

SJSN : Sistem Jaminan Sosial Nasional

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dalam waktu yang hampir bersamaan, dunia kesehatan di Indonesia mengalami dua momentum penting yaitu mulai diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada awal tahun 2014 yang lalu dan dalam skala global menghadapi harmonisasi ASEAN dalam rangka diberlakukannya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) atau *ASEAN Economic Community* (AEC), pada tahun 2015 ini (PERSI, 2015).

MEA merupakan bentuk integrasi ekonomi ASEAN dalam artian adanya sistem perdagangan bebas antara negara-negara ASEAN lainnya yang telah menyepakati MEA. Salah satu yang akan menjadi fokus dalam MEA ini yaitu negara-negara ASEAN akan dijadikan sebuah wilayah kesatuan pasar dan basis produksi. Dengan terciptanya kesatuan pasar dan basis produksi maka akan membuat arus barang dan jasa, investasi, modal dalam jumlah yang besar, dan *skilled labour* menjadi tidak ada hambatan dari suatu negara ke negara lainnya di kawasan Asia Tenggara (PERSI, 2015).

Pada Seminar Perumaksuditan Medan yang digelar pada tanggal 25 sampai dengan 27 Februari 2015 silam, ketua Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Daerah Sumatera Utara menyampaikan bahwa dalam menyongsong MEA di Era JKN diiringi dengan tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan yang semakin tinggi, rumah sakit harus bermutu, mampu berkompetisi dan mampu mewujudkan efisiensi serta dapat menjalankan fungsi sosial berlandaskan norma, moral, etika, dan dampaknya adalah kepercayaan (*trust*) masyarakat kepada provider atau rumah sakit (RS) yang memberi pelayanan (Lubis, 2015).

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara salah satunya dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009

tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. (Kemenkes RI, 2015). Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan jasa yang mempunyai kespesifikan dalam hal sumber daya manusia, sarana prasarana dan peralatan yang dipakai. Sering rumah sakit dikatakan sebagai organisasi yang padat modal, padat sumber daya manusia, padat teknologi dan ilmu pengetahuan serta padat regulasi. Padat modal karena rumah sakit memerlukan investasi yang tinggi untuk memenuhi persyaratan yang ada. Padat sumber daya manusia karena di dalam rumah sakit pasti terdapat berbagai profesi dan jumlah karyawan yang banyak. Padat teknologi dan ilmu pengetahuan karena di dalam rumah sakit terdapat peralatan-peralatan canggih dan mahal serta kebutuhan berbagai disiplin ilmu yang berkembang dengan cepat. Padat regulasi karena banyak regulasi/peraturan-peraturan yang mengikat berkenaan dengan syarat-syarat pelaksanaan pelayanan di rumah sakit. Sebagai perusahaan pelayanan jasa, rumah sakit menghasilkan produk yang bersifat tidak berwujud atau *intangible*, maka sumber daya manusia merupakan unsur yang sangat penting baik dalam produksi maupun penyampaian jasa dalam pelayanan berkualitas.

Industri RS di Indonesia menjadi industri yang menarik bagi para investor baik dalam maupun luar negeri. Terlepas dari menguntungkan atau tidak, bisnis RS masih sulit diprediksi, namun pada kenyataannya semakin banyak investor pada sektor ini dan menjadikan persaingan antar rumah sakit semakin ketat. Ini memperlihatkan bahwa bisnis RS semakin berkembang (Depkes RI, 2003). Rumah sakit sebagai salah satu subsistem pelayanan kesehatan menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik dan pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan, dan unit rawat inap. Dalam perkembangannya

pelayanan rumah sakit tidak terlepas dari pembangunan ekonomi masyarakat. Perkembangan ini tercermin pada perubahan fungsi klasik RS yang pada awalnya hanya memberikan pelayanan yang bersifat penyembuhan (kuratif) terhadap pasien melalui rawat inap. Pelayanan RS kemudian bergeser karena kemajuan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kedokteran, peningkatan pendapatan dan pendidikan masyarakat. Pelayanan kesehatan di RS saat ini tidak saja bersifat kuratif (penyembuhan), tetapi juga bersifat pemulihan (rehabilitatif). Keduanya dilaksanakan secara terpadu melalui upaya promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif). Dengan demikian, sasaran pelayanan kesehatan RS bukan hanya untuk individu pasien, tetapi juga berkembang untuk keluarga pasien dan masyarakat umum. Fokus perhatiannya memang pasien yang datang atau yang dirawat sebagai individu dan bagian dari keluarga. Atas dasar sikap seperti itu pelayanan kesehatan di RS merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna (komprehensif dan holistik) meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Widayat, 2010).

Kepemimpinan dalam suatu organisasi merupakan suatu faktor yang menentukan berhasil tidaknya suatu organisasi atau usaha. Kepemimpinan yang efektif, membawa pengelolaan organisasi ke arah kesuksesan. Tanda kepemimpinan yang efektif adalah adanya keteraturan, hasil dan pengembangan dalam organisasi. Namun upaya untuk menunjukkan adanya kepemimpinan yang efektif tidaklah mudah. Kepemimpinan sangat bergantung dari *personality* yang mengembang posisi sebagai pemimpin. Setiap ketrampilan kepemimpinan yang efektif seharusnya melekat erat pada setiap pimpinan, apapun ruang lingkup tanggung jawabnya. Sikap dan gaya serta perilaku kepemimpinan seseorang sangat besar pengaruhnya terhadap organisasi yang dipimpinnya, bahkan berpengaruh terhadap produktivitas organisasinya (PERSI, 2015).

Menurut dr. Tjatur Priambodo M.Kes saat memberikan materi pada Sidang Pleno IV Rakerwil dan Workshop ke-10 klinik Muhammadiyah Aisyiyah se-Jawa Timur pada tanggal 21 Mei 2016 lalu mengatakan bahwa visi dan misi pembangunan kesehatan di Indonesia memerlukan peran aktif

masyarakat. Kita ketahui juga bahwa saat ini Indonesia sedang berada dalam masa revolusi pelayanan kesehatan, yang menjadi tindak lanjut Undang-undang Jaminan Kesehatan Nasional, maka Muhammadiyah memerlukan banyak persiapan, agar bisa berkembang dan bertahan.

Sejarah menunjukkan bahwa Muhammadiyah sebagai gerakan Islam dalam rentang usia satu abad telah berkiprah optimal untuk memajukan kehidupan umat Islam dan bangsa Indonesia, yang memberi makna bagi kehidupan umat manusia pada umumnya. Muhammadiyah telah berjuang melalui gerakan dakwah dan tajdid dalam usaha pembinaan kehidupan beragama sejalan dengan Al-Quran dan Sunnah Nabi serta melakukan usaha-usaha pembaruan kemasyarakatan melalui pendidikan, pelayanan kesehatan, pelayanan sosial, pemberdayaan masyarakat, peran politik kebangsaan, dan sebagainya, yang merupakan perwujudan untuk membentuk masyarakat Islam yang sebenar-benarnya dan menghadirkan Islam sebagai rahmat bagi semesta alam (PP Muhammadiyah, 2010).

Diketahui bahwa pada tahun 2015, rumah sakit di Indonesia sebanyak 2.488 RS yang terbagi menjadi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat. Rumah sakit publik di Indonesia dikelola oleh Kementerian Kesehatan, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, TNI/POLRI, kementerian lain serta swasta non profit (organisasi keagamaan dan organisasi sosial). Jumlah rumah sakit publik di Indonesia sampai dengan tahun 2015 sebanyak 1.593 RS, yang terdiri dari 1.341 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 252 Rumah Sakit Khusus (RSK). Berbeda dengan rumah sakit publik, rumah sakit privat dikelola oleh BUMN dan swasta (perorangan, perusahaan dan swasta lainnya). Pada tahun 2015 terdapat 895 rumah sakit privat di Indonesia, yang terdiri dari 608 RSU dan 287 RSK (Kemenkes RI, 2015). Dari sejumlah data seluruh RS di Indonesia, Muhammadiyah diketahui pada tahun 2015 telah memiliki 457 RS yang tersebar di seluruh Indonesia. Namun dalam perkembangannya, Muhammadiyah yang telah memiliki ribuan amal usaha yang tersebar di seantero Indonesia, ternyata kurang diikuti dengan peran-peran pembaharuan dan belum optimal dalam menyelesaikan problem sosial yang terjadi.

Pertumbuhan dan kebangkitan Muhammadiyah tidak terlepas dari tiga proses yang saling bersinergi, yaitu proses pemikiran (kerja intelektualitas), proses institusionalisasi (kerja kelembagaan), dan proses pembentukan amal usaha. Makin ke belakang justru kader dan aktivis Muhammadiyah lebih banyak terjebak pada kerja-kerja amal usaha, dan semakin mengecilkan peran-peran pemikiran dan intelektualitas. Peningkatan jumlah yang demikian spektakuler tidak dapat menutup kenyataan lain di seputar perkembangan amal usaha Muhammadiyah, yaitu kualitas amal usaha tersebut. Harus diakui, amal usaha Muhammadiyah untuk hal kualitas mengalami dua masalah sekaligus. Pertama, keterlambatan pertumbuhan kualitas dibandingkan dengan penambahan jumlah yang spektakuler. Kedua, ketidakmerataan pengembangan mutu lembaga pendidikan. Oleh karenanya, untuk membenahi masalah ini, kehadiran kontribusi pemikiran dan gerakan nyata dari berbagai kalangan mutlak diperlukan (Sukriyanto, 2010).

Tabel 1.1 Data Amal Usaha Muhammadiyah

No	Jenis Amal Usaha	Jumlah
1	TK/TPQ	4.623
2	Sekolah Dasar (SD)/MI	2.604
3	Sekolah Menengah Pertama (SMP)/MTs	1.772
4	Sekolah Menengah Atas (SMA)/SMK/MA	1.143
5	Pondok Pesantren	67
6	Perguruan Tinggi Muhammadiyah	172
7	Rumah Sakit, Rumah Bersalin, BKIA, BP	457
8	Panti Asuhan, Santunan, Asuhan Keluarga, dll.	318
9	Panti jompo	54
10	Rehabilitasi Cacat	82
11	Sekolah Luar Biasa (SLB)	71
12	Masjid	6.118
13	Musholla	5.080
14	Tanah	20.945.504 m ²

Sumber data: www.muhammadiyah.or.id (2015)

Muhammadiyah yang dikenal sebagai gerakan pembaharu, di kemudian hari tumbuh menjadi organisasi Islam modern yang cukup besar. Predikat yang terhormat itu kini menjadi beban sejarah, yaitu bagaimana warga Muhammadiyah dapat melanjutkan dan menunjukkan karya-karya baru yang lebih anggun dalam pembaharuan Islam di bumi tercinta ini. Jika beban sejarah ini tidak mampu dipikul oleh Muhammadiyah, maka Muhammadiyah boleh mengucapkan selamat tinggal pada kejayaan masa lampau dari prestasi pembaharuan yang telah diukirnya. Sebaliknya, Muhammadiyah akan mengukir sejarah baru manakala mampu memainkan peran pembaharuannya yang lebih brilian guna mengarahkan dan memimpin peradaban umat manusia di era abad ke 21 (Maarif, 2005).

Jumlah kegiatan Amal Usaha Muhammadiyah yang dikelola dalam bidang layanan kesehatan hingga saat penelitian berlangsung sampai tahun 2015 telah memiliki 104 RS sebagaimana tercantum dalam www.mpku.or.id. Jumlah rumah sakit yang dimiliki Muhammadiyah jumlahnya justru lebih banyak daripada rumah sakit vertikal yang dimiliki pemerintah. Rumah Sakit vertikal milik pemerintah hanya 48 unit, dan Rumah Sakit Muhammadiyah sejumlah 104 unit. Dari jumlah ini, Muhammadiyah telah memberikan andil besar terhadap peningkatan akses layanan kesehatan bagi masyarakat.

Kenyataan yang berbeda diperoleh melalui hasil evaluasi yang dilakukan Amal Usaha Muhammadiyah. Secara kuantitas memang menggembirakan dengan kemajuan yang berarti, tetapi secara kualitas kemajuan tadi tidak memadai (Nugroho, 2006). Perbedaan kualitas di antara Amal Usaha Kesehatannya sungguh nyata, yang mengakibatkan kinerja dan daya saingnya sangat berbeda. Keadaan tadi antara lain disebabkan oleh sikap profesionalisme yang kurang terbangun secara kuat dan matang di Muhammadiyah, dan merasa puas dengan kondisi saat itu. Amal Usaha Kesehatan Muhammadiyah masih memerlukan upaya revitalisasi yang serius dan berkelanjutan dalam hal pengelolaan, pelayanan, sumber daya dan fasilitas. Amal Usaha Kesehatan Muhammadiyah masih belum maksimal dalam mendayagunakan jejaring yang ada baik secara internal maupun

eksternal, termasuk pemanfaatan teknologi informasi.

Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat Muhammadiyah Pengurus Pusat Muhammadiyah (MKKM PPM) periode 2005-2010, merupakan Majelis Pembantu Pengurus Pusat Muhammadiyah yang diberikan amanah untuk mengkoordinasikan urusan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di Muhammadiyah. Menurut Nugroho (2006) di dalam Rencana Strategik Tahun 2005-2010, telah mengidentifikasi hal-hal sebagai berikut:

- a. Bidang manajemen: manajemen korporat dan manajemen klinik kurang tertata dengan baik; selain itu RS berkembang sendiri-sendiri, walaupun tetap milik Muhammadiyah; belum adanya unggulan di masing-masing RS; citra belum berkembang; marketing syariah belum dikembangkan; dan belum ada aliansi jaringan yang jelas dan mengikat.
- b. Mutu pelayanan: secara umum kualitas layanan masih rata-rata/ kurang memuaskan; belum ada sistem mutu yang handal; mutu layanan belum dijadikan fokus layanan; dan pedoman pelayanan Islami dikembangkan sendiri-sendiri. Teknologi: fasilitas medis kurang dikembangkan karena kendala dana; kemajuan teknologi informasi belum dimanfaatkan dengan baik.
- c. Sumber daya insani: kompetensi Sumber Daya Insani (SDI) perlu dikembangkan segera; pola rekrutmen dan remunerasi belum berbasis kompetensi; program pelatihan dan pendidikan berkelanjutan belum jadi prioritas; dan belum ada sistim mutasi antar RS.
- d. Keuangan, akuntansi, sistem pembiayaan: pada permasalahan-permasalahan seperti pedoman akuntansi dan keuangan syariah belum berjalan dengan baik; sistem pengurang pajak tidak semua ada di RS, pengembangan RS dan SDI nya belum memanfaatkan sumber mitra internal dan eksternal; dan pembiayaan dhuafa/kemanusiaan belum dikembangkan dengan baik

Dalam persaingan pelayanan kesehatan yang semakin kompetitif dan disertai dengan perubahan lingkungan bisnis perumahnya yang sangat dinamis, mengharuskan setiap Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah memiliki kemampuan sumber daya yang handal dalam berperilaku memmanajemeni rumah sakit harus mempunyai kriteria dasar kompetensi untuk meningkatkan kinerja sesuai dengan perilaku yang diharapkan. Hal ini mengingat kontribusi yang diberikan Muhammadiyah dalam beberapa amal usaha yang dimiliki memiliki peran yang sangat besar bagi kemajuan bangsa. Untuk itu Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah perlu membangun daya saing secara berkelanjutan. Peluang untuk menciptakan keunggulan kini bergeser dari pengelolaan aset yang berwujud (*tangible assets*) seperti gedung-gedung ke pengelolaan strategis berbasis pengetahuan yang menampilkan aset tidak berwujud (*intangible assets*) organisasi seperti: kepemimpinan, komitmen organisasi, budaya organisasi, hubungan dengan pelanggan, produk dan layanan inovatif, proses operasi yang bermutu tinggi, teknologi informasi, kapabilitas, ketrampilan dan motivasi karyawan (Kaplan dan Norton, 2001; Sampurno, 2007). Daya saing lahir dari keunggulan dalam efisiensi, keunggulan mutu, keunggulan inovasi serta keunggulan dalam pelayanan kepada pelanggan (Porter, 2006). Salah satu sumber daya yang merupakan aset terpenting dan sulit ditiru oleh para pesaing dalam menciptakan nilai keunggulan bersaing berkelanjutan bagi organisasi adalah Sumber Daya Insani (SDI)/Sumber Daya Manusia (SDM) (Nugroho, 2015).

Beberapa penelitian tentang kompetensi dan hubungannya dengan kinerja dilakukan di antaranya oleh Zaim *et al.*, (2013); Arifin (2015); Shang dan Marlow (2007); dan Murgianto *et al.*, (2016). Pada model yang diteliti oleh Zaim *et al.*, (2013) kompetensi terbagi menjadi 3 variabel yaitu, kompetensi inti, kompetensi manajerial, dan kompetensi fungsional. Ketiga variabel ini diprediksi mempengaruhi variabel kinerja individu dan kinerja organisasi. Hasil penelitian ini mengkonfirmasi kinerja individual lebih kuat dipengaruhi oleh kompetensi inti, meskipun dari ketiga variabel kompetensi berpengaruh

signifikan. Sedangkan pada kinerja organisasi, pengaruh kompetensi manajerial lebih kuat meskipun ketiga variabel berpengaruh signifikan.

Penelitian dari Arifin (2015) melibatkan variabel kompetensi, motivasi dan budaya organisasi sebagai prediktor untuk variabel terikat kepuasan kerja dan kinerja. Dalam penelitian ini, Arifin (2015) memodelkan hubungan kompetensi, motivasi dan budaya organisasi pada kepuasan kerja dan kinerja guru. Hasil penelitian ini menunjukkan kompetensi tidak signifikan berpengaruh pada kepuasan kerja, namun berpengaruh signifikan pada kinerja. Hasil lain seperti motivasi mempengaruhi kepuasan kerja sedangkan kepuasan kerja mempengaruhi kinerja.

Shang dan Marlow (2007) meneliti model kompetensi pada perusahaan logistik terkait hubungannya dengan kinerja logistik dan kinerja finansial. Hipotesis dalam penelitian ini menyatakan bahwa kompetensi mempengaruhi baik kinerja logistik dan kinerja finansial. Sedangkan kinerja logistik mempengaruhi kinerja finansial. Hasil penelitian dari Shang dan Marlow menunjukkan kompetensi logistik berpengaruh signifikan pada kinerja logistik, namun tidak pada kinerja finansial. Kinerja logistik berpengaruh signifikan pada kinerja finansial. Dengan demikian, kinerja logistik berperan sebagai variabel mediasi antara kompetensi dan kinerja finansial.

Murgianto *et al.*, (2016) meneliti model kinerja berbasis kompetensi di lingkup instansi pelayanan publik. Model yang dibentuk terdiri dari tiga variabel bebas yaitu, komitmen, kompetensi dan kepuasan kerja. Motivasi menjadi variabel mediasi dan kinerja menjadi variabel terikat. Hasil penelitian Murgianto *et al.*, (2016) menemukan pengaruh signifikan kompetensi, komitmen, dan kepuasan kerja pada motivasi dan kinerja. Dan motivasi kerja berpengaruh signifikan pada kinerja.

Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut dapat diketahui bahwa kompetensi menjadi prediktor untuk variabel kinerja (Zaim *et al.*, 2013; Arifin 2015; Shang dan Marlow, 2007; dan Murgianto *et al.*, 2016). Kompetensi juga turut mempengaruhi motivasi (Murgianto *et al.*, 2016). Selain itu juga ditemukan kaitan variabel lain seperti kepuasan kerja yang mempengaruhi

kinerja (Arifin, 2015) dan motivasi (Murgianto *et al.*, 2016). Faktor komitmen juga dipertimbangkan menjadi prediktor bagi kinerja (Murgianto *et al.*, 2016).

Selain meneliti tentang kompetensi dan kinerja dalam penelitian ini juga dikaitkan dengan faktor kepemimpinan. Faktor kepemimpinan dibentuk dari gaya kepemimpinan yang diimplementasikan oleh manajer rumah sakit. Penelitian yang meneliti hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja dilakukan oleh Elqadri *et al.*, (2015). Selain itu kepemimpinan juga dihubungkan dengan motivasi (Alghazo dan Al-Anazi, 2016; Khuong dan Hoang, 2015); terkait dengan kepuasan kerja (Baltaci *et al.*, 2012); terkait dengan komitmen (Stander dan Rothmaan, 2008); dan kaitan kepemimpinan terhadap komitmen (Shih *et al.*, 2009 dan Vaculik *et al.*, 2014).

Pengaruh kepemimpinan terhadap motivasi menemukan pengaruh positif, terutama pada gaya kepemimpinan partisipatif dan transformasional (Alghazo dan Al-Anazi, 2016). Dalam penelitiannya, Alghazo dan Al-Anazi menggunakan variabel tipe gaya kepemimpinan, yaitu gaya kepemimpinan transformasional, gaya kepemimpinan partisipatif dan gaya transaksional. Penelitian serupa kepemimpinan pada motivasi juga dilakukan oleh Khuong dan Hoang (2015). Khuong dan Hoang (2015) menggunakan delapan gaya kepemimpinan sebagai prediktor pada motivasi. Delapan gaya kepemimpinan ini antara lain, kepemimpinan karismatik, kepemimpinan orientasi perubahan, kepemimpinan otokrasi, kepemimpinan relasi, kepemimpinan etis, kepemimpinan orientasi tugas, kepemimpinan etik dalam *reward*, dan kepemimpinan partisipatif. Hasil penelitian ini memberikan konfirmasi bahwa gaya kepemimpinan mampu mengangkat motivasi.

Penelitian lain yang dilakukan Elqadri *et al.*, (2015) menganalisis pengaruh kepemimpinan pada kinerja karyawan. Dalam penelitiannya, kepemimpinan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja selain ada faktor motivasi dan insentif. Kepemimpinan, motivasi dan pemberian insentif menjadi prediktor pada kinerja.

Baltaci *et al.*, (2012) meneliti pengaruh kepemimpinan terhadap kepuasan kerja, selain itu juga ditambahkan variabel demografi untuk

memprediksikan kecenderungan terhadap satu gaya kepemimpinan tertentu. Variabel demografi seperti usia, tingkat pendidikan, gender, status pernikahan, penghasilan dan pengalaman, menjadi prediktor bagi tiga gaya kepemimpinan, yaitu kepemimpinan visioner, interksional dan transformasional. Ketiga gaya kepemimpinan ini menjadi prediktor bagi kepuasan kerja. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pria lebih lebih kearah pada kepemimpinan visioner dari pada wanita. Selain itu, usia turut mempengaruhi gaya kepemimpinan visioner. Terkait dengan pengaruh kepuasan kerja, kepemimpinan yang visioner lebih besar pengaruhnya dibanding dua gaya kepemimpinan yang lain.

Stander dan Rothmann (2008) melakukan penelitian tentang kepemimpinan dan kaitannya dengan kepuasan kerja serta komitmen organisasi. Dalam penelitian tersebut, Stander dan Rothmann menemukan perilaku dari kepemimpinan berpengaruh positif pada kepuasan kerja, dan kepuasan kerja berpengaruh positif pada komitmen organisasi.

Dua penelitian dari Shih *et al.*, (2009) dan Vaculik *et al.*, (2014) meneliti tentang hubungan kompetensi terhadap kepemimpinan. Shih *et al.*, (2009) menggunakan karakter personal (personal traits) yang merupakan bagian dari kompetensi untuk memprediksi pengaruh kepemimpinan dan kinerja organisasi. Personal traits terdiri dari *agreeableness*, *conscientiousness*, *extroversion*, *neuroticism*, dan *openness to experience*. Variabel kepemimpinan dibentuk berdasarkan kompetensi yang dimiliki oleh seorang pemimpin, yaitu kompetensi kesadaran kondisi sekitar, pemikiran strategis, pengetahuan dalam menerapkan profesionalisme, manajemen hubungan interpersonal, manajemen tugas dan penetapan.

Vaculik *et al.*, (2014) menggunakan tiga faktor kompetensi, yaitu kompetensi tugas, kompetensi terhadap bawahan, dan kompetensi diri yang dikaitkan efektivitas kepemimpinan, *self-efficacy* kepemimpinan, emergensi kepemimpinan dan kinerja kelompok. Model analisis menggunakan analisis regresi linier berganda. Kompetensi yang berkaitan dengan tugas menjadi prediktor terbaik terhadap keefektifan gaya kepemimpinan. Tidak hanya itu,

kompetensi pada tugas juga menjadi prediktor kuat pada gaya kepemimpinan *self-efficacy* dan gaya kepemimpinan emergensi.

B. Rumusan Masalah

Keberhasilan dan masa depan organisasi tergantung kepada kinerja yang dihasilkan oleh kepemimpinan manajer RS. Sebagai organisasi yang kompleks, RS memiliki interaksi antar berbagai profesi, sehingga konflik bukan merupakan kelainan yang terjadi di RS melainkan merupakan karakteristik dari sebuah rumah sakit. Pelayanan kesehatan di RS merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna (komprehensif dan holistik) meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) merupakan bagian penting program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perbaikan di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya sebagai proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu, untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial masyarakat harus mampu mengenal, mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Untuk mengelola hal yang demikian itulah diperlukan seorang manajer yang profesional. Profesional adalah hasil dari sebuah pendidikan khusus, memiliki standar dan etika profesi serta standar kompetensi. Demikian pula di RS diperlukan standar profesi manajemen termasuk standar kompetensi bagi berbagai jabatan di RS (Kerbala, 2003).

Gerak langkah organisasi Muhammadiyah dalam amal usahanya telah banyak dirasakan oleh berbagai kalangan. Sebagai sebuah gerakan Islam yang lahir pada tahun 1912 Masehi dan kini sudah melebihi usia 100 tahun, telah banyak yang dilakukan oleh Muhammadiyah bagi masyarakat dan bangsa Indonesia secara luas. Sehingga harus diakui bahwa Muhammadiyah memiliki kontribusi dan perhatian yang cukup besar dalam dinamika kehidupan masyarakat Indonesia. Dalam rangka mencapai tujuan Muhammadiyah untuk

menegakkan dan menjunjung tinggi agama Islam sehingga terwujud masyarakat Islam yang sebenar-benarnya. Persyarikatan Muhammadiyah telah menempuh berbagai usaha meliputi bidang dakwah, sosial, pendidikan, ekonomi, politik, dan sebagainya, yang secara operasional dilaksanakan melalui berbagai institusi organisasi seperti majelis, badan, dan amal usaha yang didirikannya. Hal ini diakui, terutama oleh pemerintah, sangat membantu pemberdayaan dan kondisi masyarakat luas saat ini.

Atas dasar permasalahan yang teridentifikasi di atas, diketahui bahwa telah terjadi permasalahan dalam pengelolaan Amal Usaha Muhammadiyah. Perkembangan amal usaha yang sangat pesat secara kuantitatif belum diimbangi peningkatan kualitas yang sepadan, sehingga sampai batas tertentu kurang memiliki daya saing yang tinggi, serta kurang memberikan sumbangan yang lebih luas dan inovatif bagi pengembangan kemajuan umat dan bangsa. Dalam salah satu rencana strategik Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat Muhammadiyah Pengurus Pusat Muhammadiyah (MKKM PPM) disebutkan bahwa kinerja Sumber Daya Insani (SDI) perlu dikembangkan segera; pola rekrutmen dan remunerasi belum berbasis kompetensi; program pelatihan dan pendidikan berkelanjutan belum jadi prioritas; dan belum ada sistim mutasi antar RS.

Penelitian ini berfokus pada kinerja individu. Model kinerja penting dibangun karena pembentukan model kinerja diidentifikasi sesuai kebutuhan dari suatu temuan melalui eksplorasi kinerja yang terkait aspirasi organisasi (Bogner dan Thomas, 2012) dan penentu keberhasilan dalam melakukan pekerjaan (Schoemaker, 2012).

Berdasarkan penelitian-penelitian diketahui bahwa kompetensi menjadi prediktor untuk variabel kinerja (Zaim *et al.*, 2013; Arifin 2015; Shang dan Marlow, 2007; dan Murgianto *et al.*, 2016). Kompetensi juga turut mempengaruhi motivasi (Murgianto *et al.*, 2016). Selain itu juga ditemukan kaitan variabel lain seperti kepuasan kerja yang mempengaruhi kinerja (Arifin, 2015) dan motivasi (Murgianto *et al.*, 2016). Faktor komitmen juga dipertimbangkan menjadi prediktor bagi kinerja (Murgianto *et al.*, 2016).

Vaculik *et al.*, (2014) menggunakan tiga faktor kompetensi, yaitu kompetensi tugas, kompetensi terhadap bawahan, dan kompetensi diri yang dikaitkan efektivitas kepemimpinan, *self-efficacy* kepemimpinan, emergensi kepemimpinan dan kinerja kelompok. Penelitian lain yang dilakukan Elqadri *et al.*, (2015) menganalisis pengaruh kepemimpinan pada kinerja karyawan. Dalam penelitiannya, kepemimpinan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja selain ada faktor motivasi dan insentif.

Dengan masalah yang timbul berdasarkan uraian dan masalah terkait dengan memperoleh model yang bisa dikembangkan untuk manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana kinerja, motivasi dan kepuasan kerja manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah?
2. Apakah faktor motivasi, kompetensi dan kepuasan kerja berpengaruh terhadap kepemimpinan manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah?
3. Bagaimana faktor-faktor yang berpengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah?
4. Bagaimana rancangan model pemberdayaan untuk meningkatkan kinerja manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan utama penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Menganalisis kinerja, motivasi dan kepuasan kerja manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah.
2. Menganalisis pengaruh faktor motivasi, kompetensi dan kepuasan kerja terhadap kepemimpinan manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah.

3. Menganalisis pengaruh faktor-faktor yang berpengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah.
4. Merancang model pemberdayaan untuk meningkatkan kinerja manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah diharapkan dapat memberi kontribusi pada pengembangan ilmu manajemen rumah sakit yang meliputi menambah pengetahuan tentang kompetensi manajerial manajer rumah sakit terkait faktor-faktor kompetensi pekerjaan yang berkinerja yang unggul digunakan dalam menangani SDM di RS terutama dalam mengevaluasi kinerja mereka.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi rumah sakit, agar menjadi pedoman bagi direktur rumah sakit untuk melaksanakan perbaikan dan meningkatkan kompetensi dalam pelaksanaan manajemen dan bagi staf agar dapat meningkatkan kinerja dan kerjasama dengan pimpinan Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah.
- b. Bagi masyarakat pengguna jasa Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah, agar mendapatkan pelayanan yang lebih optimal, lebih baik dan lebih bermutu dari tenaga kesehatan.

E. Kebaruan Penelitian (*Novelity*)

Kebaruan penelitian ini dibandingkan dengan penelitian-penelitian relevan yang telah dilakukan sebelumnya seperti yang terlihat pada Tabel 1.2 berikut, dapat dilihat melalui penjelasan penelitian yang pernah dilakukan di bawah ini.

Tabel 1.2 Penelitian yang Relevan

No	Nama peneliti	Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Nguyen Hoang Long, Duong Duc Thien, dan lainnya	2010	<i>Need Assessment On Managerial Competency Development At Provincial And District Hospitals</i>	Survei cross-sectional	Kompetensi manajerial yang kurang pada sebagian besar manajer (keterbatasan pengetahuan, keterampilan) dan kurangnya pelatihan bagi manajer
<p>Kesamaan penelitian: meneliti tentang pengembangan kompetensi manajer.</p> <p>Perbedaan penelitian:</p> <ul style="list-style-type: none"> – penelitian ini penelitian ini tidak menghubungkan kompetensi dengan kinerja manajer, sedangkan peneliti menghubungkan dengan kinerja. 					
2	Ayagyozy., Gulmira D., Vitaliy K., Lyazzat K., Nasikhat N., Dina A., Bibinur I., Zhanagul B., Dameli K.	2014	<i>Review Of Hospital Manager's Competencies In Astana</i>	Survei cross-sectional	Setiap tingkat manajemen membutuhkan pelatihan khusus, manajer senior memiliki kebutuhan pelatihan tingkat tertinggi. Manajer senior, kebutuhan terbesar untuk pelatihan "manajemen diri" dan "manajemen mutu." Manajer tingkat dasar, prioritas pelatihan "manajemen SDM" dan "manajemen mutu." Manajer menengah, kebutuhan pelatihan di semua bidang manajemen.
<p>Kesamaan penelitian: meneliti tentang analisa kompetensi manajer untuk meningkatkan kinerja.</p> <p>Perbedaan penelitian:</p> <ul style="list-style-type: none"> – penelitian ini lebih menekankan kompetensi kebutuhan manager dalam pelatihan, sedangkan peneliti mengarah ke motif, karakteristik diri, konsep diri, pengetahuan dan keterampilan (pelatihan) yang dihubungkan dengan kinerja manajer. 					
3	Deepak Kumar Khadka, Milan Gurung, Nawaraj Chaulagain	2013	<i>Managerial competencies -A survey of hospital managers' working in Kathmandu valley, Nepal</i>	Survei cross-sectional	Kurangnya kompetensi manajerial dan kebutuhan besar untuk pengembangan yang mencerminkan realitas manajemen rumah sakit lokal. Pendekatan inovatif dari program pengembangan manajemen dan

					program akademis formal dapat meningkatkan dan menghubungkan kesenjangan kompetensi antara manajer rumah sakit Nepal.
Kesamaan penelitian: meneliti tentang kompetensi dan kinerja manajer					
Perbedaan penelitian:					
– penelitian ini menggunakan metode dan analisis penelitian yang berbeda dengan peneliti					
4	Shelly Wimpfheimer, DSW	2007	<i>Leadership and Management Competencies Defined by Practicing Social Work Managers: An Overview of Standards Developed by the National Network for Social Work Managers</i>	Survei cross-sectional	Ada 10 kompetensi manajer yang dibutuhkan untuk menjalankan fungsi organisasi dengan baik
Kesamaan penelitian: meneliti tentang kepemimpinan manajer.					
Perbedaan penelitian:					
– penelitian ini meneliti tentang kepemimpinan dan kompetensi manajer pekerja sosial, sedangkan peneliti meneliti manajer rumah sakit.					
– penelitian ini tidak menghubungkan kompetensi dengan kinerja, sedangkan peneliti menghubungkan dengan kinerja.					
5	Pradnya Paramita (2012)	2007	Model Kompetensi Manajer Puncak di Rumah Sakit Swasta Se-Jabotabek Tahun 2010	Survei cross-sectional	Sangat diperlukan pengembangan kompetensi yang diakui secara internasional untuk manajer puncak RS Swasta di Indonesia sehingga penelitian se-JABODETABEK adalah prioritas untuk mendapatkan gambaran yang diharapkan menjadi petunjuk ke arah yang lebih luas se-Indonesia
Kesamaan penelitian: responden penelitian manajer rumah sakit.					
Perbedaan penelitian:					
– penelitian ini meneliti tentang model kinerja manajer puncak, sedangkan peneliti meneliti tentang kinerja manajer baik manajer puncak, menengah maupun bawah.					
– penelitian ini menggunakan sampel dan rumah sakit swasta di luar Muhammadiyah dan Aisyiyah					
6	Zaim et al (2013)	2013	<i>Analyzing The Effects of Individual Competencies on Performance: A Field</i>	Survei cross-sectional	Adanya pengaruh kompetensi individual terhadap kinerja organisasional.

<i>Study in Service Industries in Turkey</i>					
Kesamaan penelitian: meneliti tentang kinerja.					
Perbedaan penelitian:					
<ul style="list-style-type: none"> - penelitian ini menghubungkan kompetensi dengan kinerja, tetapi tidak menghubungkannya dengan komitmen, motivasi, budaya organisasi dan kepuasan kerja. - Penelitian ini tidak mencari model kinerja manajer rumah sakit 					
7	Arifin (2015)	2015	<i>The Influence of Competence, Motivation, and Organizational Culture to High School Teacher Job Satisfaction and Performance</i>	Survei cross-sectional	Adanya positif kepuasan kerja dan kompetensi pada kinerja guru
Kesamaan penelitian: meneliti tentang kepuasan kerja dan kinerja.					
Perbedaan penelitian:					
<ul style="list-style-type: none"> - penelitian ini menghubungkan kompetensi dengan kinerja dan kepuasan kerja tetapi tidak menghubungkannya dengan komitmen, motivasi dan budaya organisasi - Penelitian ini tidak mencari model kinerja manajer rumah sakit. 					
8	Shang dan Marlow	2007	<i>The effects of logistics competency on performance</i>	Survei cross-sectional	Pengaruh kompetensi pada kinerja logistik dan kinerja finansial
Kesamaan penelitian: meneliti tentang kinerja finansial karyawan.					
Perbedaan penelitian:					
<ul style="list-style-type: none"> - Penelitian ini tidak mencari model kinerja manajer rumah sakit - penelitian ini menghubungkan kompetensi dengan kinerja, tidak menghubungkannya dengan komitmen, motivasi, budaya organisasi dan kepuasan kerja. 					
9	Murgianto et al	2016	<i>The Effects of Commitment, Competence, Work satisfaction on Motivation, and Performance of Employee at Integrated Service Office of East Java</i>	Survei cross-sectional	Menganalisa model kinerja dengan prediktor, motivasi, kepuasan kerja, komitmen dan kompetensi.
Kesamaan penelitian: meneliti tentang kinerja karyawan.					
Perbedaan penelitian:					
<ul style="list-style-type: none"> - Penelitian ini tidak mencari model kinerja manajer rumah sakit - Responden penelitian ini bukan manajer rumah sakit 					
10	Isik et al	2009	<i>Impact of corporate strengths/weaknesses on project management competencies</i>	Survei cross-sectional	Menganalisa tentang model kompetensi manajemen proyek, terkait dengan kekuatan dan kelemahan perusahaan.

Kesamaan penelitian: meneliti tentang kompetensi

Perbedaan penelitian:

- penelitian ini meneliti tentang model kompetensi manajer puncak, sedangkan peneliti meneliti tentang kompetensi manajerial baik manajer puncak, menengah maupun bawah.
 - Penelitian ini tidak mencari model kinerja manajer rumah sakit
-

Penelitian model kinerja manajer rumah sakit Muhammadiyah dan rumah sakit Aisyiyah ini bertujuan untuk mendapatkan model yang sesuai bagi organisasi Muhammadiyah dalam mengembangkan amal usahanya khususnya rumah sakit. Penelitian ini mengacu pada penelitian di negara lain, dan beberapa pendapat dari berbagai pakar perumahsakitian yang ada di Indonesia yang digabungkan dan diharapkan diperoleh sebuah indikator-indikator maupun faktor-faktor yang dapat membangun sebuah model. Diharapkan model yang diperoleh dapat memberikan pengayaan dari kompetensi yang sudah diberlakukan oleh Kementerian Kesehatan dan penilaian kinerja manajer yang telah ada di beberapa rumah sakit.

Dari hasil penelitian ini dengan analisa permodelan akan diperoleh variabel-variabel dari kinerja dan nantinya dapat dipergunakan sebagai penelitian lanjutan. Hasil penelitian ini nantinya dapat langsung dikembangkan oleh peneliti lain ke dalam model pemograman *database* yang akan dibuat untuk menilai dan mengevaluasi kinerja manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah.

Penelitian ini merupakan studi kuantitatif mengenai kinerja para manajer rumah sakit yang terjadi pada lingkungan organisasi Muhammadiyah dan Aisyiyah. Muhammadiyah merupakan tempat di mana peneliti mengabdikan pengetahuan dan karirnya sehingga akan menjamin keaslian karya ilmiah ini untuk diangkat menjadi disertasi.