama

#### 4.3 Informan, Responden dan Obyek Penelitian

Informan untuk penelitian ini adalah para direktur Rumah Sakit, para manajer rumah sakit, perwakilan dari dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, profesi penunjang dan pegawai non tenaga kesehatan di RS PKU Muhammadiyah sesuai dengan kebutuhan penelitian. Responden penelitian yang mengisi kuesioner adalah sampel dari pegawai rumah sakit dan pasien atau keluarga pasien. Dengan cluster sampling.

Obyek penelitian ini adalah sistem pemberian kompensasi finansial baik langsung maupun tidak langsung dan komponen-komponen yang terkait dalam menyusun model sistem remunerasi yang dapat meningkatkan mutu, efektivitas biaya, dan luaran pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk membangun sistem remunerasi rumah sakit sudah ada panduannya yaitu Kepmenkes No. 625 Tahun 2010 Tentang Panduan Penerapan Remunerasi di RS BLU. Panduan tersebut dapat digunakan sebagai acuan dengan dimodifikasi sesuai dengan kondisi rumah sakit.

#### **4.4 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data**

##### **4.4.1. Data Primer**

Data primer diperoleh secara langsung dari responden menggunakan kuesioner dan informan melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara yang mendalam. Sesuai dengan desain penelitian campuran maka instrumen penelitian berupa kuesioner dan peneliti sendiri.

##### **4.4. 2. Data Sekunder**

Data sekunder diperoleh dari dokumen rumah sakit yang berupa struktur organisasi, hasil analisis jabatan yang berupa deskripsi jabatan dan kualifikasi jabatan. Selanjutnya menyusun indikator kinerja individu setiap pegawai dan kinerja unitnya serta mengidentifikasi data-data yang diperlukan dari daftar gaji dan tunjangan pegawai untuk dibuat modifikasi sesuai kebutuhan model sistem remunerasi. Data-data sekunder lainnya yang diperlukan adalah dokumen penjaminan mutu, biaya-biaya langsung maupun tidak langsung dari pelayanan kesehatan, kepuasan pegawai, dan kepuasan pelanggan (pasien).

#### **4.5. Teknik Analisis Data**

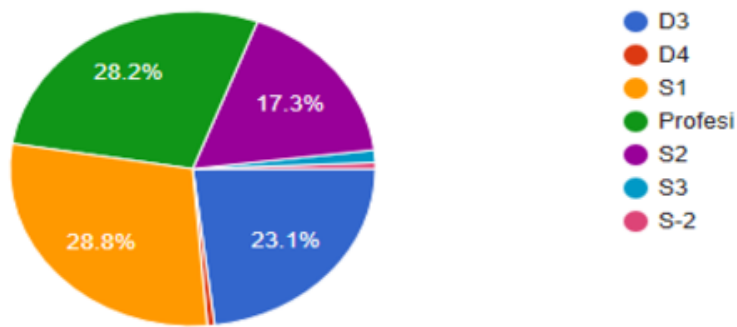
Data yang telah terkumpul melalui penyebaran kuesioner, FGD dan wawancara yang mendalam diolah sesuai kebutuhan penelitian sehingga mendapatkan informasi yang dibutuhkan tentang berbagai masalah yang menghambat pengembangan sistem remunerasi rumah sakit. Berbagai faktor yang dapat memperlancar pengembangan sistem remunerasi perlu juga diidentifikasi sehingga mempermudah dalam mencari solusi terhadap permasalahan yang ada.

#### **4.6. Waktu dan Tempat Penelitian**

Waktu penelitian direncanakan selama 2 tahun yaitu 2018 dan 2019. Adapun jadwal penelitian terlampir. Untuk tahun pertama responden berasal dari rumah-rumah sakit amal



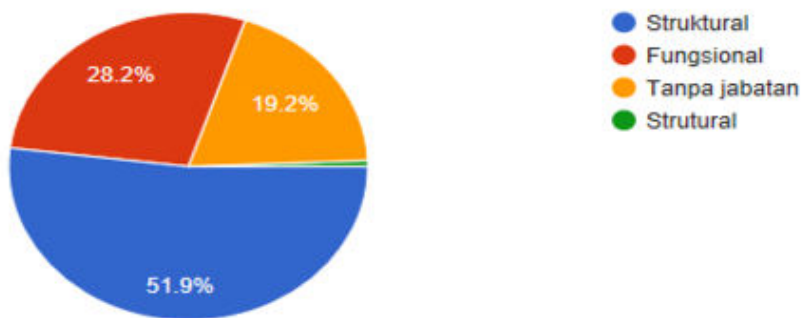




Gambar 6.3 Jumlah Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan, yang dari yang terbanyak secara berurutan adalah responden berpendidikan S1 (Sarjana Strata 1), kemudian pendidikan profesi, selanjutnya D3, dan S2. Yang D4 dan S3 hanya sedikit sehingga tidak muncul persentasinya dalam gambar. Tingkat pendidikan ini berpengaruh terhadap besarnya remunerasi, terutama gaji berdasarkan posisinya dalam jabatan/pekerjaan atau *fee for position*.

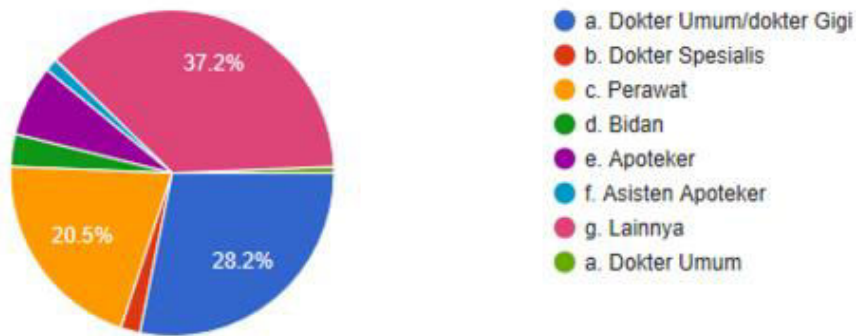
#### 4. Jumlah Responden Berdasarkan Jabatan



Gambar 6.4 Jumlah Responden Berdasarkan Jabatan

Responden berdasarkan jabatan yang terbanyak adalah jabatan structural yang meliputi direktur, manajer dari berbagai jenjang kepangkatan structural, sedangkan jabatan fungsional yaitu dokter umum, dokter spesialis, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Jabatan juga berpengaruh terhadap remunerasi, terutama *fee for position*.

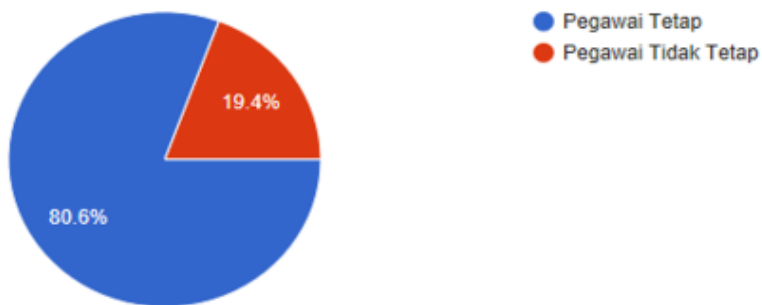
#### 5. Jumlah Responden Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 6.5 Jumlah Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan responden di rumah sakit yang jumlahnya terbanyak adalah pekerjaan lainnya yang tidak disebutkan dalam daftar pilihan dalam kuesioner, kemudian dokter umum/dokter gigi, dan selanjutnya perawat. Pekerjaan juga berpengaruh terhadap remunerasi.

#### 6. Status Kepegawaian Responden

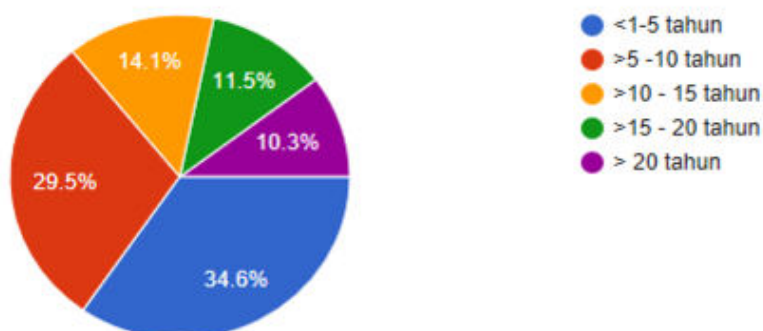


Gambar 6.7 Satus Kepegawaian Responden

Status kepegawaian terdiri dari pegawai tetap dan pegawai tidak tetap. Pegawai tetap empat kali lebih banyak jumlahnya dibandingkan pegawai tidak tetap. Biasanya pegawai tetap mendapatkan gaji tetap dan tunjangan lainnya, sedangkan pegawai tidak tetap besarkan pendapatan tergantung dari kontrak kerjanya.

#### 7. Lama Kerja Responden

Lama kerja juga menentukan besarnya gaji dan tunjangan lainnya. Responden yang bekerja kurang dari satu tahun sampai 5 tahun yang terbanyak, disusul secara berurutan yang lebih lama kerjanya sampai yang paling lama. Semakin lama kerjanya semakin sedikit. Hal itu ditunjukkan di dalam Gambar 6.7.



Gambar 6.7 Satus Kepegawaian Responden

## 8. Sebaran Responden Berdasarkan Wilayah Kabupaten/Kota

Tidak semua responden menuliskan kabupaten/kota tempat rumah sakit beroperasi. Berikut ini daftar Kabupaten/Kota tempat rumah sakit.

Tabel 6.1 Daftar Kabupaten/Kota Tempat Rumah Sakit Beroperasi

1.	Gresik	16
2.	Bojonegoro	5
3.	Pati	5
4.	Tulungagung	5.
6.	Banjarmasin	4
7.	Wonosobo	4
8.	Yogyakarta	7
9.	Banyuwangi	4
10.	Jepara	3
11.	Sleman	3

## B. Hasil Uji Statistik Menggunakan Partial Least Square

### 1. Hasil Uji Validitas

#### a. Validitas Indikator Sistem Remunerasi

Table 6.2 Validitas Indikator Sistem Remunerasi

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics ( O/STDEV )	P Values
X1 <- Remuneration	0,862	0,865	0,021	40,901	0,000
X11 <- Remuneration	0,986	0,986	0,003	393,864	0,000
X2 <- Remuneration	0,800	0,803	0,039	20,611	0,000
X3 <- Remuneration	0,895	0,896	0,020	43,717	0,000
X5 <- Remuneration	0,779	0,775	0,041	18,903	0,000
X6 <- Remuneration	0,721	0,719	0,051	14,067	0,000
X7 <- Remuneration	0,830	0,830	0,032	26,127	0,000
X8 <- Remuneration	0,722	0,718	0,057	12,694	0,000
X9 <- Remuneration	0,703	0,705	0,051	13,892	0,000

Dari 12 indikator system remunerasi, dua indicator yang tidak valid karena Original Samplanya kurang dari 0.70, yaitu X4 (insentif memberikan motivasi untuk meningkatkan kinerja) sebesar 0,690 dan X10 (sudah dilakukan penilaian kinerja unit) sebesar 0,685 , maka di drop dari model. Sembilan indicator yang terdapat dalam Tabel 6.2 semuanya valid dengan T Statistik > dari 1,96 dan P-Values lebih kecil dari 0,5

Adapun daftar indikator yang valid adalah sebagai berikut:

- X1 Rumah sakit memberikan gaji kepada pegawai tetap berdasarkan tingkat pendidikan, lama kerja, dan jabatan/pekerjaan.
- X2 Rumah sakit juga memberikan insentif yang dihitung berdasarkan kinerja Tim di Unit Kerja (Bagian).

- X3 Rumah sakit memberikan insentif yang dihitung berdasarkan kinerja pegawai sebagai individu
- X5 Rumah sakit memberikan tunjangan-tunjangan untuk kesejahteraan pegawai seperti asuransi, transport dan sebagainya
- X6 Tunjangan- tunjangan yang diberikan oleh rumah sakit sesuai dengan harapan pegawai.
- X7 Rumah sakit menggunakan sistem pembayaran campuran antara *Fee for Service* dengan sistem gaji dan insentif terhadap kinerja.
- X8 Setiap jabatan sudah dianalisis secara rinci sehingga memudahkan pengambilan keputusan tentang kepegawaian.
- X9 Salah satu manfaat dari hasil analisis jabatan dipergunakan untuk menentukan besarnya gaji
- X11 Di rumah sakit sudah dilakukan penilaian kinerja individu sebagai dasar pemberian insentif

Indikator yang mendapatkan nilai paling tinggi ialah X11 (penilaian kinerja individu sebagai dasar dari pemberian insentif) skornya 0,986, dilanjutkan dengan X3 (insentif dihitung berdasarkan kinerja pegawai sebagai individu) skornya 0,895. Kedua indicator ini saling menguatkan. Berikutnya X1 (rumah sakit memberikan gaji kepada pegawai tetap berdasarkan tingkat pendidikan, lamanya kerja, dan jabatan/pekerjaan), skornya 0,862, selanjutnya X7 (system pembayaran campuran antara fee for service, gaji, dan insentif berdasarkan kinerja), skornya 0,830 dan seterusnya dapat dilihat pada Tabel 6.2 dan daftar indicator yang valid. Yang terkecil adalah X6 (tunjangan- tunjangan yang diberikan oleh rumah sakit sesuai dengan harapan pegawai) dengan skor 0,721.

b. Validitas Indikator Kualitas Pelayanan

Tabel 6.3 Validitas Indikator Kualitas Pelayanan (*Quality*)

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics ( O/STDEV )	P Values
Y11 <- Quality	0,819	0,820	0,034	24,006	0,000
Y12 <- Quality	0,785	0,786	0,037	20,986	0,000
Y14 <- Quality	0,738	0,734	0,060	12,241	0,000
Y15 <- Quality	0,837	0,837	0,033	25,103	0,000
Y16 <- Quality	0,861	0,864	0,024	35,996	0,000

Dari indicator kualitas pelayanan, ada satu indicator yang tidak valid yaitu Y13 (pelayanan rumah sakit focus pada keselamatan pasien) dengan original sample sebesar 0,675, kurang dari 0,70 tidak valid, di drop dari model.

Daftar indicator yang valid adalah sebagai berikut.

- Y11 Rumah sakit sudah melakukan peningkatan mutu pelayanan kepada pegawai
- Y12 Rumah sakit sudah melakukan peningkatan mutu pelayanan pada pasien dan keluarganya. Ketika saya berbuat salah, saya tidak takut menyampaikan kepada atasan atau teman sejawat untuk dikoreksi dan dicari akar permasalahannya
- Y14
- Y15 Di rumah sakit saya sudah terbangun budaya tidak saling menyalahkan  
Di rumah sakit saya sudah terbangun budaya untuk belajar dari kesalahan tidak melihat siapa yang
- Y16 berbuat salah
- Y17 Kesalahan tidak dibebankan pada seseorang tetapi dibebankan pada tim

c. Validitas indicator Luaran (*Outcomes*)



Tabel 6.4 Validitas Indikator Luaran

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics ( O/STDEV )	P Values
Y21 <- Outcomes	0,826	0,825	0,044	18,772	0,000
Y210 <- Outcomes	0,797	0,789	0,048	16,649	0,000
Y211 <- Outcomes	0,787	0,783	0,049	16,216	0,000
Y212 <- Outcomes	0,808	0,801	0,054	14,835	0,000
Y213 <- Outcomes	0,825	0,819	0,047	17,466	0,000
Y215 <- Outcomes	0,826	0,831	0,034	23,988	0,000
Y216 <- Outcomes	0,829	0,829	0,029	28,901	0,000
Y22 <- Outcomes	0,863	0,863	0,027	32,096	0,000

Indikator luaran yang valid sesuai Table 6.4, yaitu:

- Y21 merasa senang bekerja di rumah sakit ini
  - Y22 mendapatkan kesempatan untuk terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan
  - Y210 diberi tanggungjawab sesuai dengan kemampuan
  - Y211 diberi wewenang sesuai dengan kedudukan
  - Y212 Rumah sakit sudah mempunyai citra yang baik di mata masyarakat
  - Y215 Pasien yang datang ke rumah sakit terus meningkat dari waktu ke waktu
  - Y216 Rumah sakit ini terus meningkatkan kesejahteraan pegawai
- Indikator Y22 yaitu mendapatkan kesempatan untuk terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan skor original sampelnya paling tinggi yaitu 0.863.

Indikator luaran yang tidak valid, yaitu yang *original sample*-nya kurang dari 0,70 yaitu:

- Y23 mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan karir di rumah sakit ini
- Y24 melakukan pekerjaan saya dengan sebaik-baiknya
- Y25 niatkan bekerja sebagai ibadah
- Y26 ikut berjuang untuk memajukan rumah sakit
- Y27 tidak berkeinginan pindah dari rumah sakit ini
- Y28 selalu dilibatkan dalam pengambilan keputusan penting di rumah sakit ini
- Y29 diberi kepercayaan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan penting
- Y213 Rumah sakit terus melakukan perbaikan fisik seperti gedung, peralatan non medis, dan lingkungan.
- Y214 Rumah sakit tempat saya bekerja terus memperbaiki peralatan medisnya
- Y217 Rumah sakit terus meningkatkan kualitas manajemennya

d. Validitas Indikator Efektivitas Biaya (Cost Effective)

Tabel 6.5 Validitas Indikator Efektivitas Biaya

Y31 <- Cost Effective	0,775	0,777	0,049	15,950	0,000
Y32 <- Cost Effective	0,883	0,885	0,018	49,168	0,000
Y33 <- Cost Effective	0,853	0,854	0,038	22,382	0,000
Y34 <- Cost Effective	0,796	0,800	0,041	19,253	0,000
Y35 <- Cost Effective	0,722	0,723	0,051	14,084	0,000

Indikator efektivitas biaya yang valid sesuai Tabel 6.5 adalah sebagai berikut.

- Y31 Rumah sakit sudah menanamkan budaya hemat dalam bekerja kepada seluruh pegawai
- Y32 Fasilitas seperti listrik, air, internet, pulsa telphon digunakan sehemat mungkin
- Y33 Penggunaan kertas seperti surat-surat seminimal mungkin
- Y34 Kebersihan dan kerapihan tempat kerja sangat diperhatikan
- Y35 Semua pekerjaan ada Prosedur Operasional Starndar-nya (SOP).

## 2. Hasil Uji Reliabilitas

Tabel 6.7 Hasil Uji Reliabilitas

	Cronbach's Alpha	Rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
Cost Effective	0,866	0,876	0,903	0,653
Outcomes	0,931	0,944	0,943	0,673
Quality	0,868	0,877	0,904	0,655
Remuneration	0,935	0,944	0,946	0,665

Dari Table 6.7 dapat diketahui bahwa semua variable valid dengan Cronbach's Alpha di atas 0,70, Composite Reliability di atas 0,60, dan masing-masing nilai kosntruk valid ditunjukkan dengan AVE di atas 0,50 (Ghozali, 2011).

## 3. Nilai R Square

Tabel 6.8 Nilai R Square

	R Square
Cost Effective	0,411
Outcomes	0,402
Quality	0,447

Nilai R Square menunjukkan bahwa variable konstruk efektivitas biaya (Cost effective) dapat dijelaskan oleh variable system remunerasi 41,1%, variable luaran rumah sakit (*outcomes*) dapat dijelaskan oleh variable system remunerasi sebesar 40, 2 %, dan variable mutu (quality) dapat dijelaskan oleh variable system remuerasi sebesar 44,7 %, siasnya dijelaskan oleh variable lainnya yang tidak terdapat dalam model yang diteliti.

## 4. Nilai Koefisien Jalur dalam Inner Model

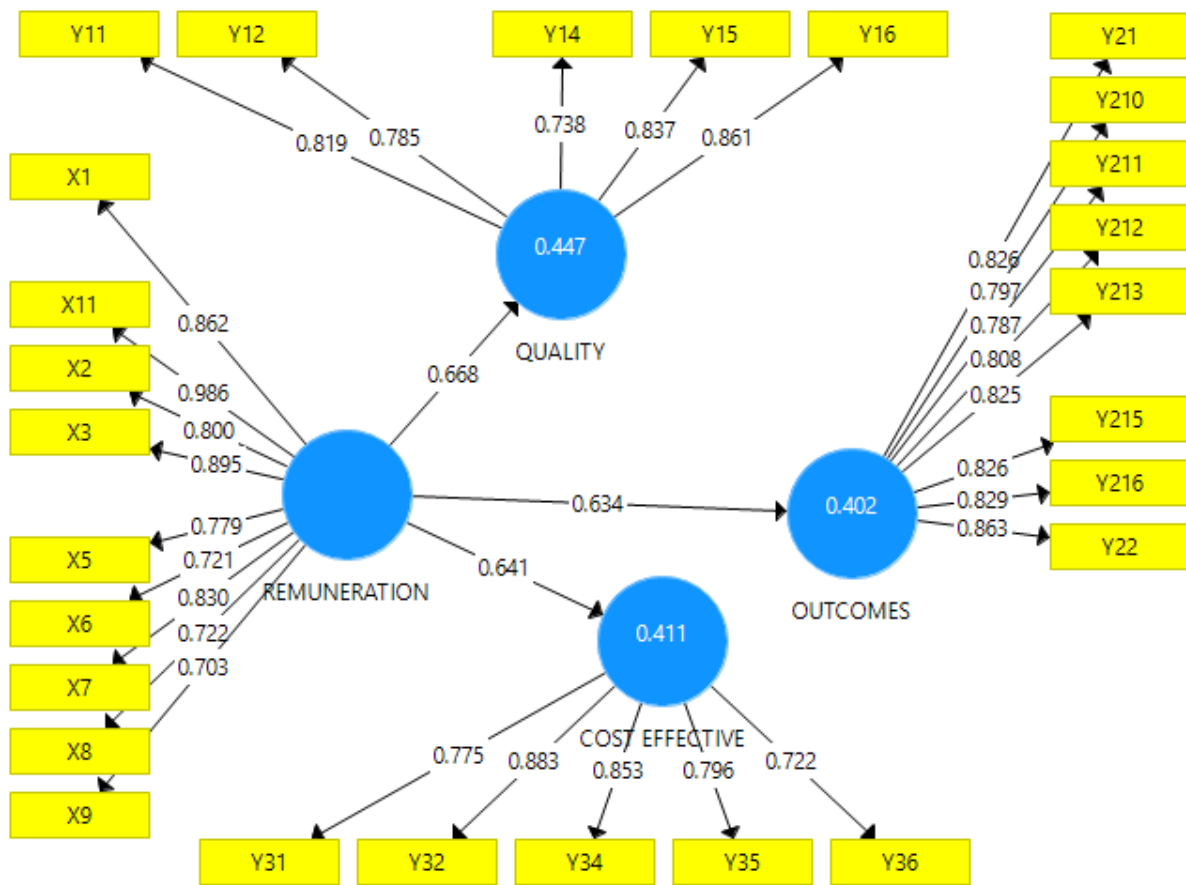
Nilai T Statistik lebih besar dari T Tabel (1.96), P-Value > 0.05, maka remunerasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap efektivitas biaya sebesar 64, 1 %, Remunerasi berpengaruh terhadap luaran rumah sakit sebesar 63, 4 %, dan remunerasi berpengaruh terhadap kualitas pelayanan.

Tabel 6.9 Nilai Koefisien Jalur

	Original	Sample	Standard Deviation	T Statistics	P

	Sample (O)	Mean (M)	(STDEV)	( O/STDEV )	Values
Remuneration Cost Effective ->	0,641	0,655	0,052	12,324	0,000
Remuneration Outcomes ->	0,634	0,643	0,057	11,100	0,000
Remuneration Quality ->	0,668	0,676	0,055	12,064	0,000

### 5. Inner dan Outer Model dalam Gambar



Gambar 6.8 Pengaruh Sistem Remunerasi Terhadap Mutu Pelayanan, Efektivitas Biaya, dan Luaran Rumah Sakit.

Gambar 6.8 membuat lebih jelas apa yang sudah diuraikan sebelumnya tentang hasil penelitian inner model (model analisis jalur) dan outer model (model pengukuran). Kotak-kotak warna kuning adalah indikator-indikator dari masing-masing variable yang menunjukkan angka di atas 0,70, memenuhi syarat sebagai indikator yang valid. Indikator yang tidak valid sudah didrop (dihapus dari model). Bulatan warna biru menunjukkan skor R Square, yaitu konstruk variable kualitas pelayanan, efektivitas biaya dan luaran rumah sakit dapat dijelaskan oleh konstruk variable system remunerasi, masing-masing secara berurutan 44, 7 %, 40, 2 % dan 41, 1 %.

Selain uji statistic, peneliti juga melakukan wawancara dan FGD. Hasil dari wawancara dan FGD dengan para informan yang sudah berhasil melakukan remunerasi partial atau remunerasi campuran dengan *fee for service*. Setiap rumah sakit rumah sakit perlu menyusun system

remunerasi sesuai dengan karakteristik masing-masing rumah sakit. Untuk rumah sakit BLU, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Keuangan serta Badan Kepegawaian Negara dapat memaksakan penerapan system remunerasi di BLU. Namun dokter dapat menggunakan surat ijin prakteknya di tiga tempat praktek, di rumah sakit maupun di tempat praktek selain rumah sakit, di luar rumah sakit BLU. Untuk rumah sakit swasta, masih banyak yang kekurangan dokter, sehingga daya tawar rumah sakit rendah. Namun kemampuan berkomunikasi menjadi kunci utama dalam menyusun system remunerasi yang dapat mengakomodasi semua kepentingan orang-orang yang bekerja di rumah sakit termasuk dokter-dokter spesialis.

### C. Pembahasan

Sistem remunerasi di rumah sakit wajib dilaksanakan di rumah sakit yang sudah menjadi Badan Layanan Umum di bawah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 625 tahun 2010 Tentang Pedoman Penyusunan Sistem Remunerasi Pegawai Badan Layanan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010). Bagaimana dengan rumah-rumah sakit lainnya? Khususnya rumah sakit amal usaha Muhammadiyah dan Aisyiah? Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah-rumah sakit amal usaha Muhammadiyah dan Aisyiah menggunakan model campuran antara Fee for Service dan Remunerasi yang terdiri dari *fee for position*, *fee for performance* dan *fee for people*.

Sebuah rumah sakit BLU sebagai salah satu pilot proyek penerapan system remunerasi dan sudah melaksanakan sistem remunerasi sejak tahun 2008 berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan Nomor 165/KMK.05/2008, ternyata dari hasil penelitian terdahulu menunjukkan sebagian besar (71, 2%) staf medik fungsional dan perawat merasa tidak puas. Di samping itu, kinerja rumah sakit tidak dipengaruhi oleh system remunerasi yang sudah diterapkan. Meskipun dokter dan perawatnya sebagai sebagian besar pemberi pelayanan kesehatan tidak puas, namun kinerja rumah sakit tetap mengalami kenaikan dari tahun-ke tahun (Soetisna et al., 2015).

Pada umumnya pemberian kompensasi atau remunerasi berpengaruh terhadap kinerja individu pegawai (Fitrianasari et al., 2013) dan juga kinerja unit dan kinerja rumah sakit. Seorang pegawai rumah sakit terkait dengan pekerjaan di unitnya masing-masing, oleh karena itu kinerja unit juga perlu mendapatkan perhatian untuk dinilai kinerjanya, secara akumulatif dan terintegrasi kinerja unit membentuk kinerja rumah sakit secara keseluruhan. Pada penelitian ini ditunjukkan bahwa penilaian kinerja individu sebagai dasar dari pemberian insentif dengan penekanan melalui dua pertanyaan yang maknanya sama X11 dan X3, skornya sama-sama tinggi menunjukkan kosnistensi secara logis maupun berdasarkan uji reliabilitasnya memang dapat dipercaya. Pemberian gaji untuk pegawai tetap berdasarkan tingkat pendidikan, lama kerja, dan posisi jabatan/pekerjaan juga tinggi skornya. Namun manfaat analisis jabatan untuk menentukan besarnya gaji skornya berada pada skor minimal dari validitas yaitu 0, 70. Hal ini menunjukkan bahwa penentuan gaji berdasarkan hasil analisis jabatan belum dilaksanakan dengan baik. Analisis jabatan memang memerlukan waktu, tenaga, dan keterampilan untuk mengolah data hingga diperoleh kelas jabatan, professional grade dan corporate grade, serta nilai jabatan. Yang sudah biasa digunakan untuk menentukan gaji hanya berdasarkan pada tingkat pendidikan, masa kerja, dan jabatan. Untuk jabatan ini belum dibuat rinci berdasarkan analisis jabatan. Penelitian terdahulu menemukan bahwa analisis jabatan

berpengaruh positif terhadap kinerja organisasi. Implikasinya analisis jabatan menjadi alat yang sangat bermanfaat untuk meningkatkan kinerja organisasi (Suthar et al., 2014).

Penilaian kinerja individu dan kinerja unit sangat penting sebagai dasar dari pemberian insentif kepada pegawai. Salah satu tujuan penerapan system remunerasi juga untuk meningkatkan kinerja individu dan kinerja unit. Setelah penerapan remunerasi di sebuah rumah sakit, data sekunder menunjukkan peningkatan kinerja finansial dan pelayanan rumah sakit (Dakota et al., 2017).

Dari teori analisis industry Michael Porter, rumah sakit bersaing satu dengan lainnya salah satunya adalah untuk mendapatkan sumber daya khususnya sumber daya manusia sebagai provider pelayanan kesehatan yang utama yaitu dokter. Ketika rumah sakit masih kekuarang dokter, maka bargaining power (kekuatan tawar) nya lebih rendah. Rumah sakit yang dapat memberikan tawaran yang lebih layak, dengan kompensasi yang lebih baik, tentu lebih menarik, meskipun ketertarikan seseorang tidak semata-mata karena kebutuhan finansial, seperti tulisan Stef-Praun: “Daya tawar pemasok: dokter pasti akan tertarik untuk memilih rumah sakit, di mana mereka mendapatkan visibilitas yang lebih baik dan bayaran yang lebih tinggi. Namun, beberapa dokter mungkin tidak menikmati karir yang diatur oleh perusahaan di rumah sakit, dan dengan gaya kerja yang lebih kewirausahaan, IPU (unit praktek yang terintegrasi) pasti dapat menarik banyak dokter (Stef-Praun, 2016).

Organisasi yang ingin mempertahankan posisinya di pasar tenaga kerja memperhatikan pemasarannya untuk personel yang dibutuhkan rumah sakit, yang juga dibantu oleh system remunerasi yang cocok dan tunjangan-tunjangan (*fringe benefit*) yang mereka gunakan untuk mempertahankan karyawan mereka dan dapat meningkatkan kepuasan dan kesetiaan karyawan. Tunjangan-tunjangan yang diberikan kepada karyawan sangat berarti untuk membedakan organisasi dari pesaing mereka di pasar tenaga kerja (Urbancová and Šnýdrová, 2017).

Salah satu tujuan pemberian remunerasi adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa system remunerasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap mutu pelayanan kesehatan. Sekelompok peneliti menyarankan agar program *pay-for-performance* disesuaikan dengan situasi khusus rumah sakit, sehingga dapat memberikan efek yang besar pada mutu pelayanan kesehatan (Werner et al., 2011).

Kerjasama tim pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat diperlukan. Ada kalanya terjadi kecelakaan atau perbuatan yang tidak disengaja oleh tenaga kesehatan yang dapat mencederai pasien. Tim pelayanan kesehatan perlu membangun budaya tidak saling menyalahkan tetapi bagaimana belajar dari kesalahan agar tidak terulang lagi. Human error, sering terjadi yang mungkin dapat mengakibatkan kematian. Ketika terjadi human error, bagaimana mengatasinya? Rumah sakit sudah mulai membangun budaya tidak saling menyalahkan ketika terjadi kecelakaan. Selain pasien yang menjadi korban, sebetulnya petugas kesehatan yang melakukan kesalahan yang tidak disengaja tetapi mengakibatkan pasien cedera bahkan mungkin meninggal dunia, maka petugas kesehatan tersebut merasa bersalah dan dirundung penyesalan, bahkan ada yang sampai bunuh diri karena rasa bersalah. Menurut Radhakrishna, dalam sistem yang kompleks, selalu ada kesalahan; itu tertanam dalam sistem seperti biji-bijian dalam sepotong roti. Tidak mungkin untuk membuat sistem yang benar-benar bebas dari kesalahan. Kesalahan dalam suatu sistem akan cepat atau lambat memanifestasikan dirinya melalui tindakan manusia. Sayangnya, budaya menyalahkan individu untuk kesalahan

daripada mencoba memahami berbagai proses dalam sistem yang mengarah pada kesalahan (Radhakrishna, 2015).

Pada tanggal 17 Maret 1987, Los Angeles Times melaporkan bahwa para pejabat yang terlibat dalam bencana Chernobyl harus diadili. Realitas kegagalan sistem yang mengarah ke bencana nuklir terungkap kemudian. Sebagai hasil dari budaya menyalahkan, industri penerbangan telah kehilangan beberapa pilot yang teliti. Industri ini sejak saat itu telah menyelidiki insiden, dan telah memelopori dan merevolusi penanganan kegagalan. Ini telah menjauhkan dari menyalahkan individu untuk mengenali realitas kegagalan sistem dan telah membuat pelaporan kesalahan internal dan manajemen kesalahan lebih kuat. The Aviation Safety Reporting System menyediakan platform untuk insiden keselamatan laporan diri, dengan insentif kekebalan dari penuntutan (Radhakrishna, 2015). Dengan demikian petugas kesehatan tidak takut melaporkan bila terjadi kecelakaan atau kesalahan yang tidak disengaja dalam bekerja, laporan tanpa nama atau identitas, yang penting terdeteksi adanya kesalahan, kemudian tim mencari solusi dari masalah yang terjadi tanpa melihat siapa yang bersalah, karena ketika terjadi kesalahan sebenarnya kesalahan itu adalah kesalahan system yang menjadi tanggungjawab tim. Jika petugas kesehatan takut melaporkan kesalahan, maka ada kemungkinan kesalahan yang terjadi ditutup-tutupin, dan tidak mendapatkan solusi yang lebih baik dari tim. Akibatnya kesalahan yang sama dapat terulang lagi pada orang lain atau pada petugas kesehatan yang sama.

Dari hasil penelitian, rumah sakit sudah melakukan peningkatan mutu pelayanan kepada pegawai dan pasien serta keluarganya. Pegawai rumah sakit adalah pelanggan internal rumah sakit, sedangkan pasien dan keluarganya adalah pelanggan eksternal rumah sakit. Secara alamiah kompetisi sistematis telah mempunyai efek pada harapan pelanggan. Lihat secara historis, dapat dilihat bahwa konsep kualitas dikembangkan agar mengurangi dampak kompetisi pada harapan pelanggan. Pada waktunya, konsep kualitas diganti dengan menggunakan pendekatan system bertujuan untuk mengesankan untuk menarik pelanggan, dari pada menetapkan standar kualitas.

Efisiensi dari pelanggan internal rumah sakit meningkat secara substansial, kepuasan pelanggan eksternal meningkat secara drastis (Tekin and Erol, 2017). Membuat personel rumah sakit, yang didefinisikan sebagai pelanggan internal, bekerja dengan produktivitas tertinggi berpengaruh positif pada seluruh kinerja rumah sakit dan meningkatkan tingkat kepuasan pasien yang didefinisikan sebagai pelanggan eksternal. Kenaikan level kepuasan pelanggan eksternal akan lebih disukai rumah sakit dalam kondisi persaingan. Kepuasan pelanggan internal memicu rumah sakit lebih disukai pelanggan eksternal secara tidak langsung (Tekin and Erol, 2016). Kepuasan pelanggan internal dan pelanggan eksternal rumah sakit adalah bagian dari luaran rumah sakit. Luaran dari pelanggan internal lainnya adalah mendapatkan kesempatan untuk terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dengan skor tertinggi 0.862. Pengetahuan dan keterampilan ini dibutuhkan oleh setiap pegawai untuk dapat berkinerja lebih baik, mendapatkan *self esteem*, dan akhirnya dapat digunakan untuk aktualisasi diri (Kelly, 2014). Yang membedakan antar pegawai yang satu dengan lainnya adalah pengetahuan dan keterampilannya. Seorang pegawai merasa senang bekerja di rumah sakit ketika mendapatkan kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, diberi tanggungjawab sesuai kemampuan, diberi wewenang sesuai kedudukan. Hal itu merupakan luaran yang bernilai bagi pegawai. Sedangkan luaran yang bernilai bagi rumah sakit adalah mempunyai citra yang baik di mata masyarakat, pasien yang datang ke rumah sakit terus

meningkat dari waktu ke waktu. Dengan demikian, pendapatan rumah sakit meningkat dan dengan dapat melakukan efisiensi sehingga mendapatkan biaya yang terbaik, maka rumah sakit dapat terus meningkatkan kesejahteraan pegawai.

Efektivitas biaya menjadi salah satu tujuan system remunerasi. Efektivitas biaya adalah penggunaan biaya yang tepat untuk tujuan-tujuan yang telah ditetapkan. Menghindari pemborosan, karena pemborosan mengakibatkan biaya digunakan untuk kegiatan atau hal-hal yang tidak penting. Dari hasil penelitian rumah sakit menanamkan budaya hemat dalam bekerja kepada seluruh pegawai. Contoh penghematan di antaranya penggunaan fasilitas seperti listrik, air, internet, pulsa telphon digunakan sehemat mungkin, penggunaan kertas seperti surat-surat seminimal mungkin, kebersihan dan kerapihan tempat kerja sangat diperhatikan, dan semua pekerjaan ada Prosedur Operasional Standar-nya (SOP).

Sistem remunerasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap kualitas pelayanan rumah sakit, luaran, dan efektifitas biaya. Implikasinya untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, luaran, dan efektifitas biaya perlu disusun system remunerasi yang cocok dengan karakteristik rumah sakit. Sistem remunerasi campuran dengan *fee for service* perlu dipertimbangkan untuk dapat dirumuskan agar dapat diaplikasikan di rumah-rumah sakit amal usaha Muhammadiyah dan Aisyiah.

Untuk penelitian lanjutan, perlu untuk merumuskan langkah-langkah dalam menyusun system remunerasi yang dapat meningkatkan mutu pelayanan, luaran, dan efektifitas biaya.

### **Luaran**

1. Sebagai luaran utama adalah artikel jurnal internasional, masih dalam bentuk draft
2. Luaran tambahan berupa artikel jurnal nasional terakreditasi masih dalam proses draft
3. Sebagai pembicara di Seminar internasional (bukti terlampir)
4. Luaran tambahan Buku Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Sumber Daya Manusia, terbit tahun 2018, sudah ber ISBN.

### **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan system remunerasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap kualitas pelayanan, luaran rumah sakit dan efektifitas biaya. Implikasinya untuk meningkatkan kualitas pelayanan, luaran rumah sakit dan efektifitas biaya perlu dirumuskan system remunerasi yang cocok untuk masing-masing rumah sakit yang mempunyai karakteristik tertentu berbeda antara rumah sakit yang satu dengan lainnya. Secara garis besar dapat disusun langkah-langkah untuk menyusun system remunerasi dan komponen yang membentuk system remunerasi yang fleksibel dapat diterapkan di berbagai rumah sakit dengan penyesuaian tertentu sesuai dengan kondisi rumah sakit.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Bardey, D., Cremer, H., Lozachmeur, J.M., 2012. Doctors' remuneration schemes and hospital competition in a two-sided market. *BE J. Econ. Anal. Policy*.  
<https://doi.org/10.1515/1935-1682.3254>
- Bernsten, C., Andersson, K., Garipey, Y., Simoens, S., 2010. A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. *Health Policy* 95, 1–9.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.11.008>
- Brocklehurst, P., Price, J., Glenny, A.-M., Tickle, M., Birch, S., Mertz, E., Grytten, J., 2013. The effect of different methods of remuneration on the behaviour of primary care dentists, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009853.pub2>
- Dakota, I., Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Misnaniarti, M., 2017. Implementasi Kebijakan Remunerasi di Rumah Sakit Pemerintah. *J. Kebijak. Kesehat. Indones.* 6, 159.  
<https://doi.org/10.22146/jkki.v6i3.29669>
- Douven, R., Mocking, R., Mosca, I., 2015. The effect of physician remuneration on regional variation in hospital treatments. *Int. J. Health Econ. Manag.* 15, 215–240.  
<https://doi.org/10.1007/s10754-015-9164-2>
- Échevin, D., Fortin, B., 2013. Evidence from a natural experiment physician payment mechanisms, hospital length of stay and risk of readmission: Evidence from a natural experiment. *J. Health Econ.* 36, 112–124.  
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.03.008>
- Ekdahl, A.W., 2014. The organisation of hospitals and the remuneration systems are not adapted to frail old patients giving them bad quality of care and the staff feelings of guilt and frustration. *Eur. Geriatr. Med.* 5, 35–38.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.10.002>
- Fitrianasari, D., Nimran, U., Utami, H., 2013. Pengaruh Kompensasi dan Kepuasan Kerja terhadap Organizational Citizenship Behavior (OCB) dan Kinerja Karyawan (Studi pada Perawat Rumah Sakit Umum “ . Profit J. ... 7, 12–24.
- Giannini, M., 2015. Performance and quality improvement in healthcare organizations. *Int. J. Healthc. Manag.* 8, 173–180. <https://doi.org/10.1179/2047971915Y.0000000002>
- Hanchak, N.A., Schlackman, N., Harmon-Weiss, S., n.d. U.S. Healthcare's Quality-Based Compensation Model.
- Kelly, J., 2014. Maslow's Hierarchy of Needs - Physiological, safety, social [WWW Document]. URL <http://thepeakperformancecenter.com/educational-learning/learning/principles-of-learning/maslows-hierarchy-needs/> (accessed 9.18.18).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010. Pembahasan Remunerasi Kemenkes No. 625 Tahun 2010 [WWW Document]. Scribd. URL <https://www.scribd.com/document/324791836/Pembahasan-Remunerasi-Kemenkes-No-625-Tahun-2010> (accessed 5.8.18).
- Perpustakaan UGM, i-lib, 2003. KEPUASAN KERJA DOKTER SPESIALIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MANNA KABUPATEN BENGKULU SELATAN DENGAN PENDEKATAN EMIC. J. -Lib UGM.
- Radhakrishna, S., 2015. Culture of blame in the National Health Service; consequences and solutions. *BJA Br. J. Anaesth.* 115, 653–655. <https://doi.org/10.1093/bja/aev152>
- Robinson, J.C., 2001. Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *Milbank Q.* 79.
- Soetisna, T.W., Ayuningtyas, D., Misnaniarti, M., 2015. Penerapan Sistem Remunerasi dan Kinerja Pelayanan. *Kemas Natl. Public Health J.* 10, 17–23.
- Suthar, B.K., Chakravarthi, T.L., Pradhan, S., 2014. Impacts of Job Analysis on Organizational Performance: An Inquiry on Indian Public Sector Enterprises. *Procedia Econ. Finance* 11, 166–181. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(14\)00186-5](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(14)00186-5)



- Tekin, P., Erol, R., 2017. The internal and external customer focused process improvement and the performance analysis studies in healthcare systems. *J. Ind. Eng. Manag.* 10, 407. <https://doi.org/10.3926/jiem.2069>
- Tekin, P., Erol, R., 2016. Modelling and Analysis of Operation and Patient Appointment Systems: A Case Study at a Dental Hospital in Turkey. 2016 UKSim-AMSS 18th Int. Conf. Comput. Model. Simul. UKSim 203–208. <https://doi.org/10.1109/UKSim.2016.44>
- Tyagi, R.K., Cook, L., Olson, J., Belohlav, J., 2013. Healthcare technologies, quality improvement programs and hospital organizational culture in Canadian hospitals. *BMC Health Serv. Res.* 13, 413. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-413>
- Urbancová, H., Šnýdrová, M., 2017. Remuneration and Employee Benefits in Organizations in the Czech Republic. *Acta Univ. Agric. Silvic. Mendel. Brun.* 65, 357–368. <https://doi.org/10.11118/actaun201765010357>
- Werner, R.M., Kolstad, J.T., Stuart, E.A., Polsky, D., 2011. The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement. *Health Aff. Proj. Hope* 30, 690–698. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.1277>

## LAMPIRAN-LAMPIRAN

### Lampiran 1. Dukungan sarana dan prasarana penelitian

No.	Sarana dan Prasarana	Untuk Kegiatan	Ketersediaan
1	Sarana pengumpulan data: instrumen	Pedoman FGD, wawancara, observasi, dan kuesioner	Disediakan oleh peneliti
2	Sarana dokumen-dokumen rumah sakit tentang hasil	Penyusunan model sistem remunerasi diolah dengan hasil	Jika tidak tersedia, maka tim peneliti dan

	analisis jabatan, penilaian kinerja, daftar gaji, insentif dan tunjangan.	FGD, wawancara, observasi, dan kuesioner	tim rumah sakit menyusun dokumen dan mencari data yang diperlukan
3	Prasarana: Ruang pertemuan untuk 10-20 orang beserta meja kursi, sambungan listrik, lampu, sound system, AC, proyektor, dan papan tulis	Rapat kordinasi, FGD, wawancara, pengisian kuesioner dan workshop	Sewa tempat yang strategis dengan perlengkapannya
4	Prasarana transportasi	Menggunakan transportasi umum atau pribadi peserta FGD, wawancara, pengisian kuesioner dan workshop	Disediakan atau penggantian bahan bakar
5	Alat-alat untuk mengolah data	Pengolahan data	Disediakan

Lampiran 2. Susunan organisasi tim peneliti dan pembagian tugas

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Instansi Asal	Alokasi Waktu (jam/minggu)	Pembagian Tugas
1	Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M. 0311065902	Ketua	Manajemen Stratejik dan SDM	UMY	12 jam	Koordinasi seluruh kegiatan penelitian
2	Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes, 0531106801	Anggota 1	Ekonomi Kesehatan	UMY	6 jam	Kerjasama dengan berbagai pihak yang terkait
3	Dr. Ekorini, M.M. 0531017001	Anggota 2	Manajemen Rumah Sakit	UMY	6 jam	Koordinasi dengan pihak rumah sakit tempat penelitian

Lampiran 3. Nota kesepahaman MOU atau pernyataan kesediaan dari mitra (belum ada).

Lampiran 4. Biodata ketua dan anggota tim pengusul (Lampiran G).

**BIODATA PENGUSUL (KETUA)**

A. Identitas Diri

1	Nama lengkap	Dr. Nur Hidayah S.E., M.M.
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	19590611201509173246
5	NIDN	0311065902
6	Tempat, Tanggal lahir	Magelang, 11 Juni 1959
7	Email	<a href="mailto:nurhidayah@pasca.umy.ac.id">nurhidayah@pasca.umy.ac.id</a> <a href="mailto:nurhi1106@gmail.com">nurhi1106@gmail.com</a>
8	Nomor Telpon/HP	08121868736
9	Alamat Kantor	Gedung Pascasarjana, lantai 2, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jln Lingkar

		Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul DI Yogyakarta.
10	Nomor Telpon/Fax	
11	Lulusan yang telah dihasilkan	S2 = 60 orang
12	Mata kuliah yang diampu	1. Manajemen Strategik
		2. Manajemen Organisasi dan SDM
		3. Leadership
		4. Sistem Casemix dan Remunerasi
		5. Manajemen Pemasaran
		6. Kepemimpinan dan Manajemen Pendidikan Dasar

## B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Muhammadiyah Jakarta (Alih Kredit dari Universitas Terbuka, 71 sks)	Universitas Muhammadiyah Jakarta	Universitas Negeri Jakarta
Bidang Ilmu	Ekonomi (Manajemen)	Ekonomi (Manajemen)	<b>Pendidikan (Manajemen Pendidikan)</b>
Tahun Masuk – Lulus	1999 - 2001	2002 - 2004	2004 - 2010
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi	Analisis Rasio likuiditas, Hubungannya Dengan Rasio Profitabilitas Pada Koperasi Karunika	Analisis Perencanaan Sumber Daya Manusia Tenaga Administrasi (Studi Kasus di Biro Administrasi Akademik, Kemahasiswaan, Perencanaan, dan Sistem Informasi Universitas Terbuka).	Pengaruh Kualitas Pelayanan, Kekuatan Merek, dan Kepuasan, terhadap Loyalitas Pelanggan. Studi di Universitas Muhammadiyah Jakarta
Nama Pembimbing/Promotor	Hj. Riyanti, S.E., M.M.	1. Dr. Ir. Suhendar Sulaeman, M.S. 2. Dr. Abdul Hamid, M.S.	1. Prof. Dr. Thamrin Abdullah, M.M., M.Pd. 2. Prof. Dr. W.P Napitupulu
			<b>Doktor Ilmu</b>

			<b>Manajemen</b> Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Padjadjaran Bandung, tahun masuk 2011 semester genap, Lulus 13 Juli 2015.
Nama Pembimbing/Promotor			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prof.Dr. Hj. Ernie Tisnawati Sule, SE., MS</li> <li>2. Prof. Dr. H. Yuyun Wirasasmita, MSc.</li> <li>3. Septiadi Padmadisastra, Ph.D</li> </ol>
Nama Oponen Ahli			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prof. Dr. H. Sucherly, S.E., M.S.</li> <li>2. Dr. Hilmiana, S.E., M.B.A.</li> <li>3. Prof. Dr. H. Suhendar Sulaeman, M.S.</li> </ol>
			Judul Penelitian Disertasi: “Kepemimpinan Stratejik, Sumber Daya Unik, Dan Aliansi Stratejik, Pengaruhnya Terhadap Keunggulan Bersaing, Serta Dampaknya Pada Kinerja Program Studi Baik Langsung maupun Tidak Langsung. Studi Di Sekolah Tinggi Rumpun Ilmu Ekonomi Wilayah DKI Jakarta”.

**Pendidikan lain yang pernah ditempuh:**

1. Akademi Perawatan Bandung Departemen Kesehatan Republik Indonesia, lulus tahun 1981
2. Fakultas Agama Islam, Jurusan Komunikasi dan Penyiaran Islam selama 4 semester 1997 -1999.

**C. Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir**

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah
1	2010	Penggunaan Laptop dalam Perkuliahan di Kelas, Manfaat atau Mudharatkah? Peneliti: 1. Suciati, M.Sc., Ph.D. 2. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.	Biaya Sendiri	-
2	2011	Pengaruh Kualitas Layanan Bantuan Belajar, Brand Image, dan Kepuasan Mahasiswa, terhadap Loyalitas Mahasiswa Universitas Terbuka Peneliti: 1. Suciati, M.Sc., Ph.D. 2. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.	Universitas Terbuka	Rp 30 juta
3	2012	Analisis Strategi Sepeda Motor Honda, Yamaha, Dan Suzuki Di Indonesia Peneliti: Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.	Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Jakarta	Rp 5 juta
4	2013	Model Keunggulan Kompetitif Usaha Mikro Kecil Batik (Analisis Pengaruh Kebijakan Pemerintah, Sumber Daya, Dan Kewirausahaan, Terhadap Strategi Kepemimpinan Biaya, Dan Strategi Diferensiasi, Serta Dampaknya Terhadap Keunggulan Bersaing) Studi di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Kota Surakarta Peneliti: 1. Dr. Ir. Eddy Irsan Siregar, MM. 2. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M	Penelitian Hibah Fundamental, Penelitian Desentralisasi dari Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Dikti)	Rp 40 juta
5	2013	Kepemimpinan Strategik, Sumber Daya Unik, Aliansi Strategik, Pengaruhnya Terhadap Keunggulan bersaing dan dampaknya Pada Kinerja Program Studi. (Studi di Sekolah Tinggi Ekonomi dan Manajemen DKI Jakarta)	Biaya Sendiri	
6	2016	Formulasi Strategi Sistem Casemix dan Remunerasi di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta	UMY	7.500.000

#### D. Pengalaman Pengabdian Masyarakat dalam 5 tahun terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah
1	2009	Peserta Sarasehan dengan Tema:	Universitas	-

		“Partisipasi Perguruan Tinggi dalam Pembangunan Kota Tangerang Selatan sebagai Kota Pendidikan yang Modern dan Religius” dalam rangka kegiatan Pengabdian Kepada Masyarakat yang diselenggarakan Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada tanggal 17 Nopember 2009 di Universitas Terbuka	Terbuka	
2	2009	Anggota Tim Pelaksana Kegiatan Pengabdian Kepada Masyarakat Pada Program Pascasarjana Universitas Terbuka	Universitas Terbuka	-
3	2011	Membina Sekolah Dasar Islam Terpadu (SDIT), Taman Kanak-Kanak Islam Terpadu (TKIT), dan Taman Pendidikan Al Qur’an (TPA) Al Hikmah Pondok Cabe Indah	Yayasan Masjid Al Hikmah	-
4	2016	Peran Masyarakat Dalam Mewujudkan Cakupan Kesehatan Semesta ( <i>Universal Health Coverage</i> ), di Kampung Jengkelingan, Sidoarum, Godean, Sleman.	UMY	1.100.000
5	2016	Sosialisasi Hak dan Kewajiban Pasien Peserta BPJS di Kantor Desa Tirtoadi, Mlati, Sleman Yogyakarta	UMY	1.100.000
6	2016	Sosialisasi Hak dan Kewajiban Pasien Peserta BPJS di Kantor Kecamatan Sayegan, Sleman Yogyakarta	UMY	1.100/000

#### E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 tahun terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/ Tahun
1	How To Develop Strategic Leadership In Higher Education Institution? An Empirical Study In Jakarta, Indonesia	International Journal of Economics, Commerce and Management, <a href="http://ijecm.co.uk/wp-content/uploads/2015/05/3576.pdf">http://ijecm.co.uk/wp-content/uploads/2015/05/3576.pdf</a>	Vol. III, Issue 5, May 2015
2	Analisis Jalur Brand Image sebagai Anteseden Loyalitas: Studi pada Program Pascasarjana Universitas Terbuka,	Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan, <a href="http://jurnaldikbud.kemdikbud.go.id/index.php/jpnk/article/view/104/101">http://jurnaldikbud.kemdikbud.go.id/index.php/jpnk/article/view/104/101</a>	Vol 19, no. 1 Maret 2013, Akreditasi LIPI no. 438/AU2/P2 MI-LIPI/08/2012
3	Penggunaan Laptop dalam Perkuliahan di Kelas, Manfaat	Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan,	Vol. 17, no. 3 Mei 2011,

atau Mudharatkah?	<a href="http://jurnaldikbud.kemdikbud.go.id/index.php/jpnk/article/view/25/23">http://jurnaldikbud.kemdikbud.go.id/index.php/jpnk/article/view/25/23</a>	Akreditasi LIPI, no. 307/AU1/P2 MBI/08/2010,
-------------------	---	--

#### F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentasi) 5 tahun terakhir

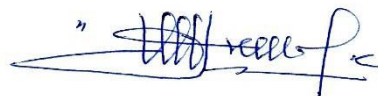
No	Nama Temu Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	"Managing Innovation: Sustaining Competitive Advantage in Dynamics Business Environmenta", The Global Advantage Research Conference on Management and Business Studies,	Creative Competitive Advantage and Superior Performance For Private University	November 22-24th 2012, Hotel Hosison Bandung, West Java.
2	International Multidisciplinary Conference "ASEAN Economic Community: Transformation, Policy, Partnership And Action Toward Regional Prosperity"	Direct and Indirect Strategic Leadership on Competitive Advantage, Mediating by Unique resource	November 12 -13, 2014, Universitas Muhammadiyah Jakarta

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penugasan

Jogjakarta, 5 Juni 2017

Ketua/Anggota Pengusul



(Dr. Nur Hidayah SE.,MM,)

#### BIODATA ANGGOTA PENGUSUL 1

##### A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr. dr.Arlina Dewi,M.Kes
2.	Jenis Kelamin	Wanita
3.	Jabatan Fungsional	Lektor
4.	NIP/NIK/Identitas lainnya	19681031200310 173060
5.	NIDN	0531106801
6.	Tempat dan Tanggal Lahir	Balikpapan, 31 Oktober 1968
7.	Email	dewikoen@yahoo.com
8.	No.Telepon/Hp	0274-382073/08122972576
9.	Alamat Kantor	Kampus UMY Terpadu. Jl. Lingkar Barat, Tamantirto, Kasihan, Bantul, DIY

10.	No.telp /Faks	0274-387656
11.	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1= 49 orang, S-2= 37 orang S-3= - orang
12.	Mata Kuliah yang diampu	1. Ilmu Kesehatan Masyarakat
		2. Kedokteran Keluarga
		3.Manajemen Rumah Sakit dan Klinik Pratama
		4.Regulasi dan Kebijakan Kesehatan

## B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	UNDIP	UGM	UGM
Bidang Ilmu	Kedokteran	Kedokteran- Manajemen RS	Kedokteran- Ekonomi Kesehatan
Tahun Masuk-Lulus	1987-1994	2001-2003	2010-2015
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi		Keinginan Membeli Terhadap Pelayanan Kesehatan Rumahsakit di Sekolah	Permintaan Masyarakat Terhadap Paket Asuransi Katastrofik dan Faktor-faktor Yang Mempengaruhinya
Nama Pembimbing/Promotor	Dr. Nasution	Prof. Bhisma Murti	1. Prof. Ali Ghufron Mukti 2. Prof. Bhisma Murti

## C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta)
1	2010	Keinginan Membeli terhadap Pelayanan Kesehatan RS di Sekolah (2010)	RS PKU Muhammadiyah Solo	25
2	2011	Analisis Terhadap Data Profil Amal Usaha Muh-Aisyah Bidang Kesehatan	AUMKES PP Muhammadiyah	40
3	2011	<i>“Conjoint Analysis approach for determining community preferences of benefit package in achieving universal coverage in Indonesia</i>	Depkes	200
4	2011	<i>The correlation of Family Apgar with adolescent Emotion Quotient</i>	Prodi	3
5	2012	Analisis Gap Persepsi Pimpinan, Karyawan serta Masyarakat dalam Pemenuhan Skor Self Assessment Unit Gawat Darurat (Studi kasus di RSIA Sakina Idaman Sleman, Yogyakarta)	Prodi	0,5
6	2013	Peran Gaya Kepemimpinan	Prodi	0,5



		Dalam Menerapkan Budaya Patient Safety di RSUD Prof.dr.Soekandar, Mojosari, Kabupaten Mojokerto		
7	2013	<i>“Relationship Quality, Key Performane Indicator, and Performance of Hospital Services”</i>	MPKU PP Muhammadiyah	40
8	2014	<i>Differences in attitude of urban and rural residents in accepting National Health Insurance</i>	Kemenkes	2
9	2014	Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Kepuasan Kerja Dokter di RS Jiwa Daerah Klaten	Prodi	1
10	2014	<i>Progress Report on Universal Health Coverage Roadmap</i>	UNDP	50
11	2015	Analisis Kualitas Pelayanan Persalinan di Puskesmas Rawat Inap Mampu PONED Kota Batam Tahun 2015	Pribadi	4
12.	2016	<i>A comprehensive approach of maternal health: Reducing maternal mortality rate by developing health resources, access and management</i>	UMY	300
13	2017	<i>Improving Maternal Health Services in Remote Rural Areas through a Shelter Model As Well As Mid-Level Providers Involvement</i>	Dikti Hibah KLN	177,5
14	2017	Kemauan Membayar pelayanan berhenti merokok	UMY	15

#### D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Pengabdian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta)
1	2010	Penyusunan Dokumen Sistem Kesehatan Daerah Kota Balikpapan	Dinas Kesehatan Balikpapan	150
2	2011	Manajemen Mutu Rumah Sakit	Dinas Kesehatan Pontianak	100
3	2012	Penyusunan dan Pelatihan RS dalam menghadapi akreditasi RS versi 2012	Aumkes PP Muhammadiyah	25
4	2013	Pelatihan Manajemen Sumber Daya Manusia RS	Dinas Kesehatan Balikpapan	150

5	2016	Tatakelola Keuangan RS	MPKU PWM DIY	200
---	------	------------------------	-----------------	-----

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor
1	Keinginan Membeli terhadap Pelayanan Kesehatan RS di Sekolah	JMMR	Vol 1 no 1 Juli 2011, 31-41
2	Analisis Gap Persepsi Pimpinan, Karyawan serta Masyarakat dalam Pemenuhan Skor Self Assessment Unit Gawat Darurat (Studi kasus di RS Ibu Anak Sakina Idaman Sleman, Yogyakarta)	JMMR	vol 2 no 2 Juli 2012, 31-41
3	Peran Gaya Kepemimpinan Dalam Menerapkan Budaya Patient Safety di RSUD Prof.dr.Soekandar, Mojosari, Kabupaten Mojokerto.	JMMR	vol 1 no 1, Januari 2013
4	<i>Differences in attitude of urban and rural residents in accepting National Health Insurance.</i>	<i>Journal of Biology, Agriculture and Healthcare</i>	vol 4 no 14, 2014
5.	Evaluasi Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan Peserta BPJS di RSUD Panembahan Senopati Bantul	Jurnal Admmirasi	Vol 1 no 1, Juli 2015
6.	Perbandingan Efisiensi Penatalaksanaan Apendisitis Akut pada Pasien Jaminan Kesehatan Nasional dengan Pasien Umum	JMMR	Vol 5 No 1, Januari 2016
7.	<i>The Difference of Satisfaction Level in BPJS Health Insurance Patient and Non Insurance Patient Toward Health Service in Negara General Hospital</i>	<i>International Journal of Public Health Science (IJPHS)</i>	Vol.5, No.1, March 2016

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1.	<i>The 1<sup>st</sup> Jogja International Nursing Conference 2011 Implementing Evidence Based to Improve Quality of Life</i>	Pengaruh Apgar Keluarga terhadap tingkat kecerdasan emosi remaja	21-22 Okt 2011, Yogyakarta
2.	8th World iHEA Congress, Toronto, Canada	<i>"Conjoint Analysis approach for determining community preferences of benefit package in achieving universal coverage in Indonesia"</i>	Toronto, July 10--13, 2011
3.	<i>National Input for Achieving Universal Health Coverage in Indonesia</i>	<i>Willingness to Pay Paket Asuransi yang Menjamin Penyakit Berbiaya</i>	Yogyakarta, 28-29 Mei 2012

		Katastroofik : studi Contingent Valuation	
4.	<i>4<sup>th</sup> Asian International Conference on Humanized Health Care</i>	<i>“Relationship Quality, Key Performane Indicator, and Performance of Hospital Services”</i> ,	Yogyakarta, 2013
5.	<i>11<sup>th</sup> World Congress: Health Economics and Nutrition: an iHEA World Congress</i>	<i>Does Urban Acceptance of National Health Insurance Better than Rural Society?</i>	Milan - Italy, 12 - 15 Juli 2015

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir :

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1.	Kumpulan Kasus-Kasus: Manajemen Rumah Sakit di Indonesia	2015	127	LP3M UMY

H. Perolehan HKI Dalam 5-10 tahun Terakhir : belum ada

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik Rekeyasa Sosial Lainnya dalam 10 Tahun terakhir : belum ada

J. Penghargaan dalam 10 Tahun terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

### BIODATA ANGGOTA PENGUSUL 1

#### A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr. dr.Arlina Dewi,M.Kes
2.	Jenis Kelamin	Wanita
3.	Jabatan Fungsional	Lektor
4.	NIP/NIK/Identitas lainnya	19681031200310 173060
5.	NIDN	0531106801
6.	Tempat dan Tanggal Lahir	Balikapapan, 31 Oktober 1968
7.	Email	dewikoen@yahoo.com
8.	No.Telepon/Hp	0274-382073/08122972576
9.	Alamat Kantor	Kampus UMY Terpadu. Jl. Lingkar Barat, Tamantirto, Kasihan, Bantul, DIY
10.	No.telp /Faks	0274-387656
11.	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1= 49 orang, S-2= 37 orang S-3= - orang
12.	Mata Kuliah yang diampu	1. Ilmu Kesehatan Masyarakat
		2. Kedokteran Keluarga
		3.Manajemen Rumah Sakit dan Klinik Pratama
		4.Regulasi dan Kebijakan Kesehatan

## B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	UNDIP	UGM	UGM
Bidang Ilmu	Kedokteran	Kedokteran- Manajemen RS	Kedokteran- Ekonomi Kesehatan
Tahun Masuk-Lulus	1987-1994	2001-2003	2010-2015
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi		Keinginan Membeli Terhadap Pelayanan Kesehatan Rumahsakit di Sekolah	Permintaan Masyarakat Terhadap Paket Asuransi Katastropik dan Faktor-faktor Yang Mempengaruhinya
Nama Pembimbing/Promotor	Dr. Nasution	Prof. Bhisma Murti	1. Prof. Ali Ghufron Mukti 2. Prof. Bhisma Murti

## C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta)
1	2010	Keinginan Membeli terhadap Pelayanan Kesehatan RS di Sekolah (2010)	RS PKU Muhammadiyah Solo	25
2	2011	Analisis Terhadap Data Profil Amal Usaha Muh-Aisyah Bidang Kesehatan	AUMKES PP Muhammadiyah	40
3	2011	<i>“Conjoint Analysis approach for determining community preferences of benefit package in achieving universal coverage in Indonesia</i>	Depkes	200
4	2011	<i>The correlation of Family Apgar with adolescent Emotion Quotient</i>	Prodi	3
5	2012	Analisis Gap Persepsi Pimpinan, Karyawan serta Masyarakat dalam Pemenuhan Skor Self Assessment Unit Gawat Darurat (Studi kasus di RSIA Sakina Idaman Sleman, Yogyakarta)	Prodi	0,5
6	2013	Peran Gaya Kepemimpinan Dalam Menerapkan Budaya Patient Safety di RSUD Prof.dr.Soekandar, Mojosari, Kabupaten Mojokerto	Prodi	0,5
7	2013	<i>“Relationship Quality, Key Performane Indicator, and Performance of Hospital Services”</i>	MPKU PP Muhammadiyah	40
8	2014	<i>Differences in attitude of urban and rural residents in</i>	Kemenkes	2

		<i>accepting National Health Insurance</i>		
9	2014	Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Kepuasan Kerja Dokter di RS Jiwa Daerah Klaten	Prodi	1
10	2014	<i>Progress Report on Universal Health Coverage Roadmap</i>	UNDP	50
11	2015	Analisis Kualitas Pelayanan Persalinan di Puskesmas Rawat Inap Mampu PONED Kota Batam Tahun 2015	Pribadi	4
12.	2016	<i>A comprehensive approach of maternal health: Reducing maternal mortality rate by developing health resources, access and management</i>	UMY	300
13	2017	<i>Improving Maternal Health Services in Remote Rural Areas through a Shelter Model As Well As Mid-Level Providers Involvement</i>	Dikti Hibah KLN	177,5
14	2017	Kemauan Membayar pelayanan berhenti merokok	UMY	15

#### D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Pengabdian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta)
1	2010	Penyusunan Dokumen Sistem Kesehatan Daerah Kota Balikpapan	Dinas Kesehatan Balikpapan	150
2	2011	Manajemen Mutu Rumah Sakit	Dinas Kesehatan Pontianak	100
3	2012	Penyusunan dan Pelatihan RS dalam menghadapi akreditasi RS versi 2012	Aumkes PP Muhammadiyah	25
4	2013	Pelatihan Manajemen Sumber Daya Manusia RS	Dinas Kesehatan Balikpapan	150
5	2016	Tatakelola Keuangan RS	MPKU PWM DIY	200

#### E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor
1	Keinginan Membeli terhadap Pelayanan Kesehatan RS di Sekolah	JMMR	Vol 1 no 1 Juli 2011, 31-41
2	Analisis Gap Persepsi Pimpinan, Karyawan serta Masyarakat dalam	JMMR	vol 2 no 2 Juli 2012, 31-41

	Pemenuhan Skor Self Assessment Unit Gawat Darurat (Studi kasus di RS Ibu Anak Sakina Idaman Sleman, Yogyakarta)		
3	Peran Gaya Kepemimpinan Dalam Menerapkan Budaya Patient Safety di RSUD Prof.dr.Soekandar, Mojosari, Kabupaten Mojokerto.	JMMR	vol 1 no 1, Januari 2013
4	<i>Differences in attitude of urban and rural residents in accepting National Health Insurance.</i>	<i>Journal of Biology, Agriculture and Healthcare</i>	vol 4 no 14, 2014
5.	Evaluasi Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan Peserta BPJS di RSUD Panembahan Senopati Bantul	Jurnala Admmirasi	Vol 1 no 1, Juli 2015
6.	Perbandingan Efisiensi Penatalaksanaan Apendisitis Akut pada Pasien Jaminan Kesehatan Nasional dengan Pasien Umum	JMMR	Vol 5 No 1, Januari 2016
7.	<i>The Difference of Satisfaction Level in BPJS Health Insurance Patient and Non Insurance Patient Toward Health Service in Negara General Hospital</i>	<i>International Journal of Public Health Science (IJPHS)</i>	Vol.5, No.1, March 2016

#### F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1.	<i>The 1<sup>st</sup> Jogja International Nursing Conference 2011 Implementing Evidence Based to Improve Quality of Life</i>	Pengaruh Apgar Keluarga terhadap tingkat kecerdasan emosi remaja	21-22 Okt 2011, Yogyakarta
2.	8th World iHEA Congress, Toronto, Canada	<i>"Conjoint Analysis approach for determining community preferences of benefit package in achieving universal coverage in Indonesia"</i>	Toronto, July 10--13, 2011
3.	<i>National Input for Achieving Universal Health Coverage in Indonesia</i>	<i>Willingness to Pay Paket Asuransi yang Menjamin Penyakit Berbiaya Katastropik : studi Contingent Valuation</i>	Yogyakarta, 28-29 Mei 2012
4.	<i>4<sup>th</sup> Asian International Conference on Humanized Health Care</i>	<i>"Relationship Quality, Key Performane Indicator, and Performance of Hospital Services",</i>	Yogyakarta, 2013
5.	<i>11<sup>th</sup> World Congress: Health Economics and Nutrition: an iHEA World Congress</i>	<i>Does Urban Acceptance of National Health Insurance Better than Rural Society?</i>	Milan - Italy, 12 - 15 Juli 2015

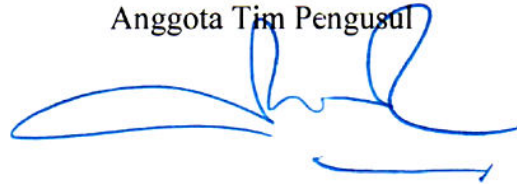
G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir :

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1.	Kumpulan Kasus-Kasus: Manajemen Rumah Sakit di Indonesia	2015	127	LP3M UMY

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penelitian Dasar Unggulan Perguruan Tinggi

Bantul, 5 Juni 2017  
Anggota Tim Pengusul



(Dr.dr.Arlina Dewi, M.Kes)



## ***Compensation, Career Development, and Job Satisfaction as the Antecedent of Nurse Turnover Intention***

Nur Hidayah<sup>1</sup>, Hana Rizka Ananda<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>*Master of Hospital Management, Postgraduate Program, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia*

<sup>1</sup>[nurhidayah@umy.ac.id](mailto:nurhidayah@umy.ac.id), <sup>2</sup>[hanarizkananda@gmail.com](mailto:hanarizkananda@gmail.com)

Keywords: compensation, career, satisfaction, nurse turnover intention

Abstract: Shortage of professional nurse in a hospital is threaten service quality and patient safety. Inadequate compensation, no career development, and dissatisfaction can increase turnover intention. Increasing the resilience of professional nurses better than recruiting new nurses from an economic perspective. The research analyzed the effect of compensation and carrier development on job satisfaction and the impact on turnover intention of nurses in a private hospital in Yogyakarta, Indonesia. A quantitative research design with the cross-sectional approach used. The sampling technique was simple random sampling. The samples consisted of 47 nurses who made a self-reported by filling out the questionnaire. Data analysis used Partial Least Square. The study found that career development had significant effect on job satisfaction and Turnover Intention. Moreover, compensations did not have effect on job satisfaction and turnover intention. Job satisfactions also did not have effect on Turnover Intention. The implication, the hospital should improve the career development of nurses to decrease turnover intention.

## **1 INTRODUCTION**

One of a global issue is a shortage of nurses (Omar et al., 2018). Shortage of professional nurses in a hospital is threatening service quality and patient safety. The shortage impact hospital operation especially on access and quality. Severe shortages increased nurse workloads or overtime which could affect the quality of healthcare (May et al., 2006), (Omar et al., 2018). Intention to change profession and intention to

change, proper staffing and stable nursing workforce will ensure the quality of nursing care received by patients and the quality of health care system, thus, having the sufficient number of nurses is essential. Turnover related to the nurse shortage (Parry, 2008).

In light of the protected workforce shortage that still continuous, turnover is a crucial issue in the world. Turnovers have a strong correlation with patient outcomes particularly patient safety (falls, infections), reduced job satisfaction and quality of patient care (Lu et al., 2017) (Roche et al., 2015). Job satisfaction influence turnover intention (Arianto and Syihabudhin, 2018), (Omar et al., 2018), (Lu, et al., 2017),



(Oktizulvia et al., 2017), (Parry, 2008), The previous research in West Sumatera Indonesia found that potential half of nurses (51.9%) intended to quit (turn over) next year. The average job satisfaction was 48.6% (Arianto and Syihabudhin, 2018). Beside, turnover intention also correlated with financial rewards. So, to reduce turnover intention, the management should be paying attention seriously to financial rewards (Azeez, 2016). Financial reward and career development influence turnover intention (Omar et al., 2018), (Ghafoor et al., 2017). Reward and compensation have similar meaning that is an appreciation from employer to employee. There is a value exchange between them. The organization gives financial rewards or compensation to the workers because of their contribution (Salisu et al., 2015).

Career development is essential for every professional nurse. To maintain nurse competencies needed continuing career development. A study found that continuing professional development have a positive correlation with nurse satisfaction (Hariyati et al., 2017).

Inadequate compensation, unclear career development, and dissatisfaction can increase turnover intention. Increasing the resilience of professional nurses better than recruiting new nurses from an economic perspective. The cost of turnover is very high. Employees are essential assets and the building blocks of an organization. Researchers and practitioners stated that an organization should satisfy and retain critical performers (Abid and Hassan Butt, 2017) or the will lost much money to train and develop a new employee. So, raising the turnover of the workforce becomes a severe organizational problem.

Study on the correlation between job satisfaction and intention turnover have to be done by many researchers. Current research investigates the causal effect of compensation and career development on turnover intention, job satisfaction as variable intervening. This research also measured the contribution of indicators on a research variable in detailed.

## Hypothesis (H)

- H1: Compensation effect on job satisfaction.
- H2: Compensation effect on turnover intention.
- H3: Career development effect on job satisfaction.
- H4: Career development effect on turnover intention.
- H5: Job satisfaction effect on turnover intention.

## 2 RESEARCH METHOD

This study used a quantitative research design.

Structure Equation Modeling (SEM) alternative namely Partial Least Square (PLS) was used as data analysis tool. The cross-sectional survey using a self-administered questionnaires. Sampling technic was sample random sample with Slovin method. Samples were 47 nurses from total 90 nurses. Inclusion criteria were the nurse who has been worked two years or more. The study was performed from April 2016 to June 2016 in a private hospital in Yogyakarta, Indonesia.

## 3. RESULT

### 3.1. Respondent Characteristic

Table 1. Respondents Characteristic

Category	Frequency	Percentage
Man	5	10.6
Women	42	89.4
< 25 Years	4	8.5
25-30 Years	23	48.9
31-35 Years	8	17.0
> 35 Years	12	25.5
D3	33	70.2
S1	14	29.8
Single	11	23.4
Married	36	76.6
Contract	8	17.0
Permanent	39	83.0

The characteristic of respondents consists of gender, ages, education, marital status, and employment status

### 3.2. Outer Model

Convergent validity comprises of individual item reliability, internal consistency or construct reliability (CR), and average variance extracted (AVE).

Table 1 Cronbach's Alpha, Construct Reliability (CR), and Average Variance Extracted (AVE)

	Cronbach's Alpha	CR	AVE
Career Development (CD)	0,997	0,998	0,978
Compensation (C)	0,977	0,982	0,917

Job Satisfaction (JS)	1,000	1,000	0,993
Turnover Intension (TI)	0,864	0,918	0,791

Besides that, there is also discriminant validity. Convergent validity measures correlation between the construct and the latent variable. If loading factor  $\leq 0.7$ , it is ideal, the indicator is valid. There are five indicators of compensation, nine indicators of career development, 19 indicators of job satisfaction, all of them are valid ( $\geq 0.7$ ). There are eight indicators of turnover intention, but the first (y21), second (y22), third (y23), fourth (y24), and fifth indicator (y25) have loading factor  $\leq 0.7$ , so they are not valid and have to be dropped from the model, as follow:

Table 2. Outer Loading of Compensation (C)

	Original Sample	T Statistics	P Values
X11 <- C	0,923	19,642	0,000
X12 <- C	0,964	12,972	0,000
X13 <- C	0,964	13,080	0,000
X14 <- C	0,966	10,916	0,000
X15 <- C	0,968	15,148	0,000

The indicators of the compensation comprise of the salary (X11); the amount of salary (X12); welfare benefits (X13); health insurance (X14); pension (X15). The biggest outer loading is

pension (X15), and the smallest is the salary (X11) as one kind of the compensation. The difference in magnitude of outer loading is not much. The indicators have significant contribution on the compensation variable.

Table 3. Outer Loading of Career Development (CD)

	Original Sample	T Statistics	P Values
X21 <- CD	0,977	15,394	0,000
X22 <- CD	0,983	10,319	0,000
X23 <- CD	0,989	9,750	0,000
X24 <- CD	0,988	8,872	0,000
X25 <- CD	0,994	15,790	0,000
	Original Sample	T Statistics	P Values
X26 <- CD	0,993	11,331	0,000
X27 <- CD	0,992	11,386	0,000
X28 <- CD	0,992	11,424	0,000
X29 <- CD	0,991	9,074	0,000

The indicators of the career development are job qualification (comprise of education/X21, Experiences/X22, and competencies/X23), career development

process (in accordance with regulation/X24, in accordance with nurse' competencies/X25), equal opportunity in career advancement (nurse rotation/X26; career information/X27; promotion/X28; the same opportunities in advance education and trainings). The biggest outer loading is in accordance with nurse' competencies (X25), but the difference of magnitude of the outer loading is not much. All of outer loading of career development between 0, 97 – 0, 99 with p-value 0,000. So, all indicators have significant contribution on career development variable.

Table 4. Outer Loading Job Satisfaction (JS)

Y11 <- JS	0,995	4,122	0,000
Y110 <- JS	0,998	5,316	0,000
Y111 <- JS	0,996	4,456	0,000
Y112 <- JS	0,998	4,404	0,000
Y113 <- JS	0,998	4,457	0,000
Y114 <- JS	0,997	5,332	0,000
Y115 <- JS	0,998	5,393	0,000
Y116 <- JS	0,998	3,407	0,001
Y117 <- JS	0,997	2,771	0,006
Y118 <- JS	0,996	2,671	0,008

Y12 <- JS	0,992	4,625	0,000
Y13 <- JS	0,996	5,016	0,000
Y14 <- JS	0,995	3,837	0,000
Y15 <- JS	0,995	5,113	0,000
Y16 <- JS	0,996	5,790	0,000
Y17 <- JS	0,996	5,604	0,000
Y18 <- JS	0,996	4,354	0,000
Y19 <- JS	0,997	4,849	0,000

There are 19 indicator of job satisfaction for 5 dimensions namely satisfaction on workload, salary, promotion, supervisor, and co-workers. All indicators have significant contribution on job satisfaction variable. The difference magnitude of outer loading scores are not much, the minimum score is 0.992, and the maximum score is 0,998.

Table 5 Outer Loading of Turnover Intention (TI)

Y26 <- TI	0,765	6,161	0,000
Y27 <- TI	0,942	23,027	0,000
Y28 <- TI	0,949	19,543	0,000

There are four dimensions and eight indicators of turnover intention. Five

indicator are not significant, loading factor < 0.7. The indicators of turnover intention dimension are intention to leave the employer now (Y21), intention to leave if the is opportunity in the future (Y22). Indicators of high absenteeism dimension are frequently (Y23), and working as schedule (Y24) dropped. Responsible on the job (Y26), often disagree with supervisor policies (Y27), often complain about supervisor policies (Y28) are significant contribute to turnover intention variable.

## 2.2. Inner Model

In inner model, show the path coefficients, effect exogenous variable on endogenous variable. There are two exogenous variables (compensation and career development) and two endogenous variables (job satisfaction and turnover intention).

Result of Hypothesis Testing:

Table 6. Path Coefficients

Causal Effect	Original Sample	T Statistic	P Values
CD -> JS	1,127	2,538	0,011
CD -> TI	-1,431	2,011	0,045

C -> JS	-0,157	0,686	0,493
C -> TI	-0,317	1,628	0,104
JS -> TI	2,454	2,256	0,024

Note of abbreviations in the Table 6:

C: Compensation; CD: Career Development; JS: Job satisfaction; TI: Turnover Intention.

Table 7. Indirect Effect Compensation and Career Development on Turnover Intention

Indirect Effect	Original Sample	T Stat	P Values
CD-> JS -> TI	2,767	1,953	0,051
C -> JS -> TI	-0,385	1,456	0,146

According to the Table 6, the original samples are the path coefficients. The significance level of the path coefficients can be seen in T Statistic and p-values. If t Statistic > 1,96 (t-distribution table) or p-value > 0,05 for 5% significance level, then the path coefficient is significant. In Table 7 show the indirect effect of compensation and career development on turnover intention through job satisfaction as intervening variable. The

indirect effect of career development on turnover intention is not supported, because the coefficient is positive. The indirect effect of compensation on turnover intention is not significant, with T Statistic <1,96, and P Value >0,05. So, job satisfaction is not intervening variable between compensation turnover intention and between career development and turnover intention. Beside indirect effect, there are total effect that describe in Table 8.

Table 8. Total Effect Compensation and Career Development on Turnover Intention

	Original Sample	T Stat	P Values
CD -> TI	1,336	1,550	0,122
C -> TI	-0,702	1,972	0,049

Total effect is the sum of direct effect and indirect effect. From Table 8 can be seen that compensation has total effect -0,702 or -70,2% (significant with T Statistic >1,96 and p-value < 0,05). The total effect of career development on turnover intention is not significant with a positive coefficient, not supported.

The Result of Hypothesis testing as follows:

H1: Compensation effect job satisfaction. The coefficient is  $-0,158$  (p-value 0.443). The theory does not support the minus coefficient. Compensations should have a positive effect on job satisfaction. The p-value also shows the effect is not significant. So that, H1: Compensation effect job satisfaction is not proven.

H2: Compensation effect turnover intention, the coefficient is  $-0,470$  (p-value 0,018). The H2: compensation effect turnover intention is proven. The compensation significantly effects on turnover intention - 4,7 %.

H3: Career developments have positive affects on job satisfaction. The coefficient is 1,128 (0,010). Career developments effect significantly 11,28% on job satisfaction.

H4: Career development effect on turnover intention  $-0,952$  (p value 0,080). Career development effect turnover intention 9,52%, significantly.

H5: Job satisfaction effect on turnover intention. The coefficient 2,195

(positive), (p-value 0,005), not supported the theory. Job satisfaction must have a negative effect on turn over intention. So, H5: Job satisfactions have negative effect turnover intention is not proven.

R square Job satisfaction is 0,964. The variation of job satisfaction can be described by the variation of career development and compensation are 96,3%. R square turnover intention is 0.839. It is described variability turnover intention can be described by the variability of compensation, career development, and job satisfaction 83,9%.

#### **4. DISCUSSION**

The result of the research show that compensation does not affect job satisfaction. It is not relevant with previous research that compensation influence positively jobs satisfaction of the employee (Salisu et al., 2015), (CM Mabaso and BI Dlamini, 2017), (Sudarno et al., 2016). One of the goals is by giving compensation is to motivate employee and to satisfy them. So, the organization should

evaluate the compensation in order to improve the job satisfaction.

There are so many factors that effect on satisfaction. Research by Lu et al. on the 5845 healthcare staff in Guangdong, found that job satisfaction score means 3.99 on the scale of 1-6. Job satisfaction was affected significantly by educational background, professional status, occupation, night shift frequency, year of service, and annual income as the socio-demographic variables. Work stress, work-family conflict and doctor-patient relationship also had a significant effect on job satisfaction (Lu et al., 2016). Compensation is not only in the form of finance. Non-financial compensation includes flexible working, opportunities to get pieces of training, dress, free food, free for a wellness program, (Sheehan, 2018), transportation, health insurance, etcetera. Why compensation does not influence job satisfaction need to be examined further.

Compensation strategies that comprehensive include basic or fix

salary, bonuses as variable payment, reimbursements, employees allow choosing from a budget as flexible benefits and a pension level based on their contribution, transportation allowance, healthcare service, support for private medical, personal development support, and opportunity to choose additional holidays. The best packages include long-term incentives to contribute value created, such as share options, and these can vary different from one organization to other organization (Sheehan, 2018).

To attract, retain a talented employee, and motivate the best performer, the organization can use an effective compensation strategy. To keep competitive and successful, an organization can use the compensation strategy as a critical part of overall human resource one. By the strategy, the organization motivate the employee and develops emerging talent. Compensation strategies that truly effective, as same as most other strategies for business: differentiation, based on market demand, aligned with needs and goals of the organization strictly; and fit with the lifecycle of what is the employee think (Sheehan, 2018).

Compensation and career development effect significantly on turnover intention (Omar et al., 2018), (Ghafoor et al., 2017). Organizations want to minimize turnover intentions of its employee. Retain a performed and productive employee better than recruit and train a new one. In a workplace, employee desire to have self-actualization by getting higher compensation and excellent career development. Self-actualization as a mediator variable can increase or decrease the effect of compensation and career development on turnover intention (Ghafoor et al., 2017).

Career map of a nurse is guidance for professional development. Nurses have essential roles in enhancing health care quality in a hospital. They are responsible for patient safety. So, they must have adequate competencies. The hospital should provide programs that continuously improve nurse competencies. The professional development of nurses must be maintained from time to time as a

continuous process. Career development is an integral part of the career ladder of a nurse (Hariyati et al., 2017).

The study showed a lack of work support negatively and directly associated with nurse turnover intention. Additional opportunities for career growth within the organization may strengthen the effect of work support and consequently increase the retention of qualified nursing staff.

#### **4. CONCLUSIONS**

Career development has a significant effect on job satisfaction and turn over intention. The effect of compensation on job satisfaction and turn over intention do not supported. Job satisfaction also does not influence turnover intention. To decrease turnover intention and to increase job satisfaction, the organization should be pay critical attention on improving career development system.

#### **5. LIMITATION OF THE RESEARCH**

The research approach was quantitative. Data collection used a structural questioner, close ended question, so respondents had limited



responds. The amount of respondent just 47 nurses that work in a private hospital. The respondents maybe not familiar with the questions.

## ACKNOWLEDGEMENTS

Thanks alot for Universitas Muhammadiyah Yogyakarta as an academic institution that supported this research.

## REFERENCES

- Abid, G., Hassan Butt, T., 2017. Expressed Turnover Intention: Alternate Method for Knowing Turnover Intention and Eradicating Common Method Bias [WWW Document]. *Int. Lett. Soc. Humanist. Sci.* <https://doi.org/10.18052/www.scipress.com/LSHS.78.18>
- Arianto, A., Syihabudhin, 2018. The Influence of Reward on Turnover Intention with the Organizational Commitment as an Intervening Variable (A Study on Group I and II Employee at Djatiroto Sugar Factory). *KnE Soc. Sci.* 3, 308–323.
- Azeez, R., 2016. (PDF) Investigating The Influence Of Financial... [WWW Document]. ResearchGate. <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n10p161>
- Calvin Mzwenhlanhla Mabaso and Bongani Innocent Dlamini, 2017. Impact of Compensation and Benefits on Job Satisfaction [www Document]. URL <https://scialert.net/fulltext/?doi=rjbm.2017.80.90> (accessed 9.2.18).
- Ghafoor, M.S., Ansari, D.N., Moazzam, D.A., 2017. The Effect Of Financial Compensation And Perceived Career Progression On Employee Turnover Intentions With Self Actualization As A Mediator. *Manage. Rev.* 2, 25.
- Hariyati et al, 2017. Correlation between Career Ladder, Continuing Professional Development and Nurse Satisfaction: A Case Study in Indonesia - ProQuest [www Document]. Httpse-Resour.-Origsitesummon. URL <https://e-resources.perpusnas.go.id:2057/docview/1988003496?pq-origsite=summon> (accessed 8.22.18).
- Lu, et al., 2017. The relationship between job satisfaction, work stress, work-family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China: a cross-sectional study - ProQuest [WWW Document]. Httpse-Resour. URL <https://e-resources.perpusnas.go.id:2057/docview/1898373661/fulltextPDF/B6BCDE84C264C46PQ/1?accountid=25704> (accessed 8.22.18).
- Lu, Y., Hu, X.-M., Huang, X.-L., Zhuang, X.-D., Guo, P., Feng, L.-F., Hu, W., Chen, L., Hao, Y.-T., 2016. Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMJ Open* 6, e011388. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011388>
- May, J.H., Bazzoli, G.J., Gerland, A.M., 2006. Hospitals' Responses To Nurse Staffing Shortages. *Health Aff. Chevy Chase* W316–W323.
- Oktizulvia, C., Dachriyanus, D., Vionalisa, V., 2017. Job Satisfaction Factors and Nurses Intention to Quit in Type C Hospitals. *J. Nurs. Care* 06. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000399>
- Omar, K., Halim, A., Majid, A., Johari, H., 2018. Job Satisfaction And Turnover Intention Among Nurses: The Mediating Role Of Moral Obligation.
- Parry, J., 2008. Intention to leave the profession: antecedents and role in nurse turnover. *J. Adv. Nurs.* 64, 157–167. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04771.x>
- Roche, M.A., Duffield, C.M., Homer, C., Buchan, J., Dimitrelis, S., 2015. The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian* 22, 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.05.002>
- Salisu, J.B., Chinyio, E., Suresh, S., 2015. The impact of compensation on the job satisfaction of public sector construction workers of jigawa state of Nigeria [WWW Document]. URL [/paper/The-impact-of-compensation-on-the-job-satisfaction-Salisu-Chinyio/c26e0d1aa253fb75f4e503ff5b63427d517a5ada](http://paper/The-impact-of-compensation-on-the-job-satisfaction-Salisu-Chinyio/c26e0d1aa253fb75f4e503ff5b63427d517a5ada) (accessed 9.5.18).
- Sheehan, C., 2018. Compensation Strategies: Attracting and Retaining Talent [WWW Document]. URL <https://www.legal-island.com/articles/uk/features/hr/2018/may/compensation-strategies-attracting-and-retaining-talent/> (accessed 9.6.18).
- Sudarno, S., Priyono, P., Sukmaningrum, D., 2016. Effect of Compensation, Motivation and Organizational Climate on Employee Satisfaction: Study on PT. Sumber Alfaria Trijaya Tbk. in Gedangan-Sidoarjo. *Int. J. Bus. Manag.* 11, 212. <https://doi.org/10.5539/ijbm.v11n2p212>





**SISTEM REMUNERASI**  
Sebagai Strategi Manajemen  
Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Buku Sistem Remunerasi ini adalah Buku Ajar yang bertujuan untuk memberikan pemahaman kepada mahasiswa dalam mencapai kompetensi sikap, pengetahuan, dan keterampilan dalam mengidentifikasi masalah, membuat perencanaan mencari solusi, dan menyusun sistem remunerasi di organisasi rumah sakit yang adil, transparan, proporsional dan bernilai tambah. Sistem remunerasi menjadi daya tarik bagi pegawai untuk bergabung dalam sebuah organisasi. Rumah sakit adalah salah satu organisasi yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Pegawai rumah sakit yang terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan terdiri dari berbagai profesi yang setiap profesi mempunyai asosiasi profesi sendiri-sendiri seperti dokter, perawat, apoteker, dan profesi lainnya. Hal itu membentuk sumber daya manusia rumah sakit yang kompleks dan rawan terhadap konflik kepentingan. Rumah sakit harus mampu menenangkan berbagai profesi menjadi tim yang solid yang menjadi sarana efektif dalam mencapai tujuan organisasi rumah sakit. Remunerasi menjadi salah satu alat yang sangat penting dalam memberikan motivasi kepada pegawai. Semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca.

Penulis adalah dosen tetap Universitas Muhammadiyah Yogyakarta sejak Januari 2016. Penulis lahir di Magelang pada tanggal 11 Juni 1959. Pendidikan Doktor Ilmu Manajemen, Universitas Padjadjaran Bandung, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, lulus Juli 2015. Doktor Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Jakarta (UNI), dengan kekhususan Pendidikan Tinggi, lulus Februari 2010. S2 (Manajemen SDM, 2004) dan S1 (Manajemen Perusahaan, 2003) di Universitas Muhammadiyah Jakarta, Di Akademi Perawatan Bandung tahun 1981.  
Dr. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M. Nomor Hp: +62 8121868736  
Email: nurhidayah@umy.ac.id & nurh1106@gmail.com



JANGKA PERTAMA PUBLIKASI  
DARI UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
Jalan P. O. Jangka Permana No. 1  
Kampus Permana, Lingsar, Bantul  
Yogyakarta 55181-1000, Indonesia  
Telp. +62 271 581000, Fax. +62 271 581004  
www.umy.ac.id



# SISTEM REMUNERASI

Sebagai Strategi Manajemen Sumber Daya Manusia  
di Rumah Sakit

Dr. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.

**Penerbit LP3M Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**  
**SISTEM REMUNERASI**

Sebagai Strategi Manajemen Sumber Daya Manusia  
di Rumah Sakit

Penulis: Dr. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.

Desain Cover: Budiman Raharjo, S.Ds.

Penyunting: Ir. Eko Pranoto, M.Si.

ISBN: 978-602-5450-33-4

Hak cipta dilindungi undang-undang  
All right reserved

Cetakan pertama, 2017

Diterbitkan oleh: LP3M Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
Jl. Brawijaya, Tanantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta, Indonesia  
55183

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002  
Tentang Hak Cipta

Pasal 2

- 1 Hak cipta merupakan hak eksklusif bagi pencipta atau pemegang untuk mengumumkan dan memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut undang undang yang berlaku.

Ketentuan Pidana

Pasal 72

- 1 Barang siapa dengan sengaja atau tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau {asal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00. (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
- 2 Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum satu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta atau hak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan atau denda Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah S.W.T penulis panjatkan, berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku Monograf Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit ini.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan berupa kritik yang membangun dan saran-saran, serta masukan yang sangat berharga dalam menyelesaikan penyusunan Monograf ini. Ucapan terima kasih khusus untuk suami tercinta Ir. Eko Pranoto, M.Si. atas bantuan, dan dukungan selama menulis karya ini.

Buku ini dapat dijadikan sebagai referensi bagi mahasiswa yang sedang menuntut ilmu dalam bidang manajemen rumah sakit, para direktur dan manajer unit atau departemen sumber daya manusia di rumah sakit, para dosen yang mengampu matakuliah manajemen sumber daya manusia di rumah sakit, para pemerhati sistem remunerasi di rumah sakit, dan para peneliti sistem remunerasi yang saat ini sedang menjadi topik yang kontroversial karena sensitifnya terhadap konflik di rumah sakit.

Sebagai sebuah karya yang merupakan perpaduan antara ilmu, pengalaman, dan peraturan perundang-undangan terkait dengan sistem remunerasi ini, masih banyak kekurangannya, penulis berharap dari para pembaca untuk memberikan kritik dan saran lebih lanjut untuk perbaikan Monograf ini ke depannya.

29 Agustus 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Tabel	iv
Daftar Gambar	iv

### BAB I PENDAHULUAN

Latar Belakang	1
Ringkasan	7

**BAB II SISTEM REMUNERASI SEBAGAI STRATEGI MANAJEMEN SUMBER DAYA  
MANUSIA  
RUMAH SAKIT**

A. Pengertian Remunerasi	9
B. Langkah-langkah menentukan Remunerasi	13
C. Komponen utama Remunerasi	15
D. Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Manajemen SDM Rumah Sakit	20
Ringkasan	24

**BAB III EVALUASI JABATAN**

A. Pengertian Evaluasi Jabatan	26
B. Prinsip-prinsip Evaluasi Jabatan	27
C. Langkah-langkah menentukan Nilai Jabatan	28
D. Metode Evaluasi Jabatan	29
E. Peringkat Jabatan	30
F. Kriteria Faktor Jabatan	33
G. Batasan Nilai Jabatan dan Kelas Jabatan	44
Ringkasan	47

**BAB IV PENILAIAN KINERJA**

A. Pengertian Penilaian Kinerja	49
B. Proses Penilaian Kinerja	51
C. Contoh Proses Penilaian Kinerja	53
D. Komponen Penilaian Kinerja	56
Ringkasan	62

**BAB V HASIL PENELITIAN FORMULASI STRATEGI SISTEM REMUNERASI**

A. Faktor strategis eksternal yang memberikan peluang bagi rumah sakit	64
B. Faktor strategis eksternal yang paling mengancam	67
C. Faktor strategis internal yang berupa lima kekuatan rumah sakit	70
D. Kelemahan Pada Sistem Remunerasi di Rumah Sakit	74
E. Kelemahan Pada Sistem Remunerasi di Rumah Sakit	79
F. Sistem Remunerasi Di Berbagai Negara	84
Ringkasan	94

<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>96</b>
-----------------------	-----------

