

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit Muhammadiyah di Indonesia

RS PKU Muhammadiyah dibangun atas prakarsa salah seorang rekan KH Ahmad Dahlan di gerakan Muhammadiyah, yaitu HM Sujak. Pada tahun 1920-an, Sujak dipercaya memimpin Bagian Penolong Kesengsaraan Oemoem (PKO), salah satu bidang organisasi Muhammadiyah. PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah dengan PKU (Pembina Kesejahteraan Umat).

Pada tanggal 15 Februari 1923, Klinik PKO Muhammadiyah mulai beroperasi dengan tenaga dokter yang dibantu dari pemerintah Belanda dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Pada tahun 1928 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang Jalan K.H. Ahmad Dahlan). Pada tahun 1936 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi lagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini. Pada tahun 1970 status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Hingga saat ini jumlah RS PKU Muhammadiyah yang tersebar di Indonesia mencapai lebih dari 70 Rumah Sakit. Berdasarkan instruksi pusat, RS PKU Muhammadiyah sebagai fenomena amal usaha Muhammadiyah tumbuh dari bawah. Sebuah sinergi dakwah bidang kesehatan yang tulus antara pusat hingga cabang dan ranting tanpa semangat transaksional. Sekelompok pengurus Muhammadiyah tingkat ranting dan cabang bersama beberapa simpatisan sebagai donatur mendirikan amal usaha kemudian dengan bangga menamakannya sebagai amal usaha Muhammadiyah bukan milik pribadi, LSM atau perusahaan. Tidak ada transfer modal dari pusat juga tidak ada royalti yang harus dibayar kepada pusat atas pemakaian nama Muhammadiyah.

Pola hubungan ini yang memiliki kelebihan dan kelemahan. Kelebihannya antara lain kemudahan dalam memperluas jaringan, kemandirian dan otonomi masing-masing daerah, cabang, ranting dalam menjalankan amal usaha RS PKU. Kelemahannya tidak ada standar kualitas pengelolaan manajemen dan standar layanan pasien yang baku pada RS PKU Muhammadiyah. Akibatnya sebagian RS PKU tampak ramai, maju dan berkembang, sementara beberapa harus bertahan dengan kondisi memprihatinkan bahkan harus ditutup karena manajemen yang tidak mumpuni. Keterbukaan RS PKU yang telah maju dan berkembang diperlukan sebagai wadah pembelajaran dan menularkan kebaikan-kebaikan memberikan intervensi positif dan *benchmarking*.

Keberhasilan dan masa depan organisasi tergantung pada kinerja dan kompetensi manajemen yang dimiliki oleh manajer rumah sakit maupun senior manajer mereka. Sebagai organisasi yang kompleks, rumah sakit memiliki interaksi antar berbagai profesi, sehingga konflik bukan merupakan kelainan yang terjadi di rumah sakit melainkan merupakan karakteristik dari sebuah rumah sakit. Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dilakukan pada beberapa rumah sakit Muhammadiyah dan rumah sakit Asyiyah, kompetensi yang telah dimiliki oleh manajer RS berada pada skala kompeten, namun pada reealisasinya belum sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit di era *healthcare industries* saat ini. Sehingga pengukuran kinerja manajer dan pelatihan-pelatihan terhadap penentu masa depan organisasi ini harus lebih diperhatikan.

Prioritas permasalahan adalah komitmen karyawan rendah, kompetensi karyawan belum handal, sistem insentif belum berbasis kinerja, belum ada program pelatihan komprehensif, jumlah SDM kunci terbatas. Permasalahan tersebut diatasi dengan fungsi SDM yang kompeten dan profesional, sistem kerja berkinerja tinggi, dan budaya organisasi hingga tercapainya visi dan misi RS (Abdillah, 2012).

B. Profil Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah Wilayah Penelitian

1. Profil Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta didirikan atas inisiatif H.M.Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan. Gedung pertama dibangun berlokasi di Jagang Notoprajan No. 72 Yogyakarta pada tanggal 15 Februari 1923. Berbentuk klinik dan poliklinik, dengan nama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem). Tujuan didirikannya adalah menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa'. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah dengan PKU (Pembina Kesejahteraan Umat).

Pada tahun 1928 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang Jalan K.H. Ahmad Dahlan). Pada tahun 1936 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi lagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini. Pada tahun 1970 status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta maka Pimpinan Pusat perlu mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah bidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam Surat Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Berbagai perubahan yang berkembang di luar lingkungan maupun yang terjadi secara internal di dalam organisasi RS PKU Muhammadiyah tentang keselamatan pasien, keterbatasan akses pelayanan kesehatan pada sebagian masyarakat tertentu, perkembangan ilmu dan teknologi, *huge burden disease*,

hingga semakin terbukanya batas-batas informasi yang berimbas terhadap makin kritisnya pelanggan terhadap pelayanan kesehatan serta perubahan regulasi pemerintah, diantisipasi dengan berbagai langkah dari perbaikan sarana prasarana dan Sumber Daya Insani, sehingga menjadikan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta selain mampu bersaing dengan sarana pelayanan kesehatan yang lain juga patuh terhadap regulasi pemerintah.

Sampai saat ini, RS PKU Yogyakarta memiliki 248 tempat tidur yang terdiri dari kelas VIP: 17 tempat tidur, kelas I : 34 tempat tidur, Kelas II: 54 tempat tidur, kelas III: 75 tempat tidur, kamar isolasi: 3 tempat tidur, kamar bayi: 30 boks, cadangan: 35 tempat tidur.

Adapun visi, misi, dan moto dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagai berikut guna menunjang mutu pelayanan yang optimal:

1. Visi : Menjadi rumah sakit Muhammadiyah rujukan terpercaya dengan kualitas pelayanan yang Islami, bermutu dan terjangkau.
2. Misi :
 - 1) Memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi semua lapisan masyarakat sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan.
 - 2) Menyelenggarakan upaya peningkatan mutu Sumber Daya Insani melalui pendidikan dan pelatihan secara profesional yang sesuai ajaran Islam
 - 3) Melaksanakan da'wah Islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan, yang peduli pada kaum dhuafa'.
3. Motto: “ AMANAH “ (Antusias, Mutu, Aman, Nyaman, Akurat, Handal)
4. Selain Motto diatas RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dikelola berdasarkan manajemen entrepreneurial yang bertumpu pada nilai-nilai yang bersumber dari Al Qur'an sebagai *share value* yaitu: Amanah, Sidiq, Fathonah, Tabligh, Inovatif, Silaturahmi.

Akreditasi Penuh Skala Lengkap untuk 16 pelayanan yaitu: Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, Rekam Medis, Obat-obatan, K.3, Radiologi, Laboratorium, Kamar Operasi, Pengendalian Infeksi Rumah Sakit, Perinatal Resiko Tinggi, Pelayanan Rehabilitasi Medik, Pelayanan Gizi, Pelayanan Intensif, dan Pelayanan Darah.

Formasi struktur manajemen di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dikutip dari S.K. BPH Nomor: 03/BPH.III/2015 dengan periode 1 Maret 2015 – 19 Pebruari 2016, yaitu Direktur Utama sebagai manajer puncak, dan dibawah langsung oleh Direktur Pelayanan Medik, Direktur Penunjang, Direktur Al-Islam dan Kemuhammadiyahan, Direktur Umum Keuangan dan Kepegawaian, Direktur Operasional RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, Direktur Pendidikan dan Penelitian sebagai manajer tengah. Di bawah naungan direktur dari tiap-tiap divisi dipegang oleh manajer bawah. Direktur Pelayanan Medik dibawah oleh Manajer Penjaminan Mutu, Bidang Keperawatan, Bidang Pelayanan Medik, dan Bidang Rekam Medik. Untuk Direktur Penunjang dibawah langsung oleh Manajer Bagian Obat-obatan, Bagian Penunjang Medik, dan Bagian Penunjang Non-Medik. Lain halnya dengan Direktur Al-Islam dan Kemuhammadiyahan yang dibawah langsung oleh Manajer Bagian Bina Citra dan Bagian Bina Dakwah. Pada Direktur Umum Keuangan dan Kepegawaian dibawah oleh Manajer Bagian SDI, Bagian Keuangan, dan Bagian Administrasi. Direktur Pendidikan dan Penelitian dibawah oleh Manajer Bagian Pendidikan dan Pelatihan, dan Bagian Penelitian dan Perencanaan. Untuk Direktur Operasional RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II karena dikonsentrasikan di PKU Unit II, maka secara struktural operasional dapat dikatakan jabatan untuk manajernya sama dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (Unit I/Pusat), yaitu Bagian Keuangan dan Administrasi, Bagian Penunjang Non-Medik, Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik, dan Bidang Keperawatan.

Gambaran struktur manajemen RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah sebagai berikut: pada setiap divisi yang dijabat oleh manajer puncak, tengah, maupun bawah masing-masing memiliki standar kompetensi dan kualifikasi tertentu (terlampir). Hasil observasi penelitian, semua manajer sudah memenuhi kompetensinya masing-masing dan sudah sesuai dengan standar kualifikasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Hanya saja masih ditemukan beberapa celah atau gap dengan kondisi di lapangan. Oleh karenanya diharapkan penelitian ini dapat membantu merealisasikan visi dan misi dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Profil Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping

Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta maka Pimpinan Pusat perlu mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah bidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam Surat Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Berbagai perubahan yang berkembang di luar lingkungan maupun yang terjadi secara internal di dalam organisasi RS PKU Muhammadiyah maka tertanggal 16 Juni 2010 didirikanlah RS PKU Muhammadiyah Gamping dengan izin operasional sementara pertama nomer 503/0299a/DKS/2010. Pada awalnya RS PKU Muhammadiyah Gamping memiliki satu manajemen dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dibawah pimpinan Direktur Operasional RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II yang masih dibawah secara langsung oleh Direktur Utama RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dibawah pengawasan Badan Pelaksana Harian yang ditetapkan oleh Pimpinan Pusat Muhammadiyah.

Berdasarkan Surat Keputusan Badan Pelaksana Harian RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Nomor : 0162/B-II/BPH-III/III/2016, ditetapkan struktur organisasi RS PKU Muhammadiyah Gamping periode 1 Maret 2016-28 Februari 2017. Dalam struktur organisasi yang baru ini, Direktur Operasional RS PKU Muhammadiyah Gamping dirubah menjadi Direktur Utama RS PKU Muhammadiyah Gamping. Hal ini menjadi batu loncatan RS PKU Muhammadiyah Gamping untuk memiliki manajemen yang mandiri. Diharapkan tertanggal 1 Januari 2017 Manajemen RS PKU Muhammadiyah Gamping sudah terpisah dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Sampai saat ini, RS PKU Muhammadiyah Gamping memiliki 154 tempat tidur yang terdiri dari kelas VIP: 12 tempat tidur, kelas utama: 17 tempat tidur, kelas I: 16 tempat tidur, Kelas II: 24 tempat tidur, kelas III: 60 tempat tidur, kamar bayi: 10 boks, perawatan intensif: 15 tempat tidur.

Adapun falsafah, visi, misi, dan tujuan dari RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai berikut guna menunjang mutu pelayanan yang optimal:

1. Falsafah: RS (Rumah Sakit) PKU (Pembina Kesejahteraan Umat) Muhammadiyah adalah perwujudan dari amal shalih sebagai sarana ibadah yang dilandasi iman dan taqwa kepada Allah SWT”
2. Visi: Menjadi rumah sakit Islam rujukan terpercaya dengan kualitas pelayanan dan pendidikan kesehatan yang Islami, aman profesional, cepat, nyaman dan bermutu.
3. Misi:
 - a. Mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi semua lapisan masyarakat melalui pendekatan pemeliharaan, pencegahan, pengobatan, pemulihan kesehatan secara menyeluruh sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan.
 - b. Mewujudkan peningkatan mutu bagi tenaga kesehatan melalui sarana pelatihan dan pendidikan yang diselenggarakan secara profesional dan sesuai tuntunan ajaran Islam
 - c. Mewujudkan da’wah Islam, amar ma’ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan dengan senantiasa menjaga tali silaturrahim, sebagai bagian dari da’wah Muhammadiyah.
 - d. Tujuan : Pertumbuhan dan perkembangan RS PKU Muhammadiyah Gamping yang mampu mendukung tersedianya sarana dan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi bagi kebutuhan semua lapisan masyarakat

Formasi struktur manajemen di RS PKU Muhammadiyah Gamping dikutip dari S.K. BPH Nomor: 016/B-II/BPH-III/2016 dengan periode 1 Maret 2016 – 28 Februari 2017, yaitu Direktur Utama sebagai manajer puncak, dan dibawah langsung oleh Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik, Direktur Al-

Islam, Ke- Muhammadiyah, SDI, Pendidikan, Penelitian, dan Pengembangan, Direktur Administrasi, Umum, dan Keuangan. Di bawah naungan direktur dari tiap-tiap divisi dipegang oleh manajer tengah. Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik membawahi Manajer Pelayanan dan Penunjang Medik dan Manajer Keperawatan. Direktur Al- Islam, Ke- Muhammadiyah, SDI, Pendidikan, Penelitian, dan Pengembangan yang dibawah langsung oleh Manajer Pengembangan SDI dan Dakwah, Manajer Penelitian dan Pengembangan. Pada Direktur Administrasi, Umum, dan Keuangan dibawah oleh Manajer Penunjang Non Medik, Manajer Admin dan Keuangan.

Supervisor sebagai manajer bawah bertanggung jawab langsung kepada manajer. Bertugas dalam pengawasan dan pelaksanaan dalam skala unit. Terdapat 32 supervisor sebagai responden dalam penelitian ini. Antara lain Supervisor Pendaftaran dan Rekam Medik; Supervisor Farmasi, Supervisor Laboratorium, Supervisor Radiologi, Supervisor Gizi, Supervisor Pelayanan Rawat Jalan, Supervisor CSSD, Supervisor Pelayanan Kamar Operasi, Supervisor Pelayanan Gawat Darurat, Supervisor Hemodialisis, Supervisor Fisioterapi, Supervisor Elektromedik, Supervisor Bangsal Naim, Supervisor Bangsal Zaitun, Supervisor Bangsal Wardah, Supervisor ICU, Supervisor Bangsal Anak dan KBY Firdaus, Supervisor Bangsal VK dan Kebidanan Firdaus, Supervisor Bangsal Ar Royan, Supervisor Al- Kautsar. Pemeliharaan, Supervisor Sanitasi, Supervisor Transportasi, Supervisor Linen – Laundry, Supervisor Satpam, Supervisor Penetapan Biaya dan Hutang Piutang, Supervisor Admin Perkantoran dan Pengadaan, Supervisor Relasi dan Infokom, Supervisor EDP, Supervisor Diklat dan Kepegawaian, Supervisor Bina RuhaniPegawai dan Pasien, Supervisor Pendidikan dan Pelatihan Profesi Dokter, Supervisor Pendidikan dan Pelatihan Profesi Non Dokter.

Gambaran struktur manajemen RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah sebagai berikut: pada setiap divisi yang dijabat oleh manajer puncak, tengah, maupun bawah masing-masing memiliki standar kompetensi dan kualifikasi tertentu. Hasil observasi penelitian, semua manajer sudah memenuhi

kompetensinya masing-masing dan sudah sesuai dengan standar kualifikasi RS PKU Muhammadiyah Gamping.

3. Profil RSU PKU Muhammadiyah Bantul

Rumah Sakit Umum (RSU) PKU Muhammadiyah Bantul merupakan sebuah rumah sakit swasta tipe C atau pratama. Pada awal tahun 1966, tepatnya tanggal 09 Dzulqo'dah atau bertepatan dengan tanggal 1 Maret 1966 berdirilah sebuah Klinik dan Rumah Bersalin di Kota Bantul yang diberi nama Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul, sebagai sebuah karya tokoh-tokoh Muhammadiyah dan 'Aisyiyah pada waktu itu. Seiring perjalanan waktu perkembangan Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul semakin pesat ditandai adanya pengembangan pelayanan di bidang kesehatan anak baik sebagai upaya penyembuhan maupun pelayanan di bidang pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahun 1984. Dan hal inilah yang menjadi dasar perubahan Rumah Bersalin menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak dengan Surat Keputusan Ijin Kanwil Depkes Propinsi DIY No. 503/1009/PK/IV/1995 yang selanjutnya pada tahun 2001 berkembang menjadi RUMAH SAKIT UMUM PKU MUHAMMADIYAH BANTUL dengan diterbitkannya ijin operasional dari Dinas Kesehatan No : 445/4318/2001. Saat ini RSU PKU Muhammadiyah Bantul telah mendapatkan sertifikat ISO 9001 – 2008 untuk Pelayanan Kesehatan Standar Mutu Internasional.

RSU PKU Muhammadiyah Bantul memiliki falsafah, visi, misi, dan motto sebagai berikut:

a) Falsafah:

RSU PKU Muhammadiyah bantul merupakan perwujudan ilmu, iman, dan amal sholeh.

b) Visi:

Terwujudnya rumah sakit islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global dan menjadi kebanggaan umat.

c) Misi:

Berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan mengutamakan peningkatan kepuasan pelanggan serta peduli pada kaum dhuafa.

d) Motto:

Layananku, ibadahku

e) Tujuan:

- 1) Menjadi media dakwah Islam melalui pelayanan kesehatan untuk mencapai ridho Allah SWT.
- 2) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, terutama kaum dhu'afa melalui pelayanan kesehatan yang Islami dan berstandar mutu international
- 3) Terwujudnya pelayanan prima yang holistik sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan.
- 4) Terwujudnya profesionalisme dan komitmen karyawan melalui pemberdayaan berkesinambungan.
- 5) Meningkatkan produktivitas kerja melalui manajemen yang efektif dan efisien sehingga terwujud kesejahteraan bersama.
- 6) Menjadikan rumah sakit sebagai wahana pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

RSU PKU Muhammadiyah Bantul memiliki jumlah karyawan sebanyak 415 orang yang terdiri dari 305 orang karyawan tetap dan 110 orang karyawan tidak tetap. Rumah sakit ini juga memiliki 15 orang dokter umum dan 42 orang dokter spesialis yang berkompeten. Pelayanan-pelayanan yang ada di RS PKU Muhammadiyah bantul banyak pilihannya, pelayanan tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Pelayanan 24 jam terdiri dari Instalasi gawat darurat (IGD), Rawat inap, ICU, pelayanan bersalin, pelayanan rukti jenazah, dan sirkumsisi (khitan).
- 2) Pelayanan penunjang medik terdiri dari laboratorium klinik, farmasi, radiologi, ambulan 118 dan PKU DMC serta pelayanan gizi.
- 3) Poliklinik terdiri dari poliklinik anak, poliklinik penyakit dalam, poliklinik kandungan dan penyakit dalam, poliklinik bedah seperti bedah umum,

bedah orthopedi, bedah anak, bedah digesti, bedah thorak dan vascular, serta bedah mulut. Selain itu juga ada poliklinik syaraf, poliklinik jiwa, poliklinik kulit kelamin, poliklinik THT, poliklinik gigi, poliklinik mata, poliklinik tumbuh kembang anak, poliklinik umum, poliklinik fisioterapi dan poliklinik bidan.

- 4) Pelayanan lainnya terdiri dari klub lansia, klub diabetes, tes bebas narkoba, senam hamil, pelayanan informasi obat, konsultasi gizi, pelayanan home care, pelayanan akte kelahiran, dan *General Medical Check Up* (GMC).

Unit pelayanan rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Bantul memiliki 129 tempat tidur. Hal ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.1 Unit Pelayanan Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Bantul

Bangsal	VIP	Kelas I	Kelas II	Kelas III	Non Kelas
An Nisa	1	2	7	3	
Al Insan			22		
Al Kahfi	2	4		13	
Ar Rahman	1	4	8	6	
Al Kautsar	5				
Al A'rof		2		20	
Al Fath	5				
An Nur					19
ICU		4			

Sumber: Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Bantul

Fasilitas yang diberikan pada tiap kelas berbeda-beda. Adapun fasilitas yang diberikan pada masing-masing kelas adalah sebagai berikut:

a) Kelas VIP

Pada kelas ini fasilitas yang disediakan terdiri dari AC, *bed adjustable*, kulkas, TV, *water heater*, sofa penunggu, kamar mandi dalam, kloset, almari, dispenser, *airphone*, serta makan penunggu.

b) Kelas I

Fasilitas yang disediakan terdiri dari *bed adjustable*, TV, almari, kamar mandi dalam, kipas angin atau AC, sofa.

c) Kelas II

Fasilitas yang disediakan terdiri dari bed, almari, kipas angina atau AC ruangan.

d) Kelas III

Fasilitas yang disediakan terdiri dari bed, almari, kipas angin.

Jajaran manajer di PKU Muhammadiyah Bantul dibagi menjadi 3 tingkatan yaitu dari manajer puncak, manajer tengah dan manajer bawah yang berjumlah 40 orang. Jajaran manajer puncak terdiri dari seorang Direktur dan empat Wakil Direktur yang terdiri dari Wakil Direktur Pelayanan Medis, Wakil Direktur Penunjang Medis, Wakil Direktur Umum dan Keuangan, dan Wakil Direktur SDM dan Bindatra. Bagian SDM dan Bindatra mengelola Bimroh, SDM, Humas dan Legal, serta Pencitraan dan Pemasaran. Dengan adanya sistem BPJS maka unit Pencitraan dan Pemasaran sangat diperlukan dalam memperbaiki citra Rumah Sakit di mata konsumen. Rumah Sakit yang tidak melayani BPJS akan sangat susah berkompetisi dengan Rumah Sakit lain di masa mendatang. Untuk ke depan bagian Humas akan beralih langsung di bawah Direktur Umum, dan akan dibentuk unit baru yaitu unit Pelayanan Umum dan Perkantoran, yang mengelola administrasi hingga keamanan Rumah Sakit. Bagian SDM dan Bidatra tidak hanya mengelola recruitment staff tapi sampai dengan purna tugas. Sistem struktural Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul sudah tidak secara simetrik akan tetapi sudah berdasarkan fungsional.

4. Profil RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede

RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede merupakan rumah sakit swasta yang terletak di Jalan Kemasan No. 43 Kotagede, Yogyakarta. Pendirian RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede telah dirintis oleh Pimpinan Cabang Muhammadiyah (PCM) Kotagede pada tahun 1928 dengan dimulainya kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat oleh Pengurus Muhammadiyah Kotagede diatas tanah wakaf Muhammadiyah di sebelah timur pasar Kotagede.

Pada tahun 1956 berdirilah klinik bersalin dibawah pimpinan bidan yang dapat melayani persalinan dengan fasilitas kamar yang masih terbatas. Pada tahun 1959 dengan surat izin dari Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta No. 126/I/L/59, berubah nama menjadi Balai Pengobatan (BP) dan Rumah Bersalin (RB) PKU Muhammadiyah Kotagede. Selanjutnya pada tanggal 23 Oktober 1993 mendapat izin operasional tetap dengan surat No. 12937/Kanwil/Yk/Ijin/SK/X/93

untuk RB, surat No. 12938/Kanwil/Yk/Ijin/SK/X/93 untuk BKIA dan surat No. 12939/Kanwil/Yk/Ijin/SK/X/93 untuk BP, yang masing-masing berlaku 5 tahun.

Dalam perkembangannya, untuk memenuhi kebutuhan ruang agar dapat meningkatkan mutu pelayanan, dibangun sebuah gedung berlantai dua untuk kegiatan pelayanan yang diresmikan pada tanggal 10 Pebruari 1994. Pada tahun 1997, PKU Muhammadiyah Kotagede menerima bantuan alat operasi (bedah) lengkap, sehingga segera mempersiapkan kamar operasi dengan merombak kamar yang ada. Dengan adanya alat-alat tersebut maka PKU Muhammadiyah siap melayani tindakan operasi kecil. Sedangkan untuk melakukan operasi besar misalnya berkaitan dengan kelainan persalinan, masih belum dapat dilakukan, karena permohonan izin konversi dari RB menjadi RSKIA masih dalam proses.

Setelah melalui proses yang panjang, pada tanggal 31 Mei 2007 berdirilah RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dengan izin dari Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan surat izin No. 445/2867/IV.2. Dalam perpanjangan izin penyelenggaraannya, RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede mendapatkan izin penyelenggaraan dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dengan surat izin No. 503/5685, tertanggal 14 September 2012, dan mendapatkan izin penyelenggaraan kembali pada tanggal 23 Desember 2013 dengan surat izin No. 503/8098.

Saat ini RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede menempati lahan seluas 2542 m² dengan luas bangunan 1680 m². Jumlah total tempat tidur (TT) yang ada di ruang rawat inap sebanyak 45 TT yang terdiri dari 18 TT untuk anak dan dewasa umum, 13 TT untuk pasien perempuan dewasa, 12 TT untuk bayi (*box bayi*), 1 (satu) TT untuk pasien isolasi dan 1 (satu) TT untuk pasien *High Care Unit* (HCU). Tingkatan kelas untuk pasien rawat inap yang dilayani mulai dari kelas III sampai dengan kelas VVIP (*Very Very Important Person*)

IGD sebagai pintu masuk utama di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede beroperasi selama 24 jam sehari, tujuh kali seminggu, dengan kekuatan 8 orang perawat, 4 orang bidan, dan 8 orang dokter yang bekerja dengan sistem rotasi. Instalasi Rawat Jalan sebagai penyedia kegiatan pelayanan dari berbagai disiplin ilmu terdiri dari poliklinik kebidanan dan penyakit kandungan, poliklinik

kesehatan anak, poliklinik penyakit dalam, poliklinik bedah umum, poliklinik penyakit syaraf, poliklinik gigi, serta poliklinik umum yaitu pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter umum pada jam praktek pagi dan sore termasuk hari minggu dan hari libur nasional.

Saat ini RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede telah siap melayani pemeriksaan radiologi dan USG (*Ultrasonography*), pemeriksaan laboratorium, pelayanan fisioterapi, pelayanan farmasi, konsultasi gizi, kamar bedah dengan peralatan yang lengkap serta klinik gigi dengan alat-alat modern yang dapat melayani setiap hari. Kerjasama dengan profider kesehatan seperti BPJS, Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah), Jamkesos (Jaminana Kesehatan Sosial) dan DSM (Dana Sehat Muhammadiyah) juga telah terjalin.

a) Visi:

Menjadikan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sebagai rumah sakit Ibu dan Anak yang terpercaya, handal, aman, Islami dan menjadi pilihan utama masyarakat DIY dan sekitarnya.

b) Misi:

- 1) Menjadi rumah sakit yang unggul dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.
- 2) Memberikan pelayanan yang berkualitas, profesional, ramah, aman, Islami dan peduli pada kaum dhuafa.
- 3) Mengembangkan dan memajukan fasilitas, sarana prasarana dan teknologi sesuai perkembangan iptek dan bernafaskan nilai Islam.
- 4) Mengembangkan sumber daya insani yang profesional, ramah, Islami dan berakhlak mulia.
- 5) Meningkatkan kesejahteraan karyawan.
- 6) Menjadikan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sebagai sarana amal sholeh dan dakwah Muhammadiyah.
- 7) Menjadikan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sebagai sarana pendidikan dan pelatihan.

c) Tujuan:

Mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi semua lapisan masyarakat-jasmani dan rohani, berlandaskan Al-Qur'an dan Sunnah Rasulullah SAW.

5. Profil Rumah Sakit Islam Aisyiyah Klaten

RSIA Aisyiyah Klaten yang menjadi objek penelitian ini adalah merupakan rumah sakit khusus yang melayani kesehatan ibu dan anak. RSIA 'Aisyiyah Klaten memiliki dua unit bangunan rumah sakit yang terpisah tetapi di bawah kepemimpinan dan manajemen yang sama. RSIA 'Aisyiyah Klaten awal mulanya didirikan pada tahun 1965 sebagai rumah bersalin (RB) 'Aisyiyah PKU Muhammadiyah Klaten yang dilayani oleh bidan. Seiring peningkatan kebutuhan dan minat masyarakat terhadap pelayanan bersalin dan perawatan bayi, kemudian pada tahun 1999 status Rumah Bersalin 'Aisyiyah Klaten ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak 'Aisyiyah Klaten. Pada tahun 2000 Pelayanan RSIA 'Aisyiyah Klaten pada saat itu meliputi pelayanan rawat inap ibu bersalin dan anak dengan 34 Tempat Tidur (TT), yang terdiri dari 3 TT kelas utama, 6 TT kelas I, 12 TT kelas II dan 13 kelas III. Untuk rawat jalan, terdapat Poliklinik kebidanan dan anak serta pelayanan gawat darurat kebidanan yang kesemuanya didukung dengan pelayanan laboratorium dan farmasi yang cukup memadai. Pada tahun 2002, RSIA 'Aisyiyah memiliki pelayanan rawat inap anak dan pelayanan rawat intensif bayi (NICU, Neonatal Intensif Care Unit) serta fasilitas pemeriksaan penunjang berupa peralatan Radiologi dan USG pada tahun 2008.

Pada tahun 2009 RSIA 'Aisyiyah Klaten mulai mendirikan gedung baru tahap I di Jl. KH. Hasyim Azhari (*by pass*) dan mulai beroperasi bulan Mei 2012 yang memiliki daya dukung pelayanan dengan jumlah tempat tidur 31 TT, Ruang PICU/NICU 2 TT. Gedung baru dengan akses transportasi lebih memadai berada di jalur utama Jogja – Solo. Gedung baru dengan fasilitas pelayanan untuk ibu dan anak yang terpadu termasuk pelayanan non bersalin yang dilengkapi poliklinik rawat jalan dokter spesialis. RSIA 'Aisyiyah Klaten merupakan rumah sakit khusus tipe C dan saat ini belum pernah melakukan akreditasi.

a) Visi:

Menjadi Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara paripurna dan islami dalam rangka ikut menurunkan angka kematian

ibu dan bayi baru lahir sebagai wujud tanggung jawab 'Aisyiyah berperan serta dalam pembangunan kesehatan.

b) Misi:

- 1) Memberikan pelayanan dengan fasilitas yang lengkap, serta sumber daya manusia manusia yang berkualitas dan memadai sebagai rumah sakit rujukan bersalin dan anak.
- 2) Memberikan pelayanan dengan standar medis dan administratif yang mampu memberikan keamanan dan kepuasan bagi pelanggan.
- 3) Membangun kemitraan dengan berbagai pihak sehingga terbentuk jaringan pelayanan kesehatan.

c) Strategi:

Pemberdayaan sumber daya manusia dengan:

- 1) Mengirimkan bidan strata D1 Kebidanan untuk mengikuti studi ke jenjang pendidikan D3 Kebidanan.
- 2) Mengirimkan perawat SPK untuk mengikuti studi ke jenjang Pendidikan D3 Keperawatan dan Kebidanan.
- 3) Mengirimkan dokter untuk mengikuti pelatihan ACLS, Pelatihan resusitasi neonatus dan FCCS agar memiliki kemampuan khusus dalam penanganan kedaruratan medis.
- 4) Mengirimkan perawat dan bidan untuk mengikuti pelatihan PPGD dan Intensif care, agar memiliki kemampuan khusus dalam penanganan kedaruratan dan intensif.
- 5) Mengirimkan perawat, bidan dan dokter untuk mengikuti pelatihan konselor ASI, agar memiliki kemampuan, ketrampilan dan pengetahuan mengenai pelaksanaan ASI Eksklusif.
- 6) Mengirimkan staf untuk mengikuti pelatihan manajemen: pelatihan manajemen keperawatan, keuangan dan rekam medik; agar mampu menjadi manajer dalam mengelola rumah sakit.

- 7) Menyelenggarakan pelatihan Customer Relation untuk seluruh karyawan, agar semua karyawan mampu menjadi *public relation person* yang mampu memberikan pelayanan yang baik.
- 8) Melakukan penataan organisasi dan memantapkan jejaring pelayanan :
 - (a) Membuat struktur organisasi rumah sakit berbentuk matrik yang menjamin berjalannya fungsi-fungsi organisasi serta memungkinkan terjadinya koordinasi lintas fungsi secara lebih cepat dalam menangani berbagai masalah.
 - (b) Melakukan perubahan orientasi dalam pengelolaan organisasi, yang memungkinkan terjadinya *employee empowerment* sehingga seluruh energi organisasi di maksimalkan dalam melayani pasien.
- 9) Rekrutmen Dokter Spesialis Tetap dan Kerjasama dokter Spesialis pendukung.
- 10) Untuk meningkatkan cakupan pelayanan serta meningkatkan kualitas pelayanan, khususnya pelayanan bersalin dilakukan rekrutmen dokter spesialis tetap: Spesialis Kebidanan, Anak dan Penyakit Dalam.
- 11) Untuk mendukung layanan dilakukan kerjasama dengan dokter spesialis lain yang dibutuhkan dalam layanan Ibu dan Anak: Spesialis Bedah Anak, Spesialis Radiologi, Spesialis THT, Spesialis Patologi Klinik, serta Penyakit Dalam.

6. Profil RSU PKU Muhammadiyah Delanggu

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Delanggu (RSU PKU Muhammadiyah Delanggu) adalah rumah sakit keagamaan (*charity hospital*), dan merupakan rumah sakit not for profit atau rumah sakit nirlaba. Berdiri sejak tahun 1966, dimulai dari rumah bersalin (RB) dan balai pengobatan (BP). Menurut sejarahnya arti PKU sendiri adalah Penolong Kesengsaraan Umum, seiring dengan perkembangannya maka PKU sekarang diartikan sebagai Pembina Kesejahteraan Umum. Setelah melalui perjalanan panjang selama 4 (empat) dasawarsa, yang diawali dengan berdirinya Balai Pengobatan dan Rumah Bersalin, maka pada tahun 2001 berdirilah RSU PKU Muhammadiyah Delanggu. Ijin usaha melalui beberapa tahapan, yaitu dari ijin uji coba, ijin operasional

sementara, ijin operasional dan ijin tetap. Ijin tetap diterbitkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Klaten pada tanggal 27 Oktober 2011 dengan Surat Keputusan Bupati Klaten Nomor 503 / 430 / 2011. Pada tanggal 28 Juni 2011, RSU PKU Muhammadiyah Delanggu ditetapkan sebagai rumah sakit tipe D, sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.03.05/I/1599/11 tentang Penetapan Kelas RSU PKU Muhammadiyah Delanggu. RSU PKU Muhammadiyah Delanggu lulus akreditasi tingkat dasar 5 pelayanan, dengan sertifikat Nomor KARS-SERT/465/IV/2012, serta mendapat Sertifikasi ISO 9001-2008 dari BSI untuk proses pelayanan di IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap, Laboratorium, Farmasi, Perawatan Maternitas, Gizi, Kamar Operasi & ICU, dengan Nomor FS593021 pada 21 Januari 2012. Falsafah yang dianut oleh RSU PKU Muhammadiyah Delanggu adalah “RSU PKU Muhammadiyah Delanggu merupakan perwujudan iman kepada Allah SWT, dan sebagai Sarana Ibadah”. Sedangkan visi dan misi RSU PKU Muhammadiyah Delanggu adalah “Terwujudnya Rumah Sakit dengan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan bermutu bagi masyarakat”, dan “Memberi pelayanan kesehatan yang paripurna, Bermutu, Profesional dan Islami kepada masyarakat”. Guna mendukung visi dan misi, RSU PKU Muhammadiyah Delanggu memiliki motto, “Professional dan Islami”. RSU PKU Muhammadiyah Delanggu merupakan rumah sakit satu-satunya di daerah Delanggu. RSU PKU Muhammadiyah Delanggu berlokasi di Kecamatan Delanggu, berada di tepi jalan raya propinsi, yaitu Jalan Raya Delanggu Utara Nomor 19 (Jalan Raya Solo-Yogyakarta). Delanggu merupakan kecamatan yang paling ujung utara dari kabupaten Klaten dan berbatasan dengan daerah kabupaten Boyolali dan daerah kabupaten Sukoharjo. Luas tanah yang ditempati oleh RSU PKU Muhammadiyah Delanggu kurang lebih seluas 22.000 meter persegi. Jumlah tempat tidur (TT) saat ini sebanyak 206 buah, BOR total rumah sakit 75%, rata-rata pasien rawat inap 1350 pasien per bulan, dan pasien rawat jalan kurang lebih 8.000 pasien per bulan. Kegiatan pelayanan di dukung oleh 239 tenaga dokter dan non dokter, data SDM dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.2. Jumlah Sumber Daya Manusia (SDM)

RSU PKU Muhammadiyah Delanggu

No	Pendidikan	Jumlah
1	Dokter Spesialis	29
2	Dokter Umum	11
3	Dokter Gigi	2
4	Karyawan	195
Total		237

Sumber: Bagian SDM RSU PKU Muhammadiyah Delanggu

Pelayanan unggulan di RSU PKU Muhammadiyah adalah pelayanan ibu dan anak. Hal tersebut sesuai dengan sejarah sebelum menjadi rumah sakit, yaitu merupakan rumah bersalin (RB), yang kemudian oleh Pimpinan Cabang Muhammadiyah (PCM) Delanggu di gabung menjadi satu dengan balai pengobatan (BP) yang letaknya terpisah dari rumah sakit ini. Perkembangan layanan saat penggabungan antara RB dan PB semakin meningkat, hal inilah yang menjadi alasan 3 PCM Delanggu untuk mengubah menjadi rumah sakit, yang disebut dengan RSU PKU Muhammadiyah Delanggu. Saat ini, RSU PKU Muhammadiyah Delanggu sedang mengembangkan sarana fisik, yaitu pembuatan ICU 10 TT, PICU NICU 6 TT, Unit Hemodialisa 15 TT, dan penambahan TT untuk ruang perawatan sebanyak 60 TT, dengan jumlah keseluruhan TT sebanyak 297. Pengembangan tersebut merupakan jawaban atas respon dari masyarakat pengguna dan adanya dukungan regulasi dari pemerintah. Rumah sakit keagamaan seperti PKU Muhammadiyah tidak akan pernah terlepas dari pergulatan hidup sebagai organisasi, baik untuk tumbuh, berkembang, maupun bertahan hidup, terlebih apabila rumah sakit tersebut terletak di daerah yang sudah banyak berdiri rumah sakit, iklim persaingan akan mempengaruhi kehidupannya. Rumah sakit yang mempunyai daya *competitive advantage* yang akan tetap bertahan. Hal ini sangat bergantung pada strategi yang dipilih oleh rumah sakit tersebut, apalagi ditambah dengan lingkungan bisnis rumah sakit dan regulasi pemerintah yang berubah.

7. Profil RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan

Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan, Kabupaten Pekalongan pada awalnya merupakan balai pengobatan milik Muhammadiyah cabang Pekajangan yang didirikan pada tahun 1960, dan pada tahun 1963 Muhammadiyah mulai mendirikan bangunan untuk rencana pendidikan rumah bersalin 'Aisyiyah Pekajangan di atas tanah seluas 3.300 m². Pada tahun 1967 secara resmi balai pengobatan Muhammadiyah cabang Pekajangan berpindah di bangunan baru di jalan raya Ambokembang No. 42-44 Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan sekaligus ditingkatkan menjadi poliklinik dan rumah bersalin 'Aisyiyah dengan kepemilikan 'Aisyiyah cabang Pekajangan. Seiring pesatnya perkembangan zaman dan tuntunan pelayanan kesehatan oleh masyarakat Kabupaten Pekalongan maka pada tanggal 17 Juni 1988 poliklinik dan rumah bersalin 'Aisyiyah ini diserahkan kepada Muhammadiyah Pekajangan untuk dikembangkan lagi menjadi Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan dengan dibimbing oleh Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang hingga diterbitkannya SK dari MENKES RI No. YM 02.04.2.2.5294 tanggal 24 April 1991.

Seiring dengan itu secara bertahap pihak Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan melakukan berbagai perluasan, peningkatan sarana dan prasarana yang ada. Baik gedung, tenaga medis atau para medis atau non medis, peralatan penunjang peralatan medis atau para medis maupun peningkatan pelayanan kepada pasien. Sehingga pada tahun 1995 Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan membangun ruang Kenanga dan ruang Matahari seluas 2.000 m², serta menata wisma Fastabiqul Khairat menjadi ruang pertemuan dan ruang parkir. Pada bulan Maret 2005, Rumah Sakit Islam bertipe C mulailah proses pembangunan ruang IGD, poli rawat jalan dan kantor administrasi dua lantai, agar lebih representatif dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Sebagai awal usaha Muhammadiyah yang bergerak dalam bidang jasa, penampilan adalah hal yang harus dilakukan, oleh karena itu Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan juga menerapkan program pencegahan infeksi *"for you, for me and for all"*. Semua dilakukan dalam upaya memberikan

pelayanan yang terbaik “*service excellent*” bagi seluruh masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan.

a. Visi: Terwujudnya Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan pusat rujukan bagi pelayanan kesehatan di Pekalongan dan sekitarnya.

b. Misi :

- 1) Pelayanan, yaitu mengupayakan kesehatan yang paripurna, Islami profesional dan berkualitas.
- 2) Sosial, yaitu sebagai amal usaha yang tidak semata-mata mencari keuntungan namun peduli dan ikut meringankan beban kaum dhuafa.
- 3) Syi’ar dan dakwah, yaitu memberikan pelayanan kesehatan dengan berpedoman pada al-Qur’an dan Hadits Nabi.
- 4) Ekonomi, yaitu dapat mengembangkan secara mandiri dengan prinsip ekonomi tanpa meninggalkan fungsi sosialnya.

c. Tujuan Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan, Kabupaten Pekalongan Adapun tujuan mulia, yakni:

- 1) Sebagai pusat unggulan pelayanan “Trauma Centre”.
- 2) Sebagai pusat upaya kesehatan kerja.
- 3) Menjadi rumah sakit sayang ibu.
- 4) Menjadi pusat pelayanan diabetes mellitus dan hipertensi.
- 5) Meningkatkan BOR rumah sakit.
- 6) Meningkatkan perkembangan fisik terutama unit rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan ruang intensif.
- 7) Meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan pasien, keluarga pasien, karyawan dan masyarakat.
- 8) Meningkatkan minat golongan menengah ke atas untuk memanfaatkan jasa RSI

8. Profil Rumah Sakit Islam Aisyiyah Nganjuk

Berawal dari keprihatinan akan banyaknya ummat Islam yang memerlukan pelayanan kesehatan, akan tetapi banyak dari mereka yang memilih untuk berobat ke rumah sakit yang diselenggarakan oleh agama lain, maka

muncullah ide dari para warga Muhammadiyah/Aisyiyah Nganjuk untuk memiliki rumah sakit sendiri, Rumah Sakit Islam dikota Nganjuk.

Cikal bakal Rumah Sakit Islam Aisyiyah Nganjuk dimulai sejak tahun 1982 dengan menumpang dirumah salah seorang anggota Muhammadiyah, kegiatan cikal bakal Rumah Sakit Islam Aisyiyah Nganjuk berawal dari sebuah Balai Pengobatan dan Rumah Bersalin. Kegiatan saat itu dikelola oleh satu orang dokter dan dibantu beberapa perawat yang ikhlas memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat kota Nganjuk dan sekitarnya.

Pada tahun 1986 seorang warga masyarakat yang peduli dengan gerakan Muhammadiyah/Aisyiyah mewakafkan sebidang tanah yang kemudian ditambah dengan sumbangan warga masyarakat lainnya akhirnya berhasil memiliki tanah seluas 5.750 meter persegi. Pada sebidang tanah itulah saat ini Rumah Sakit Islam Aisyiyah Nganjuk berdiri.

Peresmian gedung telah dilakukan pada tanggal 12 April 1993 dan ijin penyelenggaraan RS Sementara diterbitkan pada tahun 2007 yang berlaku selama 2 tahun. Saat ini ijin penyelenggaraan operasional tetap untuk RSI 'Aisyiyah Nganjuk telah diterbitkan oleh Bupati Nganjuk tanggal 16 Oktober 2012 dan berlaku selama 5 tahun.

Pengakuan bahwa Rumah Sakit telah memenuhi standar pelayanan diberikan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang berlaku mulai tanggal 11 Oktober 2011 sampai 12 Oktober 2014. Dan Rumah Sakit Islam 'Aisyiyah Nganjuk telah melalui penetapan kelas oleh Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Sejak berdiri sampai sekarang Rumah Sakit Islam 'Aisyiyah Nganjuk terus menerus berupaya untuk meningkatkan pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat pengguna jasa layanannya, baik berupa penambahan ataupun peningkatan sarana prasarana fisik maupun sumber daya manusia. Rumah Sakit Islam 'Aisyiyah Nganjuk memiliki visi, misi dan tujuan sebagai berikut:

a. Visi

Terwujudnya Rumah Sakit yang Profesional Islami sehingga menjadi pilihan masyarakat

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan yang profesional
- 2) Melaksanakan pelayanan kesehatan sebagai sarana dakwah
- 3) Meningkatkan sumber daya manusia yang islami
- 4) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang berkesinambungan

c. Motto

Responsif, Sehat, Islami, Amanah

d. tujuan

Mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang berkesinambungan yang diridhoi Allah SWT, melalui pendekatan pelayanan yang profesional dan Islami.

e. Komitmen Karyawan

- 1) Mengutamakan kepuasan pelanggan
- 2) Saling menghargai dan bekerjasama
- 3) Inovatif, Proaktif, dan cepat tanggap
- 4) Kompeten dan bertanggung jawab
- 5) Disiplin dan konsisten
- 6) Bertindak tulus, ikhlas, sabar dan bersahaja Berakhlaqul karimah

9. Profil RS Muhammadiyah Gresik

Rumah sakit ini berdiri sejak tahun 1969 dengan nama Balai Kesehatan Ibu dan Anak 'Aisyiyah. Gedung yang ditempati masih kontrak dan pindah-pindah. Pada tahun 1979 BKIA 'Aisyiyah ini ditingkatkan fungsinya menjadi Rumah Bersalin 'Aisyiyah yang menempati gedung milik sendiri di Jl. Sidujoyo No. 4 yang peresmianya tepat pada tanggal 23 Jumadil Awal 1339 H bertepatan dengan tanggal 21 April 1979 M. Pada periode ini pengelola Rumah Bersalin 'Aisyiyah Gresik adalah Pimpinan Daerah 'Aisyiyah Kabupaten Gresik.

Pada Tahun 1996 Rumah Bersalin 'Aisyiyah ini ditingkatkan lagi fungsinya menjadi Rumah Sakit Anak Bersalin Muhammadiyah Gresik dengan ijin sementara pengelolaan dari Kanwil Depkes RI Jawa Timur sejak tanggal 21 September 1996 hingga 21 September 1997 dan surat Perpanjangan ijin sementara sejak tanggal 21 September 1997 hingga 21 September 1998. Sejak Peningkatan fungsi menjadi Rumah Sakit Anak dan Bersalin, maka pengelolaannya diambil alih oleh Pimpinan Daerah Muhammadiyah Kabupaten Gresik dan pada tanggal 09 November 2005 berganti nama menjadi Rumah sakit Muhammadiyah Gresik hingga sekarang.

10. Profil RS Islam PKU Muhammadiyah Singkil Tegal

Berawal dari sebuah Rumah Bersalin (RB) berdiri pada tahun 1987 dengan nama RB Siti Maemunah yang bertempat di rumah salah seorang warga desa Pesarean Kecamatan Adiwerna. Pada tahun 1989 pengurus RB mendapat wakaf tanah seluas 4.580 m² dari seorang warga, dari wakaf tanah tersebut maka dibangun bangunan yang permanen.

Selanjutnya dengan usaha nyata dan sungguh-sungguh tanpa pamrih dari para pendiri dan pengurusnya (PDM Kabupaten Tegal), maka seiring berjalannya waktu fungsi Rumah Bersalin ditingkatkan dan berkembang menjadi Rumah Sakit. Kemudian pada tanggal 24 Desember 1989 oleh Pimpinan Daerah Muhammadiyah Kabupaten Tegal diresmikan menjadi Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal dengan kapasitas awal 50 tempat tidur.

Sejalan dengan perkembangan, saat ini RSI PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal menempati gedung Jl. Singkil Km 0,5 Adiwerna. Dengan pelayanan medis yang lebih modern dalam lingkungan yang asri dan bernuansa Islami, terus berupaya untuk mewujudkan visi, misi dan tujuan Rumah Sakit dan terus berkembang serta melengkapi sarana dan prasarana penunjang lainnya hingga kini Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal telah mencapai 177 tempat tidur.

Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal mempunyai visi, misi, motto dan tujuan sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit Terpercaya dan Berkualitas dalam Pelayanan Kesehatan

b. Misi

Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal adalah:

- 1) Memberikan pelayanan yang profesional dan islami.
- 2) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Insani (SDI)
- 3) Meningkatkan jejaring antar amal Usaha Kesehatan di Lingkungan Muhammadiyah dan Pelayanan Kesehatan lainnya.
- 4) Mengoptimalkan perkembangan rumah sakit dan peduli kepada kaum Dhuafa.

c. Motto

Bekerja sebagai Ibadah, Ikhlas, Sopan dan Ramah dalam pelayanan.

d. Tujuan

Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal didirikan dengan tujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi kesehatan masyarakat melalui promosi kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara menyeluruh dengan memperhatikan perundang-undangan yang berlaku dengan tidak membedakan sosial ekonomi, agama dan golongan.

Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kab. Tegal, telah mempunyai ijin dengan nomor perijinan penyelenggaraan Rumah Sakit Nomor : 440/01/2013 tertanggal 18 November 2013 berlaku sampai dengan tanggal 18 November 2018. Sedangkan untuk akreditasi rumah sakit, diperoleh informasi sebagai berikut:

- a. Pada tanggal 22 Januari 2003, Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal berhasil mendapatkan *Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor: YM.00.03.2.2.129* dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan *Status Penuh Tingkat Dasar*.
- b. Pada tanggal 24 Maret 2006, Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal berhasil mendapatkan *Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit*

Nomor: HK.00.06.3.5.1129 dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan *Status Penuh Tingkat Dasar*

- c. Pada tanggal 29 Maret 2012, Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal berhasil mendapatkan *Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor: KARS-SERT/460/III/2012* dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan *Status Lulus Tingkat Dasar*

C. Gambaran Umum Karakteristik Responden Penelitian

Penelitian ini menggunakan sampel sejumlah 283 manajer rumah sakit yang merupakan badan usaha dari organisasi Muhammadiyah. Sebanyak 10 rumah sakit di bawah badan usaha milik organisasi Muhammadiyah digunakan sebagai kerangka sampel penelitian. Adapun distribusi manajer rumah sakit yang dilibatkan dalam penelitian ini sebagai sampel ditunjukkan pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi Manajer yang Dilibatkan Sebagai Sampel Penelitian
(n = 283)

No	Rumah Sakit	Jumlah	Persentase (%)
1	PKU Bantul	50	17,7
2	PKU Gamping	43	15,2
3	RSKIA Kotagede	31	10,9
4	RSIA Klaten	24	8,5
5	PKU Delanggu	30	10,6
6	RSIA Nganjuk	18	6,4
7	PKU Pekajangan	24	8,4
8	PKU Singkil	3	1,1
9	PKU Muh 1	46	16,3
10	PKU Gresik	14	4,9
	Jumlah	283	100

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Jumlah manajer terbanyak yang bersedia terlibat dalam penelitian berdasarkan rumah sakit adalah manajer dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, yaitu sebanyak 50 (17,7%) orang manajer. Jumlah manajer terbanyak kedua adalah dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, yaitu sebanyak 46 (116,3 %) orang manajer. Jumlah sampel manajer terbesar lainnya adalah dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping, sebanyak 43 (15,2 %) orang

manajer. Jumlah sampel manajer paling sedikit yang terlibat dalam penelitian ini berasal dari Rumah Sakit PKU Singkil sebanyak 3 (1,1 %) orang manajer.

Tabel 4.4 di bawah ini menunjukkan deskripsi umur dan masa kerja dari 283 manajer yang dilibatkan sebagai sampel dalam penelitian. Berdasarkan variabel umur manajer, umur paling muda adalah 28 tahun dan umur paling tua adalah 54 tahun dengan rata-rata umur 41,94 tahun. Masa kerja paling rendah adalah 5 tahun dan masa kerja paling tinggi adalah 21 tahun dengan rata-rata masa kerja adalah 11,93 tahun.

Tabel 4.4 Deskripsi Umur dan Masa Kerja Manajer (n = 283)

Variabel	Min	Maks	Rata-rata
Umur	28	54	41,94
Masa Kerja	5	21	11,93

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Tabel 4.5 menunjukkan deskripsi berdasarkan kategori umur, kategori masa kerja dan kategori pendidikan manajer rumah sakit. Kategori umur manajer yang terlibat dalam penelitian ini didominasi oleh kelompok umur > 40 tahun, yaitu sebanyak 173 (61,1 persen) orang manajer. Kelompok umur \leq 30 tahun ada sebanyak 62 (21,9 persen) orang manajer dan kelompok umur 30,1 – 40 tahun ada sebanyak 48 (17,0 persen) orang manajer.

Tabel 4.5 Deskripsi Responden Berdasarkan Kelompok Umur, Masa Kerja dan Pendidikan Manajer

Variabel	Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Umur	\leq 30 tahun	62	21,9
	30,1 - 40 tahun	48	17,0
	> 40 tahun	173	61,1
Masa Kerja	\leq 10 tahun	112	39,6
	10,1 - 15 tahun	102	36,0
	> 15 tahun	69	24,4
Pendidikan	Diploma	44	15,5
	Sarjana S1	136	48,1
	Pascasarjana S2	103	36,4
	Doktoral S3	0	0

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Masa kerja menjadi manajer paling banyak ada pada kelompok ≤ 10 tahun masa kerja, yaitu sebanyak 112 (39,6 %) orang manajer. Manajer dengan masa kerja 10,1-15 tahun ada sebanyak 102 (36,0 %) orang manajer dan kelompok masa kerja > 15 tahun ada sebanyak 69 (24,4 %) orang manajer.

Kelompok pendidikan manajer rumah sakit didominasi oleh kelompok manajer dengan pendidikan terakhir sarjana S1, yaitu sebanyak 136 (48,1 persen) orang manajer. Kelompok manajer dengan tingkat pendidikan pascasarjana S2 ada sebanyak 103 (36,0 %) orang manajer. Kelompok manajer dengan pendidikan terakhir diploma (D3 dan D4) ada sebanyak 44 (15,5 %) orang manajer dan tidak ada manajer yang memiliki pendidikan akhir doktoral (S3).

Berdasarkan analisis deskriptif dapat diketahui bahwa sebagian besar manajer rumah sakit milik badan usaha organisasi Muhammadiyah berusia rata-rata 41,9 tahun dengan rata-rata masa kerja sebagai manajer 11,9 tahun.

1. Umur

Karakteristik umur secara akumulatif menunjukkan jumlah responden yang berusia kurang atau sama dengan 30 tahun sebanyak 7.32%, berusia antara 31 – 40 tahun sebanyak 31.7%, berusia antara 41 – 50 tahun sebanyak 56.1%, dan lebih dari 50 tahun sebanyak 4.88%. Terlihat hampir separuh dari manajer berusia produktif, antara 41 – 50 tahun. Deskripsi manajer rumah sakit menemukan umur manajer dari keseluruhan sampel yang digunakan, terbanyak adalah di atas 40 tahun dengan maksimal umur manajer 54 tahun. Rata-rata umur manajer rumah sakit adalah 41 tahun. Kompetensi salah satu pembentuknya adalah ketrampilan atau *skill* (Katz, 1955). Ketrampilan dibangun dan dikembangkan dari pengalaman dan latihan (Shanahan, 2015), dimana hal ini sangat terkait dengan lama waktu individu berinteraksi dengan pekerjaan dan lingkungan pekerjaan.

Kompetensi seorang manajer membutuhkan ketrampilan dalam hal teknis, manusia dan konseptual (Katz, 1995). Berbeda dengan kompetensi karyawan yang mungkin hanya berfokus pada ketrampilan dan keahlian di bidang pekerjaan tertentu. Dalam hal inilah faktor kematangan umur sangat menentukan kompetensi seorang manajer, karena umur merupakan salah satu faktor penguat

kompetensi (Beheshtifar dan Zare, 2013). Kematangan umur menentukan kompetensi dalam pengembangan kemitraan berbisnis dan manajemen staf (Porter, 2003).

2. Masa Kerja

Responden memiliki masa kerja mulai dari 1 – 27 tahun. Masa kerja sebagai representasi senioritas identik dengan dengan pengalaman kerja, meskipun masa kerja tidak selalu berbanding lurus dengan senioritas, namun rentang cukup panjang menginterpretasikan perbedaan pengalaman kerja cukup besar. Dengan demikian dapat disampaikan bahwa, manajer rumah sakit Muhammadiyah dan rumah sakit Aisiyiah cukup beragam dilihat dari senioritas atau pengalaman kerja.

Karakteristik masa kerja secara akumulatif menunjukkan jumlah responden dengan masa kerja kurang atau sama dengan 5 tahun sebanyak 4.8%, masa kerja antara 6 – 10 tahun sebanyak 24.3%, masa kerja antara 11 – 20 tahun sebanyak 39%, dan lebih dari 20 tahun sebanyak 31.7%. Terlihat responden dengan masa kerja 11 – 20 tahun dan lebih dari 20 tahun berjumlah paling banyak, jumlah keduanya mencapai 70.73%, atau lebih dari separuh jumlah manajer yang menjadi responden.

Deskripsi manajer rumah sakit menunjukkan sebagian besar manajer memiliki masa kerja sebagai manajer lebih dari 10 tahun. Seperti penjelasan dalam faktor umur, masa kerja menentukan kemampuan, ketrampilan manajerial yang dimiliki seorang manajer. Beberapa hal kemampuan seperti pengembangan program staf, pelatihan dan motivasi staf, serta manajemen staf dipengaruhi oleh masa kerja (Porter, 2003). Hal ini dijelaskan karena manajer dengan masa kerja yang relatif lama dalam sebuah organisasi mengenal secara dalam lingkungan kerjanya.

3. Pendidikan

Jika dilihat dari tingkat pendidikan, maka penelitian ini tidak memiliki responden yang latar pendidikannya tidak bersekolah atau SD (0%), SLTP / sederajat (0%), SLTA atau sederajat (0%), lulus D3 berjumlah 44 orang, S1 berjumlah 136 orang setara dengan 48.78% dari total jumlah responden dan S2

atau pendidikan spesialis berjumlah 103 orang atau setara dengan 17.07% dari total jumlah responden. rumah sakit milik badan usaha organisasi Muhammadiyah dikelola oleh manajer yang sudah cukup berpengalaman. Meskipun demikian, sebagian besar manajer masih memiliki tingkat pendidikan yang dapat digolongkan rendah bagi level seorang manajer, karena masih banyak manajer rumah sakit dengan pendidikan terakhir diploma dan sarjana S1.

Deskripsi pendidikan manajer rumah sakit pada penelitian ini sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan diploma dan sarjana S1. Kemungkinan lain terkait pendidikan, dimana sebagian besar manajer memiliki pendidikan relatif rendah dalam hal posisi seorang manajer, adalah karena bidang manajerial rumah sakit memerlukan dasar pengetahuan dari pendidikan bidang studi khusus, yaitu tentang manajerial rumah sakit. Oleh karenanya, masih banyak manajer rumah sakit yang hanya memiliki latar belakang pendidikan diploma dan sarjana S1. Beheshtifar dan Zare (2013) dalam penelitiannya menunjukkan umur, masa kerja dan pendidikan sebagai faktor penguat kompetensi seorang manajer.

4. Pelatihan

Program pelatihan karyawan di beberapa rumah sakit Muhammadiyah dan rumah sakit Aisyiyah dilaksanakan dalam 20 jam/ karyawan/ tahun baik *in-house* maupun *ex-house* training. Perencanaan pelatihan dituliskan dalam RAPB, keputusan pelatihan tersebut disetujui oleh Direktur SDI. Masing- masing manajer bagian dan supervisor mengajukan program pelatihan yang akan diikuti, kemudian bagian SDI mempertimbangkan dan menyetujui pelatihan tersebut. Kurangnya evaluasi terhadap program pelatihan menyebabkan belum tercapainya target pelatihan. Hingga pertengahan tahun, baru sepertiga dari total jam pelatihan yang tercapai, hal ini disebabkan oleh kurangnya SDI di bagian diklat, sehingga pelaporan dan evaluasi pelatihan belum berjalan dengan baik. Perencanaan untuk pelatihan manajemen secara khusus belum ada, akan lebih baik bila ada *check list* khusus bagi para pejabat struktural mengenai pelatihan yang harus diikuti berdasarkan dengan *training need analysis*.

Berdasarkan hasil wawancara, hampir seluruh manajer mengatakan

kendala untuk mengikuti pelatihan adalah keterbatasan waktu. Terbatasnya jumlah SDI mengharuskan para manajer tingkat bawah juga harus ikut terjun langsung dalam pelayanan, sehingga untuk mengikuti pelatihan manajer harus menyesuaikan jadwal staf lain di pelayanan. Kendala selanjutnya adalah materi yang dibawakan kurang sesuai dengan kebutuhan manajer, lebih banyak kuliah teori dan kurang praktis. Pelatihan yang diberikan harus *up date*, sesuai dengan kebutuhan masa kini, dan sesingkat mungkin paling lama satu minggu sehingga sesuai dengan kebutuhan manajer. Pelatih diharapkan tidak hanya berpengetahuan tapi memiliki pengalaman dalam manajemen rumah sakit. Metode pelatihan harus interaktif dan menghindari kuliah konservatif termasuk diversifikasi latihan praktis atau studi kasus.

Di beberapa rumah sakit program pelatihan sudah dibuat, namun pada pelaksanaan sering mengalami penolakan dari direktur dengan alasan masalah anggaran yang terlalu mahal. Program pelatihan formal ini sangat dibutuhkan sebagai pemeliharaan keilmuan dan keterampilan pegawai.

Pada beberapa rumah sakit diketahui belum ada inisiatif dari pimpinan dalam hal pengembangan manajemen dan *leadership* dengan anggaran internal rumah sakit. Penolakan dari direktur dengan alasan pengembangan tersebut belum dibutuhkan oleh pegawai.

D. Hasil Analisis

1. Analisis Faktor *Confirmatory Factor Analysis* (CFA)

Analisis faktor *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) dengan menggunakan pendekatan *principal component* digunakan sebagai alat uji validitas pada variabel penelitian dan konstruksinya. Tabel 4.6 menunjukkan hasil uji validitas dengan analisis faktor *Confirmatory Factor Analysis* (CFA).

Tabel 4.6 Hasil Uji Validitas Konstruk Item Pembentuk Variabel Kompetensi, Kinerja, Motivasi, dan Kepuasan Kerja

Item	Faktor						
	1	2	3	4	5	6	7
kom1	0,630						
kom2	0,550						
kom3	0,587						
kom4	0,534						
kom5	0,597						
kom6	0,687						
kom7	0,672						
kom8	0,642						
kom9	0,600						
kom10	0,595						
kin1					0,566		
kin2					0,476		
kin3					0,615		
kin4					0,409		
kin5					0,391		
kin6					0,497		
kin7					0,518		
mot1							0,576
mot2							0,561
mot3							0,656
mot4							0,558
kk1			0,426				
kk2			0,513				
kk3			0,429				
kk4			0,401				

Tabel 4.6 Hasil Uji Validitas Konstruk Item Pembentuk Variabel Kepuasan Kerja, Komitmen, Budaya Organisasi, dan Kepemimpinan (Lanjutan)

Item	Faktor						
	1	2	3	4	5	6	7
kk5			0,588				
kk6			0,465				
kk7			0,771				
kk8			0,749				
komit1				0,612			
komit2				0,631			
komit3				0,529			
komit4				0,554			
komit5				0,614			
bo1						0,872	
bo2						0,339	
bo3						0,307	
bo4						0,855	
kep1		0,503					
kep2		0,443					
kep3		0,680					
kep4		0,636					
kep5		0,673					
kep6		0,752					
kep7		0,439					
kep8		0,548					

Sumber: Analisis Data Primer

Hasil uji validitas konstruk yang ditunjukkan pada Tabel 4.6, semua konstruk item pembentuk dari variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian sudah terkelompok sesuai dengan variabelnya. Pada faktor 1 disusun oleh konstruk item pembentuk variabel kompetensi. Nilai *factor loading* dari konstruk item pembentuk variabel kompetensi paling rendah adalah 0,534 (kom4) dan

tertinggi adalah 0,687 (kom6). Nilai *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel kompetensi $\geq 0,3$ bahkan $> 0,5$; yang menunjukkan bahwa *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel kompetensi adalah signifikan.

Faktor 2 disusun oleh konstruk item pembentuk variabel kepemimpinan. Nilai *factor loading* dari konstruk item pembentuk variabel kepemimpinan paling rendah adalah 0,439 (kep7) dan tertinggi adalah 0,752 (kep6). Nilai *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel kepemimpinan $\geq 0,3$; yang menunjukkan bahwa *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel kepemimpinan adalah signifikan.

Faktor 3 disusun oleh konstruk item pembentuk variabel kepuasan kerja. Nilai *factor loading* dari konstruk item pembentuk variabel kepuasan kerja paling rendah adalah 0,401 (kk4) dan tertinggi adalah 0,771 (kk7). Nilai *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel kepuasan kerja $\geq 0,3$; yang menunjukkan bahwa *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel kepuasan kerja adalah signifikan.

Faktor 4 disusun oleh konstruk item pembentuk variabel komitmen. Nilai *factor loading* dari konstruk item pembentuk variabel komitmen paling rendah adalah 0,529 (komit3) dan tertinggi adalah 0,631 (komit2). Nilai *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel komitmen $\geq 0,3$ bahkan $> 0,5$; yang menunjukkan bahwa *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel komitmen adalah signifikan.

Faktor 5 disusun oleh konstruk item pembentuk variabel kinerja. Nilai *factor loading* dari konstruk item pembentuk variabel kinerja paling rendah adalah 0,391 (kin5) dan tertinggi adalah 0,615 (kin3). Nilai *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel kinerja $\geq 0,3$; yang menunjukkan bahwa *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel kinerja adalah signifikan.

Faktor 6 disusun oleh konstruk item pembentuk variabel budaya organisasi. Nilai *factor loading* dari konstruk item pembentuk variabel budaya organisasi paling rendah adalah 0,307 (bo3) dan tertinggi adalah 0,872 (bo1). Nilai *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel budaya organisasi \geq

0,3; yang menunjukkan bahwa *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel budaya organisasi adalah signifikan.

Faktor 7 disusun oleh konstruk item pembentuk variabel motivasi. Nilai *factor loading* dari konstruk item pembentuk variabel motivasi paling rendah adalah 0,558 (mot4) dan tertinggi adalah 0,656 (mot3). Nilai *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel motivasi $\geq 0,3$; yang menunjukkan bahwa *factor loading* pada konstruk item pembentuk variabel motivasi adalah signifikan.

Tabel 4.7 menunjukkan hasil uji KMO-MSA dan *Bartlett* pada analisis faktor (CFA). Hasil uji KMO-MSA dan *Bartlett* menunjukkan nilai KMO-MSA sebesar 0,821 dengan signifikansi pada *Bartlett's test* sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Berdasarkan uji KMO-MSA dan *Bartlett* dapat disimpulkan bahwa 283 sampel yang digunakan sudah memenuhi ketercukupan dalam uji validitas konstruk.

Tabel 4.7. Hasil Uji KMO-MSA dan Bartlett Pada Analisis Faktor

<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.</i>	0,821	
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	Approx. Chi-Square	4487,777
	df	1035
	Sig.	0,000

Sumber: Analisis Data Primer

Hasil analisis faktor (CFA) dengan metode *principal component* pada konstruk pembentuk variabel penelitian menunjukkan konvergensi yang baik dalam pengelompokan konstruk item pembentuk masing-masing variabel. Nilai *factor loading* dari semua konstruk pembentuk item variabel sudah signifikan. Indikator KMO-MSA dan *Bartlett's test* juga menunjukkan ketercukupan sampel. Oleh karenanya item pertanyaan dan konstruk pembentuk variabel penelitian adalah valid.

Uji reliabilitas variabel penelitian ditunjukkan pada Tabel 4.8. Berdasarkan hasil uji reliabilitas diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* terendah 0,660 (variabel kinerja) dan nilai *Cronbach's Alpha* tertinggi 0,840 (variabel kompetensi). Dengan demikian, karena nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,6$ maka semua variabel penelitian adalah reliabel.

Tabel 4.8 Hasil Uji Reliabilitas Variabel Penelitian

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Cut Off</i>	Keterangan
Kompetensi	0,840	0,6	Reliabel

Kinerja	0,660	0,6	Reliabel
Motivasi	0,694	0,6	Reliabel
Kepuasan Kerja	0,738	0,6	Reliabel
Komitmen	0,701	0,6	Reliabel
Budaya Organisasi	0,736	0,6	Reliabel
Kepemimpinan	0,785	0,6	Reliabel

Sumber: Analisis Data Primer

2. Deskripsi Variabel

Tabel 4.9 menunjukkan deskripsi nilai rata-rata item pembentuk variabel kompetensi manajer rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Dari sepuluh indikator pembentuk variabel kompetensi manajer, nilai rata-rata berkisar dari 5,73 sampai tertinggi 5,84. Skor rata-rata tertinggi ada pada item kom10 (5,84), yaitu pemahaman visi dan misi organisasi. Kemudian diikuti oleh item kom1 (5,83), yaitu pemahaman setiap aspek teknologi di lingkungan kerja, dan item kom7 (5,83), yaitu keputusan berdasar kepentingan tim. Skor rata-rata terendah ada pada kom8 (5,73), yaitu pengelolaan kerja tim dan item kom4 (5,75), yaitu komunikasi.

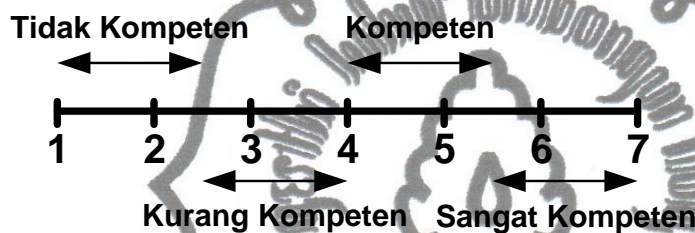
Tabel 4.9 Deskripsi Rata-Rata Indikator Pembentuk Variabel Kompetensi Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah

Indikator Pertanyaan	Skor	Keterangan
1. Pemahaman setiap aspek teknologi di lingkungan kerja	5,83	Sangat Kompeten
2. Adaptasi terhadap teknologi baru	5,75	Sangat Kompeten
3. Ketenangan dalam pengambilan keputusan	5,77	Sangat Kompeten
4. Komunikasi	5,75	Sangat Kompeten
5. Penalaran terhadap sebuah pekerjaan	5,79	Sangat Kompeten
6. Keputusan berdasar kepentingan tim	5,83	Sangat Kompeten
7. Pengelolaan kerja tim	5,73	Sangat Kompeten
8. Penguasaan pemahaman tata kelola (manajemen)	5,81	Sangat Kompeten
9. Pemahaman visi dan misi organisasi	5,84	Sangat

 Kompeten

Sumber: Analisis Data Primer

Pembagian kategori ditentukan berdasarkan kisaran skala yang digunakan, yaitu skala 7. Dari 7 nilai skala dibagi menjadi 4 kategori dengan nilai tengah skala pada skor 4. Kategori kompetensi manajer dibagi menurut, kategori tidak kompeten dengan kisaran skor 1 sampai dengan 2,5, kategori kurang kompeten dengan kisaran skor 2,51 sampai 4, kategori kompeten dengan kisaran skor 4,1 sampai 5,5 dan kategori sangat kompeten dengan kisaran skor 5,51 sampai 7.



Berdasarkan nilai rata-rata pada indikator pembentuk kompetensi manajer rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah diketahui bahwa kompetensi manajerial adalah yang paling tinggi. Dengan kata lain, sebagian besar manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah menguasai kompetensi manajerial rumah sakit. Penguasaan kompetensi manajerial rumah sakit dikarenakan sebagian manajer sudah bekerja sangat lama di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah.

Tentang kompetensi teknologi, manajer memahami dan menguasai seluk beluk penerapan dan penggunaan teknologi di rumah sakit. Namun demikian, rata-rata jawaban terkait adaptasi terhadap teknologi baru adalah rendah (5,75). Sebagian besar tingkat pendidikan manajer yang rendah menyebabkan sebagian merasa tidak yakin mampu menguasai segera penerapan teknologi baru. Terlebih lagi, sebagian besar usia manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah tergolong memiliki usia tua. Hal ini tentu juga menjadi penghambat untuk menguasai teknologi manajerial baru dengan cepat.

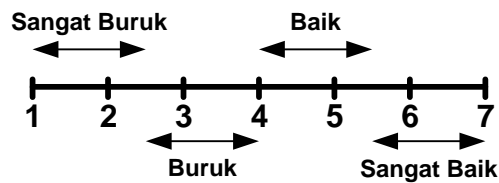
Aspek kompetensi tim, setiap pengambilan keputusan manajerial selalu mengutamakan kepentingan tim. Namun demikian, dalam pengelolaan kerja tim nilainya adalah yang paling rendah dari sepuluh indikator pembentuk variabel

kompetensi. Hal ini menunjukkan kemampuan manajerial terkait pengelolaan kerja tim dari sebagian besar manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah masih rendah.

Kompetensi emosional dan kognitif dari manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah memiliki nilai rata-rata yang tidak jauh berbeda. Kemampuan manajer dalam mengelola emosi dalam pengambilan keputusan menghadapi setiap persoalan manajemen maupun terkait inisiatif dengan atasan, rekan maupun bawahan tidak menunjukkan perbedaan. Artinya kemampuan manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah dalam menjalankan manajerial rumah sakit tidak banyak mengalami kendala yang berkaitan dengan pengelolaan emosional, seperti adanya konflik serta penyelesaiannya. Penalaran kognitif manajer rumah sakit pada setiap aspek persoalan yang berhubungan dengan manajemen mampu mengarahkan kepada keputusan untuk kepentingan bersama. Sikap positif terhadap peluang yang memajukan organisasi turut menjelaskan pengelolaan emosional manajer rumah sakit. Dalam hal ini ada kaitan antara aspek emosional dan kognitif manajer rumah sakit dalam menjalankan peran serta fungsi manajerial.

Tabel 4.10 menunjukkan nilai rata-rata item pembentuk variabel kinerja manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Nilai rata-rata berkisar dari paling rendah 5,33 sampai tertinggi 5,43. Indikator kinerja yang memiliki rata-rata tinggi adalah pada item kin5, yaitu altruisme dan item kin7, yaitu mampu mengatasi tekanan dengan skor 5,43. Kinerja dengan skor rata-rata paling rendah adalah pada item kin3, yaitu kesungguhan diri dengan skor 5,33 dan item kin4, yaitu *civic virtue* dengan skor 5,39.

Pembagian kategori ditentukan berdasarkan kisaran skala yang digunakan, yaitu skala 7. Dari 7 nilai skala dibagi menjadi 4 kategori dengan nilai tengah skala pada skor 4. Kategori kinerja manajer dibagi menurut, kategori sangat buruk dengan kisaran skor 1 sampai dengan 2,5, kategori buruk dengan kisaran skor 2,51 sampai 4, kategori baik dengan kisaran skor 4,1 sampai 5,5 dan kategori sangat baik dengan kisaran skor 5,51 sampai 7.



Tabel 4.10 Deskripsi Rata-Rata Indikator Pembentuk Variabel Kinerja Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah

Indikator Pertanyaan	Skor	Keterangan
1. Kemampuan supervisi	5,42	Baik
2. Kemampuan manajemen/administrasi.	5,41	Baik
3. Kesungguhan diri	5,33	Baik
4. Civic virtue	5,39	Baik
5. Altruisme	5,43	Baik
6. Penanganan masalah	5,40	Baik
7. Mampu mengatasi tekanan	5,43	Baik

Sumber: Analisis Data Primer

Berdasarkan hasil deskripsi rata-rata tersebut diketahui bahwa skor tertinggi ada pada aspek kinerja kontekstual dan skor terendah ada pada aspek kinerja adaptif. Secara kontekstual kinerja manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah adalah yang terbaik dilihat dari aspek kinerja yang lain. Dalam hal ini, mulai dari perencanaan sampai implementasi kegiatan di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah, manajer memiliki kinerja yang tinggi. Manajer selalu antusias dalam mendiskusikan setiap hal baik kepada atasan, jajaran manajerial maupun karyawan. Kemudian, manajer selalu tertantang dengan kegiatan yang penuh tekanan.

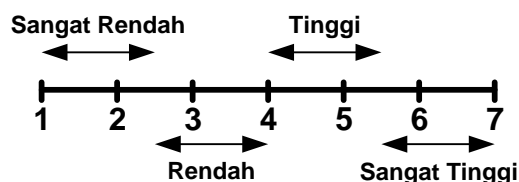
Kinerja yang berkenaan dengan tugas, manajer memiliki kinerja yang tinggi. Kinerja yang berkaitan dengan detail pekerjaan selalu menjadi fokus perhatian manajer, sehingga manajer menekankan kepada bawahannya untuk serius dan memberikan hasil yang maksimal. Pengelolaan dari setiap aspek kegiatan manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah juga memiliki kinerja yang cukup tinggi.

Namun demikian, aspek kinerja adaptif masih menjadi kendala bagi manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Dalam hal pemenuhan target pekerjaan menunjukkan memiliki kinerja dengan skor paling rendah dibanding semua aspek kinerja yang ditanyakan. Kemudian terkait keterlibatan

manajer pada setiap kegiatan juga memiliki skor yang rendah. Terkait dengan temuan ini, target pasti sudah dibicarakan saat perencanaan program dan tentunya manajer tahu dengan jelas target kegiatan. Oleh karenanya, rendahnya nilai skor pada pemenuhan target dapat disebabkan karena dua hal. Pertama, manajer rumah sakit memandang target sudah jelas, baik dalam cara maupun indikator pencapaian target, sehingga manajer beranggapan karena sudah kesepakatan target akan otomatis terpenuhi. Alasan kedua adalah manajer rumah sakit kurang mampu berimprovisasi untuk melakukan hal-hal baru dalam pencapaian target. Dua alasan ini muncul karena manajer kurang keterlibatannya dalam setiap kegiatan sehingga apa dan bagaimana yang terjadi di fase implementasi, manajer tidak mengetahui detailnya.

Tabel 4.11 menunjukkan nilai rata-rata item pembentuk variabel motivasi manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Nilai rata-rata berkisar dari paling rendah 5,56 sampai tertinggi 5,59. Pada indikator pembentuk variabel motivasi manajer rumah sakit menunjukkan kisaran yang tidak jauh berbeda dari yang terendah sampai skor tertinggi. Indikator yang termasuk dalam motivator (item mot1 dan item mot2) dan item yang masuk hygiene (item mot3 dan item mot4) tidak memiliki perbedaan skor rata-rata yang besar.

Pembagian kategori ditentukan berdasarkan kisaran skala yang digunakan, yaitu skala 7. Dari 7 nilai skala dibagi menjadi 4 kategori dengan nilai tengah skala pada skor 4. Kategori motivasi manajer dibagi menurut, kategori sangat rendah dengan kisaran skor 1 sampai dengan 2,5, kategori rendah dengan kisaran skor 2,51 sampai 4, kategori tinggi dengan kisaran skor 4,1 sampai 5,5 dan kategori sangat tinggi dengan kisaran skor 5,51 sampai 7.



Tabel 4.11 Deskripsi Rata-Rata Indikator Pembentuk Variabel Motivasi Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah

Indikator Pertanyaan	Skor	Keterangan
1. Rasa tanggung jawab	5,59	Sangat Tinggi

2. Pengembangan diri	5,56	Sangat Tinggi
3. Kondisi kerja.	5,58	Sangat Tinggi
4. Kebijakan.	5,56	Sangat Tinggi

Sumber: Analisis Data Primer

Nilai rata-rata tertinggi 5,59 pada item pertanyaan mot1, yaitu indikator rasa tanggung jawab. Kemudian item pertanyaan mot3, yaitu indikator kondisi kerja dengan skor 5,56. Skor rata-rata terendah pada item mot2, yaitu indikator pengembangan diri dan mot4, yaitu indikator kebijakan.

Berdasarkan deskripsi dari nilai rata-rata motivasi diketahui bahwa motivasi manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah tergolong tinggi. Manajer rumah sakit sepenuhnya sadar peran dan fungsinya sebagai bagian pengelola rumah sakit sehingga termotivasi untuk bekerja demi kemajuan rumah sakit dan segala aspek kegiatan rumah sakit. Untuk itu manajer rumah sakit berupaya menciptakan lingkungan kerja yang kondusif agar semua komponen di rumah sakit bekerja dan mendapatkan kepuasan kerja yang tinggi. Manajer rumah sakit perlu selalu mengembangkan diri baik dalam keahlian maupun pengetahuan sesuai dengan perubahan dan dinamika yang ada. Pengembangan diri diperlukan bagi manajer agar terus mampu mewujudkan kinerja yang maksimal dan mewujudkan pengelolaan rumah sakit.

Tabel 4.12 Deskripsi Rata-Rata Indikator Pembentuk Variabel Kepuasan Kerja Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah

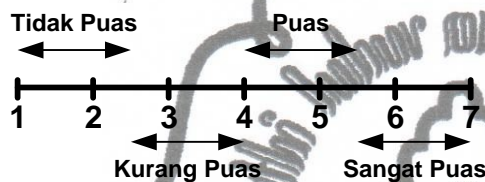
Indikator Pertanyaan	Skor	Keterangan
1. Pencapaian hasil	5,66	Sangat Puas
2. Kualitas hasil	5,77	Sangat Puas
3. Kondisi lingkungan kerja	5,68	Sangat Puas
4. Dukungan	5,71	Sangat Puas
5. Hasil kerja tim	5,87	Sangat Puas
6. Kekompakan.	5,74	Sangat Puas
7. Hasil kerja bawahan.	5,80	Sangat Puas
8. Pola pengawasan.	5,81	Sangat Puas

Sumber: Analisis Data Primer

Tabel 4.12 menunjukkan nilai rata-rata item pembentuk variabel kepuasan kerja manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Nilai rata-rata berkisar dari paling rendah 5,66 sampai tertinggi 5,87. Nilai tertinggi ada pada

item kk5, yaitu indikator hasil kerja tim. Skor terendah ada pada item kk1, yaitu indikator pencapaian hasil.

Pembagian kategori ditentukan berdasarkan kisaran skala yang digunakan, yaitu skala 7. Dari 7 nilai skala dibagi menjadi 4 kategori dengan nilai tengah skala pada skor 4. Kategori kepuasan kerja manajer dibagi menurut, kategori tidak puas dengan kisaran skor 1 sampai dengan 2,5, kategori kurang puas dengan kisaran skor 2,51 sampai 4, kategori puas dengan kisaran skor 4,1 sampai 5,5 dan kategori sangat puas dengan kisaran skor 5,51 sampai 7.



Item-item penyusun kepuasan kerja manajer yang memiliki skor rata-rata tinggi di antaranya item kk5, yaitu indikator hasil kerja tim dengan skor 5,87; item kk8, yaitu indikator pola pengawasan dengan skor 5,81; kemudian item kk7, yaitu indikator hasil kerja bawahan. Berdasarkan tiga skor rata-rata tertinggi dapat diketahui kepuasan kerja bagi seorang manajer adalah tentang bawahannya. Dapat dipahami seorang manajer tidak bisa melakukan pekerjaan tanpa adanya karyawan atau bawahannya. Salah satu fungsi dan peran manajer, terlebih lagi SDM, adalah pengelolaan sumber daya manusia. Oleh karenanya manajer akan merasa puas apabila cara manajerialnya terwujud dengan kerja tim yang baik, bawahan yang bekerja dengan inisiatif sendiri sehingga memberikan hasil kerja yang maksimal.

Beberapa item yang memiliki skor rendah di antaranya item kk1, yaitu indikator pencapaian hasil dengan skor 5,66; kemudian item kk3, yaitu indikator kondisi lingkungan kerja dengan skor 5,68; dan item kk4, yaitu indikator dukungan. Faktor yang menyebabkan ketidakpuasan manajer dalam bekerja dari hasil deskripsi data tersebut dapat diketahui adalah tentang lingkungan kerja. Dapat dikatakan bahwa dari semua indikator kepuasan kerja, lingkungan kerja menjadi faktor yang memiliki tingkat kepuasan kerja paling rendah bagi manajer rumah sakit. Dalam hal ini, manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah menganggap lingkungan kerja rumah sakit belum memberikan kondisi optimal

untuk bekerja. Lingkungan kerja di dalamnya termasuk komunikasi, hubungan antar departemen, sampai yang paling khusus adalah hubungan antar rekan.

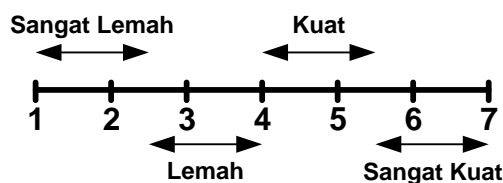
Tabel 4.13 Deskripsi Rata-Rata Indikator Pembentuk Variabel Komitmen Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah

Indikator Pertanyaan	Skor	Keterangan
1. Rasa keterikatan dengan organisasi	5,21	Kuat
2. Pengabdian	5,17	Kuat
3. Adanya kebutuhan rasional	5,05	Kuat
4. Pertimbangan karir.	5,07	Kuat
5. Tanggung jawab kepada organisasi.	5,20	Kuat

Sumber: Analisis Data Primer

Tabel 4.13 menunjukkan nilai rata-rata indikator pembentuk variabel komitmen manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Nilai rata-rata berkisar dari paling rendah 5,05 sampai tertinggi 5,21. Komitmen yang paling tinggi ada pada item komit1, yaitu indikator rasa keterikatan dengan organisasi dengan skor 5,21. Komitmen yang paling rendah ada pada item komit3, yaitu indikator adanya kebutuhan rasional dengan skor 5,05.

Pembagian kategori ditentukan berdasarkan kisaran skala yang digunakan, yaitu skala 7. Dari 7 nilai skala dibagi menjadi 4 kategori dengan nilai tengah skala pada skor 4. Kategori komitmen manajer dibagi menurut, kategori sangat lemah dengan kisaran skor 1 sampai dengan 2,5, kategori lemah dengan kisaran skor 2,51 sampai 4, kategori kuat dengan kisaran skor 4,1 sampai 5,5 dan kategori sangat kuat dengan kisaran skor 5,51 sampai 7.



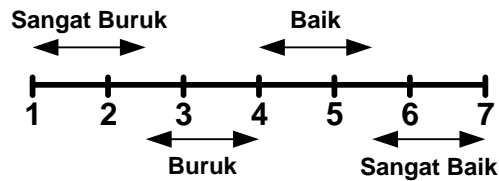
Komitmen adalah rasa keterikatan dengan organisasi, rasa memiliki organisasi, dan tanggung jawab terhadap kewajiban yang diemban. Seperti pada item komit1, yaitu indikator rasa keterikatan dengan organisasi; kemudian item komit5, yaitu indikator tanggung jawab kepada organisasi; dan komit2, yaitu indikator pengabdian.

Hasil tersebut menunjukkan komitmen manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah lebih karena keterikatan dan tanggung jawab moral terhadap organisasi. Kewajiban akan pekerjaan dan tanggung jawab pengelolaan rumah sakit yang menyebabkan manajer mau bertahan. Komitmen manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah lebih dikarenakan adanya komitmen yang bersifat afektif sekaligus normatif.

Skor rata-rata komitmen yang rendah ada pada komit3, yaitu indikator adanya kebutuhan rasional. Kemudian komit4, yaitu indikator pertimbangan karir. Kedua item komitmen manajer tersebut masuk dalam golongan komitmen kontinuan. Dalam komitmen kontinuan pertimbangan bertahan atau tidak dalam organisasi lebih disebabkan karena faktor peluang. Faktor peluang ini adalah kemampuan organisasi dalam menjaga tingkat kepuasan manajer sehingga manajer mau tetap terus bertahan dan loyal. Rendahnya nilai rata-rata pada item komit3 menunjukkan bahwa manajer memiliki keyakinan bahwa bukan hanya di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah saja yang memberikan penawaran bagus. Item komit4 memiliki skor rendah menunjukkan manajer rumah sakit memperhitungkan apa yang diperoleh (imbal balik) dari organisasi atas pencapaian terbaik yang diberikan.

Tabel 4.14 menunjukkan nilai rata-rata item pembentuk variabel budaya organisasi di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Nilai rata-rata berkisar dari paling rendah 5,48 sampai tertinggi 5,55. Item budaya organisasi bo4, yaitu indikator kegiatan rutinitas adalah yang memiliki skor rata-rata paling tinggi di antara keempat item pembentuk budaya organisasi. Item budaya organisasi bo2, yaitu indikator nilai-nilai dalam organisasi adalah yang memiliki skor rata-rata paling rendah di antara keempat item pembentuk budaya organisasi.

Pembagian kategori ditentukan berdasarkan kisaran skala yang digunakan, yaitu skala 7. Dari 7 nilai skala dibagi menjadi 4 kategori dengan nilai tengah skala pada skor 4. Kategori budaya organisasi dibagi menurut, kategori sangat buruk dengan kisaran skor 1 sampai dengan 2,5, kategori buruk dengan kisaran skor 2,51 sampai 4, kategori baik dengan kisaran skor 4,1 sampai 5,5 dan kategori sangat baik dengan kisaran skor 5,51 sampai 7.



Tabel 4.14 Deskripsi Rata-Rata Indikator Pembentuk Variabel Budaya Organisasi Rumah Sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah

Indikator Pertanyaan	Skor	Keterangan
1. Inovasi	5,51	Sangat Baik
2. Nilai-nilai dalam organisasi	5,48	Baik
3. Penghargaan	5,53	Sangat Baik
4. Kegiatan rutinitas	5,55	Sangat Baik

Sumber: Analisis Data Primer

Budaya organisasi di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah yang dipertimbangkan memiliki nilai bagus oleh manajer adalah berupa kegiatan rutin yang menciptakan suasana kerja dan kerjasama. Selain itu, manajer rumah sakit juga menilai apresiasi terhadap pekerjaan juga dipertimbangkan sebagai bentuk budaya organisasi yang mendukung pekerjaan. Pertimbangan lainnya adalah rumah sakit mau menerapkan serta mengembangkan program dan kegiatan inovatif untuk karyawan. Terkait dengan nilai-nilai yang ada di rumah sakit, memiliki skor paling rendah dimungkinkan sebagian manajer menganggap nilai-nilai belum sepenuhnya sesuai dengan prinsip dan kepribadian manajer.

Budaya organisasi merupakan satu hal penting dalam mengangkat motivasi kerja. Oleh karenanya budaya organisasi yang memberikan suasana kerja kondusif dan mampu menguatkan kerjasama dipandang paling penting oleh manajer rumah sakit. Selain itu, adanya budaya organisasi dalam bentuk penghargaan atau apresiasi pekerjaan juga dipandang perlu oleh manajer rumah sakit. Kedua hal ini kemungkinan belum begitu dirasakan oleh manajer rumah sakit, sehingga terkait kesesuaian nilai-nilai rumah sakit dengan prinsip dan kepribadian masih dinilai rendah oleh manajer rumah sakit.

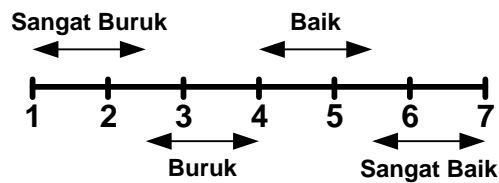
Tabel 4.15 Deskripsi Rata-Rata Indikator Pembentuk Variabel Kepemimpinan Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah

Indikator Pertanyaan	Skor	Keterangan
1. Deskripsi kerja	5,27	Baik
2. Kreativitas	5,23	Baik
3. Hasil kerja	5,32	Baik
4. SOP	5,26	Baik
5. Job meeting	5,33	Baik
6. Kerjasama	5,32	Baik
7. Memotivasi	5,22	Baik
8. Insentif	5,30	Baik

Sumber: Analisis Data Primer

Tabel 4.15 menunjukkan nilai rata-rata item pembentuk variabel kepemimpinan manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Nilai rata-rata berkisar dari paling rendah 5,22 sampai tertinggi 5,33. Berdasarkan hasil deskripsi dari indikator pembentuk gaya kepemimpinan manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah dijelaskan sebagai berikut. Pada dimensi kepemimpinan delegatif dibentuk oleh item kep1, yaitu indikator deskripsi kerja dan item kep2, yaitu indikator kreativitas. Nilai skor rata-rata dari indikator deskripsi kerja adalah 5,27 dan indikator kreativitas adalah 5,23. Kepemimpinan direktif disusun dari item kep3, yaitu indikator hasil kerja dan item kep4, yaitu indikator SOP. Nilai skor rata-rata untuk indikator hasil kerja adalah 5,32 dan indikator SOP adalah 5,26. Kepemimpinan partisipatif disusun dari item kep5, yaitu indikator *job meeting* dan kep6, yaitu indikator kerjasama. Nilai skor rata-rata untuk indikator *job meeting* adalah 5,33 dan indikator kerjasama adalah 5,32. Kepemimpinan suportif disusun dari item kep7, yaitu indikator memotivasi dan kep8, yaitu indikator insentif. Nilai skor rata-rata untuk indikator memotivasi adalah 5,22 dan indikator insentif adalah 5,30.

Pembagian kategori ditentukan berdasarkan kisaran skala yang digunakan, yaitu skala 7. Dari 7 nilai skala dibagi menjadi 4 kategori dengan nilai tengah skala pada skor 4. Kategori kepemimpinan manajer dibagi menurut, kategori sangat buruk dengan kisaran skor 1 sampai dengan 2,5, kategori buruk dengan kisaran skor 2,51 sampai 4, kategori baik dengan kisaran skor 4,1 sampai 5,5 dan kategori sangat baik dengan kisaran skor 5,51 sampai 7.



Berdasarkan dari deskripsi ini dapat diketahui bahwa sebagian besar manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah menerapkan gaya kepemimpinan partisipatif. Nilai item penyusun gaya kepemimpinan partisipatif adalah yang tertinggi (indikator *job meeting*) dan pada indikator kerjasama juga memiliki rata-rata yang tinggi. Gaya kepemimpinan partisipatif disukai oleh manajer karena selain memberikan arahan, manajer juga menerapkan peran supervisi saat ikut berpartisipasi bersama-sama bawahannya dalam kegiatan yang dilaksanakan. Dengan kata lain gaya kepemimpinan partisipatif memuat gaya direktif sekaligus suportif.

Gaya kepemimpinan direktif yang paling banyak digunakan adalah dengan memberikan pengarahan kepada staf agar mencapai hasil maksimal. Namun demikian, manajer tidak menekankan kepatuhan terkait pekerjaan yang sesuai dengan SOP. Dalam hal ini, manajer tetap memberikan pengarahan terkait pekerjaan namun masih memberikan ruang kepada staf untuk menyelesaikan pekerjaan berdasarkan inisiatif dari staf.

Gaya kepemimpinan suportif lebih ditunjukkan oleh manajer melalui memberikan insentif kepada staf/karyawan supaya lebih giat bekerja dan hasil maksimal. Namun fungsi suportif yang selalu hadir di tengah-tengah staf/karyawan untuk memberikan motivasi jarang dilakukan. Manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah masih menganggap insentif sebagai motivasi yang lebih baik dari pada dukungan motivasi secara moral.

Gaya kepemimpinan delegatif adalah gaya kepemimpinan yang jarang digunakan oleh manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Hal ini terlihat dari rendahnya nilai skor rata-rata item penyusunnya. Gaya kepemimpinan delegatif mengharuskan pemimpin memiliki kepercayaan yang tinggi bahwa bawahannya mampu menyelesaikan pekerjaan tanpa atau dengan sedikit arahan dari pimpinan. Dari deskripsi ini menggambarkan bahwa manajer di rumah sakit

Muhammadiyah dan Aisyiyah belum mampu sepenuhnya melepas bawahannya untuk berkreasi dalam menyelesaikan tugas.

Tabel 4.16 Deskripsi Rata-Rata Variabel Model Kinerja Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah

Variabel	Skor Rata-Rata	Keterangan
Kompetensi	5,79	Sangat kompeten
Kinerja	5,40	Baik
Motivasi	5,57	Sangat tinggi
Kepuasan Kerja	5,75	Sangat puas
Komitmen	5,14	Kuat
Budaya Organisasi	5,52	Sangat baik
Kepemimpinan	5,28	Baik

Sumber: Analisis Data Primer

Berdasarkan Tabel 4.16 rata-rata skor paling tinggi ada pada variabel kompetensi, kemudian variabel kepuasan kerja. Rata-rata skor paling rendah ada pada variabel komitmen dan kepemimpinan. Deskripsi tersebut menggambarkan bahwa kompetensi dan kepuasan kerja merupakan hal penting dalam model kinerja manajer rumah sakit. Kemudian ada motivasi manajer dan budaya organisasi yang memiliki rata-rata cukup tinggi. Variabel komitmen memiliki rata-rata paling rendah kemudian diikuti oleh kepemimpinan dan kinerja.

Gambaran dari nilai rata-rata ini menunjukkan bahwa kompetensi dan kepuasan manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah adalah paling tinggi. Motivasi kerja manajer rumah sakit cukup tinggi dengan budaya organisasi yang cukup baik. Namun demikian, komitmen manajer di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah masih tergolong rendah dan gaya kepemimpinan kurang kuat, sehingga kinerja manajer rumah sakit belum mencerminkan kompetensi yang dimiliki manajer.

3. Kontribusi Dimensi Variabel

Tabel 4.17 menunjukkan nilai koefisien standarisasi dari item dan dimensi pembentuk variabel kompetensi. Pada model awal dari 10 item pembentuk yang terbagi dalam 5 dimensi variabel kompetensi, nilai koefisien tertinggi ada pada dimensi tim (kom7 dan kom8). Pada model modifikasi terjadi pengurangan satu item pada dimensi tim, yaitu item kom8 untuk mendapatkan

goodness of fit model yang *fit*. Nilai koefisien tertinggi ada pada dimensi manajerial (kom9 dan kom10).

Tabel 4.17 Nilai Koefisien Standarisasi Item Dan Dimensi Pembentuk Variabel Kompetensi

Variabel	Dimensi	Item	Model Awal	Model Modifikasi
Kompetensi	Teknologi	kom1	0,616	0,561
		kom2	0,523	0,540
	Emosional	kom3	0,541	0,525
		kom4	0,569	0,571
	Kognitif	kom5	0,539	0,525
		kom6	0,600	0,615
	Tim	kom7	0,658	0,587
		kom8	0,635	-
	Manajerial	kom9	0,613	0,654
		kom10	0,587	0,595

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Berdasarkan hasil pada model modifikasi dapat diketahui bahwa dimensi manajerial menjadi dimensi yang paling tinggi kontribusinya pada variabel kompetensi. Dimensi kedua yang memiliki kontribusi tertinggi adalah kognitif (kom6) dan dimensi tim menjadi dimensi dengan kontribusi paling rendah.

Tabel 4.18 menunjukkan nilai koefisien standarisasi dari item dan dimensi pembentuk variabel kepuasan kerja. Pada model awal dari 8 item pembentuk yang terbagi dalam 4 dimensi variabel kepuasan kerja, nilai koefisien tertinggi ada pada dimensi supervisi (kk7 dan kk8). Pada model modifikasi terjadi pengurangan 4 item pada dimensi pencapaian dan kerja tim, untuk mendapatkan *goodness of fit* model yang *fit*. Nilai koefisien tertinggi kepuasan kerja pada model modifikasi ada pada dimensi supervisi (kk7 dan kk8). Item yang memiliki kontribusi paling rendah adalah item pembentuk dimensi lingkungan kerja (kk3).

Tabel 4.18 Nilai Koefisien Standarisasi Item Dan Dimensi Pembentuk Variabel Kepuasan Kerja

Variabel	Dimensi	Item	Model Awal	Model Modifikasi
Kepuasan Kerja	Pencapaian	kk1	0,282	-
		kk2	0,296	-
	Lingkungan Kerja	kk3	0,242	0,083
		kk4	0,295	0,191
	Kerja Tim	kk5	0,389	-

Supervisi	kk6	0,319	-
	kk7	0,964	1,283
	kk8	0,761	0,628

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Tabel 4.19 menunjukkan nilai koefisien standarisasi dari item dan dimensi pembentuk variabel motivasi. Tidak ada perubahan (pengurangan item) pada item pembentuk dan dimensi variabel motivasi pada model modifikasi. Namun demikian terjadi perubahan nilai kontribusi dimana model awal tertinggi ada pada dimensi hygiene (mot3 dan mot4) menjadi dimensi motivator (mot1 dan mot2) yang memiliki kontribusi tertinggi pada model modifikasi.

Tabel 4.19. Nilai Koefisien Standarisasi Item Dan Dimensi Pembentuk Variabel Motivasi

Variabel	Dimensi	Item	Model Awal	Model Modifikasi
Motivasi	Motivator	mot1	0,640	0,615
		mot2	0,503	0,674
	Hygiene	mot3	0,629	0,588
		mot4	0,635	0,575

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Tabel 4.20 menunjukkan nilai koefisien standarisasi dari item dan dimensi pembentuk variabel kepemimpinan. Pada model awal dari 8 item pembentuk yang terbagi dalam 4 dimensi variabel kepemimpinan, nilai koefisien tertinggi ada pada dimensi partisipatif (kep5 dan kep6). Pada model modifikasi terjadi pengurangan satu item pada dimensi suportif, yaitu item kep7 untuk mendapatkan *goodness of fit* model yang *fit*.

Tabel 4.20. Nilai Koefisien Standarisasi Item Dan Dimensi Pembentuk Variabel Kepemimpinan

Variabel	Dimensi	Item	Model Awal	Model Modifikasi
Kepemimpinan	Delegatif	kep1	0,388	0,354
		kep2	0,383	0,354
	Direktif	kep3	0,606	0,590
		kep4	0,555	0,610
	Partisipatif	kep5	0,802	0,824
		kep6	0,832	0,826
	Suportif	kep7	0,402	
		kep8	0,434	0,416

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Pada model modifikasi, nilai kontribusi tertinggi tetap ada pada dimensi partisipatif (kep5 dan kep6). Dimensi dengan kontribusi rendah ada pada dimensi suportif (kep8) dan dimensi delegatif (kep1 dan kep3).

Tabel 4.21 menunjukkan nilai koefisien standarisasi dari item dan dimensi pembentuk variabel kinerja. Tidak ada perubahan (pengurangan item) pada item pembentuk dan dimensi variabel kinerja pada model modifikasi. Pada model awal, nilai tertinggi ada pada dimensi tugas (kin1 dan kin2), demikian pula pada model modifikasi kontribusi tertinggi ada pada dimensi tugas. Dimensi dengan kontribusi terendah ada pada item pembentuk dimensi kontekstual (kin6).

Tabel 4.21. Nilai Koefisien Standarisasi Item
Dan Dimensi Pembentuk Variabel Kinerja

Variabel	Dimensi	Item	Model Awal	Model Modifikasi
Kinerja	Tugas	kin1	0,474	0,512
		kin2	0,468	0,525
	Adaptif	kin3	0,411	0,467
		kin4	0,490	0,497
	Kontekstual	kin5	0,468	0,511
		kin6	0,326	0,320
		kin7	0,405	0,482

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Tabel 4.22 menunjukkan nilai koefisien standarisasi dari item dan dimensi pembentuk variabel komitmen. Tidak ada perubahan (pengurangan item) pada item pembentuk dan dimensi variabel komitmen pada model modifikasi. Pada model awal, nilai tertinggi ada pada dimensi normatif (komit7), demikian pula pada model modifikasi kontribusi tertinggi ada pada dimensi normatif. Dimensi dengan kontribusi tertinggi lainnya ada pada item pembentuk dimensi afektif (komit1 dan komit2). Dimensi pembentuk variabel kinerja dengan nilai kontribusi paling rendah ada pada dimensi kontinuan (komit3 dan komit4).

Tabel 4.22. Nilai Koefisien Standarisasi Item
Dan Dimensi Pembentuk Variabel Komitmen

Variabel	Dimensi	Item	Model Awal	Model Modifikasi
Komitmen	Afektif	komit1	0,609	0,608
		komit2	0,622	0,622
	Kontinuan	komit3	0,468	0,439
		komit4	0,501	0,437
	Normatif	komit5	0,642	0,636

Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

Tabel 4.23 menunjukkan nilai koefisien standarisasi dari item dan dimensi pembentuk variabel budaya organisasi. Pada model awal dari 4 item pembentuk yang terbagi dalam 2 dimensi variabel budaya organisasi, nilai koefisien tertinggi ada pada dimensi karakteristik primer (bo1) dan penguatan budaya organisasi (bo4). Pada model modifikasi terjadi pengurangan 2 item, 1 item pada dimensi karakteristik primer (bo2) dan 1 item pada dimensi penguatan budaya organisasi (bo3), untuk mendapatkan *goodness of fit* model yang *fit*.

Tabel 4.23. Nilai Koefisien Standarisasi Item
Dan Dimensi Pembentuk Variabel Budaya Organisasi

Variabel	Dimensi	Item	Model Awal	Model Modifikasi
Budaya Organisasi	Karakteristik Primer	bo1	1,019	0,998
		bo2	0,307	
	Penguatan Budaya Organisasi	bo3	0,323	0,953
		bo4	0,918	

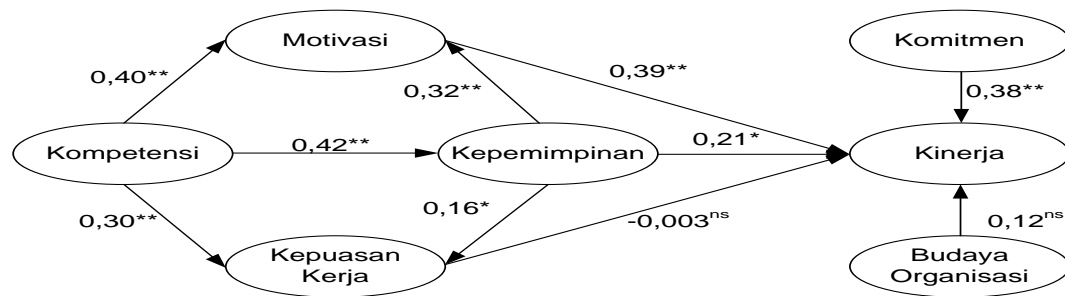
Sumber: Hasil Pengolahan Data Primer

4. Analisis Model

Analisis model dilakukan dengan analisis SEM pada hubungan variabel-variabel yang diteliti. Analisis model selain untuk menjawab hipotesis penelitian juga dilakukan untuk menemukan model terbaik dari kompetensi manajer rumah sakit terkait pengaruh pada kinerja manajer. Pada analisis model ini dibahas tentang kesesuaian hasil dari model hipotesis serta bentuk model modifikasi.

a. Model Hipotesis Kinerja Manajer Rumah Sakit

Gambar 4.1 menunjukkan hasil dari analisis SEM model kinerja manajer rumah sakit. Hasil analisis SEM pada model kinerja dievaluasi terkait syarat dalam analisis SEM, *goodness of fit model*, dan hubungan variabel pembentuk model.



$\chi^2 = 1715,41$
 $P = 0,000$
 $RMSEA = 0,052$

Sumber: Analisis Data Primer

Gambar 4.1 Hasil *Structural Equation Modelling* (SEM) Kinerja Manajer Rumah Sakit

1) Normalitas

Normalitas menjadi salah satu syarat yang harus dipenuhi dalam analisis SEM. Normalitas menentukan karakteristik linieritas hubungan yang ada dalam model SEM. Tabel 4.24 menunjukkan hasil normalitas pada model SEM hipotesis kinerja manajer rumah sakit.

Tabel 4.24 Hasil Normalitas Model Hipotesis Kinerja Manajer Rumah Sakit

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
bo1	4	7	0,000	-0,001	-0,352	-1,208
bo2	4	7	0,167	1,147	-0,294	-1,010
bo3	3	7	-0,233	-1,603	0,293	1,007
bo4	4	7	0,123	0,846	-0,402	-1,379
komit5	4	7	-0,044	-0,302	-0,376	-1,290
komit4	4	7	0,109	0,752	-0,100	-0,344
komit3	4	7	0,049	0,338	-0,272	-0,933
komit2	4	7	0,083	0,567	-0,037	-0,127
komit1	4	7	0,132	0,909	0,009	0,030
kin7	4	7	-0,295	-2,027	-0,581	-1,996
kin6	4	7	-0,106	-0,728	-0,687	-2,359
kin5	4	7	-0,564	-3,872	-0,520	-1,787
kin4	4	7	-0,358	-2,459	-0,514	-1,764
kin3	4	7	-0,330	-2,268	-0,597	-2,050
kin2	4	6	-0,480	-3,298	-0,647	-2,223
kin1	4	7	-0,374	-2,569	-0,633	-2,173
kep8	4	7	-0,283	-1,947	-0,620	-2,131
kep7	3	7	-0,298	-2,047	0,129	0,442

kep6	4	7	-0,245	-1,681	-0,559	-1,918
kep5	4	7	-0,201	-1,377	-0,483	-1,659
kep4	4	6	-0,225	-1,544	-0,603	-2,072
kep3	4	7	-0,157	-1,077	-0,528	-1,813
kep2	3	6	-0,246	-1,690	-0,068	-0,234
mot4	4	7	0,034	0,233	-0,259	-0,890
mot3	4	7	0,103	0,710	-0,340	-1,169
mot2	4	7	-0,137	-0,938	-0,265	-0,910
mot1	4	7	0,060	0,411	-0,430	-1,476
kk1	4	7	0,032	0,217	-0,336	-1,155
kk2	5	7	0,191	1,310	-0,584	-2,005
kk3	4	7	0,286	1,964	-0,588	-2,018
kk4	4	7	0,317	2,176	-0,675	-2,318
kk5	5	7	0,057	0,390	-0,336	-1,152
kk6	4	7	0,101	0,695	-0,415	-1,425
kk7	4	7	0,106	0,726	-0,559	-1,920
kk8	4	7	0,140	0,959	-0,600	-2,061

Tabel 4.24 Hasil Normalitas Model Hipotesis Kinerja Manajer Rumah Sakit
(Lanjutan)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
kom1	4	7	-0,046	-0,313	-0,305	-1,048
kom2	4	7	0,263	1,809	-0,656	-2,252
kom3	4	7	0,096	0,662	-0,561	-1,927
kom4	3	7	0,009	0,060	-0,194	-0,666
kom5	4	7	0,106	0,726	-0,559	-1,920
kom6	4	7	0,209	1,436	-0,803	-2,756
kom7	4	7	0,053	0,367	-0,555	-1,905
kom8	4	7	0,009	0,059	-0,287	-0,985
kom9	3	7	-0,184	-1,266	0,159	0,546
kom10	4	7	-0,060	-0,412	-0,360	-1,237
Multivariate					36,044	4,562

Sumber: Analisis Data Primer

Tabel 4.24 menunjukkan indikator skewness dan kurtosis normalitas pada item terukur dalam model kompetensi-kinerja manajer rumah sakit. Indikator normalitas dari item terukur yang memiliki nilai cr skewness $> \pm 2,58$ adalah komit5, kin5, kin2; untuk yang memiliki cr kurtosis $> \pm 2,58$ adalah kom6. Tidak ada item terukur yang memiliki nilai cr skewness dan cr kurtosis yang $> \pm 2,58$.

Dengan demikian, berdasarkan hasil ini sebagian besar item terukur memiliki distribusi yang normal dan dapat disimpulkan secara univariat normalitas sudah baik. Namun demikian, secara multivariate cr kurtosis menunjukkan nilai $> \pm 2,58$ yaitu 4,562, sehingga secara multivariat belum normal.

Normalitas pada analisis SEM harus terpenuhi baik secara univariat (per variabel/item) dan multivariat. Berdasarkan hasil tersebut dapat dikatakan bahwa syarat distribusi normal belum tercapai sehingga harus dilakukan *bootsrapping* atau *jack kniving* (menghapus) data yang menjadi outlier. Tabel 4.25 menyajikan hasil *Mahalanobis distance* pada sampel yang terdeteksi sebagai *outlier*.

Tabel 4.25 *Mahalanobis Distance Outlier* Data Sampel

Nomor Obs	M d-square	p1	p2	Nomor Obs	M d-square	p1	p2
166	85,545	0,000	0,096	238	55,456	0,160	0,199
178	76,025	0,004	0,262	147	55,021	0,170	0,293
136	71,626	0,009	0,480	84	55,002	0,171	0,249
47	71,284	0,010	0,304	275	54,926	0,172	0,226
114	70,536	0,011	0,227	120	54,799	0,175	0,221
198	70,136	0,012	0,145	246	54,772	0,176	0,186
129	68,993	0,016	0,160	274	54,316	0,187	0,292
247	67,514	0,021	0,248	236	54,295	0,188	0,250
18	67,360	0,022	0,164	252	54,049	0,194	0,290
116	67,160	0,023	0,110	66	53,850	0,199	0,316
261	66,872	0,024	0,078	111	53,671	0,204	0,335
256	65,534	0,031	0,164	183	53,581	0,206	0,319
200	65,248	0,032	0,132	168	53,510	0,208	0,297
115	65,052	0,034	0,098	190	53,446	0,210	0,272
231	64,653	0,036	0,091	175	53,244	0,215	0,302
250	63,774	0,042	0,149	193	53,086	0,220	0,315
7	63,655	0,043	0,109	14	53,019	0,222	0,293
60	63,341	0,046	0,101	273	52,843	0,227	0,314
19	63,097	0,048	0,086	155	52,630	0,233	0,354
199	63,064	0,048	0,056	100	52,332	0,242	0,434
156	62,502	0,053	0,077	140	52,245	0,244	0,420
279	62,481	0,053	0,049	152	52,142	0,247	0,414
186	62,431	0,054	0,032	266	52,098	0,249	0,382
235	62,259	0,055	0,026	98	52,093	0,249	0,333

135	61,983	0,058	0,025	153	51,989	0,252	0,329
174	61,964	0,058	0,015	268	51,943	0,253	0,301
227	61,584	0,062	0,018	269	51,904	0,255	0,270
242	60,857	0,070	0,026	149	51,482	0,268	0,356
226	60,668	0,072	0,023	196	51,281	0,274	0,398
215	60,648	0,072	0,015	58	51,269	0,275	0,354
258	60,203	0,078	0,022	177	51,172	0,278	0,349
243	60,108	0,079	0,017	29	51,079	0,281	0,343
265	58,936	0,095	0,098	146	50,964	0,285	0,346
230	58,919	0,096	0,071	57	50,842	0,289	0,354
2	58,915	0,096	0,049	260	50,514	0,300	0,462
144	58,380	0,104	0,089	180	50,209	0,310	0,563

Tabel 4.25 *Mahalanobis Distance Outlier* Data Sampel (Lanjutan)

176	58,291	0,106	0,074	95	50,068	0,315	0,583
23	57,869	0,113	0,108	119	50,067	0,315	0,532
211	57,783	0,114	0,091	241	49,823	0,324	0,604
69	57,706	0,115	0,076	79	49,677	0,329	0,627
232	57,466	0,120	0,084	277	49,470	0,336	0,678
9	57,223	0,124	0,094	124	49,361	0,340	0,683
172	56,362	0,141	0,262	204	49,179	0,347	0,720
15	56,179	0,145	0,268	139	49,044	0,352	0,737
32	55,972	0,149	0,230	169	48,854	0,359	0,736
233	55,780	0,153	0,241	90	48,756	0,363	0,737
251	55,668	0,155	0,227	234	48,749	0,363	0,699
67	55,550	0,158	0,216	130	48,719	0,364	0,668

Sumber: Analisis Data Primer

Tabel 4.25 menunjukkan 100 data *outlier* yang terdeteksi dalam analisis SEM model hipotesis kinerja manajer rumah sakit. Berdasarkan data outlier tersebut langkah yang digunakan untuk mengatasi masalah normalitas adalah dengan *jack kniving* atau menghapus sebagian *outlier* sampai terpenuhi normalitas secara univariat dan multivariat.

2) *Goodness of Fit Model*

Tabel 4.26 menunjukkan parameter *goodness of fit* model SEM hipotesis kinerja manajer rumah sakit. Parameter *chi-square* menunjukkan nilai 1715,405 dimana nilai ini lebih besar dari *chi-square* tabel dengan derajat kebebasan 979 pada taraf kepercayaan 95% yaitu 1052,903. Dengan demikian parameter *chi-square* tidak memenuhi *goodness of fit model*.

Tabel 4.26 Parameter *Goodness of Fit* Model Kinerja Manajer Rumah Sakit

Parameter	Nilai	Standar	Keterangan
Chi-square	1715,405	< 1052,903	Tidak memenuhi
P	0,000	> 0,05	Tidak memenuhi
CMIN/df	1,752	< 2	Memenuhi
RMR	0,046	< 0,05	Memenuhi
GFI	0,777	> 0,9	Tidak memenuhi
AGFI	0,753	> 0,9	Tidak memenuhi
PGFI	0,703	> 0,6	Memenuhi
CFI	0,802	> 0,9	Tidak memenuhi
RMSEA	0,052	< 0,08	Memenuhi
PClose	0,248	> 0,5	Tidak memenuhi

Sumber: Analisis Data Primer

Nilai P (probabilitas) *chi-square* 0,000 < 0,05 menunjukkan bahwa parameter *chi-square* tidak memenuhi *goodness of fit model*. Parameter lain yang tidak memenuhi *goodness of fit model* adalah GFI, AGFI, CFI dan Pclose. Parameter yang memenuhi *goodness of fit model* adalah CMIN/df, RMR, PGFI, dan RMSEA. Berdasarkan hasil parameter-parameter ini dapat disimpulkan bahwa *goodness of fit model* hipotesis kinerja manajer rumah sakit belum memenuhi standar.

3) Hubungan dalam Model

a) Pengaruh langsung

Tabel 4.27 menunjukkan hasil pengaruh langsung pada model SEM hipotesis kinerja manajer rumah sakit. Uraian dari masing-masing pengaruh dalam model kompetensi-kinerja manajer rumah sakit dijelaskan sebagai berikut.

Tabel 4.27 Pengaruh Langsung Pada Model Kinerja Manajer Rumah Sakit

Variabel bebas	Variabel terikat	Koefisien	CR	P	R ²
Komitmen	Kinerja	0,373	3,778	0,000	0,428
Budaya Organisasi		0,123	1,833	0,067	
Kepemimpinan		0,213	2,111	0,035	
Motivasi		0,386	3,380	0,000	
Kepuasan Kerja		-0,003	-0,035	0,972	
Kompetensi	Motivasi	0,395	4,424	0,000	0,368
Kepemimpinan		0,323	3,426	0,000	
Kompetensi	Kepuasan Kerja	0,295	3,763	0,000	0,152
Kepemimpinan		0,159	2,107	0,035	
Kompetensi	Kepemimpinan	0,420	4,275	0,000	0,177

Sumber: Analisis Data Primer

Pengaruh komitmen pada kinerja memiliki koefisien 0,373 dengan CR 3,778 (P = 0,000 < 0,01). Nilai P pada komitmen < 0,05 dengan demikian hasil ini

menolak H_0 dan menerima H_a . Hasil ini sekaligus mendukung hipotesis penelitian (H_6) dimana komitmen berpengaruh positif pada kinerja manajer rumah sakit.

Pengaruh budaya organisasi pada kinerja memiliki koefisien 0,123 dengan CR 1,833 ($P = 0,067$). Nilai P pada budaya organisasi $> 0,05$ dengan demikian hasil ini menerima H_0 dan menolak H_a . Hasil ini tidak mendukung hipotesis penelitian (H_7) dimana budaya organisasi berpengaruh positif pada kinerja manajer rumah sakit.

Pengaruh kepemimpinan pada kinerja memiliki koefisien 0,213 dengan CR 2,111 ($P = 0,035 < 0,05$). Nilai P pada kepemimpinan $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Hasil ini sekaligus mendukung hipotesis penelitian (H_{11}) dimana kepemimpinan berpengaruh positif pada kinerja manajer rumah sakit.

Pengaruh motivasi pada kinerja memiliki koefisien 0,386 dengan CR 3,380 ($P = 0,000 < 0,01$). Nilai P pada motivasi $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Hasil ini sekaligus mendukung hipotesis penelitian (H_4) dimana motivasi berpengaruh positif pada kinerja manajer rumah sakit.

Pengaruh kepuasan kerja pada kinerja memiliki koefisien -0,003 dengan CR -0,035 ($P = 0,972$). Nilai P pada kepuasan kerja $> 0,05$ dengan demikian hasil ini menerima H_0 dan menolak H_a . Hasil ini tidak mendukung hipotesis penelitian (H_5) dimana kepuasan kerja berpengaruh positif pada kinerja manajer rumah sakit.

Berdasarkan hasil dari faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dapat diketahui bahwa motivasi merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya pada kinerja karena memiliki koefisien paling tinggi. Komitmen menjadi faktor kedua yang memiliki pengaruh paling tinggi pada kinerja. Dari lima faktor yang mempengaruhi kinerja, dua faktor (kepuasan kerja dan budaya organisasi) tidak memberikan pengaruh signifikan. Kinerja memiliki nilai R^2 sebesar 0,428 yang artinya bahwa dari kelima faktor yang mempengaruhi kinerja memiliki kontribusi pengaruh sebesar 42,8%.

Pengaruh kompetensi pada motivasi memiliki koefisien 0,395 dengan CR 4,424 ($P = 0,000 < 0,01$). Nilai P pada kompetensi $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Hasil ini sekaligus mendukung hipotesis penelitian (H_1) dimana kompetensi berpengaruh positif pada motivasi manajer rumah sakit.

Pengaruh kepemimpinan pada motivasi memiliki koefisien 0,323 dengan CR 3,426 ($P = 0,000 < 0,01$). Nilai P pada kepemimpinan $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Hasil ini sekaligus mendukung hipotesis penelitian (H_9) dimana kepemimpinan berpengaruh positif pada motivasi manajer rumah sakit.

Kompetensi menjadi faktor yang memberikan pengaruh paling besar pada motivasi dibandingkan kepemimpinan. Nilai R^2 motivasi sebesar 0,368 menunjukkan bahwa kontribusi pengaruh kompetensi dan kepemimpinan pada motivasi adalah sebesar 36,8%.

Pengaruh kompetensi pada kepuasan kerja memiliki koefisien 0,295 dengan CR 3,763 ($P = 0,000 < 0,01$). Nilai P pada kompetensi $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Hasil ini sekaligus mendukung hipotesis penelitian (H_2) dimana kompetensi berpengaruh positif pada kepuasan kerja manajer rumah sakit.

Pengaruh kepemimpinan pada kepuasan kerja memiliki koefisien 0,159 dengan CR 2,107 ($P = 0,035 < 0,05$). Nilai P pada kepemimpinan $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Hasil ini sekaligus mendukung hipotesis penelitian (H_{10}) dimana kepemimpinan berpengaruh positif pada kepuasan kerja manajer rumah sakit.

Kompetensi menjadi faktor yang memberikan pengaruh paling besar pada kepuasan kerja dibandingkan kepemimpinan. Nilai R^2 kepuasan kerja sebesar 0,152 menunjukkan bahwa kontribusi pengaruh kompetensi dan kepemimpinan pada kepuasan kerja adalah sebesar 15,2%.

Pengaruh kompetensi pada kepemimpinan memiliki koefisien 0,420 dengan CR 4,275 ($P = 0,000 < 0,01$). Nilai P pada kompetensi $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Hasil ini sekaligus mendukung

hipotesis penelitian (H_8) dimana kompetensi berpengaruh positif pada kepemimpinan manajer rumah sakit. Nilai R^2 kepemimpinan 0,177 menunjukkan bahwa kontribusi pengaruh kompetensi pada kepemimpinan adalah sebesar 17,7%.

b) Pengaruh tidak langsung dan *total effect*

Tabel 4.28 menunjukkan koefisien pengaruh tidak langsung dalam model kinerja manajer rumah sakit. Hasil menunjukkan pengaruh tidak langsung kompetensi pada kinerja lebih kuat (0,293) dibandingkan pengaruh tidak langsung kepemimpinan (0,124) pada kinerja manajer rumah sakit. Pengaruh tidak langsung kompetensi manajer pada motivasi adalah sebesar 0,136; sedangkan pengaruh tidak langsung kompetensi pada kepuasan kerja adalah 0,067. Dengan demikian, secara tidak langsung pengaruh kompetensi manajer lebih kuat pada motivasi dibandingkan pada kepuasan kerja.

Tabel 4.28 Nilai Koefisien Pengaruh Tidak Langsung

	bo	komitmen	Kom	kep	mot	kk	kin
kep	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
mot	0,000	0,000	0,136	0,000	0,000	0,000	0,000
kk	0,000	0,000	0,067	0,000	0,000	0,000	0,000
kin	0,000	0,000	0,293	0,124	0,000	0,000	0,000

Sumber: Analisis Data Primer

Dalam analisis SEM selain pengaruh langsung dan tidak langsung ditentukan juga total pengaruh (*total effect*). Total pengaruh atau *total effect* merupakan penjumlahan dari koefisien pengaruh langsung dan tidak langsung dari suatu variabel bebas ke satu variabel terikat. Tabel 4.29 menunjukkan nilai *total effect* dalam model kinerja manajer rumah sakit.

Tabel 4.29 Nilai *Total Effect* Dalam Model Kinerja Manajer Rumah Sakit

	bo	komitmen	kom	kep	mot	kk	kin
kep	0,000	0,000	0,420	0,000	0,000	0,000	0,000
mot	0,000	0,000	0,531	0,323	0,000	0,000	0,000
kk	0,000	0,000	0,361	0,159	0,000	0,000	0,000
kin	0,123	0,373	0,293	0,337	0,386	-0,003	0,000

Sumber: Analisis Data Primer

Total effect variabel kompetensi paling kuat pengaruhnya pada variabel motivasi, yaitu 0,531. Kemudian pengaruh terkuat kedua kompetensi ada pada kepemimpinan yaitu 0,420. *Total effect* paling lemah kompetensi ada pada kinerja, yaitu sebesar 0,293. Berdasarkan hasil tersebut dapat dikatakan bahwa kompetensi seorang manajer sangat menentukan tinggi rendahnya motivasi dan juga dalam hal kepemimpinan.

Total effect variabel kepemimpinan paling kuat ada pada variabel kinerja, yaitu 0,337. *Total effect* kepemimpinan pada motivasi ada pada urutan kedua dengan besar koefisien sebesar 0,323. Dan *total effect* kepemimpinan paling lemah ada pada kepuasan kerja, yaitu 0,159.

Terkait dengan *total effect* yang diterima oleh variabel kinerja manajer, paling tinggi diterima dari variabel motivasi, yaitu 0,386. Kemudian setelah motivasi, *total effect* yang kuat diberikan oleh variabel komitmen, yaitu sebesar 0,373. Kepemimpinan juga memberikan *total effect* yang kuat pada kinerja sebesar 0,337. *Total effect* paling lemah pada kinerja diterima dari pengaruh kepuasan kerja, yaitu sebesar -0,003. Dengan hasil ini dapat dikatakan bahwa penentu tinggi rendahnya kinerja manajer dipengaruhi oleh, motivasi, komitmen dan kepemimpinan manajer.

b. Model Modifikasi Kinerja Manajer Rumah Sakit

Gambar 4.2 menunjukkan hasil dari analisis SEM model modifikasi kinerja manajer rumah sakit. Hasil analisis SEM pada model modifikasi kinerja dievaluasi terkait syarat dalam analisis SEM, *goodness of fit model*, perbandingan *goodness of fit* dengan model awal dan hubungan variabel pembentuk model.

Dasar melakukan modifikasi model dilakukan berdasarkan pertimbangan yang diberikan dalam indeks modifikasi yang berasal dari *output* AMOS dan juga pertimbangan teori yang relevan. Tabel 4.30 menunjukkan nilai indeks modifikasi dari *output* Amos. Berdasarkan indeks modifikasi disarankan untuk menganalisis pengaruh budaya organisasi dan komitmen pada kepemimpinan serta pengaruh budaya organisasi dan komitmen pada motivasi.

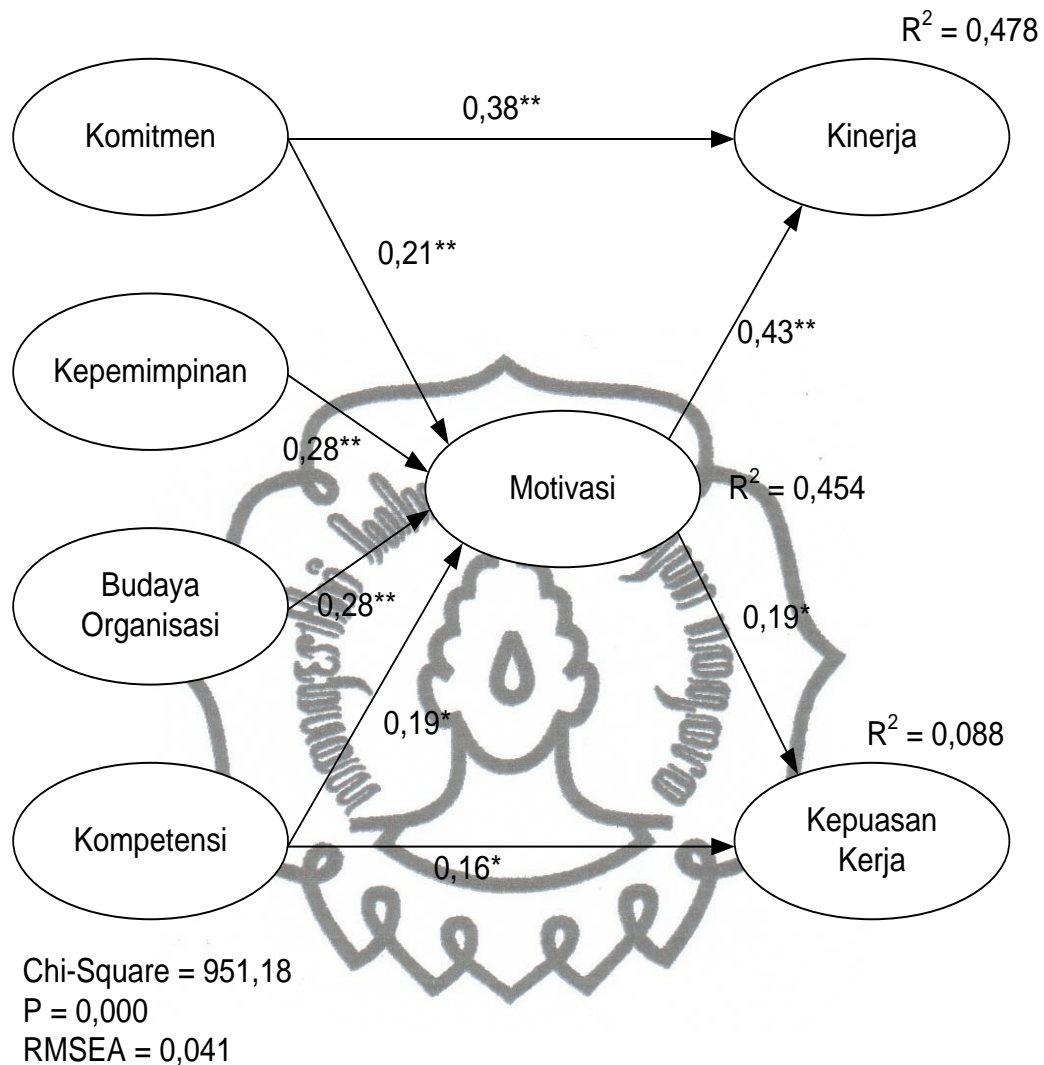
Tabel 4.30 Indeks Modifikasi Model Kinerja Manajer Rumah Sakit

Hubungan			M.I.	Par Change
kep	<---	bo	11,389	0,090
kep	<---	komitmen	10,971	0,160
mot	<---	bo	11,639	0,141
mot	<---	komitmen	8,017	0,212

Sumber: Hasil Olah Data Primer

Modifikasi harus melihat kesesuaian dengan konsep atau teori yang berlaku, oleh karenanya tidak semua yang disarankan dalam indeks modifikasi langsung digunakan sebagai perubahan atau hubungan yang baru dalam model SEM. Konsep kepemimpinan menurut Hughes *et al.*, (2012) merupakan proses yang dibentuknya berdasarkan adanya pimpinan, situasi dan pengikut. Menurut Amirullah dan Budiyono (2004) kepemimpinan harus memiliki watak dan kepribadian yang terpuji, keinginan melayani, memahami kondisi lingkungan, intelegensia yang tinggi, berorientasi masa depan, sikap terbuka dan lugas. Oleh karenanya terkait indeks modifikasi yang menyarankan hubungan pengaruh budaya organisasi dan komitmen pada kepemimpinan tidak dibuat dalam model modifikasi karena keraguan atas lemahnya dukungan konsep dari hubungan pengaruh tersebut.

Saran pada indeks modifikasi terkait hubungan pengaruh budaya organisasi dan komitmen pada motivasi dipandang masih cukup relevan. Individu lebih termotivasi dikarenakan penghargaan, pengakuan, pekerjaan, dan pengembangan diri yang dapat dibentuk dalam lingkungan kerja dengan budaya organisasi yang baik. Komitmen organisasional yang tinggi pada individu menyebabkan motivasi individu untuk bekerja juga semakin tinggi. Dalam model modifikasi peneliti merubah hubungan pengaruh kompetensi pada kepemimpinan. Hal ini disebabkan kepemimpinan yang baik harus memiliki kompetensi yang baik, sebaliknya individu dengan kompetensi yang baik dapat memiliki kepemimpinan yang baik pula. Oleh karenanya model modifikasi menempatkan hubungan korelasi antara kepemimpinan dan kompetensi.



Sumber: Hasil Olah Data Primer

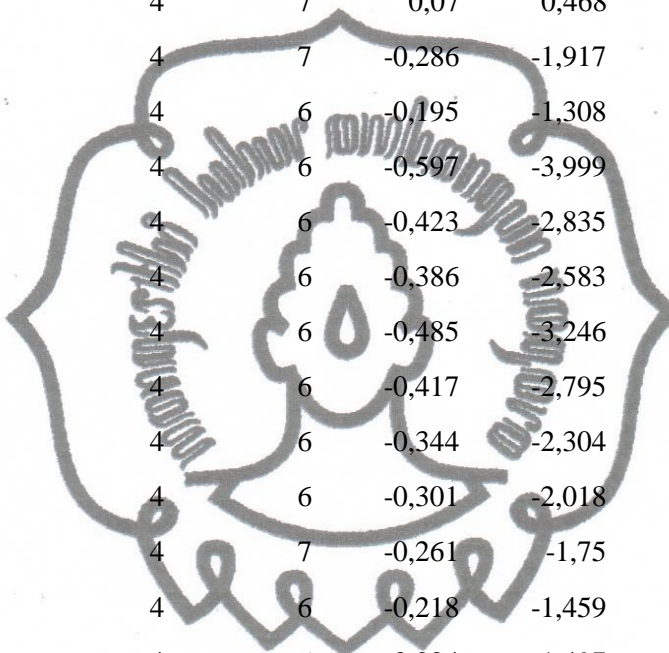
Gambar 4.2 Hasil *Structural Equation Modelling* (SEM) Modifikasi
Kinerja Manajer Rumah Sakit

1) Normalitas

Normalitas menjadi salah satu syarat yang harus dipenuhi dalam analisis SEM. Normalitas menentukan karakteristik linieritas hubungan yang ada dalam model SEM. Tabel 4.31 menunjukkan hasil normalitas pada model SEM modifikasi kinerja manajer rumah sakit.

Tabel 4.31 Hasil Normalitas Model Modifikasi Kinerja Manajer Rumah Sakit

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
----------	-----	-----	------	------	----------	------



bo1	4	7	0,001	0,009	-0,389	-1,303
bo4	4	7	0,109	0,729	-0,397	-1,33
komit5	4	7	-0,058	-0,389	-0,35	-1,173
komit4	4	7	0,06	0,4	-0,08	-0,266
komit3	4	7	0,047	0,318	-0,251	-0,841
komit2	4	7	0,096	0,644	-0,004	-0,014
komit1	4	7	0,07	0,468	-0,094	-0,316
kin7	4	7	-0,286	-1,917	-0,562	-1,882
kin6	4	6	-0,195	-1,308	-0,895	-2,995
kin5	4	6	-0,597	-3,999	-0,579	-1,938
kin4	4	6	-0,423	-2,835	-0,668	-2,237
kin3	4	6	-0,386	-2,583	-0,677	-2,267
kin2	4	6	-0,485	-3,246	-0,647	-2,165
kin1	4	6	-0,417	-2,795	-0,715	-2,394
kep8	4	6	-0,344	-2,304	-0,69	-2,309
kep6	4	6	-0,301	-2,018	-0,65	-2,177
kep5	4	7	-0,261	-1,75	-0,563	-1,884
kep4	4	6	-0,218	-1,459	-0,595	-1,993
kep3	4	6	-0,224	-1,497	-0,643	-2,153
kep2	4	6	-0,11	-0,737	-0,458	-1,533
kep1	4	6	-0,334	-2,237	-0,729	-2,442
mot4	4	7	0,051	0,344	-0,291	-0,976
mot3	4	7	0,078	0,525	-0,355	-1,19
mot2	4	7	-0,023	-0,153	-0,425	-1,425
mot1	4	7	0,025	0,167	-0,509	-1,705
kk3	4	7	0,272	1,818	-0,574	-1,921

Tabel 4.31 Hasil Normalitas Model Modifikasi Kinerja Manajer Rumah Sakit
(Lanjutan)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
kk4	4	7	0,318	2,13	-0,667	-2,234
kk7	4	7	0,1	0,67	-0,516	-1,727

kk8	4	7	0,135	0,905	-0,559	-1,871
kom1	4	7	-0,071	-0,474	-0,164	-0,547
kom2	5	7	0,294	1,967	-0,731	-2,447
kom3	4	7	0,109	0,728	-0,526	-1,761
kom4	3	7	0,02	0,134	-0,085	-0,284
kom5	4	7	0,129	0,861	-0,558	-1,869
kom6	4	7	0,249	1,669	-0,751	-2,515
kom7	4	7	0,05	0,338	-0,461	-1,542
kom9	3	7	-0,239	-1,6	0,324	1,084
kom10	4	7	-0,066	-0,44	-0,304	-1,017
Multivariat e					16,049	2,387

Sumber: Hasil Olah Data Primer

Tabel 4.31 menunjukkan indikator skewness dan kurtosis normalitas pada item terukur dalam model modifikasi kompetensi-kinerja manajer rumah sakit. Indikator normalitas dari item terukur yang memiliki nilai $cr\ skewness > \pm 2,58$ adalah kin5, kin4, kin2, kin1; untuk yang memiliki $cr\ kurtosis > \pm 2,58$ adalah kin6. Tidak ada item terukur yang memiliki nilai $cr\ skewness$ dan $cr\ kurtosis$ yang $> \pm 2,58$. Dengan demikian, berdasarkan hasil ini sebagian besar item terukur memiliki distribusi yang normal dan dapat disimpulkan secara univariat normalitas sudah baik. Secara multivariat $cr\ kurtosis$ menunjukkan nilai $< \pm 2,58$ yaitu 2,387, sehingga secara multivariat sudah normal.

Model modifikasi turut menghilangkan beberapa item pembentuk variabel. Item ini dihilangkan karena informasi dari indeks modifikasi menunjukkan dapat memperbaiki *goodness of fit model*.

2) *Goodness of fit model*

Tabel 4.32 menunjukkan parameter goodness of fit model SEM modifikasi kinerja manajer rumah sakit. Parameter chi-square menunjukkan nilai 951,180 dimana nilai ini lebih besar dari chi-square tabel dengan derajat kebebasan 651 pada taraf kepercayaan 95% yaitu 711,467. Dengan demikian parameter chi-square tidak memenuhi *goodness of fit model*.

Tabel 4.32 Parameter *Goodness of Fit*
Model Modifikasi Kinerja Manajer Rumah Sakit

Parameter	Nilai	Standar	Keterangan
Chi-square	951,180	< 711,467	Tidak memenuhi
P	0,000	> 0,05	Tidak memenuhi
CMIN/df	1,461	< 2	Memenuhi
Parameter	Nilai	Standar	Keterangan
RMR	0,027	< 0,05	Memenuhi
GFI	0,850	> 0,9	Tidak memenuhi
AGFI	0,829	> 0,9	Tidak memenuhi
PGFI	0,747	> 0,6	Memenuhi
CFI	0,901	> 0,9	Memenuhi
RMSEA	0,041	< 0,08	Memenuhi
PClose	0,995	> 0,5	Memenuhi

Sumber: Hasil Olah Data Primer

Nilai P (probabilitas) chi-square $0,000 < 0,05$ menunjukkan bahwa parameter chi-square tidak memenuhi goodness of fit model. Parameter lain yang tidak memenuhi *goodness of fit model* adalah GFI dan AGFI. Parameter yang memenuhi *goodness of fit model* adalah CMIN/df, RMR, PGFI, CFI, RMSEA dan PClose. Berdasarkan hasil parameter-parameter ini dapat disimpulkan bahwa *goodness of fit model* modifikasi kompetensi-kinerja manajer rumah sakit cukup baik atau *fit*.

Tabel 4.33 menunjukkan perbandingan nilai parameter *goodness of fit model* pada model hipotesis (awal) dengan model modifikasi. Nilai parameter chi-square pada model modifikasi lebih kecil dari pada model hipotesis dan nilainya ada perbaikan. Dibandingkan dengan *chi-square* tabel, selisih antara nilai chi-square model hipotesis adalah 662,502 sedangkan pada selisih *chi-square* model modifikasi adalah 239,713.

Tabel 4.33 Perbandingan Parameter *Goodness of Fit Model*
Pada Model Hipotesis dan Modifikasi

Parameter	Model Hipotesis		Model Modifikasi	
	Nilai	Standar	Nilai	Standar
Chi-square	1715,405	< 1052,903	951,18	< 711,467
P	0,000	> 0,05	0,000	> 0,05
CMIN/df	1,752	< 2	1,461	< 2
RMR	0,046	< 0,05	0,027	< 0,05

GFI	0,777	> 0,9	0,85	> 0,9
AGFI	0,753	> 0,9	0,829	> 0,9
PGFI	0,703	> 0,6	0,747	> 0,6
CFI	0,802	> 0,9	0,901	> 0,9
RMSEA	0,052	< 0,08	0,041	< 0,08
PClose	0,248	> 0,5	0,995	> 0,5

Sumber: Hasil Olah Data Primer

Nilai pada parameter CMIN/df model modifikasi juga mengalami perbaikan yang mana nilainya lebih kecil (1,461) dibanding dengan nilai CMIN/df pada model hipotesis (1,752). Nilai RMR juga mengalami perbaikan, 0,046 pada model hipotesis dan 0,027 pada model modifikasi. Nilai GFI dan AGFI pada model modifikasi juga mengalami peningkatan, meskipun masih < 0,9 sebagai standar, namun nilainya sudah mendekati 0,9. Nilai CFI pada model modifikasi sudah sesuai dengan standar dan Pclose pada model modifikasi juga sesuai standar.

3) Hubungan dalam Model

a) Pengaruh langsung

Tabel 4.34 menunjukkan hasil pengaruh langsung pada model SEM modifikasi kinerja manajer rumah sakit. Uraian dari masing-masing pengaruh dalam model modifikasi kinerja manajer rumah sakit dijelaskan sebagai berikut.

Tabel 4.34 Pengaruh Langsung Pada Model Modifikasi Kinerja Manajer Rumah Sakit

Variabel bebas	Variabel terikat	Koefisien	CR	P	R2
Kompetensi	Motivasi	0,193	2,224	0,026	0,454
Budaya Organisasi		0,279	4,058	0,000	
Kepemimpinan		0,282	3,024	0,002	
Komitmen		0,208	2,294	0,022	
Kompetensi	Kepuasan Kerja	0,160	2,384	0,017	0,088
Motivasi		0,186	2,546	0,011	
Komitmen	Kinerja	0,380	3,531	0,000	0,478
Motivasi		0,432	3,969	0,000	

Sumber: Hasil Olah Data Primer

Pengaruh kompetensi pada motivasi memiliki koefisien 0,193 dengan CR 2,224 ($P = 0,026 < 0,05$). Nilai P pada kompetensi < 0,05 dengan demikian

hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Dimana kompetensi berpengaruh positif pada motivasi.

Pengaruh budaya organisasi pada motivasi memiliki koefisien 0,279 dengan CR 4,058 ($P = 0,000 < 0,01$). Nilai P pada budaya organisasi $< 0,01$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Dimana budaya organisasi berpengaruh positif pada motivasi.

Pengaruh kepemimpinan pada motivasi memiliki koefisien 0,282 dengan CR 3,024 ($P = 0,002 < 0,01$). Nilai P pada kepemimpinan $< 0,01$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Dimana kepemimpinan berpengaruh positif pada motivasi.

Pengaruh komitmen pada motivasi memiliki koefisien 0,208 dengan CR 2,294 ($P = 0,022 < 0,05$). Nilai P pada komitmen $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Dimana komitmen berpengaruh positif pada motivasi.

Berdasarkan hasil dari faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi dapat diketahui bahwa kepemimpinan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya pada motivasi karena memiliki koefisien paling tinggi. Budaya organisasi menjadi faktor kedua yang memiliki pengaruh paling tinggi pada motivasi. Motivasi memiliki nilai R^2 sebesar 0,454 yang artinya bahwa dari empat faktor yang mempengaruhi motivasi memiliki kontribusi pengaruh sebesar 45,4%.

Pengaruh kompetensi pada kepuasan kerja memiliki koefisien 0,160 dengan CR 2,384 ($P = 0,017 < 0,05$). Nilai P pada kompetensi $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Dimana kompetensi berpengaruh positif pada kepuasan kerja manajer rumah sakit.

Pengaruh motivasi pada kepuasan kerja memiliki koefisien 0,186 dengan CR 2,546 ($P = 0,011 < 0,05$). Nilai P pada motivasi $< 0,05$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Dimana motivasi berpengaruh positif pada kepuasan kerja manajer rumah sakit.

Motivasi menjadi faktor yang memberikan pengaruh paling besar pada kepuasan kerja dibandingkan kompetensi. Nilai R^2 kepuasan kerja sebesar 0,088

menunjukkan bahwa kontribusi pengaruh kompetensi dan motivasi pada kepuasan kerja adalah sebesar 8,8%.

Pengaruh komitmen pada kinerja memiliki koefisien 0,380 dengan CR 3,531 ($P = 0,000 < 0,01$). Nilai P pada kompetensi $< 0,01$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Dimana komitmen berpengaruh positif pada kinerja manajer rumah sakit.

Pengaruh motivasi pada kinerja memiliki koefisien 0,432 dengan CR 3,969 ($P = 0,000 < 0,01$). Nilai P pada kepemimpinan $< 0,01$ dengan demikian hasil ini menolak H_0 dan menerima H_a . Dimana motivasi berpengaruh positif pada kinerja manajer rumah sakit.

Motivasi menjadi faktor yang memberikan pengaruh paling besar pada kinerja dibandingkan komitmen. Nilai R^2 kinerja sebesar 0,478 menunjukkan bahwa kontribusi pengaruh komitmen dan motivasi pada kinerja adalah sebesar 47,8%.

Tabel 4.35 menunjukkan hubungan korelasi variabel yang ada pada model modifikasi kinerja manajer rumah sakit. Koefisien korelasi yang paling tinggi ada pada hubungan kompetensi dan komitmen dengan koefisien 0,449 ($P = 0,000 < 0,01$). Kemudian korelasi dengan koefisien tertinggi kedua adalah hubungan antara kompetensi dan kepemimpinan, dengan koefisien 0,383 ($P = 0,000 < 0,01$). Hubungan korelasi paling lemah ada pada komitmen dan budaya organisasi dengan koefisien korelasi sebesar 0,188 ($P = 0,013 < 0,05$).

Tabel 4.35 Korelasi Variabel
Dalam Model Modifikasi Kinerja Manajer Rumah Sakit

	Korelasi		Estimate	C.R.	P
kom	<-->	kep	0,383	3,596	0,000
komitmen	<-->	bo	0,188	2,476	0,013
kom	<-->	komitmen	0,449	4,451	0,000
kom	<-->	bo	0,282	3,762	0,000
kep	<-->	komitmen	0,350	3,308	0,000
kep	<-->	bo	0,290	3,379	0,000

Sumber: Hasil Olah Data Primer

b) Pengaruh Tidak Langsung dan *Total Effect*

Tabel 4.36 menunjukkan koefisien pengaruh tidak langsung dalam model kinerja manajer rumah sakit. Hasil menunjukkan pengaruh tidak langsung kepemimpinan pada kinerja paling kuat (0,122) kemudian pengaruh tidak langsung budaya organisasi pada kinerja manajer rumah sakit (0,121). Pada kepuasan kerja, pengaruh tidak langsung kepemimpinan juga yang paling kuat (0,053) kemudian disusul oleh pengaruh tidak langsung budaya organisasi (0,052).

Tabel 4.36 Nilai Koefisien Pengaruh Tidak Langsung

	bo	komitmen	kep	kom	mot	kin	kk
mot	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
kin	0,121	0,090	0,122	0,083	0,000	0,000	0,000
kk	0,052	0,039	0,053	0,036	0,000	0,000	0,000

Sumber: Hasil Olah Data Primer

Total effect variabel kepemimpinan paling kuat ada pada variabel motivasi, yaitu 0,282. *Total effect* budaya organisasi pada motivasi ada pada urutan kedua dengan besar koefisien sebesar 0,279. Dan *total effect* kompetensi paling lemah ada pada motivasi, yaitu 0,193.

Total effect variabel kompetensi paling kuat ada pada variabel kepuasan kerja, yaitu 0,196. *Total effect* motivasi pada motivasi ada pada urutan kedua dengan besar koefisien sebesar 0,186. Dan *total effect* kepemimpinan paling lemah ada pada kepuasan kerja, yaitu 0,039.

Hasil dari *total effect* pada model modifikasi memberikan informasi bahwa setiap variabel bebas memberikan kontribusi dan peran berbeda pada variabel terikat. Tingginya motivasi ditentukan oleh tingginya kepemimpinan manajer. Tingginya kinerja ditentukan oleh tingginya komitmen manajer dan tingginya kinerja ditentukan oleh kompetensi yang dimiliki manajer.

C. Pembahasan

1. Profil Kinerja Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah

Pada beberapa rumah sakit didapatkan bahwa *job description* (kualifikasi jabatan, tanggung jawab, analisa jabatan) belum terlaksana. Hal ini terjadi karena

belum adanya buku pedoman yang dimiliki serta dasar pengetahuan maupun pengalaman yang dimiliki staf pengembang sumber daya manusia atau insani.

Mengenai supervisi kepegawaian, diketahui telah ada garis otoritas, namun masih ada beberapa rumah sakit yang belum jelas fungsi dan perannya sehingga proses pengawasan masih belum berjalan. Pada struktur organisasi terlihat sudah jelas garis otoritas pengawasan, namun secara fungsional profesi garis pengawasan pegawai yang bekerja memberikan asuhan keperawatan masih bersifat senioritas, perawat baru dan perawat lama. Kondisi ini bisa memiliki kekuatan fungsi pengawasan dalam tim jaga apabila dikuatkan dengan kebijakan dari direktur.

Pada program evaluasi (perencanaan dan penilaian kinerja formal), diketahui di beberapa rumah sakit muhammadiyah belum ada program penilaian dan perencanaan kinerja secara formal. Program evaluasi belum berjalan sehingga penilaian kinerja tidak bisa dilakukan. Dampaknya pegawai yang rajin dalam bekerja akan merasa tidak diperhatikan sehingga menjadi kurang termotivasi dalam melakukan pekerjaan, sebaliknya pegawai yang malas akan merasa lebih enak karena merasa tidak ada pengawasan yang berefek kepada baik buruk kinerjanya.

Karena sedikitnya pelatihan yang tepat dan efektif pada manajemen rumah sakit, sebagian besar manajer memiliki pengetahuan dasar dan keterampilan manajemen umum yang terbatas dan khususnya dalam manajemen rumah sakit. Sejauh ini, praktek manajemen mereka didasarkan pada peraturan dan arahan oleh Pemerintah. Beberapa peraturan manajemen rumah sakit tidak diperbarui dan kursus yang dilakukan sangat terbatas. Selain itu, tantangan baru memerlukan manajer rumah sakit dengan keterampilan dan pengetahuan yang lebih memadai (Hoang Long, 2010).

Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 971/MENKES/PER/XI/2009 memberikan persyaratan untuk masing-masing jabatan struktural RS.

- a) Direktur Rumah Sakit telah mengikuti pelatihan perumahsakitan meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Aksi

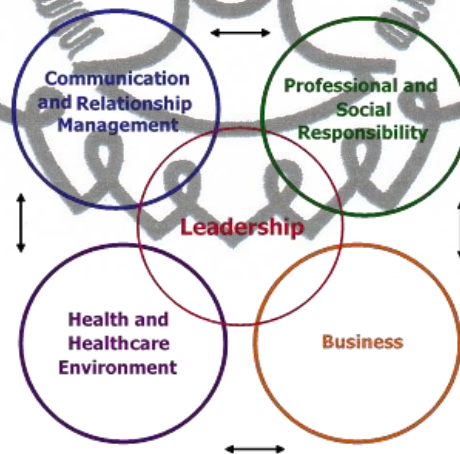
Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tatakelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber Daya Manusia.

- b) Wakil Direktur pelayanan medis telah mengikuti pelatihan perumahsakitkan meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tata kelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, dan Pengelolaan Sumber Daya Manusia.
- c) Wakil Direktur Administrasi Umum telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi.
- d) Wakil Direktur Keuangan telah mengikuti pelatihan Rencana Aksi Strategi, Rencana Implementation dan Rencana Tahunan, Laporan Pokok Keuangan, Akuntansi, Rencana Bisnis Anggaran, dan Sistem Informasi.
- e) Wakil Direktur Sumber Daya Manusia telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi.
- f) Wakil Direktur Pendidikan telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi.
- g) Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi.

Bagi para pejabat struktural, syarat tersebut harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural. Seluruh jabatan diwajibkan mengikuti pelatihan kepemimpinan, untuk saat ini beberapa manajer dari RS PKU Muhammadiyah pernah mengikuti pelatihan kepemimpinan, tetapi ada beberapa kepala bagian yang belum pernah mengikuti pelatihan kepemimpinan setelah menjabat struktural di RS. Hal ini sangat

disayangkan karena hampir seluruh regulasi dan aliansi intitusi internasional meletakkan kepemimpinan sebagai salah satu aspek kompetensi yang harus dipenuhi.

Global Healthcare Management Competency Directory menyatakan 5 aspek penting dalam kinerja manajer kesehatan antara lain, *Leadership*, *Communication and Relationship Manajement*, *Professional and Social Responsibility*, *Health and the Healthcare Environment*, and *Business* (Stefl, 2008). Kepemimpinan berada di tengah aspek yang lain, hal ini mengindikasikan bahwa kepemimpinan merupakan aspek yang harus dimiliki oleh para CEO rumah sakit. Kepemimpinan yang baik adalah penting untuk keberhasilan setiap organisasi. Di organisasi kesehatan, kepemimpinan yang baik adalah lebih dari sekedar penting- itu benar-benar penting bagi keberhasilan organisasi (Schyve, 2009).



Gambar 4.3 Aspek Yang Mempengaruhi Kinerja Manajer Rumah Sakit

Sumber : (ACME, 2008)

Menurut Stoner (2002), manajemen adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya anggota organisasi dan menggunakan semua sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dari gambaran di atas menunjukkan bahwa manajemen adalah suatu keadaan terdiri dari proses yang ditunjukkan oleh garis (*line*) mengarah kepada proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian, yang

mana keempat proses tersebut mempunyai fungsi masing-masing untuk mencapai suatu tujuan organisasi. Pengambilan data pada penelitian ini salah satunya dilakukan dengan wawancara secara mendalam (*in-depth interview*) kepada hampir seluruh manajer puncak, manajer tengah, dan manajer bawah yang ikut serta dalam penelitian. Mulai dari manajemen umum, manajemen keuangan, manajemen SDI, manajemen obat dan peralatan, manajemen mutu dan kualitas pelayanan, dan manajemen *Electronic Data Processing* (EDP). Manajer dari berbagai tingkatan tersebut memiliki pengetahuan, pengalaman, dan tanggung jawab yang berbeda. Namun hampir semua dari manajer diwawancarai berpendapat bahwa manajemen adalah kemampuan untuk merencanakan, mengorganisir, melaksanakan, kontroling dan melakukan evaluasi.

Penilaian manajemen rumah sakit berada di Esfahan Iran, di mana evaluator mengidentifikasi kebutuhan untuk meningkatkan keterampilan manajemen rumah sakit berdasarkan analisis pekerjaan manajer rumah sakit. Hasil diilustrasikan bahwa manajer rumah sakit memiliki informasi yang cukup tentang tanggung jawab mereka dan kurang pengetahuan ilmiah dan khusus dan pelatihan akademis tentang manajemen rumah sakit, sehingga kebutuhan terkuat dalam pelatihan tanggung jawab manajer rumah sakit

Manajer, baik itu laki-laki atau perempuan, harus memiliki beberapa kompetensi. Namun, ada pendapat yang berbeda pada jenis kompetensi seorang manajer harus memiliki. Dubois percaya kompetensi dapat diartikan dalam tiga cara yaitu kemampuan, kecenderungan dan kualifikasi (Dubois, 2004). Namun, Lee berpikir bahwa, dalam arti sempit, kompetensi mengacu pada beberapa keterampilan saja, sedangkan dalam arti luas, itu berarti tidak hanya keterampilan, tetapi juga demonstrasi yang berpengetahuan dan dipahami, atau kemampuan untuk menerapkan pengetahuan dan pemahaman untuk konteks baru atau pekerjaan baru (Lee and Allen, 2000). Parry mendefinisikan kompetensi sebagai seperangkat pengetahuan, sikap dan keterampilan, yang dapat memberikan pengaruh pada kinerja kerja yang ditentukan, dan juga melambangkan kinerja berdasarkan alasan, merasakan dan apa yang bisa dilakukan dengan kemampuan ini (Moh'd, M. A., Perry, L. G., and Rimbey, J. M, 1997).

Penilaian kinerja pada masing masing manajemen secara terperinci dijabarkan sebagai berikut:

1. Manajemen Umum

Tanggung jawab manajer umum di RS Muhammadiyah dan RS Aisyiyah terkait dengan manajemen penunjang non medis, terkait operasional RS yang bukan medis, mulai menyiapkan lahan, bangunan, ruangan serta infrastruktur lainnya sehingga operasional RS dapat berjalan baik, termasuk pemeliharaan, sanitasi, transportasi, linen laundry, satpam. Beberapa kompetensi yang harus dimiliki oleh manajer sudah dapat dilakukan secara efektif dan percaya diri meskipun terdapat beberapa yang masih membutuhkan dukungan. Dukungan yang dimaksud lebih kepada dukungan dari manajemen, baik dari sisi pemberian pelatihan maupun dari sisi pemberian motivasi. Kendala yang paling banyak dihadapi dari unit-unit dalam manajemen umum adalah mengenai jumlah SDI yang belum sesuai dengan beban kerja dan kualitas dari SDI. Misal dalam manajemen sanitasi, parameter IPAL masih melebihi baku mutu, kurangnya petramplan dari SDI sangat mempengaruhi hal tersebut, selain itu jumlah SDI yang hanya 2 belum dapat mencakup segala aktivitas yang diperlukan dalam unit sanitasi.

Terkait pelatihan, beberapa manajer mengatakan belum pernah diikutsertakan dalam pelatihan mengenai *leadership* ataupun mengenai manajemen secara umum, padahal dalam PMK No. 971 Tahun 2000 dikatakan bahwa Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi paling lama satu tahun setelah menduduki jabatan struktural. Hal ini menunjukkan belum sempurnanya perencanaan pelatihan yang dibuat, *training need analysis* sangat dibutuhkan dalam membantu Diklat dalam menentukan kebutuhan pelatihan-pelatihan yang sebenarnya dibutuhkan manajer rumah sakit dan dalam menghadapi tantangan di masa mendatang

2. Manajemen Keuangan

Manajemen Keuangan menurut J.L. Massie (2012) adalah kegiatan operasional bisnis yang bertanggungjawab untuk memperoleh dan menggunakan dana yang diperlukan untuk sebuah operasi yang efektif dan efisien. Tanggung jawab manajemen keuangan adalah mulai dari proses penetapan biaya pasien, billing, administrasi, klaim jaminan, sistem dan proses evaluasi. Untuk saat ini sedang dilakukan pengembangan dan perbaikan terkait sistem manajemen keuangan di rumah sakit Muhammadiyah dan rumah sakit Aisyiyah.

Paradigma yang baru mengharuskan rumah sakit merubah diri dari yang semula bersifat sosial, menjadi institusi dengan *profit oriented*. Hal itu yang saat ini sedang ditekankan oleh para manajer puncak guna menjaga keberlangsungan hidup Rumah Sakit. Meskipun masih dalam masa transisi, RS Muhammadiyah dan RS Aisyiyah sudah mampu melakukan pengadaan dan melakukan pembiayaan sendiri terhadap hal-hal yang bersifat rutin.

Kendala yang dihadapi dalam skala unit adalah jumlah SDI. Dalam skala manajer tengah kendala yang dihadapi adalah banyaknya unit yang dibawah oleh manajer, yang sebenarnya bukan termasuk dalam manajemen keuangan, antara lain, manajemen EDP, pengadaan barang, dan manajemen relasi infokom. Banyaknya unit yang membawahi menyebabkan manajer keuangan menjadi kesulitan untuk pengawasan satu persatu. Namun disisi lain ternyata hal tersebut memiliki keuntungan. Manajer jadi lebih mudah dan cepat dalam mengkoordinir unit-unit yang berada di bawahnya.

3. Manajemen Sumber Daya Insani (SDI)

Manajer RS Muhammadiyah dan RS Aisyiyah dapat melakukan dengan percaya diri terkait tugas dalam manajemen SDI seperti: penyusunan rencana strategi, perekrutan, pelatihan staf, supervisi, penilaian kinerja manajemen, hingga evaluasi tugas pokok sesuai profesi namun masih terdapat gap pada manajer puncak, sedangkan pada manajer bawah dan tengah kapasitas yang dimiliki oleh manajer sudah sesuai dengan kebutuhan RS.

Kendala yang masih dihadapi dalam manajemen SDI adalah sistem pelaporan yang belum rutin. Pelaporan hanya dilakukan apabila manajer puncak

meminta. Hal ini menyebabkan beberapa rencana dan pelaksanaan kegiatan kurang dapat dievaluasi dengan baik. Misalnya untuk pelatihan pegawai, manajemen menargetkan dalam satu tahun adalah 20 jam/ karyawan/tahun. Namun hingga pertengahan tahun, baru tercapai sepertiga dari target yang telah ditetapkan. Dalam skala unit, kendala yang ditemui adalah kurangnya SDI. Untuk pelayanan bina ruhani kepada pasien, terbatasnya jumlah SDI sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kepada pasien.

Saat ini sangatlah penting bagi seluruh petugas kesehatan dalam memelihara pengetahuan praktis yang tepat dan kompetensi (Dyson, 2009). Meskipun tujuan tersebut dapat dicapai melalui pendidikan staf terus menerus, melakukan penilaian kebutuhan staf untuk memberikan pendidikan yang tepat adalah sebuah tantangan. Menilai kebutuhan peserta didik dapat memberi keuntungan karena membantu untuk mengidentifikasi kesenjangan antara pengetahuan dan kebutuhan pendidikan. Selain itu, menggabungkan perubahan praktek dan kebijakan dapat dicapai melalui penilaian kebutuhan terus menerus (Jest and Tonge, 2011).

Untuk evaluasi dari kinerja pegawai sudah dilakukan secara rutin, namun untuk pejabat struktural belum dilakukan evaluasi sesuai jabatan. Hal ini terjadi karena rincian tugas para pejabat struktural baru saja dibentuk. Kelangsungan hidup jangka panjang dari organisasi bisnis tergantung pada kemampuannya untuk mengevaluasi kinerja karyawan dan untuk menguji kontribusi personil dalam mencapai tujuan (Grigoroudis and Siskos, 2010).

Smith, Gunzenhauser, dan Fielding, (2010), menyatakan bahwa proses evaluasi kinerja yang efektif dan adil berdasarkan seperangkat kompetensi yang disepakati, laporan tugas akurat, dan standar praktek yang konsisten. Menurut mereka, komponen pertama dalam proses evaluasi adalah kompetensi yang merupakan seperangkat keterampilan yang saling melengkapi, pengetahuan, dan sikap yang memungkinkan seorang karyawan untuk melakukan pekerjaan. Kompetensi adalah penerapan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan. Tingkat kompetensi yang diharapkan dari karyawan

individu ditentukan oleh profesi mereka, peran pengawas / manajemen mereka, dan tanggung jawab unit mereka dalam organisasi.

4. Manajemen Mutu dan Kualitas Pelayanan

Gaspersz (2002) menyatakan bahwa manajemen mutu terpadu merupakan pendekatan Manajemen sistematis yang berorientasi pada organisasi, pelanggan dan pasar melalui kombinasi menciptakan peningkatan secara signifikan dalam kualitas, produktifitas manajemen adalah merupakan antara pencarian fakta praktis dan penyelesaian masalah, guna menciptakan peningkatan secara signifikan dalam kualitas, produktifitas dan kinerja lain dari organisasi. Gaspersz (2002) membagi pengertian kualitas atas pengertian konvensional dan pengertian strategis. Pengertian konvensional dari kualitas menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk seperti; *performance* (performansi), *reliability* (kehandalan), *easy of use* (mudah dalam penggunaan), *esthetics* (estetika), dan sebagainya. Sedangkan pengertian kualitas yang strategis menyatakan bahwa kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of customers*).

Berdasarkan wawancara dengan beberapa manajer SDI bahwa masalah mutu saat ini menjadi salah satu prioritas yang sedang diselesaikan RS Muhammadiyah dan RS Aisyiyah adalah proses akreditasi rumah sakit. SPO yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta banyak diambil dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Untuk evaluasi, secara rutin berkala belum dijadwalkan mengenai evaluasi SPO. Evaluasi saat ini dilakukan berkenaan dengan proses akreditasi yang akan segera dilakukan.

Selain itu terdapat indikator mutu yang belum terpenuhi seperti waktu tunggu pasien rawat jalan. Hal ini berkaitan dengan waktu praktek dokter yang tidak tepat waktu sehingga terjadi waktu praktek bersamaan dengan dokter lain. Hal ini menyebabkan terjadi penumpukan pasien di unit farmasi. Demi menjaga *patient safety* dan penerapan 6T + 1 W (tepat pasien, tepat waktu, tepat obat, tepat cara, tepat dokumentasi, tepat dosis, dan waspada efek samping) bagian farmasi tidak dapat melayani resep obat secara cepat. Selain itu berkaitan juga dengan jumlah SDI yang terbatas di unit farmasi.

Sebuah penelitian di Taiwan menunjukkan bahwa rendahnya kemampuan manajemen kepala ruang terjadi akibat pelatihan yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Beberapa faktor yang mempengaruhi adalah pelatihan-pelatihan yang diberikan adalah pemberian materi yang berbasis teori dan tidak memberikan contoh praktis. Guna meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dibutuhkan manajer yang berkompeten. Seorang Manajer harus dapat memilih orang yang tepat untuk pekerjaan yang berbeda, serta memilih pekerjaan yang tepat untuk individu. Ia dapat mempertahankan pengetahuan diri dan memberikan contoh keseimbangan eksekusi yang sebenarnya antara staf. Ia dapat mentransfer tanggung jawab dan rasa memiliki terhadap staf. Mereka juga dapat memberikan imbalan yang sesuai. Manajer bisa menekankan kinerja efektif daripada karakteristik pribadi, sikap atau sifat-sifat khusus. Mereka dapat menekankan poin yang kuat dan merevisi kekurangan dengan metode positif. Manajer yang baik memungkinkan bawahan untuk berpartisipasi dalam kinerja yang efektif mereka sendiri (Hu, 2010).

Rumah sakit perlu suatu dewan yang memiliki hubungan positif dengan manajemen rumah sakit. Berdasarkan pengalaman kolektif, dewan tersebut perlu mengevaluasi manajemen puncak secara berkala dan merekomendasikan ide-ide baru untuk lebih meningkatkan kegiatan organisasi. Evaluasi resmi terhadap CEO memperkuat kesesuaian antara misi, tujuan dan sasaran organisasi dan para CEO. Dalam melakukan evaluasi terhadap CEO atau manager diperlukan karakteristik kunci. Karakteristik ini antara lain kontrak kerja CEO dan deskripsi pekerjaan. Dimensi ini mungkin termasuk komunikasi yang efektif; kepemimpinan/kualitas manajerial; kualitas pribadi seperti integritas, penilaian dan sensitivitas; pengetahuan yang dibutuhkan dan keterampilan; hubungan masyarakat; politik hubungan papan; efektivitas hubungan staf medis dan area lain dari tanggung jawab khusus. Setiap dimensi harus memiliki peringkat kinerja untuk menunjukkan kinerja CEO dari dapat diterima dengan sangat baik (Lucia, 1999).

5. Manajemen obat dan peralatan

Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2014 meliputi pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian dan administrasi. Manajer farmasi bertanggung jawab dalam keberlangsungan pengadaan obat dan peralatan hingga evaluasinya atau yang disebut *drug cycle*.

Kendala yang dihadapi pada sebagian besar unit di manajemen obat dan peralatan adalah jumlah SDI, kurang atau ketidaksesuaian tata ruang, hingga pada pengadaan. Misalnya untuk ruangan, gudang unit farmasi belum sesuai dengan kebutuhan, tata ruang unit CSSD yang masih belum sesuai dengan standar. Untuk pengadaan, pengadaan obat-obatan unit farmasi dan reagen unit laboratorium masih menjadi satu kecuai untuk obat psikotropika yang sudah dapat mengadakan sendiri.

Kompetensi yang dimiliki manajer pada manajemen obat dan peralatan rata-rata adalah dalam skala competence. Hal ini menunjukkan masih terdapat celah kompetensi karena kebutuhan kapasitas kompetensi manajer rumah sakit berada pada skala expert.

6. Manajemen sistem informasi

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013). Dalam penelitian ini bagian yang mengelola SIM RS adalah unit *Electronic Data Processing* (EDP). Tanggung jawab seorang manajer EDP adalah mulai dari proses perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan juga proses evaluasi.

SIM RS di RS Muhammadiyah dan RS Aisyiyah sangat diperlukan terkait pembuatan laporan keuangan. Namun masih terdapat beberapa kendala terkait pengguna yang belum memahami kerja dari SIM RS, ataupun belum

berjalannya *clinical pathway*. Manajer merasa dokter sebagai *core business* dari rumah sakit belum dapat berkomitmen secara maksimal.

7. Strategi Manajemen SDM Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah

Manajemen SDM dalam suatu organisasi sangatlah penting. Sumber daya manusia harus didefinisikan bukan dengan apa yang sumber daya manusia lakukan, tetapi apa yang sumber daya manusia hasilkan, karena dengan menggerakkan orang-orang inilah tujuan akan tercapai tepat waktu. Suatu perusahaan yang memiliki kekuatan sumber daya berarti perusahaan tersebut memiliki "*Distinctive Competence*" yang berarti kemampuan spesifik suatu organisasi dengan kekhasan kompetensi SDM yang dimiliki akan menjadi kunci sukses. Hal ini dapat dicapai apabila pengelolaan SDM mulai dari perencanaan sampai evaluasi dilakukan dengan baik.

a. Kapasitas Manajemen SDM (MSDM)

Sudah ada alokasi anggaran namun sangat terbatas bagi MSDM sehingga belum cukup untuk kegiatan lainnya (perencanaan, pelatihan dll). Kondisi di RS Muhammadiyah dan RS Aisyiyah ini anggaran untuk perencanaan SDM pada dasarnya secara tertulis belum ada untuk kegiatan perencanaan SDM. Untuk kegiatan pelatihan anggaran bisa diadakan pada saat ada pengajuan untuk mengikutkan personil mengikuti pelatihan tertentu. Sering penolakan anggaran MSDM berasal dari direktur. Sebagai saran untuk kasus seperti ini para direktur sebelum menduduki jabatan perlu dilakukan kursus jabatan (susjab).

b. Tentang staff MSDM

Sudah ada staff yang secara spesifik mengelola MSDM namun memiliki pengalaman terbatas tentang MSDM dan kadang merangkap tugas di bagian lain. Kondisi di beberapa rumah sakit ada staff yang mengelola MSDM sudah ada, tetapi tidak mempunyai pengalaman khusus tentang MSDM. Hal ini dikarenakan penempatan staf tersebut sebagai tenaga MSDM bukanlah berdasarkan pendidikan dan pengalaman yang dimiliki tetapi semata-mata

karena golongan/pangkatnya sudah mencukupi menjabat jabatan tersebut. Alasan kedua staff tersebut lebih memilih mengurus pekerjaan yang sudah ditetapkan dari institusi secara terpusat. Pertanggungjawaban secara kedinasan vertikal lebih mementingkan pegawai tetapnya. Sebagai saran pemangku jabatan MSDM pendidikannya lebih baik berlatarbelakang SDM, atau dengan mengikutsertakan dalam pelatihan pengembangan.

c. Perencanaan MSDM

Pada beberapa rumah sakit belum memiliki perencanaan MSDM tahunan. Yang kedua kebutuhan dengan proses rekrutmen dilakukan sendiri oleh pihak rumah sakit dengan status kepegawaian kontrak. Pengadaan staf ini pun belum sepenuhnya mengikuti kaidah-kaidah proses rekrutmen yang benar. Masih bersifat seadanya sehingga berakibat staf baru yang diterima pun tidak sesuai dengan yang diharapkan yang nantinya mempunyai kinerja kurang dari standar.

d. Kebijakan dan pelaksanaan MSDM

Tidak ada sistem klasifikasi terhadap jabatan berdasarkan *skill* dan kualifikasi yang dibutuhkan. Kondisi di beberapa rumah sakit diketahui ada yang belum menerapkan *job classification system*. Hal ini terlihat dari pendataan personil rumah sakit baik profesional dan tenaga umum semua disatukan. Sebagai contoh data dalam arsip belum ada kolom tentang klasifikasi kerja pegawai ini perawat atau bidan, apakah perawat pemula, perawat pelaksana dan seterusnya belum ada. Hal ini terjadi karena staf pemangku jabatan MSDM tidak memiliki latar belakang keahlian dalam mengelola SDM. Akibat tidak adanya *job classification system* ini semua pegawai perawat atau bidan yang sudah lama bekerja maupun yang baru masuk tidak ada kejelasan pembatasan tingkatan pekerjaan profesi mereka. Kemungkinan besar akan terjadi *overlapping* tugas dan pekerjaan asuhan keperawatan yang akan mereka lakukan terhadap seorang pasien.

Untuk sistem remunerasi diterapkan pada skala gaji dan tunjangan yang didapatkan. Namun diketahui di beberapa rumah sakit belum melakukan system remunerasi. Semua pegawai baik perawat/bidan dan tenaga umum

yang bekerja menerima gaji dan tunjangan lain tanpa ada dihubungkan dengan pekerjaan tersebut mengandung resiko, apa yang dikerjakan lebih berat atau tidak, banyak atau sedikitnya pekerjaan yang dilakukan dalam hal ini jumlah tindakan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan yang mereka lakukan. Sistem pembagian masih disama ratakan tanpa ada dasar yang jelas, sehingga besar kemungkinan bisa terjadi penyimpangan perbedaan yang didapatkan oleh karena kedekatan, kurang suka, penilaian terhadap berlebihan terhadap seseorang.

Pada proses rekrutmen, transfer, promosi atau demosi pada beberapa rumah sakit belum didasarkan pada kriteria yang jelas. Kondisi di beberapa rumah sakit proses rekrutmen sudah dilakukan meskipun masih sangat sederhana. Pada saat rekrutmen belum ada persyaratan kebutuhan pegawai yang bagaimana yang akan diterima, misal butuh tenaga perawat , tetapi secara spesifik kriteria perawat yang bagaimana yang dibutuhkan dan akan mengisi sebagai perawat apa dan akan ditempatkan di ruang ICU, rawat inap, OK belum jelas. Sedangkan transfer, promosi dan demosi belum ada aturan tertulis atau kebijakan dari pimpinan. Kalaupun ada pelanggaran ringan berulang yang dilakukan oleh perawat atau bidan hanya dirolling. Bagi perawat/bidan yang berprestasi belum ada yang sifatnya *reward promotion*.

Telah dilakukan pelaksanaan orientasi namun masih dalam bentuk informal. Kondisi di beberapa rumah sakit pelaksanaan program orientasi bagi pegawai baru sudah dilaksanakan dengan tahapan hari pertama diajak berkeliling sebagai pengenalan ke tempat pelayanan kesehatan disertai penjelasan dari salah satu pegawai tetap. Hal ini sudah dianggap sebagai bagian dari masa orientasi. Selanjutnya penempatan/stase selama satu minggu untuk masing-masing bagian, selanjutnya penempatan tetap disatu bagian tanpa melaksanakan evaluasi dengan meminta pendapat masing-masing para staf pelaksana lapangan. Pelaksanaan orientasi ini dilakukan terkesan hanya sebagai suatu kebiasaan, karena belum jelas apa yang diharapkan dari

program orientasi ini. Hal ini bisa dimaklumi karena belum adanya kebijakan pimpinan/direktur tentang ukuran pelaksanaan orientasi berupa tujuan dan hasil yang ingin dicapai.

2. Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah

Temuan dalam penelitian ini menunjukkan kinerja manajer rumah sakit, dari lima faktor yang menjadi prediktor, dipengaruhi oleh motivasi, komitmen dan kepemimpinan. Dua prediktor lain ditemukan tidak memberikan pengaruh yang signifikan, yaitu kepuasan kerja dan budaya organisasi. Motivasi menjadi faktor dengan pengaruh yang paling kuat pada kinerja. Pengaruh yang kuat setelah motivasi adalah komitmen dan kemudian kepemimpinan.

Kinerja dalam hal ini *job performance* merupakan konsep multi-dimensional, dimana banyak faktor pembentuk dan penentu individu memiliki/mencapai kinerja yang tinggi (Sonnentag *et al.*, 2008). Kuatnya pengaruh motivasi pada kinerja dijelaskan karena individu memerlukan dorongan untuk melakukan dan mencapai sesuatu tujuan. Konsep motivasi Maslow menjelaskan bahwa terpenuhinya tujuan yang lebih rendah, mendorong individu untuk mencapai tujuan yang lebih tinggi (Pardee, 1990). Tujuan atau *goal* dari individu dipenuhi dengan pencapaian kinerja tertentu. Dalam hal ini, individu yang mencapai kinerja tertentu (yang tingkatannya rendah), mendorong untuk mencapai kinerja yang tingkatannya lebih tinggi. Oleh karenanya, motivasi menjadi faktor yang memiliki pengaruh kuat pada kinerja manajer di rumah sakit.

Keinginan individu untuk mengabdikan, bekerja, dan bertahan di organisasi menyebabkan individu memiliki kinerja yang tinggi. Komitmen organisasi yang kuat menjadikan individu memberikan yang terbaik kepada organisasi. Meskipun komitmen organisasional berbeda-beda bagi satu individu terhadap individu lainnya (Mayer-Allen, 1991), namun komitmen itu sendiri ada untuk kelangsungan sebuah organisasi. Bahkan organisasi pun mendorong atau memaksa individu sebagai anggota organisasi untuk mau berkomitmen melalui aturan-aturan organisasi atau yang disebut sebagai komitmen normatif. Ketentuan

yang dibuat organisasi tidak hanya sebagai pengikat anggota namun juga dalam hal standar kerja. Hal ini menjelaskan bahwa semakin kuat komitmen individu pada organisasi, semakin tinggi pula kinerja individu pada organisasi.

Kinerja individu juga dipengaruhi oleh adanya kepemimpinan. Sifat kepemimpinan yang merupakan relasi menyebabkan faktor kepemimpinan (Locke, 1991), meskipun berpengaruh pada kinerja, namun tidak sekuat motivasi dan komitmen. Dalam hal ini disebabkan karena sifat dari kepemimpinan yang dapat dikatakan sebagai agen eksternal pada individu. Tidak seperti pada motivasi dan komitmen yang dapat berasal dari dalam individu maupun berasal dari luar individu. Individu yang memiliki perasaan sesuai dengan tipe kepemimpinan tertentu cenderung terdorong untuk melakukan sesuatu sesuai arahan dari pemimpin.

Kepuasan kerja tidak menunjukkan pengaruh signifikan pada kinerja manajer rumah sakit. Dalam hal ini penjelasannya kepuasan kerja yang tinggi dari manajer rumah sakit belum tentu memberikan kinerja maksimal. Kepuasan kerja dibentuk oleh banyak faktor dari yang sifatnya moral (*intangible*) sampai kepuasan kerja yang sifatnya materi (*tangible*). Kinerja pada umumnya ditentukan berdasarkan standar dan indikator yang jelas. Dengan kata lain, kepuasan kerja yang berasal dari dalam diri manajer rumah sakit belum tentu sama dengan pencapaian kinerja dari program atau kegiatan yang dijalankan oleh manajer.

Penjelasan lain tidak berpengaruhnya kepuasan kerja pada kinerja manajer adalah tidak adanya sistem reward yang dijalankan di rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah. Sebagaimana disebutkan bahwa salah satu aspek kepuasan kerja datang dari kepuasan materi, seperti insentif dan *reward*. Tanpa dukungan sistem insentif dan *reward* pada pencapaian kinerja, maka kepuasan kerja yang dirasakan oleh manajer berasal bukan dari imbal balik atas pencapaian kinerja.

Selain kepuasan kerja, budaya organisasi menunjukkan hasil yang tidak berpengaruh signifikan pada kinerja manajer. Budaya organisasi yang sesuai memberikan penguatan pada motivasi kerja. Penguatan motivasi kerja akan mendorong individu untuk melakukan pekerjaan semaksimal mungkin. Budaya

organisasi berhubungan erat dengan nilai-nilai yang ada dalam individu. Individu yang nilai-nilainya selaras dengan nilai-nilai dari organisasi memiliki dorongan kuat untuk bekerja lebih baik.

Kinerja seperti yang diuraikan, merupakan pencapaian yang standar dan indikatornya sudah jelas. Dengan demikian, tanpa dukungan dari budaya organisasi yang sesuai dengan yang diharapkan manajer rumah sakit, masih mampu memberikan kinerja yang sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dalam hal ini manajer tidak memiliki dorongan untuk memberikan kinerja yang lebih atau memaksimalkan kemampuan dan hanya bertujuan mencapai target tertentu. Tidak berpengaruhnya budaya organisasi pada kinerja dapat pula dijelaskan budaya organisasi tidak memberikan pengaruh langsung, namun dimediasi oleh faktor motivasi.

3. Model Hipotesis dan Model Modifikasi Kinerja Manajer Rumah Sakit Muhammadiyah dan Rumah Sakit Aisyiyah

a. Pengaruh Komitmen Terhadap Kinerja

Keinginan individu untuk mengabdikan, bekerja, dan bertahan di organisasi menyebabkan individu memiliki kinerja yang tinggi. Komitmen organisasi yang kuat menjadikan individu memberikan yang terbaik kepada organisasi. Meskipun komitmen organisasional berbeda-beda bagi satu individu terhadap individu lainnya (Mayer-Allen, 1991), namun komitmen itu sendiri ada untuk kelangsungan sebuah organisasi. Bahkan organisasi pun mendorong atau memaksa individu sebagai anggota organisasi untuk mau berkomitmen melalui aturan-aturan organisasi atau yang disebut sebagai komitmen normatif. Ketentuan yang dibuat organisasi tidak hanya sebagai pengikat anggota namun juga dalam hal standar kerja. Hal ini menjelaskan bahwa semakin kuat komitmen individu pada organisasi, semakin tinggi pula kinerja individu pada organisasi.

Kinerja sendiri merupakan pencapaian dalam sebuah pekerjaan (Sonnentag et al., 2008). Standar hasil kerja sangat beragam, ada yang berasal dari diri sendiri atau dari ketentuan organisasi. Untuk meningkatkan kinerja, organisasi bahkan memiliki standar aturan yang mengikat anggotanya agar mau bekerja dan berkorban demi tujuan organisasi. Dorongan dari motivasi menyebabkan individu

berkeinginan untuk melakukan pencapaian yang lebih tinggi (Pardee, 1990). Salah satu sumber motivasi yaitu berasal dari komitmen yang kuat pada organisasi. Kesesuaian antara individu dan organisasi menumbuhkan komitmen yang kuat pada organisasi menumbuhkan motivasi yang mampu meningkatkan kinerja (Mayer-Allen, 1991).

Kinerja juga dihubungkan dengan adanya stress (Park, 2007; Cuyper et al., 2009). Peran stress menyebabkan penurunan pada produktivitas bahkan mempengaruhi komitmen individu terhadap organisasi. Hubungan antara komitmen, stress dan kinerja terjadi karena faktor ketidakamanan kerja. Ketidakamanan kerja menyebabkan penurunan komitmen organisasi. Penurunan komitmen organisasi akibat stress akan menurunkan kinerja (Cuyper et al., 2009). Peran ketidakamanan kerja memberikan pengaruh negatif pada komitmen, terutama komitmen afektif (Cuyper et al., 2009; Unsal et al., 2012). Komitmen afektif yang merupakan komitmen mendasar terkait loyalitas individu pada organisasi sangat tergantung pada persepsi individu terhadap keamanannya di organisasi. Jabatan manajer merupakan jabatan yang sarat akan tantangan, tekanan, target tinggi, kinerja tinggi, dan sebagainya. Dengan tekanan dan target pekerjaan yang tinggi tentu menuntut hasil kerja yang maksimal. Oleh karenanya jabatan manajer sangat rentan dengan stress yang berpotensi menurunkan komitmen organisasi. Penurunan komitmen pada manajer mengakibatkan penurunan kinerjanya.

Christen et al., (2006) melakukan penelitian terkait kinerja dan kepuasan kerja manajer di *departement store*. Kinerja manajer secara positif dipengaruhi oleh *profit sharing* dan otonomi kerja. Selain dua faktor tersebut, kinerja manajer juga dipengaruhi oleh kompensasi. Tekanan kerja yang tinggi dari seorang manajer menyebabkan potensi tingkat stres yang tinggi. Karenanya manajer memerlukan ruang gerak kerja yang luas dan sistem imbalan yang sebanding dengan tekanan pekerjaan. Kompensasi turut memberikan penyeimbangan pada tekanan pekerjaan yang dialami manajer. Rendahnya tingkat stres yang dialami manajer secara tidak langsung akan meningkatkan komitmen organisasi sehingga kinerja manajer semakin meningkat.

b. Pengaruh Motivasi Terhadap Kinerja

Temuan dalam penelitian ini menunjukkan kinerja manajer rumah sakit, dari lima faktor yang menjadi prediktor, dipengaruhi oleh motivasi, komitmen dan kepemimpinan. Dua prediktor lain ditemukan tidak memberikan pengaruh yang signifikan, yaitu kepuasan kerja dan budaya organisasi. Motivasi menjadi faktor dengan pengaruh yang paling kuat pada kinerja. Pengaruh yang kuat setelah motivasi adalah komitmen dan kemudian kepemimpinan.

Kinerja dalam hal ini *job performance* merupakan konsep multi-dimensional, dimana banyak faktor pembentuk dan penentu individu memiliki/mencapai kinerja yang tinggi (Sonnentag et al., 2008). Kinerja melibatkan perilaku, tindakan dan semua dampaknya yang sarannya untuk dan sesuai dengan tujuan organisasi (Viswesvaran dan Ones, 2000). Kinerja tidak hanya berhubungan dengan tugas atau pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mendapatkan bonus atau kenaikan gaji, namun demikian kinerja merupakan sebuah proses yang ditentukan oleh kemampuan dan produktifitas (Al Jasmi, 2012). Oleh karenanya kemampuan harus selalu ditingkatkan, dimonitoring serta dievaluasi agar produktifitas yang dicapai maksimal.

Kuatnya pengaruh motivasi pada kinerja dijelaskan karena individu memerlukan dorongan untuk melakukan dan mencapai sesuatu tujuan. Semakin tinggi standar kerja individu semakin tinggi pula motivasi untuk menyelesaikan sesuai dengan standar tersebut. Organisasi juga memiliki standar kerja, semakin tinggi standar kerja dari organisasi membutuhkan motivasi yang tinggi pula untuk menyelesaikannya.

Konsep motivasi Maslow menjelaskan bahwa terpenuhinya tujuan yang lebih rendah, mendorong individu untuk mencapai tujuan yang lebih tinggi (Pardee, 1990). Tujuan atau goal dari individu dipenuhi dengan pencapaian kinerja tertentu. Dalam hal ini, individu yang mencapai kinerja tertentu (yang tingkatannya rendah), mendorong untuk mencapai kinerja yang tingkatannya lebih tinggi. Oleh karenanya, motivasi menjadi faktor yang memiliki pengaruh kuat pada kinerja manajer di rumah sakit.

Kinerja manajer di rumah sakit juga harus selalu dievaluasi, dimonitoring dan dimaksimalkan. Oleh karenanya manajer rumah sakit harus mampu memotivasi diri untuk selalu mampu memberikan yang maksimal dalam setiap aspek yang dikerjakan. Untuk mampu memaksimalkan setiap pekerjaan yang dibebankan, seorang manajer haruslah selalu mau berkembang, meningkatkan kemampuan, keahlian agar produktivitas dan kontribusinya kepada organisasi juga meningkat.

c. Pengaruh Komitmen, Kepemimpinan, Budaya Organisasi dan Kompetensi Terhadap Motivasi

Hasil temuan dalam model modifikasi selain menunjukkan *goodness of fit model* yang lebih baik dibandingkan pada model hipotesis (model awal), juga menemukan hasil bahwa kompetensi, kepemimpinan, budaya organisasi dan komitmen memberikan pengaruh positif pada motivasi. Kepemimpinan dan budaya organisasi memiliki pengaruh yang paling kuat pada motivasi. Fungsi kepemimpinan selain mempengaruhi dan mengarahkan juga memotivasi untuk mencapai tujuan (Yukl, 1998). Kepemimpinan yang baik dari seorang manajer selain berfungsi mengangkat motivasi bawahan, juga menguatkan motivasi diri. Motivasi yang tinggi dalam diri seorang manajer akan semakin semangat manajer dalam memotivasi bawahan melalui kepemimpinan yang dimiliki.

Budaya organisasi menentukan suasana dan iklim di lingkungan kerja. Budaya organisasi kuat mampu membangkitkan stimulus kerja, karena ada kesesuaian antara nilai-nilai yang dimiliki oleh anggota organisasi. Organisasi dapat memperoleh manfaat dari pengembangan budaya yang kuat dan produktif salah satunya meningkatkan motivasi (Arifin, 2015). Konsep motivasi terkait kesesuaian dengan budaya organisasi ada dalam *person-environment fit*. Dijelaskan bahwa kesesuaian antara individu dengan lingkungan kerja mempengaruhi perilaku kerja individu (Bauer dan Erdogan, 2012). Kesesuaian prinsip kerja manajer rumah sakit dengan lingkungan kerjanya, memberikan dorongan kepada perilaku kerja yang positif sehingga manajer lebih termotivasi.

Motivasi merupakan keinginan individu. Konsep Motivasi Maslow menjelaskan timbulnya motivasi karena adanya dorongan individu untuk

memenuhi kebutuhan. Menurut Konsep Motivasi Herzberg, motivasi berasal dari dua faktor, yaitu faktor higiene dan faktor motivator. Komitmen terkait dengan cara-cara meningkatkan perasaan individu tentang pekerjaan, sehingga individu mau terikat dengan organisasi (Mayer-Allen, 1991). Komitmen berhubungan dengan perasaan yang dirasakan individu terhadap organisasi. Semakin kuat perasaan individu pada organisasi, semakin kuat keinginan individu untuk tidak hanya tetap berada di organisasi, namun sekaligus bekerja lebih baik untuk organisasi. Keinginan untuk bekerja lebih baik bagi kepentingan organisasi ini lah yang menumbuhkan motivasi kuat pada individu.

Faktor lainnya yang berpengaruh pada motivasi dalam model kinerja manajer rumah sakit adalah kompetensi. Meskipun temuan menunjukkan kompetensi merupakan faktor dengan koefisien paling lemah yang mempengaruhi motivasi, namun peran kompetensi terhadap motivasi kerja tidak dapat dikesampingkan. Salah satu komponen pembentuk kompetensi adalah motif (Spencer dan Spencer, 1993). Seperti diketahui bahwa motif juga merupakan dasar individu termotivasi untuk melakukan sesuatu. Kompetensi juga terkait dengan person-job fit, selain kesesuaian dengan lingkungan pekerjaan, motivasi juga timbul karena adanya kesesuaian keahlian yang dimiliki individu dengan pekerjaannya (Bauer dan Erdogan, 2012). Keahlian, ketrampilan, pengetahuan merupakan bagian dari kompetensi. Oleh karenanya semakin sesuai kompetensi dengan pekerjaan yang dimiliki individu, semakin meningkat pula motivasi untuk bekerja.

d. Pengaruh Motivasi Terhadap Kepuasan Kerja

Temuan penelitian pada model modifikasi kompetensi-kinerja manajer rumah sakit menunjukkan peran kompetensi, budaya organisasi, kepemimpinan, dan komitmen dalam mengangkat motivasi manajer rumah sakit. Temuan penelitian menunjukkan bahwa motivasi berperan dalam meningkatkan kepuasan kerja dan kinerja manajer. Diketahui bahwa koefisien pengaruh motivasi pada kepuasan kerja adalah yang tertinggi dibandingkan kompetensi. Demikian pula dengan pengaruh motivasi pada kinerja, dimana koefisien pengaruh motivasi adalah yang tertinggi dibandingkan dengan komitmen.

Kepuasan kerja merupakan perasaan individu tentang pekerjaan yang mampu mendatangkan pemenuhan psikologi dan materi. Secara psikologi, kepuasan kerja diperoleh dari aspek-aspek seperti disposisional individu, budaya atau lingkungan tempat bekerja, dan situasi kerja (Saari dan Judge, 2004). Secara individu kepuasan kerja ditentukan dari hasil kerja, karir, gaji, insentif dan bonus (Hong dan Waheed, 2011). Namun demikian, gaji, insentif dan bonus sangat terbatas pengaruhnya dan tergantung dengan jenis pekerjaan atau profesi (Hong dan Waheed, 2011).

Dalam Konsep Dua-Faktor Herzberg, puas tidak dan puas terkait pekerjaan ditentukan oleh sistem administrasi dan kebijakan, supervisi dan teknis, hubungan interpersonal, kondisi kerja, pengakuan, pekerjaan itu sendiri, rasa tanggung jawab dan pengembangan diri (Ozguner dan Ozguner, 2014). Secara materi kepuasan kerja ditentukan oleh besarnya gaji, bentuk penghargaan (bonus dan insentif), fasilitas pendukung kerja dan lain sebagainya (Ozguner dan Ozguner, 2014). Hal ini sudah menjelaskan pengaruh dari kompetensi sekaligus motivasi pada kepuasan kerja. Kompetensi berasal dari aspek pekerjaan tersebut sedangkan motivasi berasal dari aspek kebutuhan individu.

Bagi seorang manajer, kepuasan kerja tertinggi dapat diperoleh dari karir dan reputasi. Sebagaimana diketahui bahwa jabatan manajer menuntut tanggung jawab yang lebih besar dibandingkan dengan jabatan dibawahnya. Seorang manajer bertanggung jawab terkait keberhasilan setiap keputusan yang diambil. Oleh karena itu, manajer haruslah memiliki motivasi yang lebih tinggi dari pada bawahannya. Manajer akan merasa sangat puas apabila keputusan terkait program atau kegiatan yang diambil berjalan dengan berhasil.

e. Pengaruh Kompetensi Terhadap Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja dipengaruhi oleh banyak faktor, baik intrinsik yang berasal dari diri individu maupun ekstrinsik yang berasal dari luar individu. Hal ini menjelaskan pengaruh kompetensi dan kepemimpinan pada kepuasan kerja memiliki kontribusi yang paling kecil di antara hubungan pengaruh lain yang ada dalam model kompetensi-kinerja manajer rumah sakit.

Pengaruh kompetensi pada kepuasan kerja lebih kuat dibandingkan pengaruh kepemimpinan pada kepuasan kerja. Penjelasan terkait pengaruh positif kompetensi pada kepuasan kerja dikarenakan kepuasan kerja juga dipengaruhi oleh perilaku (Saari dan Judge, 2004). Sebagaimana dinyatakan Spencer dan Spencer (1993), kompetensi sendiri merupakan wujud perilaku dari individu yang meliputi karakter, motif, bawaan, sikap dan konsep diri sebagai aspek intrinsik (tersembunyi) dan keahlian serta pengetahuan sebagai faktor ekstrinsik (tampak). Pembentuk kepuasan kerja selain dari faktor pekerjaan seperti gaji, imbalan, penghargaan, juga datang dari nilai moral, kreativitas, tanggung jawab, aktivitas dan lain sebagainya yang merupakan faktor perilaku (Aziri, 2011). Oleh karenanya pekerjaan atau tugas yang sesuai dengan kompetensi individu memberikan kepuasan lebih tinggi dibandingkan individu yang harus bekerja atau mengerjakan tugas tidak sesuai dengan kompetensi yang dimiliki.

Konsep motivasi Herzberg menekankan bahwa pembawa kepuasan kerja berasal dari dua faktor, yaitu faktor motivator dan hygiene (Ozguner dan Ozguner, 2014; Hong dan Waheed, 2011). Terkait dengan kompetensi, pengakuan akan hasil kerja, karir, jenis pekerjaan merupakan faktor yang sangat tergantung akan kompetensi individu. Hal ini dijelaskan bahwa semakin individu merasa memiliki kompetensi yang lebih, namun karir tidak sesuai dengan yang diharapkan maka kepuasan kerja pun akan menurun. Demikian juga dengan jenis pekerjaan dan pengakuan akan hasil kerja mempengaruhi kepuasan kerja bila sesuai seperti yang diharapkan individu. Seorang manajer yang memiliki kompetensi tinggi akan memiliki kepuasan kerja tinggi apabila hasil kerja diakui baik oleh atasannya maupun bawahannya. Bagi seorang manajer, prestasi dalam menyelesaikan sebuah pekerjaan merupakan hal yang membawa kepuasan kerja yang tinggi.

Berdasarkan penjelasan di atas mengenai rancangan model kinerja manajer rumah sakit, peneliti menamakan rancangan model ini dengan **“Model Kinerja IKHLAS”**. Hal tersebut memiliki makna dan filosofi sebagai berikut: **(I)** Indikator **(K)** Kinerja tercapai ketika **(H)** Hati **(L)** Lisan **(A)** Akal **(S)** Sinergi.

- Indikator:** Suatu variabel yang digunakan untuk mengekspresikan secara kuantitatif efektivitas dan efisiensi proses atau operasi dengan berpedoman pada target-target dan tujuan organisasi.
- Kinerja:** Hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang manajer dalam melaksanakan fungsinya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.
- Hati:** Temuan penelitian di atas menunjukkan bahwa motivasi yang merupakan dorongan dari hati yang menyebabkan seseorang melakukan suatu perbuatan untuk mencapai tujuan tertentu, berperan dalam meningkatkan kepuasan kerja dan kinerja manajer. Sedangkan temuan penelitian pada model modifikasi kinerja manajer rumah sakit menunjukkan bahwa dalam mengangkat motivasi manajer rumah sakit diperlukan peran kompetensi, budaya organisasi, kepemimpinan, dan komitmen manajer.
- Lisan:** Berdasarkan hasil dari faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi dapat diketahui bahwa kepemimpinan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya pada motivasi karena memiliki koefisien paling tinggi. Seorang pemimpin yang baik adalah yang mampu menjaga lisan karena lisan mampu menggerakkan dan menghancurkan motivasi seseorang dengan mudah dan lisan bisa menghalalkan yang haram dan mengharamkan yang halal.
- Akal:** Temuan penelitian ini menunjukkan pengaruh positif kompetensi pada kepemimpinan. Nilai *total effect* kompetensi pada kepemimpinan juga menunjukkan pengaruh yang kuat. Pada akhirnya, kompetensi manajer rumah sakit menjadi faktor penting. Kompetensi manajer rumah sakit berperan dalam motivasi, kepuasan kerja dan kepemimpinan. Kompetensi manajer diperlukan agar mampu mencapai kinerja yang tinggi di rumah sakit dan barometer dari kompetensi adalah daya nalar. Kompetensi ini bisa kurang dan bisa optimal, sesuai dengan kadar kemampuan akal seseorang.

Sinergi: Untuk menghasilkan kinerja yang maksimal diperlukan sinergi diantara variabel-variabel yang terdapat dalam model sebagai suatu kesinambungan yang utuh dan juga perlu sinergisitas para pimpinan (manajer) dan seluruh staf sebagai suatu keluarga yang utuh di rumah sakit.

Secara filosofis, rancangan Model Kinerja IKHLAS ini memiliki makna bahwa dengan menerapkan suasana hati yang ikhlas ketika bekerja, maka tidak ada beban dalam melakukan pekerjaan itu. Ikhlas merupakan komitmen tertinggi kita semua, sebuah komitmen tulus ikhlas yang sering kita nyatakan dalam doa iftitah bagi umat Islam. Selain kunci diterima tidaknya amal ibadah kita oleh Sang Pencipta dan bekerja merupakan bagian dari ibadah, ikhlas juga membuat kinerja kita bermakna dan tidak sia-sia. Kinerja yang bermakna adalah kinerja yang berangkat dari hati yang ikhlas.

