

DISERTASI

PENGARUH KOMITMEN MANAJEMEN PADA BUDAYA ORGANISASI, KOMITMEN INDIVIDU, DAN KINERJA RUMAH SAKIT NIRLABA

**Model Diagnosis Budaya Organisasi
Untuk Pengembangan Rumah Sakit Kabupaten
Di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat Dan Bali
Dengan Pendekatan Analisis Multi Level**



PE.
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

H.A. FERNANDEZ

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003**

PENGARUH KOMITMEN MANAJEMEN PADA BUDAYA ORGANISASI, KOMITMEN INDIVIDU, DAN KINERJA RUMAH SAKIT NIRLABA

**Model Diagnosis Budaya Organisasi
Untuk Pengembangan Rumah Sakit Kabupaten –
Di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Dan Bali
Dengan Pendekatan Analisis Multi Level**

DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
dalam Program Studi Ilmu Kedokteran
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga
Telah dipertahankan di hadapan
Panitia Ujian Doktor Terbuka
Pada hari : Kamis
Tanggal : 13 Pebruari 2003
Pukul 10.00 WIB**

Oleh :



H.A. FERNANDEZ
NIM. 099712392 D

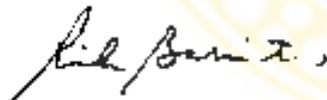
Lembar pengesahan

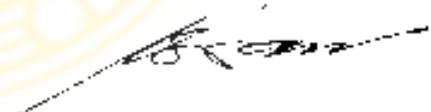
DISERTASI INTELAKH DISETUIJI
TANGGAL, 07 Maret 2003

Oleh

Promotor

Prof. Karjadi Wirjoatmodjo, dr. Sp. An(K).IC

Kopromotor I

Prof. Dr. Rika Subarniati, dr.,SKM

Kopromotor II

Prof. Umar Nimran, M.A.,PhD

Telah diuji pada Ujian Tahap I

Tanggal 20 Desember 2002

PANITIA PENGUJI DISERTASI

K e t u a : Prof. Dr. Marsetio Donosepoetro, dr., SpPK(K)

Anggota : 1. Prof. Karjadi Wirjoatmodjo, dr., SpAn(K), IC
2. Prof. Dr. Rika Subarniati Triyoga, dr., SKM
3. Prof. Umar Nimran, MA., PhD
4. Prof. Ascobat Gani, dr., MPH, Dr.PH
5. Prof. Dr. I Gede Winasa, drg.
6. Widodo J. Pudjirahardjo, dr., MS., MPH, Dr.PH
7. Laksono Trisnantoro, dr., MSc., PhD

Ditetapkan dengan Surat Keputusan

Rektor Universitas Airlangga

Nomor: 39 / JO3 / PP / 2003

Tanggal: 7 Januari 2003

**KEHIDUPAN INI TIDAK LAYAK DIHIDUPI TANPA REFLEKSI
(SOERATES)**

**KEHIDUPAN INI TIDAK LAYAK DIHIDUPI TANPA IDEALISME
(PRIBADI)**

*Saya persembahkan kepada:
Bapa dan Mama tercinta,
Para Guru saya semenjak Taman Kanak-kanak sampai dengan
Perguruan Tinggi,
Isteri dan anak-anak yang saya kasih,
Kakak dan adik-adik saya yang saya cintai,
Sahabat dan kerabat yang setia.
Semua saja
yang dengan berbagai cara
telah membuat karya ini menjadi kenyataan.....*

*Semoga
Tuhan Yang Maha Kuasa lagi Pengasih dan Penyayang
Melimpahi kita dengan Berkah dan KaruniaNya
Amin.*

UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama-tama saya panjatkan puji dan syukur ke hadirat Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang atas segala berkat dan karuniaNya sehingga disertasi ini dapat diselesaikan.

Dengan selesainya disertasi ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

Prof. Karjadi Wirjoatmodjo, dr, SpAn(K), IC Guru Besar dalam Ilmu Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, sebagai promotor dan pendidik saya, yang selalu memberikan dorongan, bimbingan dan saran yang sangat berharga sejak mulai sampai selesainya disertasi ini. Semoga Allah Yang Maha Kasih dan Maha Penyayang membalas budi baik beliau.

Prof. Dr. Rika Subarniati Triyoga, dr., SKM, Guru Besar dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, selaku Ko-Promotor I, yang dengan penuh keibuan memberikan perhatian, dorongan, tenaga, dan saran sesuai keahliannya yang sangat berharga demi terselesaikannya penulisan disertasi ini. Semoga Allah yang Maha Kasih dan Maha Penyayang membalas budi baik beliau.

Prof. Umar Nimran, MA, PhD, Guru Besar dalam Ilmu Administrasi Bisnis pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang, selaku Ko-Promotor II, yang secara tulus telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran dan keahlian beliau dalam membimbing dan mendorong dengan penuh atensi dan yang sangat berharga demi terselesaikannya disertasi ini. Semoga Allah Yang Maha Kasih dan Maha Penyayang membalas budi baik beliau.

Saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Pemerintah Republik Indonesia c.q. Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur melalui Biro Kepegawain dan Pemerintah Kabupaten Flores Timur yang telah memberikan bantuan finansial, sehingga dapat meringankan beban saya dalam menyelesaikan disertasi ini.

Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. Med. Puruhito, dr, SpB, mantan Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. Sudarto, dr, DTM&H dan Prof. Bambang Rahino Setokoesoemo, dr., atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Doktor.

Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Prof. Dr. Muhammad Amin, dr,Sp.P(K), dan mantan Direktur Prof. Dr. Soedijono Tirtowidardjo, dr., Sp.THT(K), beserta staf, atas fasilitas dan layanan yang diberikan kepada saya selama menjadi mahasiswa Program Doktor pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Prof. Dr. Juliati Assegaf, dr., Sp.PA(K), FIAC dan Prof. Dr. Pitono Soeparto, Sp.A(K) selaku Ketua dan Mantan Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran, Program Pascasarjana Universitas Airlangga, yang telah memberikan bimbingan, dorongan, dan pengarahan selama menempuh studi ini.

Widodo J. Pudjirahardjo, dr., M.S., MPH., DrPH selaku Guru, Konsultan dalam bidang metodologi penelitian dan statistik, yang secara tulus meluangkan waktu, tenaga, serta pikiran dalam memberikan dorongan, bimbingan dan saran yang berharga demi terselesaikannya penulisan disertasi ini. Semoga Allah Yang Maha Kasih dan Maha Penyayang membalas budi baik beliau.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan tulus ikhlas dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya ucapkan kepada:

Prof. Dr. Askandar Tjokroprawiro, dr, SpPD-KE, Guru Besar yang pertama kali memberikan motivasi kepada saya untuk mengikuti jenjang pendidikan Doktor di Program Pascarsajana UNAIR; Dr. Agus Y.G. Berek mantan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur serta Robert Li, SH mantan Kepala Biro Kepegawaian Setda Provinsi Nusa Tenggara Timur yang mendukung gagasan awal menempu jenjang studi ini.

Para dosen pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga, yakni: Prof. Bambang Rahino Setokoesoemo; Prof. Dr. Pitono Soeparto, dr., Sp.A(K); Prof Eddy Pranowo Soedibyo, dr., MPH.; Prof. Dr. Rika Subarnati Triyoga, dr.,SKM; Prof. Umar Nimran, MA. PhD; Prof. V. Henky Supit, Ak; Prof. Koento Wibisono; Widodo J. Pudjirahardjo, dr., M.S., MPH, DrPH; Dr. Stefanus Supriyanto, dr., MS; Prof. Soetandyo Wignjosoebroto, MPA.; (Alm) Prof. Dr. Suwoto, SH, MS; Prof. Dr. Philipus M. Hadjon, SH; Prof. Hermien Hadiyati Koeswadji, SH; Prof. Dr. M. Zainuddin, Apt.; Prof. Dr. Sarmanu, drh., MS; Fuad Amsyari, dr. MPH, PhD; Koentoro, dr., MPH, DrPH; Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS; Prof. Dr. Josep Glinka, SVD; dr. Siti Parani, MS. PhD; Dr. L. Dyson, MA; Armanu Thoyib, SE., MSc., PhD yang telah memberikan bimbingan dan wawasan selama saya menempuh studi ini.

Gubernur Provinsi Nusa Tenggara Timur, Piet A. Tallo, SH serta mantan Gubernur Mayjen TNI (Purn) Herman Musakabe, Bupati Flores Timur Felix Fernandez, SH., CN dan mantan Bupati Drs Hendrikus Henky Mukin, SH atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti pendidikan program Doktor.

Para karyawan dan karyawan Program Pascasarjana Universitas Airlangga, yang selalu memberikan bantuan administratif dan lainnya.

Ucapak terima kasih juga saya sampaikan kepada:

Sejawat peserta Program Studi Ilmu Kedokteran, Program Studi Ilmu Ekonomi, dan Program Studi Ilmu Hukum Program Strata Tiga Program Pascasarjana Universitas Airlangga angkatan 1997/1998 yang telah banyak memberikan semangat dan kerja sama selama menempuh studi pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

Pada kesempatan ini saya menyatakan rasa hormat dan terima kasih yang tiada terhingga kepada almarhumah Ibunda Reyneldis Mami Boleng dan almarhum Ayahanda Wenceslaus Fernandez, yang telah memberikan kasih sayang dan pendidikan yang sangat bermanfaat. Semoga Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang membalas budi baik mereka.

Ucapan terima kasih kepada isteri tercinta Simplicia Maria Anggrahini Wignyosuryanto dr., SpA beserta kedua putera Primeiro Wahyubinataro Fernandez dan Diogo Adiwicaksana Fernandez yang telah mendukung, membantu dengan doa dan dorongan serta semangat kepada saya dalam menyelaikan studi ini. Semoga Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang melimpahkan berkat dan rahmatNya kepada mereka.

Tak lupa saya ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu, atas segala bantuan selama penelitian pendahuluan, penelitian lapangan, analisis data dan penulisan disertasi ini.

Puji syukur kepada Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang yang selalu melimpahkan karunia dan rahmatNya serta selalu memberikan kekuatan kepada kita semua.

Semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi yang membutuhkan, dan dengan segala kerendahan hati saya mengharapkan kritikan dan saran dari berbagai pihak demi lebih sempurnanya penelitian dan pengembangan ilmu, khususnya dalam bidang kedokteran dan manajemen sumber daya manusia rumah sakit di masa yang akan datang.

RINGKASAN

Tekanan perubahan lingkungan eksternal sistem perumahsakitkan menuntut penyesuaian internal agar organisasi, termasuk organisasi rumah sakit pemerintah kabupaten dapat terus bertumbuh dan berkinerja tinggi. Untuk suatu perubahan yang *appropriate* tiga aspek harus berjalan simultan yaitu struktur, sistem yang beroperasi, dan budaya organisasi. Penelitian ini mengkaji aspek ketiga yaitu budaya organisasi sebagai salah satu yang perlu disesuaikan atau dibangun agar lebih *fit* dengan lingkungan eksternal tersebut dengan mengembangkan suatu budaya organisasi yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan (pemasaran).

Masalahnya, sebagai suatu organisasi nirlaba budaya organisasi rumah sakit kabupaten saat ini masih lama yaitu budaya 'pekerja sosial' dan bahkan terjebak dalam 'budaya birokratik pemerintahan' sehingga belum berorientasi pemasaran (*empirik*). Namun di sisi lain untuk mendesain suatu *cultural reshaping* juga belum ditemukan suatu model yang sesuai untuk merubah budaya rumah sakit kabupaten agar berorientasi kepada kepuasan pasien-pelanggannya (*teoritik*).

Menggunakan metode penelitian meso yang merupakan gabungan antara metode makro (kuantitatif) dan mikro (kualitatif), penelitian ini bertujuan untuk mencoba menguji suatu model hipotetik yang mendiagnosis hubungan kausal antara budaya dengan kinerja rumah sakit kabupaten dan berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kedua variabel tersebut yaitu komitmen manajemen, komitmen individual pada rumah sakit, asumsi dan nilai subjektif individu, ketergantungan ekonomik pada rumah sakit, dan psikografi. Dengan menggunakan analisis jalur (*path analysis*) secara multi level

yakni dari perspektif responden total, regional, kelompok profesi, level manajemen, dan rumah sakit sebagai kesatuan analisis dibangun suatu model tesis antar-hubungan berbagai variabel terkait dengan budaya dan kinerja nirlaba rumah sakit

Hasil substansial teoritik adalah berbagai model-tesis untuk mendiagnosis budaya organisasi rumah sakit nirlaba dalam hubungannya dengan kinerja. Model diagnostik dari perspektif responden total adalah terdapat pengaruh tak langsung komitmen manajemen terhadap kinerja melalui variabel antara: komitmen manajemen - budaya organisasi - kinerja rumah sakit, melalui jalur komitmen manajemen - komitmen individu-budaya- kinerja rumah sakit, dan melalui jalur komitmen manajemen - komitmen individu - kinerja rumah sakit maupun pengaruh langsung komitmen manajemen - kinerja rumah sakit

Terdapat pengaruh tak langsung asumsi dan nilai subjektif individu terhadap kinerja rumah sakit yaitu: melalui jalur budaya individu - komitmen individu - budaya rumah sakit, melalui jalur budaya individu - komitmen individu - kinerja rumah sakit dan pengaruh langsung asumsi dan nilai subjektif individu terhadap kinerja rumah sakit. Terdapat pengaruh ketergantungan ekonomik langsung terhadap kinerja sebesar tanpa melalui variabel komitmen individu maupun budaya rumah sakit. Terdapat pengaruh tak langsung psikografi terhadap kinerja rumah sakit yaitu: melalui jalur psikografi - komitmen individu - budaya rumah sakit - kinerja, melalui jalur psikografi - komitmen individu - kinerja tanpa ada pengaruh langsung. Psikografi berpengaruh *negatif* terhadap budaya rumah sakit.

Terdapat pengaruh tak langsung komitmen individu pada kinerja rumah sakit melalui jalur komitmen individu - budaya - kinerja rumah sakit dan pengaruh langsung

komitmen individu - kinerja rumah sakit. Terdapat pengaruh langsung antara budaya dan kinerja rumah sakit, *sementara* antara kinerja dan "kinerja klasik" tidak terdapat hubungan kecuali dengan komponen Kunjungan Rawat Jalan.

Di samping itu terdapat berbagai perbedaan hasil dari berbagai level analisis baik berupa hasil uji-beda berbagai variabel maupun teoritisasinya memberikan implikasi teoritis-metodis antara lain bahwa penggunaan analisis multi level dalam studi budaya organisasi menjembatani pendekatan kuantitatif-superfisial dan pendekatan kualitatif-profundus. Akhirnya hasil penelitian ini membawa pula implikasi bagi riset dan kajian rumah sakit dan pembuatan kebijakan, dan implikasi praktis bagi pengembangan organisasi rumah sakit kabupaten.

Kata kunci: perubahan, budaya organisasi, kinerja rumah sakit nirlaba, komitmen individu, asumsi dan nilai subjektif individu, ketergantungan ekonomik, psikografi, komitmen manajemen, analisis multi level, model diagnostik (tesis)

ABSTRACT

External environment demands for a change and enhancement on hospitalization system have forced some internal adaptations of the organization to the demands, including the system of district governmental hospital organization. Such change and enhancement are needed in order to continuously develop high performance services. For an appropriate change there are three aspects that should be simultaneously working, that is, the structure of the organization, the operating system of the organization and the culture of the organization. This research is about the third aspect—the organizational culture, which is considered as the one that is needed to be adapted or developed in order to meet the external environment demands. The organizational culture that should be developed is a customer satisfaction-oriented culture (marketing orientation).

However, nowadays, as a non-profit organization, the district governmental hospitals are still working with an old culture: the social worker culture and even trapping in the governmental bureaucratic culture so that they are not marketing oriented yet. On the other hand, in order to redesign and reshape the organizational culture of the district governmental hospital to patient-customer satisfaction oriented, there is not any model found yet (theoretical).

This research is aimed to test a hypothetical model of diagnosing causal relationship between the hospital culture and performance and various determinant factors of those two variables namely individual commitment, individual assumption and value system, economic dependency on the hospital, psychograph, and management commitment. By using path analysis in multi level way, that is, from total respondent perspective, regional perspective, professional group perspective, level of management perspective, and hospital as an analysis unit perspective, this study, then, developing a model thesis of relationship among the various related variable to culture and non-profit performance of the hospitals.

Theoretical result from total respondent perspective is that there is an effect of management commitment on non-profit performance indirectly through management commitment -- organization culture – non-profit performance pathway, through management commitment --individual commitment—culture – non-profit performance pathway, and through management commitment—individual commitment ---non-profit performance, and directly through management commitment -- non-profit performance pathway.

The effect of basic individual assumptions and individual value system on non-profit performance of district governmental hospital is indirectly through basic individual

Assumptions and individual value system -- organizational commitment -- organizational culture pathway, and indirectly through organizational culture -- non-profit performance pathway.

The effect of economic dependency on job that directs to non-profit performance pathway is not passing through the organizational commitment pathway or organizational culture as well.

The effect of the individual psychograph on non-profit performance is indirectly through psychograph -- organizational commitment -- organizational culture -- non-profit performance pathway, through individual psychograph -- organizational commitment non-profit performance pathway, without the direct effect pathway.

The individual psychograph has negative effect toward the organizational culture of the hospital.

There are indirect effect between organizational commitment and non-profit performance through organizational commitment -- organizational culture -- non-profit performance pathway, and direct effect between organizational commitment and non-profit performance of the district governmental hospital pathway.

There are direct influence between the organizational culture and the non-profit performance of district governmental hospital.

Besides, the different analyses in terms of multi level views or of various variables or theoretical result, this research gives theoretical implication for further research in hospital developmental studies and policy formulation. It also gives practical usefulness for district hospital management.

Key words:

Change, organizational culture, the non-profit performance, marketing orientation, organizational commitment, individual basic assumptions and subjective value system, economic dependency, psychograph, management commitment, multi level analysis.

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam.....	ii
Prasyarat Gelar	iii
Persetujuan.....	iv
Penetapan Panitia.....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Ringkasan.....	ix
Abstract.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xxii
DAFTAR TABEL.....	xxiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Kajian Masalah.....	11
1.2.1. Aspek eksternal	11
1.2.2. Aspek internal	12
1.3. Permasalahan (Research Questions).....	23
1.4. Tujuan Penelitian	27
1.4.1. Tujuan umum	27
1.4.2. Tujuan khusus	29
1.5. Manfaat Penelitian	30
1.5.1. Manfaat teoritik	30
1.5.2. Manfaat praktik	31
BAB 2 TINJAUAN KEPUSTAKAAN	34
2.1. Gambaran Umum Perumhaskitan di Indonesia.....	34
2.1.1. Kebijakan perumhaskitan di Indonesia.....	37
2.1.2. Populasi rumah sakit pemerintah di kepulauan Nusa Tenggara	39
2.2. Budaya Organisasi.....	41
2.2.1. Macam-macam budaya organisasi.....	51
2.2.2. Perubahan dan rekayasa budaya organisasi	53
2.2.3. Budaya organisasi dalam sektor jasa	57
2.2.4. Budaya organisasi rumah sakit.....	59
2.2.5. Model budaya rumah sakit menurut Leebov & Scott.....	61
2.2.6. Sumber daya manusia dan budaya organisasi	75
2.2.7. Nilai sebagai pedoman tingkah laku	75
2.3. Komitmen Individu Pada Organisasi	77
2.4. Komitmen Manajemen	81

2.5. Pemasaran Rumah Sakit dan Konsep Kepuasan Konsumen	85
2.5.1. Tujuan, tipe, dan sasaran pemasaran	86
2.5.2. Kendala pemasaran	90
2.6. Kinerja Rumah Sakit.....	91
2.6.1. Kepuasan pelanggan sebagai indikator kinerja.....	91
2.6.2. Produktivitas sebagai indikator kinerja.....	94
2.6.3. Mutu sebagai indikator kinerja.....	95
2.6.4. Kepuasan pelanggan internal dan proses bisnis sebagai ukuran kinerja.....	100
2.6.5. Kinerja etika medik dan keperawatan.....	101
2.6.6. Kinerja pembelajaran organisasi.....	104
2.7. Kajian Penelitian Terdahulu	106
2.7.1. Chatman dan Jehn (1994).....	106
2.7.2. Vestal, dkk (1997).....	113
2.7.3. Kotter dan Heskett (1992)	115
2.7.4. Taft, dkk (1999).....	116
2.7.5. Nystrom (1993)	119
2.7.6. DiBella (1993).....	119
2.8. Teori Multi Level	121
2.8.1. Manfaat-manfaat teori multi level.....	122
2.8.2. Cakupan, sofistikasi, dan seluk-beluk teori multi level.....	123
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	128
3.1. Kerangka Konseptual	128
3.2. Hipotesis Penelitian	131
BAB 4 METODE PENELITIAN	132
4.1. Rancang Bangun	132
4.2. Populasi dan Sampel	138
4.2.1. Populasi	138
4.2.2. Analisis Multi level.....	139
4.2.3. Sampel, besar sampel, dan deskripsi sampel	140
4.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel	142
4.3.1. Klasifikasi variabel	142
4.3.2. Definisi operasional variabel, indikator, skala pengukuran	144
4.3.2.1. Komitmen manajemen untuk membangun budaya organisasi yang berorientasi pada pasar	144
4.3.2.2. Budaya organisasi	150
4.3.2.3. Komitmen individu pada organisasi.....	157
4.3.2.4. Faktor determinan.....	159
4.3.2.5. Kinerja organisasi	163
4.4. Kerangka Operasional Penelitian	166
4.5. Metode Analisis Data	167

5.3.5.(3). Asumsi dan nilai subjektif individual menurut level manajemen.....	246
5.3.6. Ketergantungan ekonomik.....	254
5.3.6.(1). Ketergantungan ekonomik menurut wilayah...	254
5.3.6.(2). Ketergantungan ekonomik menurut kelompok profesi.....	256
5.3.6.(3). Ketergantungan ekonomik menurut level manajemen.....	257
5.3.7. Psikografi.....	259
5.3.7 (1). Psikografi menurut wilayah.....	260
5.3.7.(2). Psikografi menurut profesi.....	264
5.3.7.(3). Psikografi menurut level manajemen.....	268
5.4 Kategori Hasil Pengukuran Variabel Penelitian.....	273
5.4.1. Kategori budaya organisasi.....	273
5.4.1.(1).Kategori budaya organisasi menurut wilayah.....	273
5.4.1.(2).Kategori budaya organisasi menurut kelompok profesi.....	273
5.4.1.(3).Kategori budaya organisasi menurut level manajemen.....	275
5.4.2.Kategori kinerja organisasi.....	276
5.4.2.(1).Kategori kinerja organisasi menurut wilayah.....	276
5.4.2.(2).Kategori kinerja organisasi menurut kelompok profesi.....	277
5.4.2.(3).Kategori kinerja organisasi menurut level manajemen.....	280
5.4.3. Kategori komitmen manajemen.....	281
5.4.3.(1).Kategori komitmen manajemen menurut kelompok profesi.....	281
5.4.3 (2) Kategori komitmen manajemen menurut level manajemen.....	282
5.4.4. Kategori komitmen individual.....	283
5.4.4.(1).Kategori komitmen individual menurut wilayah...	283
5.4.4.(2).Kategori komitmen individual menurut kelompok profesi.....	284
5.4.4.(3).Kategori komitmen individual menurut level manajemen.....	285
5.4.5.Kategori asumsi dan nilai subjektif individual.....	285
5.4.5.(1).Kategori asumsi dan nilai subjektif menurut wilayah.....	285
5.4.5.(2).Kategori asumsi dan nilai subjektif menurut kelompok profesi.....	286
5.4.5.(3).Kategori asumsi dan nilai subjektif menurut level manajemen.....	287
5.4.6.Kategori ketergantungan ekonomik.....	288

5.4.6.(1).Kategori ketergantungan ekonomi menurut wilayah.....	288
5.4.6.(2).Kategori ketergantungan ekonomi menurut kelompok profesi.....	289
5.4.6.(3).Kategori ketergantungan ekonomi menurut level manajemen.....	289
5.4.7.Kategori psikografi.....	290
5.4.7.(1).Kategori psikografi menurut wilayah.....	290
5.4.7.(2).Kategori psikografi menurut kelompok profesi..	291
5.4.7.(3).Kategori psikografi menurut level manajemen.....	291
5.5 Analisis Pengaruh Menggunakan Analisis Jalur (<i>Path Analysis</i>)	293
5.5.1. <i>Confirmatory Factors Analysis (CFA)</i>	293
5.5.1.(1). CFA budaya organisasi.....	293
5.5.1.(2). CFA kinerja organisasi.....	295
5.5.1.(3). CFA komitmen manajemen.....	296
5.5.1.(4). CFA komitmen individual.....	297
5.5.1.(5). CFA asumsi dan nilai subjektif individu.....	298
5.5.1.(6). Variabel psikografi.....	298
5.5.1.(7). CFA subvariabel idealisme.....	299
5.5.2 Analisis jalur.....	299
5.5.2.(1).Hipotesis 1: pengaruh komitmen manajemen terhadap kinerja organisasi.....	318
5.5.2 (2).Hipotesis 2: pengaruh komitmen individual terhadap kinerja organisasi.....	320
5.5.2.(3).Hipotesis 3: pengaruh asumsi dan nilai subjektif individu terhadap komitmen individual..	321
5.5.2.(4).Hipotesis 4: pengaruh ketergantungan ekonomik terhadap komitmen individual.....	322
5.5.2 (5).Hipotesis 5: pengaruh psikografi individu terhadap komitmen individual.	322
5.5.2.(6).Hipotesis 6: pengaruh budaya organisasi terhadap kinerja.....	323
5.5.2.(7).Pengaruh langsung faktor determinan terhadap kinerja organisasi.....	324
5.5.2.(8).Analisis jalur <i>non hypothesized</i>	327
5.5.3 Model akhir.....	333
5.5.4 Analisis jalur setiap variabel dari perspektif total responden.....	337
5.5.4.1. Budaya rumah sakit.....	337
5.5.4.2 Kinerja rumah sakit.....	337
5.5.4.3. Komitmen manajemen.....	337
5.5.4.4. Komitmen individual.....	338

5.5.4.5. Faktor determinan.....	338
5.5.5 Analisis jalur setiap perspektif.....	339
5.5.5.(1).Analisis jalur dari perspektif wilayah.....	339
5.5.5.(2).Analisis jalur dari perspektif kelompok profesi..	341
5.5.5.(3).Analisis jalur dari perspektif level manajemen...	345
BAB 6 PEMBAHASAN	352
6.1. Pembahasan Analisis Deskriptif Dan Uji Beda	353
6.1.1. Budaya organisasi	353
6.1.2. Kinerja rumah sakit.....	359
6.1.3. Komitmen manajemen.....	372
6.1.4. Komitmen individual.....	374
6.2. Pembahasan Hasil Analisis Jalur	380
6.2.1 Hipotesis 1.....	381
6.2.2.Hipotesis 2.....	386
6.2.3.Hipotesis 3.....	388
6.2.4.Hipotesis 4.....	388
6.2.5.Hipotesis 5.....	389
6.2.6.Hipotesis 6.....	389
6.3. Pembahasan Komprehensif Hasil Analisis Deskriptif dan Inferensial	390
6.3.1. Pengaruh budaya organisasi terhadap kinerja	390
6.3.1.1. Budaya organisasi terhadap wilayah.....	391
6.3.1.2. Budaya organisasi terhadap kelompok profesi..	401
6.3.1.3. Budaya organisasi terhadap level manajemen..	409
6.3.1.4. Budaya organisasi terhadap rumah sakit.....	415
6.3.2. Komitmen individu pada organisasi.....	416
6.3.2.1. Komitmen individu terhadap wilayah.....	416
6.3.2.2. Komitmen individu terhadap kelompok profesi..	418
6.3.2.3. Komitmen individu terhadap level manajemen..	420
6.3.3. Pengaruh faktor determinan terhadap komitmen individu..	421
6.3.3.1. Asumsi dan nilai subjektif terhadap komitmen individu.....	421
6.3.3.2. Ketergantungan ekonomik terhadap komitmen individu.....	424
6.3.3.3. Psikografi terhadap komitmen individu.....	427
6.3.3.4. Karakteristik individu terhadap komitmen individu.....	428
6.3.3.5. Komitmen manajemen terhadap komitmen individu.....	432
6.3.4. Pengaruh dari komitmen individu.....	436
6.3.4.1. Komitmen individu terhadap budaya organisasi...	436
6.3.4.2. Komitmen individu terhadap kinerja.....	437

6.3.5. Pengaruh langsung (Non Hypothesis).....	440
6.3.5.1. Asumsi dan nilai subjektif terhadap budaya organisasi	440
6.3.5.2. Asumsi dan nilai subjektif terhadap kinerja	441
6.3.5.3. Ketergantungan ekonomik terhadap budaya organisasi	442
6.3.5.4. Ketergantungan ekonomi terhadap kinerja.....	443
6.3.5.5. Psikografi terhadap budaya organisasi.....	444
6.3.5.6. Psikografi terhadap kinerja organisasi.....	445
6.3.6. Komitmen manajemen.....	447
6.3.6.1. Komitmen manajemen terhadap komitmen individu.....	448
6.3.6.2. Komitmen manajemen terhadap wilayah	449
6.3.6.3. Komitmen manajemen terhadap profesi.....	452
6.3.6.4. Komitmen manajemen terhadap level manajemen.....	455
6.3.6.5. komitmen manajemen terhadap rumah sakit total	458
6.3.7. Kinerja organisasi.....	459
6.4. Dampak Bagi Pengembangan Teori.....	464
6.5. Dampak Bagi Kebijakan.....	467
6.5.1. Faktor struktur organisasi.....	469
6.5.2. Faktor sistem dalam organisasi.....	472
6.6. Dampak Manajerial.....	477
6.7. Keterbatasan Penelitian.....	481
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	483
7.1. Simpulan	483
7.1.1. Simpulan hipotesis.....	483
7.1.2. Simpulan model tesis.....	489
7.2. Kontribusi Hasil Penelitian	491
7.3. Saran	492
7.3.1. Saran bagi penelitian berikutnya.....	492
7.3.2. Saran bagi kebijakan perumahsakitn.....	493
7.3.3. Saran bagi manajemen.....	494
DAFTAR KEPUSTAKAAN	501

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Analisis Faktor untuk Konfirmasi (<i>CFA: Confirmatory Factor Analysis</i>).....	510
Lampiran 2	: Path Analysis.....	520
Lampiran 3	: Kuesioner.....	532
Lampiran 4	: Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	573
Lampiran 5	: Peta Teori.....	581
Lampiran 6	: Hasil Uji Korelasi.....	586
Lampiran 7	: Goodness of Fit Test (Uji Model).....	587
Lampiran 8	: Daftar Singkatan.....	588
Lampiran 9	: Izin Penelitian.....	589
Lampiran 9.1	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Bajawa.....	590
Lampiran 9.2	: Izin Penelitian RSUD Umu Rara Meha Waingapu.....	591
Lampiran 9.3	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Waikabubak.....	592
Lampiran 9.4	: Izin Penelitian RSUD dr. T.C. Hillers Maumere.....	593
Lampiran 9.5	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Larantuka.....	594
Lampiran 9.6	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Ende.....	595
Lampiran 9.7	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Soe.....	596
Lampiran 9.8	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Kefamenanu.....	597
Lampiran 9.9	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Kalabahi.....	598
Lampiran 9.10	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Ruteng.....	599
Lampiran 9.11	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Atambua.....	600
Lampiran 9.12	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Baa.....	601
Lampiran 9.13	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Bima.....	602
Lampiran 9.14	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Dompu.....	603
Lampiran 9.15	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa.....	604
Lampiran 9.16	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Selong.....	605
Lampiran 9.17	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Praya.....	606
Lampiran 9.18	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Karangasem.....	607
Lampiran 9.19	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Kabupaten Klungkung.....	608
Lampiran 9.20	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani.....	609
Lampiran 9.21	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Bangli.....	610
Lampiran 9.22	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya.....	611
Lampiran 9.23	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Tabanan.....	612
Lampiran 9.24	: Izin Penelitian RSUD Kabupaten Buleleng.....	613
Lampiran 9.25	: Izin Penelitian Rumah Sakit Umum Negara.....	614

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 1.1	: Profil Budaya RS Kabupaten se-Provinsi NTT, 1999	7
Gambar 1.2	: Profil Komitmen Individual Manajer terhadap Rumah Sakit Kabupaten se-Provinsi NTT, 1999	10
Gambar 2.1	: Levels of Organization Culture	43
Gambar 2.2	: The Three Levels of Culture & Its Interaction with the External Environment	44
Gambar 2.3	: Three Levels of Uniqueness in human mental programming	45
Gambar 2.4	: The Role of Culture in Transforming Strategic Intent to Performance	47
Gambar 2.5	: Values Provide Flexibility as Environmental Factors Change....	54
Gambar 2.6	: Building Blocks Budaya Organisasi.....	55
Gambar 2.7	: Model 10 Pillars Continuous Services Improvement	63
Gambar 2.8	: Major Determinants During The Early Employment Period.....	80
Gambar 2.9	: Kelanggengan Organisasi Melalui Pertukaran.....	89
Gambar 2.10	: Examples of Exchange Transaction.....	90
Gambar 2.11	: Model Dasar Perbaikan Mutu	97
Gambar 2.12	: Comparisons of Industry Differences in Organization Culture ...	113
Gambar 2.13	: A Profile of VA's Current, Target, and Ideal Culture	115
Gambar 2.14	: Hierarchical Orders of Core Organizational Values of HHHC ...	118
Gambar 2.15	: A Scheme of How Cultural Assumptions Impact Management Practices	121
Gambar 3.1	: Kerangka Konseptual Penelitian	130
Gambar 4.1	: Kerangka Operasional Penelitian	167
Gambar 5.1.	: Grafik Tingkat Budaya Organisasi Menurut Wilayah.....	193
Gambar 5.2.	: Grafik Tingkat Budaya Organisasi Menurut Kelompok Profesi ..	198
Gambar 5.3.	: Grafik Tingkat Budaya Organisasi Menurut Level Manajemen. .	204
Gambar 5.4.	: Grafik Tingkat Kinerja Organisasi Menurut Wilayah.....	209
Gambar 5.5.	: Grafik Tingkat Kinerja Organisasi Menurut Kelompok Profesi...	214
Gambar 5.6.	: Grafik Tingkat Kinerja Organisasi Menurut Level Manajemen...	219
Gambar 5.7.	: Grafik Tingkat Komitmen Manajemen Menurut Wilayah.....	221
Gambar 5.8	: Grafik Tingkat Komitmen Manajemen Menurut Kelompok Profesi.	225
Gambar 5.9.	: Grafik Tingkat Komitmen Manajemen Menurut Level Manajemen.. ..	228
Gambar 5.10	: Grafik Tingkat Komitmen Individual Menurut Wilayah	233
Gambar 5.11	: Grafik Tingkat Komitmen Individual Menurut Kelompok Profesi	238

Gambar 5.12.	: Grafik Tingkat Komitmen Individual Menurut Level Manajemen.....	243
Gambar 5.13.	: Grafik Tingkat Asumsi dan Nilai Subjektif Individual Menurut Wilayah.....	245
Gambar 5.14.	: Grafik Tingkat Asumsi dan Nilai Subjektif Individual Menurut Kelompok Profesi.....	246
Gambar 5.15.	: Grafik Tingkat Asumsi dan Nilai Subjektif Individual Menurut Level Manajemen.....	253
Gambar 5.16.	: Grafik Tingkat Ketergantungan Ekonomik Menurut Wilayah...	255
Gambar 5.17.	: Grafik Tingkat Ketergantungan Ekonomik Menurut Kelompok Profesi.....	257
Gambar 5.18.	: Grafik Tingkat Ketergantungan Ekonomik Menurut Level Manajemen.....	259
Gambar 5.19.	: Grafik Tingkat Psikografi Menurut Wilayah	264
Gambar 5.20.	: Grafik Tingkat Psikografi Menurut Kelompok Profesi.....	267
Gambar 5.21.	: Grafik Tingkat Psikografi Menurut Level Manajemen.....	272
Gambar 5.22.	: Model Hipotetik.....	300
Gambar 5.23.	: Model Tesis.....	335
Gambar 6.1-2	: Proses budaya pertemuan dua subkultur: "kekuasaan birokrasi" vs "pelayanan" dalam budaya organisasi rumah sakit kabupaten (Latar belakang RSUD Amlapura – Karangasem - Bali).....	356
Gambar 6.3	: Budaya militer di rumah sakit kabupaten, direktur RSUD "Sanjiwani" Gianyar jadi komandan upacara.....	363
Gambar 6.4-5	: Mushola di tengah kompleks RSUD Bima: sumber inspirasi pelayanan.....	366
Gambar 6.6-7	: Orientasi pemasaran rumah sakit artinya: memahami dan memenuhi semua kebutuhan pasien, kunci sukses rumah sakit di masa depan.....	369
Gambar 6.8-9	: Upacara "Tumplek Landep" bagian dari ritual budaya eksternal yang dijadikan bagian dari ritual budaya organisasi rumah sakit di Bali.....	393
Gambar 6.10	: Upacara pemercikan air suci di instalasi kamar bedah oleh Uskup Manggarai dan paduan suara perawat dan pasien dalam "Misa" pemberkatan berbagai gedung baru RSUD Ruteng.....	394
Gambar 6.1-4	: Ritual dalam Budaya Eksternal Menyatu dengan Ritual Budaya Organisasi	367
Gambar 6.5-7	: Ritual dalam Budaya Eksternal Menyatu dengan Ritual Budaya Organisasi	368
Gambar 6.8.	: Budaya Militer di Rumah Sakit Kabupaten; Direktur RSUD Gianyar memimpin "upacara".....	377

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	: Pertumbuhan Rumah Sakit di Indonesia.	35
Tabel 2.2.	: Kepemilikan Rumah Sakit dan Jenisnya di Indonesia : Tahun 1997.....	36
Tabel 2.3	: Angka Penggunaan Tempat Tidur RS Pemerintah 88-97	37
Tabel 2.4	: Daftar Populasi Rumah Sakit Umum Kabupaten Kota : di Provinsi NTT, NTB dan Bali.....	40
Tabel 2.5	: Type of Subculture	49
Tabel 2.6	: Karakter dan Organization Culture Profile (OCP).....	57
Tabel 2.7	: Examples of Cultural Assumptions.....	120
Tabel 4.1	: Metode Analisis Data	170
Tabel 5.1	: Daftar Rumah Sakit Umum Kabupaten Kota dan Responden...	173
Tabel 5.2	: Karakter Umur Responden menurut Provinsi.....	175
Tabel 5.3	: Karakter Jenis Kelamin Responden menurut Provinsi.....	176
Tabel 5.4	: Karakter Status Perkawinan Responden menurut Provinsi.....	176
Tabel 5.5	: Karakter Agama Responden menurut Provinsi	177
Tabel 5.6	: Karakter Tingkat Pendidikan Formal Responden menurut Provinsi.	177
Tabel 5.7	: Karakter Profesi Responden menurut Provinsi	179
Tabel 5.8	: Karakter Pendidikan Profesi Responden menurut Provinsi.....	180
Tabel 5.9	: Karakter Lama Bekerja Dalam Profesi Responden menurut Provinsi.....	180

Tabel 5.10	: Karakter Lama Bekerja Responden di Rumah Sakit menurut Provinsi.....	181
Tabel 5.11	: Karakter Jabatan Struktural Responden menurut Provinsi.....	182
Tabel 5.12	: Karakter Jumlah Diklat Jabatan Struktural Responden menurut Provinsi.....	183
Tabel 5.13	: Karakter Jumlah Diklat Jabatan Fungsional Responden menurut Provinsi.....	184
Tabel 5.14	: Karakter Jumlah Bahasa di Tempat Kerja Responden menurut Provinsi.....	185
Tabel 5.15	: Rerata Budaya Organisasi menurut Wilayah.....	188
Tabel 5.16	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Budaya Organisasi menurut Provinsi NTB dan Provinsi Bali.....	190
Tabel 5.17	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Budaya Organisasi menurut Provinsi NTT dan Provinsi Bali.....	191
Tabel 5.18	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Budaya Organisasi menurut Provinsi NTT dan Provinsi NTB.....	192
Tabel 5.19	: Rerata Budaya Organisasi menurut Kelompok Profesi.....	194
Tabel 5.20	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Budaya Organisasi menurut Profesi Medik (M) dan Paramedik (Pm).....	195
Tabel 5.21	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Budaya Organisasi menurut Profesi Medik (M) dan Lainnya (L).....	196
Tabel 5.22	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Budaya Organisasi menurut Profesi Paramedik (Pm) dan Lainnya (L).....	197
Tabel 5.23	: Rerata Budaya Organisasi menurut Level Manajemen.....	199
Tabel 5.24	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Budaya Individu Antara Level Manajemen 1 dan 4.....	200
Tabel 5.25	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Budaya Individu antara Level Manajemen 2 dan 4	201

Tabel 5.26	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Budaya Individu antara Level Manajemen 3 dan 4	202
Tabel 5.27	: Rerata Kinerja Organisasi menurut Wilayah	205
Tabel 5.28	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Kinerja Organisasi menurut Provinsi NTT dan Provinsi NTB.....	206
Tabel 5.29	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Kinerja Organisasi menurut Provinsi NTT dan Provinsi Bali.....	207
Tabel 5.30	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Kinerja Organisasi menurut Provinsi NTB dan Provinsi Bali.....	208
Tabel 5.31	: Rerata Kinerja Organisasi menurut Kelompok Profesi.....	210
Tabel 5.32	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Kinerja Organisasi menurut Profesi Medik (M) dan Paramedik (Pm).....	211
Tabel 5.33	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Kinerja Organisasi menurut Profesi Medik (M) dan Lainnya (L).....	212
Tabel 5.34	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Kinerja Organisasi menurut Profesi Paramedik (Pm) dan Lainnya (L).....	213
Tabel 5.35	: Rerata Skor Kinerja Organisasi menurut Level Manajemen.....	214
Tabel 5.36	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Kinerja Organisasi antara Level Manajemen 1 Dan 4.....	215
Tabel 5.37	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Kinerja Organisasi antara Level Manajemen 2 dan 4.....	217
Tabel 5.38	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Kinerja Organisasi antara Level Manajemen 3 dan 4.....	218
Tabel 5.39	: Rerata Skor Komitmen Manajemen menurut Wilayah.....	219
Tabel 5.40	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Manajemen menurut Provinsi NTT dan Provinsi NTB.....	220
Tabel 5.41	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Manajemen menurut Provinsi NTT dan Provinsi Bali.....	220

Tabel 5.42	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Manajemen menurut Provinsi NTB dan Provinsi Bali.....	221
Tabel 5.43	: Kategori Komitmen Manajemen menurut Kelompok Profesi....	222
Tabel 5.44	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Manajemen menurut Profesi Medik (M) dan Paramedik (Pm).....	223
Tabel 5.45	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Manajemen menurut Profesi Medik dan Lainnya (L).	223
Tabel 5.46	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Manajemen menurut Profesi Paramedik dan Lainnya (L).....	224
Tabel 5.47	: Rerata Skor Komitmen Manajemen menurut Level Manajemen..	225
Tabel 5.48	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Komitmen Manajemen antara Level Manajemen 1 dan 4	226
Tabel 5.49	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Komitmen Manajemen antara Level Manajemen 2 dan 4	227
Tabel 5.50	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Komitmen Manajemen antara Level Manajemen 3 dan 4	228
Tabel 5.51	: Rerata Skor Komitmen Individu pada Organisasi menurut Wilayah.....	229
Tabel 5.52	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Individu menurut Provinsi NTT dan NTB.....	230
Tabel 5.53	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Individu menurut Provinsi NTT dan Bali.....	231
Tabel 5.54	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Individu menurut Provinsi NTB dan Bali.....	232
Tabel 5.55	: Rerata Skor Komitmen Individu pada Organisasi menurut Kelompok Profesi.....	234
Tabel 5.56	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Individu menurut Profesi Medik (M) dan Paramedik (Pm).....	235

Tabel 5.57	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Individu menurut Profesi Medik (M) dan Lainnya (L).....	236
Tabel 5.58	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Komitmen Individu menurut Profesi Paramedik (Pm) dan Lainnya (L).....	237
Tabel 5.59	: Rerata Skor Komitmen Individu Pada Organisasi menurut Level Manajemen.....	238
Tabel 5.60	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Komitmen Individual antara Level Manajemen 1 dan 4	240
Tabel 5.61	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Komitmen Individual antara Level Manajemen 2 dan 4	241
Tabel 5.62	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Komitmen Individual antara Level Manajemen 3 dan 4	242
Tabel 5.63	: Rerata Skor Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif menurut Wilayah.....	244
Tabel 5.64	: Rerata Skor Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif menurut Kelompok Profesi.....	245
Tabel 5.65	: Rerata Skor Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif menurut Level Manajemen	246
Tabel 5.66	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Provinsi NTT dan NTB.....	248
Tabel 5.67	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Provinsi NTT dan Bali.....	248
Tabel 5.68	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Provinsi NTB dan Bali.....	249
Tabel 5.69	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Profesi Medik (M) dan Paramedik (Pm).....	249
Tabel 5.70	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Profesi Medik (P) dan Lainnya (L).....	250

Tabel 5.71	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Profesi Paramedik (Pm) dan Lainnya (L).....	250
Tabel 5.72	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual antara Level 1 dan 4.....	251
Tabel 5.73	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual antara Level 2 dan 4.....	252
Tabel 5.74	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Asumsi dan Nilai Subjektif Individual antara Level 3 dan 5.....	253
Tabel 5.75	: Rerata Skor Variabel dari Faktor Determinan.....	254
Tabel 5.76	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Ketergantungan Ekonomi menurut Provinsi NTT dan NTB.....	254
Tabel 5.77	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Ketergantungan Ekonomi menurut Provinsi NTT dan Bali	255
Tabel 5.78	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Ketergantungan Ekonomi menurut Provinsi NTB dan Bali.....	255
Tabel 5.79	: Skor Variabel Ketergantungan Ekonomi menurut Profesi....	256
Tabel 5.80	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Ketergantungan Ekonomik menurut Profesi Medik (PM) dan Paramedik (Pm)..	256
Tabel 5.81	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Ketergantungan Ekonomik menurut Profesi Medik (PM) dan Lainnya (L)..	256
Tabel 5.82	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Ketergantungan Ekonomik menurut Profesi Paramedik (Pm) dan Lainnya (L).	257
Tabel 5.83	: Skor Variabel Ketergantungan Ekonomik menurut Level Manajemen	258
Tabel 5.84	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Ketergantungan Ekonomik antara Level Manajemen 1 dan 4.....	258
Tabel 5.85	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Ketergantungan Ekonomik antara Level Manajemen 2 dan 4.....	258

Tabel 5.86	: Hasil Uji-T 2 Sampel Bebas untuk Variabel Ketergantungan Ekonomik antara Level Manajemen 3 dan 4.....	259
Tabel 5.87	: Rerata Skor Variabel dari Faktor Determinan Menurut Wilayah.....	260
Tabel 5.88	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Psikografi menurut Provinsi NTT dan NTB.....	261
Tabel 5.89	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Psikografi menurut Provinsi NTT dan Bali.....	262
Tabel 5.90	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Psikografi menurut Provinsi NTB dan Bali.....	263
Tabel 5.91	: Rerata Skor Variabel Psikografi menurut Profesi.....	264
Tabel 5.92	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Psikografi menurut Profesi Medik (M) dan Paramedik (Pm).....	265
Tabel 5.93	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Psikografi menurut Profesi Medik (M) dan Lainnya (L).....	266
Tabel 5.94	: Signifikansi Perbedaan Rerata Variabel Psikografi menurut Profesi Paramedik (Pm) dan Lainnya(L).....	267
Tabel 5.95	: Rerata Skor Variabel Psikografi menurut Level Manajemen	268
Tabel 5.96	: Hasil Uji-F 2 Sampel Bebas untuk Variabel Psikografi antara Level Manajemen 1 dan 4.....	269
Tabel 5.97	: Hasil Uji-F 2 Sampel Bebas untuk Variabel Psikografi antara Level Manajemen 2 dan 4.....	270
Tabel 5.98	: Hasil Uji-F 2 Sampel Bebas untuk Variabel Psikografi antara Level Manajemen 3 dan 4	271
Tabel 5.99	: Kategori Variabel Budaya Organisasi menurut Wilayah	273
Tabel 5.100	: Kategori Variabel Budaya Rumah Sakit menurut Kelompok Profesi.	273

Tabel 5.101	: Kategori Paradigma Kompetisi dalam Budaya Rumah Sakit menurut Kelompok Profesi.....	274
Tabel 5.102	: Kategori Paradigma Sumber Daya Manusia dalam Budaya Rumah Sakit menurut Kelompok Profesi.....	274
Tabel 5.103	: Kategori Paradigma Kerjasama dalam Budaya Rumah Sakit menurut Kelompok Profesi.....	275
Tabel 5.104	: Kategori Paradigma Pelanggan dalam Budaya Rumah Sakit menurut Level Manajemen.....	276
Tabel 5.105	: Kategori Kinerja Rumah Sakit menurut Wilayah.....	276
Tabel 5.106	: Kategori Kepuasan Pelanggan sebagai Bagian Kinerja Rumah Sakit menurut Kelompok Profesi.....	277
Tabel 5.107	: Kategori Proses Bisnis sebagai Bagian Kinerja Rumah Sakit menurut Kelompok Profesi.....	278
Tabel 5.108	: Kategori Proses Pembelajaran sebagai Bagian Kinerja Rumah Sakit menurut Kelompok Profesi.....	279
Tabel 5.109	: Kategori Kinerja Rumah Sakit menurut Kelompok Profesi.....	280
Tabel 5.110	: Kategori Kinerja Rumah Sakit menurut Level Manajemen.....	281
Tabel 5.111	: Kategori Komitmen Manajemen menurut Kelompok Profesi.....	282
Tabel 5.112	: Kategori Komitmen Manajemen menurut Level Manajemen.....	282
Tabel 5.113	: Kategori Variabel Komitmen Individual menurut Wilayah.....	283

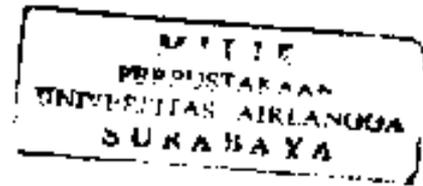
Tabel 5.114	: Kategori Variabel Komitmen Individual menurut Kelompok Profesi.....	284
Tabel 5.115	: Kategori Variabel Komitmen Individual menurut Level Manajemen.....	285
Tabel 5.116	: Kategori Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Wilayah	286
Tabel 5.117	: Kategori Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Kelompok Profesi. . .	286
Tabel 5.118	: Kategori Asumsi dan Nilai Subjektif Individual menurut Level Manajemen.....	287
Tabel 5.119	: Kategori Ketergantungan Ekonomik menurut Wilayah.....	288
Tabel 5.120	: Kategori Ketergantungan Ekonomik menurut Kelompok Profesi.....	289
Tabel 5.121	: Kategori Ketergantungan Ekonomik menurut Level Manajemen.....	289
Tabel 5.122	: Kategori Variabel Psikografi menurut Wilayah.....	290
Tabel 5.123	: Kategori Variabel Psikografi menurut Kelompok Profesi.....	291
Tabel 5.124	: Kategori Variabel Psikografi menurut Level Manajemen	292
Tabel 5.125	: Rekapitulasi Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) (Hipotetik Non hipotetik).	301
Tabel 5.126	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas (Hipotetik Non hipotetik) Perspektif Responden Total.....	305

Tabel 5.127	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Wilayah Nusa Tenggara Timur.....	306
Tabel 5.128	: Pengaruh Langsung (PL),Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Wilayah Nusa Tenggara Barat.....	307
Tabel 5.129	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Wilayah Bali.....	308
Tabel 5.130	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Profesi Medik (M).....	309
Tabel 5.131	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Profesi Paramedik (Pm).....	310
Tabel 5.132	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Profesi Lainnya (L).....	311
Tabel 5.133	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Level I	312
Tabel 5.134	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Level 2.....	313

Tabel 5.135	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Level 3.....	314
Tabel 5.136	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) Berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik – Non hipotetik) Perspektif Level 4 (Karyawan).....	315
Tabel 5.137	: Pengaruh Langsung (PL), Pengaruh Tidak Langsung (PTL) dan Pengaruh Total (PT) berbagai Variabel Bebas Terhadap Variabel Kinerja Organisasi (Hipotetik- Non hipotetik) Perspektif Rumah Sakit Total (N=25).....	316
Tabel 5.138	: Rekapitulasi Besarnya Koefisien Jalur (β) Total berbagai Variabel Bebas Terhadap Kinerja	317
Tabel 5.139	: Evaluasi Kriteria <i>Goodness of Indices</i>	334
Tabel 5.140	: Matriks Analisis Jalur Total Responden.....	336
Tabel 5.141	: Resume Matriks Analisis Jalur Perspektif Wilayah.....	340
Tabel 5.142	: Resume Matriks Analisis Jalur Kelompok Profesi.....	341
Tabel 5.143	: Matriks Analisis Jalur Profesi Medik.....	342
Tabel 5.144	: Matriks Analisis Jalur Profesi Paramedik.....	343
Tabel 5.145	: Matriks Analisis Jalur Profesi Lainnya	344
Tabel 5.146	: Resume Matriks Analisis Jalur Level Manajemen.....	345
Tabel 5.147	: Matriks Analisis Jalur Level 1 Manajemen..	346
Tabel 5.148	: Matriks Analisis Jalur Level 2 Manajemen...	347
Tabel 5.149	: Matriks Analisis Jalur Level 3 Manajemen.....	348
Tabel 5.150	: Matriks Analisis Jalur Level 4 Manajemen...	350

BAB 1

PENDAHULIAN



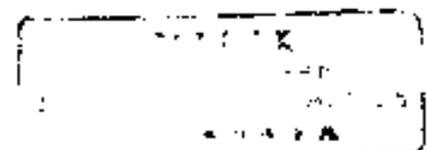
1.1. Latar Belakang

Agar dapat bertahan dalam lingkungan yang berubah organisasi juga harus melakukan perubahan. Salah satu aspek dalam perubahan organisasi adalah perubahan budaya organisasi menjadi budaya organisasi yang berorientasi pada kepuasan konsumen-pelanggan (pasar).

Pemasaran produk baik barang maupun jasa yang berorientasi pada kepuasan konsumen sebagai strategi dunia bisnis untuk tetap bertahan hidup, telah berkembang dan diadopsi berbagai macam organisasi nirlaba (Kotler dan Levy, 1969). Demikian juga halnya dengan pemasaran ide atau gagasan untuk suatu perubahan sosial (Kotler dan Zaltman, 1971). Perluasan konsep pemasaran dan penerapannya di berbagai bidang kehidupan, dikemukakan oleh Kotler sebagaimana diterjemahkan Ova Emilia bahwa:

"..pemasaran adalah kegiatan yang pervasif yang lebih dari sekedar menjual pasta gigi, sabun dan baja. Pemilu mengingatkan kita bahwa kandidat dipasarkan seperti sabun; seleksi mahasiswa mengingatkan kita bahwa perguruan tinggi dipasarkan; dan mencari dana mengingatkan kita bahwa 'sebab' dapat dipasarkan.." (Kotler dan Andreasen, 1995:5)

Hal ini menunjukkan bahwa semua organisasi harus melakukan pemasaran, baik yang bertujuan menciptakan laba maupun yang tidak bertujuan menciptakan laba (nirlaba). Dalam bidang kesehatan, penerapan konsep pemasaran dipelopori oleh beberapa praktisi di Amerika Serikat, seperti Scott McStravic dan Roberta N. Clarke dan telah menjadikannya sebagai suatu realitas umum di negara tersebut pada akhir dekade tujuh-puluhan (Whittington, 1979).



Kebijakan baru pemerintah di bidang perumahsakitian, telah memberikan kesempatan kepada swasta nasional dan asing, untuk menanamkan modalnya di bidang usaha ini sebagai badan usaha yang berorientasi menciptakan laba. Hal ini menghadapi rumah sakit di Indonesia yang selama ini berorientasi nirlaba pada iklim yang kompetitif dan telah membuka cakrawala baru bagi manajemen rumah sakit untuk melakukan perubahan internal organisasi dan mengadopsi strategi yang berorientasi pemasaran, melalui perubahan budaya organisasinya.

Perubahan pola penyakit, meningkatnya kebutuhan dan permintaan konsumen kesehatan yang diikuti dengan pengembangan teknologi kedokteran yang diperlukan untuk memenuhi berbagai tuntutan tersebut mengakibatkan tingginya biaya kesehatan. Sebagai pemilik sebagian besar rumah sakit, pemerintah tidak mungkin akan terus menerus memberi subsidi kepada semua rumah sakit tersebut. Di samping terbatasnya anggaran kesehatan, besarnya inflasi di bidang ini dan perubahan paradigma dalam pembangunan kesehatan dari paradigma sakit ke paradigma sehat merupakan alasan mengapa pemerintah tidak mungkin memberikan subsidi sepenuhnya kepada semua rumah sakit yang dimilikinya.

Kebijakan rumah sakit swadana di masa lampau dan desentralisasi serta otonomi pengelolaan pendapatan fungsional (*revenue*) adalah salah satu jalan keluar bagi manajemen rumah sakit untuk mengatasi keterbatasan ini. Demikian pula halnya dengan kebijakan pengelolaan pendapatan fungsional yang dikenal dengan kebijakan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP). Berbagai kebijakan yang menjanjikan insentif ekonomik seperti ini akan berpengaruh pada perilaku organisasi yang pada akhirnya akan mempengaruhi budaya organisasi, melalui perubahan perilaku manajemen dalam

mengendalikan biaya dan meningkatkan efisiensi (Kurz, 1996:281). Menurut Satyanegara, satu konsekuensi dari semua kebijakan ini tidak bisa lain selain pemasaran rumah sakit (Satyanegara, 1992).

Namun demikian, perubahan budaya rumah sakit agar dapat sesuai dengan orientasi pemasaran yang hendak diterapkannya, manajemen rumah sakit tidak sekedar seperti mencangkokkan suatu peralatan ke dalam organisasi rumah sakit. Inovasi suatu strategi, termasuk strategi budaya organisasi yang berorientasi pemasaran selain membutuhkan pemetaan secara cermat perubahan yang terjadi di lingkungan eksternal, diperlukan diagnosis yang teliti terhadap kapabilitas internal organisasi. Menurut Clarke, tiga faktor internal perlu didiagnosis untuk melakukan perubahan secara optimal, yaitu

1. struktur organisasi,
2. sistem yang beroperasi dan
3. faktor sumber daya manusia serta budaya organisasi

karena ketiga faktor internal tersebut dapat menjadi baik sebagai tumpuan perubahan maupun *inertia* (Clarke, 1994:25).

Menurut Kotler, langkah awal untuk mengadopsi pemasaran ke dalam organisasi nirlaba (seperti rumah sakit), adalah persepsi dan pemahaman terhadap pemasaran itu sendiri. Dikatakannya bahwa prasyarat pertama bagi pemasaran yang berhasil dan efektif pada organisasi manapun adalah bahwa organisasi tersebut mempunyai pandangan yang jelas dan mendalam tentang makna pemasaran dan apa manfaatnya bagi organisasi (Kotler dan Adreascn, 1995:36) karena tanpa ini budaya pemasaran akan sulit dibangun atau dilaksanakan dalam suatu organisasi.

Masalah empirik

Masalahnya adalah bahwa dari studi kasus yang dilakukan terhadap manajer Rumah Sakit Umum Pemerintah Daerah Tingkat II di tiga propinsi: Jawa Timur, Bali dan Nusa Tenggara Timur, sampai dengan akhir Pelita VI (1997), sebagian besarnya (89 %) mempunyai pemahaman yang terbatas mengenai konsep pemasaran rumah sakit. Di samping itu di semua rumah sakit tersebut belum dilaksanakan pemasaran secara terstruktur (Fernandez, *Tesis*, 1997)

Secara historis sejak munculnya institusi ini, yaitu yang berawal dari inspirasi yang bersumber dari kemurnian lubuk hati nurani umat manusia, rumah sakit dikenal sebagai tempat bersemayamnya hasrat ingin saling menolong di antara sesama manusia (Hilman, 1998).

Oleh karena itu, budaya pekerja sosial di rumah sakit saat ini (Widodo, 1999) yang merupakan ekspresi dari berbagai nilai-nilai dasar profesi kedokteran dan keperawatan, yakni cinta dan kasih sayang antar sesama manusia, telah mendominasi perjalanan institusi ini dan menjadi nilai utama dari budayanya (budaya organisasi rumah sakit) selama berabad-abad lamanya.

Sementara itu *preliminary study* budaya organisasi secara *cross sectional* yang dilakukan terhadap semua budaya organisasi RSUD Kabupaten di propinsi NTT, yang bertujuan pertama untuk memperoleh gambaran umum profil budaya organisasi rumah sakit umum pemerintah kabupaten saat ini, kedua untuk mengetahui seberapa besar komitmen individual jajaran manajemennya terhadap rumah sakit sebagai tempatnya bekerja, dan ketiga untuk mengeksplorasi berbagai nilai yang dimiliki oleh para anggota

organisasi rumah sakit dan yang diharapkan untuk terus dipertahankan dan dikembangkan oleh manajemen di rumah sakit kabupaten di masa yang akan datang, memberikan hasil sebagai berikut sebagai berikut:

1. Profil budaya organisasi yang belum sesuai dengan tuntutan suatu industri yang sehat. Hal ini ditunjukkan dengan masih rendahnya beberapa karakter atau nilai budaya yang dituntut tinggi di dalam industri jasa yang sehat, seperti: inisiatif individual, tingkat integrasi internal, dukungan manajemen, identitas diri, dan sistem penghargaan. Sebaliknya karakter atau nilai budaya organisasi yang di dalam industri jasa yang sehat dituntut rendah, ditemukan masih cukup tinggi dalam profil budaya rumah sakit yang diteliti, seperti: toleransi terhadap konflik, toleransi terhadap resiko, pengawasan dan pengendalian. Dalam penelitian pendahuluan disajikan kuesioner dengan skala nilai terendah 1 (satu) dan tertinggi 10 (sepuluh) menghasilkan 'laporan' responden mengenai rerata kumulatif sepuluh karakter yang diukur. Rerata skor total berbagai rumah sakit di pulau Flores, pulau Sumba, dan pulau Timor ditabulasi dan disajikan dalam bentuk grafik. Gambaran lengkap profil budaya rumah sakit yang diperoleh dalam penelitian pendahuluan seperti terlihat pada gambar 1.1
2. Demikian juga tingkat komitmen individual manajer terhadap organisasi yang dapat berpengaruh terhadap budaya organisasi yang ada, belum menunjukkan gambaran yang memuaskan dalam rangka membangun budaya organisasi yang kuat dan adaptif. Hal ini dapat dilihat dari rerata angka atau tingkat komitmen individual para manajer yang diperoleh dari studi pendahuluan ini.

Untuk tingkat komitmen individual pada organisasi yang skala nilainya terendah 1 (satu) dan tertinggi 7 (tujuh), tingkat loyalitas terhadap organisasi hanya berkisar

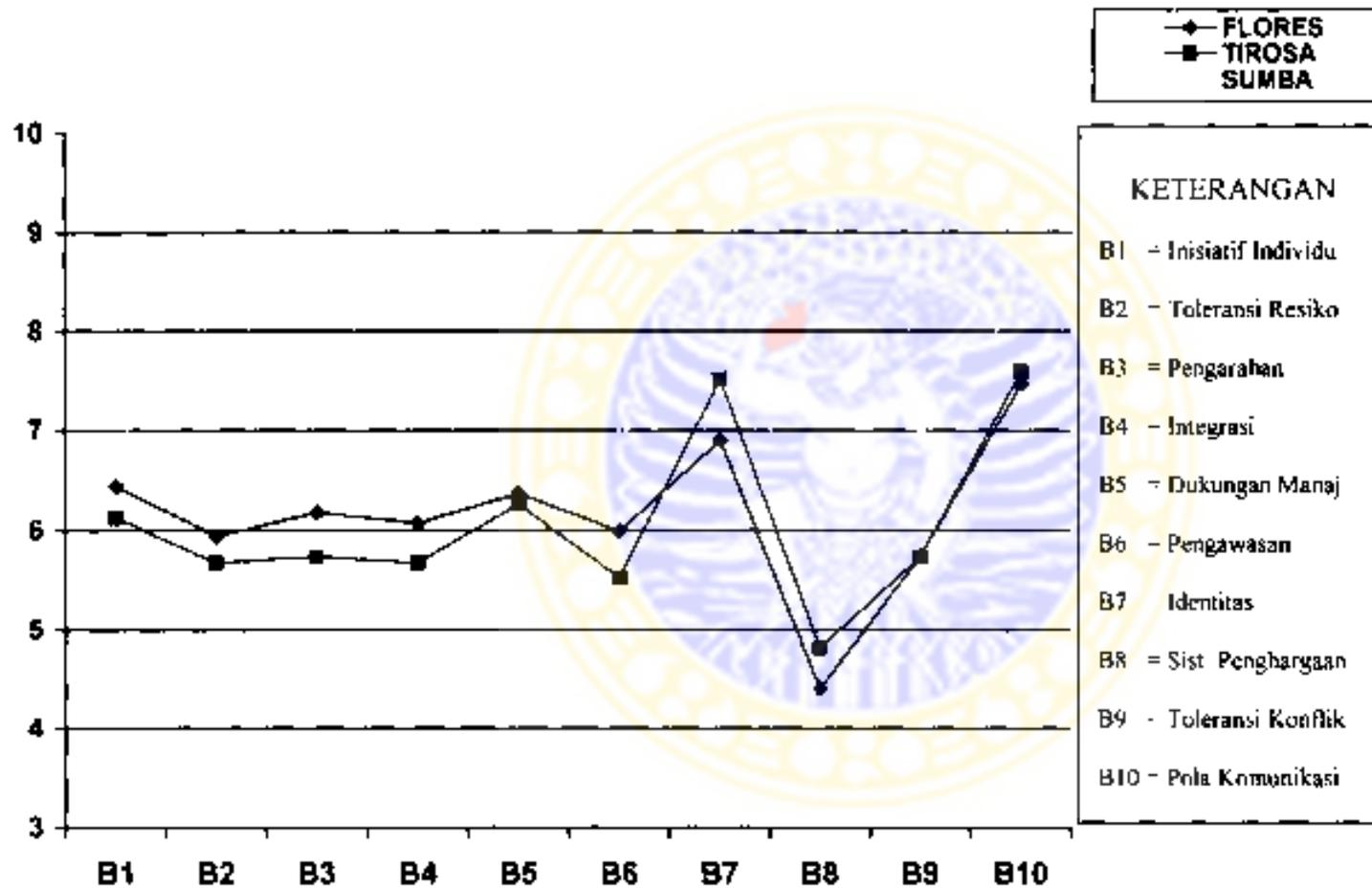
pada angka 4 (empat), demikian juga dengan komitmen individual oleh karena kemiripan nilai pribadi dengan nilai organisasi.

Untuk pertanyaan "apakah mau menerima tugas apapun asal tetap bekerja di rumah sakit", tampak ikatan individual dengan rumah sakit lemah karena hanya mencapai rerata pada angka 3 (tiga). Demikian juga "merasa tidak banyak gunanya terus bekerja di rumah sakit" dan "sulit menerima kebijaksanaan organisasi menyangkut hal-hal penting yang berhubungan dengan karyawan", menunjukkan rerata pada angka 4 (empat).

Gambaran lengkap dari tingkat komitmen individual pada organisasi yang dalam penelitian awal diwakili oleh berbagai manajer menengah dan bawah dari 12 (dua belas) rumah sakit kabupaten di provinsi Nusa Tenggara Timur, dapat dilihat dalam gambar 1.2.

3. Terhadap kecocokan nilai individual dengan nilai organisasional yang diasumsikan sebagai faktor determinan komitmen individu pada organisasi di masa yang akan datang, dan dapat menjadi nilai inti budaya rumah sakit yang akan tetap dipelihara di rumah sakit umum pemerintah, tereksplorasi berbagai nilai dengan modus tertinggi, seperti: (1) pelayanan, (2) kerjasama lintas kelompok, (3) efisiensi, (4) kerjasama kelompok, (5) kemanusiaan, (6) ketekunan, (7) inisiatif, (8) kejujuran, (9) kebenaran, (10) kepatuhan.

Gambar 1.1:
PROFIL BUDAYA RUMAH SAKIT KABUPATEN SE-PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR, 1999



Dari penelitian pendahuluan ini pula diketahui bahwa berbagai nilai yang bersumber dari paradigma rumah sakit sebagai suatu entitas ekonomik seperti: (1) pertumbuhan keuangan, (2) profitabilitas, (3) kemakmuran, (3) inovasi, (4) persaingan, belum menjadi pilihan yang utama pengelola rumah sakit kabupaten yang disurvei! Hal ini menunjukkan bahwa budaya rumah sakit saat ini belum siap dan tanggap terhadap tuntutan perubahan. Rumah sakit kabupaten sebagai unit sosioekonomik belum menjadikan berbagai nilai entitas ekonomik tersebut di atas sebagai '*shared values*'.

Demikian juga berbagai pilihan nilai yang menurut hasil survei awal tersebut perlu dijadikan '*shared values*' dalam budaya rumah sakit umum dimasa mendatang, hasil pilihan responden tetap didominasi oleh berbagai nilai yang lebih mencerminkan bahwa budaya rumah sakit di masa yang akan datang itu tetap sebagai budaya pekerja sosial. Belum muncul nilai-nilai yang dapat menjadi penggerak tingkah-laku ekonomik organisasi yang herbudaya wirausaha yang dipredikasikan akan lebih kompatibel dengan perubahan iklim makro dalam industri perumahsakitian saat ini. Oleh karena semua kemajuan dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagaimana yang diterapkan oleh profesi kedokteran dan keperawatan di rumah sakit, bukan tanpa biaya! Berbagai kegiatan riset dan pengembangan teknologi, baik untuk kepentingan diagnostik, terapeutik maupun asuhan keperawatan tidak semata didorong oleh *curiosity* dan *humanity* semata. Sebagian upaya pengembangan teknologi itu juga didorong oleh semangat investasi bagi suatu keuntungan ekonomik oleh pemilik kapital. Keuntungan yang bahkan tidak sekedar '*a just profit*' untuk membiayai operasional dan pengembangan pelayanan tetapi semata suatu bisnis dengan tujuan mencari keuntungan. Elemen biaya menjadi salah satu elemen vital institusi rumah sakit dan menimbulkan

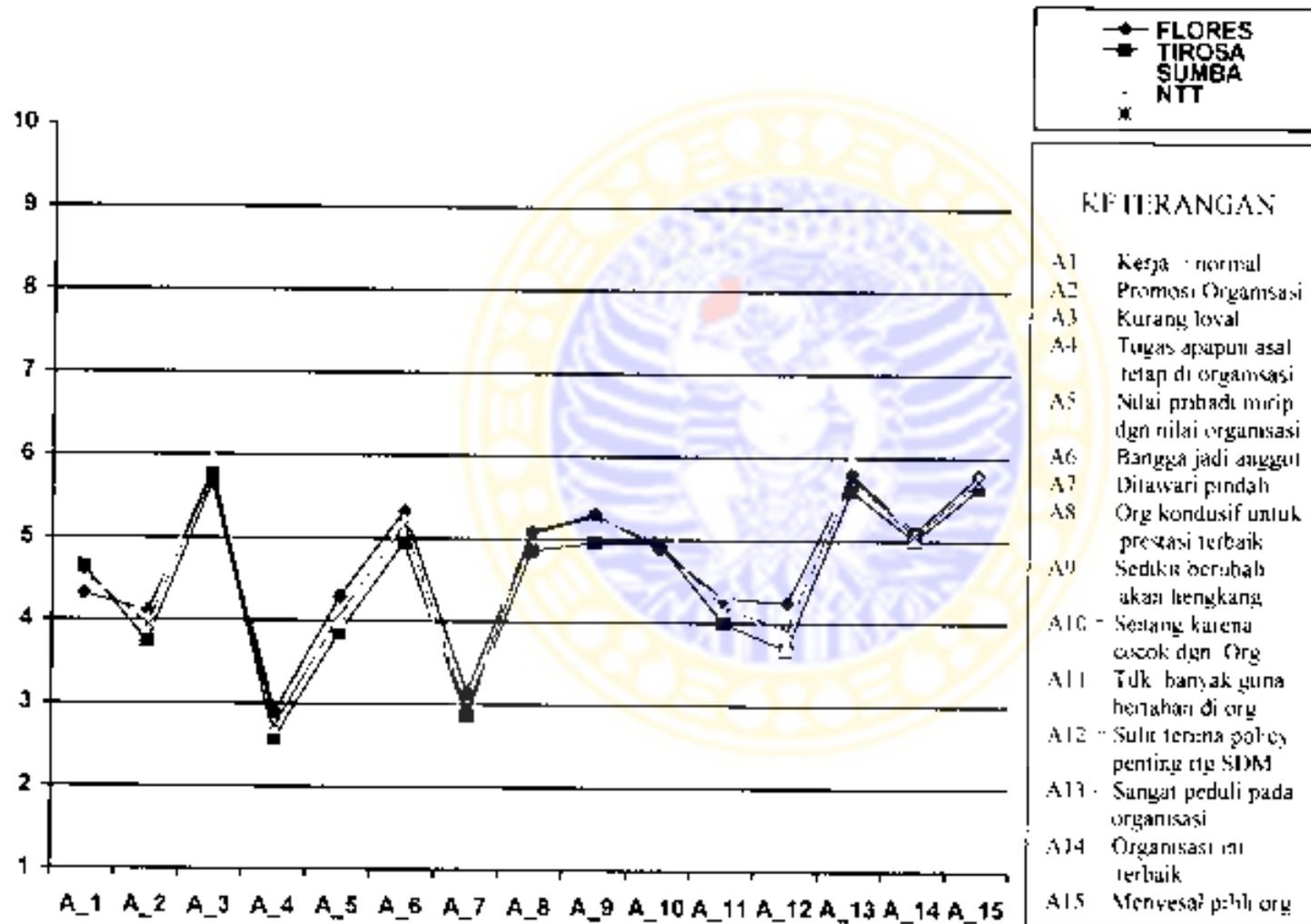
perubahan dalam berbagai dimensi dalam institusi ini, termasuk budayanya. Rumah sakit menjadi institusi yang padat modal, padat teknologi dan juga padat karya.

Benturan antara nilai-nilai etik profesi kedokteran dan keperawatan dengan nilai bisnis yang sehat dalam rumah sakit dengan budaya baru tak dapat dihindari. Kombinasi antara keduanya dapat menjadi sumber potensial konflik kepentingan antara etika (medik dan keperawatan) dan komersialisasi. Dapatkah kedua kekuatan yang antagonistik itu disetaraskan? (Mohamad, et al, 1995: 8)

Oleh karena itu dirasa perlu ditumbuh-kembangkannya berbagai paradigma budaya beserta berbagai nilai dasar yang dapat dijadikan nilai inti budaya rumah sakit yang lebih sesuai dengan tuntutan perubahan eksternal yang bersumber dari perubahan iklim makro bisnis perumahsakitian ini. Budaya pekerja sosial dan budaya birokratik yang terasa sangat kuat dalam rumah sakit pemerintah saat ini diprediksikan tidak lagi tepat-guna dan adaptif terhadap perkembangan makro eksternal industri perumahsakitian. Oleh karenanya perlu dibentuk kembali, direkayasa- ulang, (*reshaping*) menjadi budaya yang lebih sesuai dengan tuntutan perubahan.

Namun demikian secara teoritik, problematikanya adalah belum ada suatu model yang dapat dipakai dan teruji secara empirik bagaimana suatu budaya rumah sakit nir laba dibangun dan dikembangkan di antara kedua kutub-nilai yang berbeda, yang dapat memuaskan berbagai kelompok kepentingan (*stakeholders*). Lechov dan Scott (1994) dalam konteks Amerika Serikat memberikan suatu model-bangunan budaya organisasi pelayanan kesehatan (rumah sakit), namun model tersebut belum teruji secara empirik. Lagi pula bagaimana antar-hubungan berbagai variabel dalam model-bangunan budaya rumah sakit tidak dijelaskan.

Gambar 1.2:
PROFIL KOMITMEN INDIVIDUAL MANAJER TERHADAP RUMAH SAKIT KABUPATEN
SE PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR, 1999



1.2. Kajian Masalah

Untuk berorientasi pemasaran, rumah sakit harus melakukan penyesuaian budaya internal organisasinya. Namun demikian, untuk suatu perubahan yang berhasil perlu dikaji berbagai aspek yang berhubungan dengan perubahan tersebut. Tantangan manajemen untuk mengadopsi strategi pemasaran rumah sakit pemerintah melalui manajemen perubahan yang bertumpu pada perubahan budaya organisasi, dapat dilihat dari dua aspek yaitu aspek eksternal dan internal.

1.2.1. Aspek eksternal

Berbagai faktor kebijakan pemerintah seperti desentralisasi setengah hati, penerapan *ICW (Indische Comptabiliteitswet)* selama lebih separuh abad sejak awal kemerdekaan sampai dengan akhir era 90 an yang membelenggu pengelolaan pendapatan dan pengeluaran rumah sakit, kebijakan pola tarif, rujukan berjenjang, swadana bersyarat, pengadaan dan distribusi tenaga kesehatan serta penyeragaman struktur serta desain organisasi rumah sakit, adalah beberapa yang dapat disebut akan mempengaruhi penerapan pemasaran rumah sakit pemerintah. Demikian juga regulasi dan birokratisasi yang berlebihan atas adalah suatu fakta yang menimpa rumah sakit pemerintah saat ini.

Faktor kultural: masyarakat kurang mendukung dan atau belum terbiasa dengan jual-beli jasa kesehatan. Persepsi masyarakat bahwa jasa kesehatan adalah kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh pemerintah, dapat menghambat penerapan pemasaran rumah sakit. Di samping masih banyak anggota masyarakat yang menjadikan jasa

layanan kesehatan modern yang ditawarkan oleh rumah sakit, termasuk rumah sakit pemerintah sebagai alternatif setelah gagal mendapatkannya dari jasa layanan yang berasal dari sistem medik tradisional (*health seeking behavior*).

Di samping itu juga faktor ekonomik . mahal nya teknologi (peralatan, obat, reagensia) kesehatan yang berasal dari luar negen dan yang diperdagangkan menurut sistem eknomi pasar bebas. Di samping itu di sisi masyarakat seperti akses yang terbatas (karena rendahnya kemampuan membeli) akibat mahal nya biaya kesehatan moderen yang ditawarkan oleh rumah sakit.

Selain berbagai faktor di atas tak kalah pentingnya adalah faktor politik, misalnya belum tegasnya negara menetapkan sistem ekonomi kesehatan: apakah pasar sosial, pasar bebas atau sosial. Hal lain adalah rentannya masalah kesehatan masyarakat terhadap isu politik. Belum adanya batas antara kesehatan sebagai hak azasi dan kesehatan sebagai kewajiban, antara pemerintah di satu pihak dan masyarakat di pihak yang lain adalah salah satu amanat konstitusi yang belum dijabarkan secara operasional yang mempengaruhi visi dalam pengelolaan rumah sakit pemerintah selama ini.

1.2.2. Aspek internal

Dari aspek internal rumah sakit terdapat tiga faktor yang perlu dikaji yaitu struktur, sistem dan budaya organisasi. *Struktur* organisasi rumah sakit pemerintah *inappropriate* untuk mengadopsi strategi pemasaran. Selain visi pemerintah bahwa rumah sakit sebagai bagian dari struktur pemerintahan, desain yang seragam dalam struktur organisasi untuk diterapkan di berbagai lingkungan yang beragam menjadi kendala.



Faktor *sistem* yang jadi hambatan misalnya sistem manajemen sumber daya manusia. Sistem rekrutmen dan *maintenance* yang birokratis, sistem pendidikan dan latihan yang terbatas, sistem penggajian dan insentif yang tidak kompetitif serta penentuan subsidi rumah sakit yang tidak tepat guna.

Faktor *sumber daya manusia dan budaya organisasi* sebagai sumber *inertia* masalah misalnya mutu perilaku sumber daya manusia yang tidak sesuai dengan falsafah pemasaran, resistensi terhadap perubahan, besarnya potensi konflik serta mentalitas *ambtenaar* yang melekat padanya. Selain itu kepemimpinan yang tidak memadai, kemampuan manajerial yang rendah serta komitmen terhadap organisasi yang lemah.

Selanjutnya berbagai faktor intra organisasi yang bersifat operasional dan yang menjadi masalah dalam penyesuaian budaya organisasi untuk mengadopsi strategi pemasaran rumah sakit, dapat dijelaskan sebagai berikut:

Faktor sumber daya manusia dan budaya organisasi

Sumber daya manusia adalah unsur dasar dari setiap organisasi. Masalah ini sudah dihadapi para pemimpin berbagai organisasi pada masa lalu. Pada saat ini masalahnya semakin kompleks. Menurut Handoko, sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, isu lingkungan dan hak azasi manusia, persaingan global maupun perubahan eksternal lainnya, faktor sumber daya manusia telah menjadi masalah yang paling penting dan sulit (Handoko, 1993:1)

Menurut Clarke, jika struktur organisasi diibaratkan sebagai kerangka dari organisasi dan proses yang berlangsung di dalamnya sebagai sistem saraf atau infrastruktur organisasi, maka sumber daya manusia adalah darah dan isi perutnya (Clarke, 1994:39). Oleh karena itu pemahaman mengenai sumber daya manusia sangat

penting karena dalam konteks perubahan organisasional selain dapat sebagai tumpuan perubahan namun sumber daya manusia dapat juga menjadi sumber kendala untuk berubah. Tanpa memahami dan memobilisasi energi individu dan kelompok profesi yang terlibat, pembangunan budaya rumah sakit yang berorientasi pemasaran dan implementasi pemasaran rumah sakit mustahil dapat berjalan baik.

Semua rumah sakit pemerintah yang ada dipimpin oleh manajer dengan latar belakang medis (dokter). Hal ini tidak memadai tanpa dibarengi upaya proaktif untuk menambah pengetahuan dan kemampuan manajerial. Dari 54 direktur yang menjadi responden dalam penelitian kami, hanya satu saja yang berjenjang studi S2 bidang manajemen rumah sakit dan sebagian besarnya hanya sarjana kedokteran dengan pembekalan yang minimal dalam manajemen. Di samping itu manajemen suksesi pimpinan rumah sakit pemerintah selama ini lebih berbasis pada ketentuan birokratis berdasarkan urutan kepangkatan, jabatan dibirokrasi sebelumnya, masa kerja di lingkungan birokrasi, pendidikan formal dan umur (yang lebih tua yang diutamakan) dari pada *merit system* dalam organisasi yang sehat.

Untuk menganalisis perubahan organisasional dalam kaitannya dengan pelayanan kepada masyarakat menurut Widodo selayaknya kita melihat organisasi pemberi pelayanan sebagai suatu sistem dengan berbagai cirinya (Widodo, 1996). Oleh karenanya perubahan yang terjadi akibat masuknya komponen biaya (dalam wujud peralatan medik, bahan dan alat kesehatan habis pakai, teknologi, obat, dan lain-lain sumber daya) termasuk hadirnya kelompok provider lain dalam industri perumahasakitan beserta berbagai nilai yang melekat padanya, mengakibatkan perubahan dalam berbagai dimensi sistem lainnya. Dimensi yang mengalami perubahan misalnya dimensi peran spesifik dan

konfigurasi, dimensi interdependensi, interelasi dan interaksi, dimensi masukan, transformasi dan keluaran, dimensi tujuan dan dimensi mekanisme pengendalian sistem organisasi rumah sakit. Perubahan dalam dimensi peran spesifik dan konfigurasi walau masih didominasi kedua kelompok profesi medik dan keperawatan, namun masuknya kelompok profesi lain sebagai akibat penggunaan teknologi membawa perubahan dalam dimensi tata hubungan (interdependensi, interelasi dan interaksi) antar elemen terkait dalam proses produksi jasa pelayanan kesehatan.

Kelompok pemberi pelayanan tradisional di rumah sakit tidak hanya berperan dan berperilaku berdasarkan pengetahuan, sikap dan berbagai nilai dasar profesinya saja (yang sarat dengan etika profesi) tetapi bersama dan dalam pengendalian manajemen agar menghasilkan kinerja optimal untuk organisasi tetap bertahan hidup dan berkembang dalam keserasian dengan kelompok pemberi pelayanan lainnya. Rumah sakit kini telah menjadi industri (*Industry: "Any art, occupation, or business, esp. one employing much labor and capital"* *The Merriam-Webster Pocket Dictionary*) yang padat modal, padat teknologi dan padat karya, suatu bisnis yang semakin kompleks.

Persoalan karena di satu sisi, untuk kelanjutan bisnis atau hidup dan berkembangnya organisasi (karena memberikan kualitas jasa yang memenuhi kebutuhan, harapan dan keinginan konsumennya dan menerima pembayaran secara timbal-balik yang berkelanjutan) dengan mempergunakan segala sumber daya yang dimilikinya sebagai suatu industri yang sehat, semua jasa pelayanan rumah sakit harus dirumuskan oleh manajemen. Implementasi konsep pemasaran yang terintegrasi membawa implikasi bahwa keterlibatan pemasaran ialah dalam semua tahap dalam daur produksi. Semua kelompok atau orang yang terlibat di dalam proses ini memainkan peranan masing-

masing yang sama pentingnya di bawah kendali manajemen. Oleh karena itu sangat besar peranan nilai dari fungsi pemasaran dalam menjiwai kebijakan suatu organisasi. Menurut Stanton hanya manajemenlah yang dapat menyediakan iklim, disiplin dan kepemimpinan yang dibutuhkan untuk sebuah program pemasaran yang berhasil (Stanton, 1993: 18) Berbagai hal yang berhubungan dengan produk harus dirancang oleh pihak manajemen (berdasarkan kebutuhan, keinginan dan harapan konsumen), diikuti proses produksi yang melibatkan semua sumber daya yang tersedia, termasuk semua profesi sumber daya manusia: medik, paramedik dan yang lainnya secara setara.

Di sisi yang lain, proses produksi jasa pelayanan rumah sakit hampir selalu melibatkan kelompok profesi dengan kualifikasi tinggi (baca: dokter). Dominasi peran dokter dalam hubungan dokter-perawat-konsumen dalam proses produksi-konsumsi jasa pelayanan rumah sakit masih diwarnai orientasi produk jasa pelayanan yang berkualitas dari sudut pandang kelompok profesinya saja. Kualitas jasa pelayanan rumah sakit lebih ditekankan dari ukuran profesi (egosentris) yang secara substansial berpangkal pada prosedur medik dan tuntutan etis profesional yang sudah berlangsung berabad-abad lamanya dan pada mengekspresikan integrasi suatu konsep baru yakni konsep pemasaran dalam semua mata rantai produksi jasa pelayanan yang saat ini telah melibatkan kelompok profesi lainnya. Dalam hal ini masih terdapat dominasi hak dan wewenang. Oleh karena itu rumah sakit lebih menggambarkan 'kultur pekerja sosial' yang digerakkan oleh nilai kemanusiaan profesi medik dan anggota yang mengamalkannya daripada dari pada suatu 'kultur bisnis yang sehat' yang melibatkan berbagai profesi secara setara di bawah kendali manajemen.

Hal ini tidak akan menimbulkan masalah selama semua sumber daya terkait untuk memenuhi prosedur medik tersebut tersedia tanpa batas dan dapat diperoleh dengan mudah. Sayangnya hampir semua sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan prosedur medik ini, seperti peralatan penunjang diagnostik, obat dan teknologi kedokteran lainnya semua diperdagangkan sesuai mekanisme pasar. Di sinilah titik perhenturan antara berbagai nilai kemanusiaan dari profesi medik dan berbagai nilai komersial dari sistem ekonomi pasar bebas yang dikendalikan oleh uang yang kini mempengaruhi pengelolaan rumah sakit. Profesi kedokteran terpapar terhadap bahkan kadang terbawa mengikuti godaan komersialisasi, tetapi "*how far can we go?*" (Marsetio, 2001). Hal ini kerap kali menimbulkan konflik dan ambiguitas peran dalam melaksanakan profesi medik di rumah sakit, sekaligus sumber masalah dalam manajemen rumah sakit yang perlu dicarikan jalan pemecahannya.

Ukuran profesional mengharuskan menjunjung tinggi keutamaan pada kesehatan penderita dan perpanjangan usianya. Kesadaran etis yang demikian ini seringkali menempatkan anggotanya sebagai yang paling tahu apa yang dibutuhkan konsumen sehingga menciptakan ketergantungan hidup orang lain. Sindrom dewa penolong ini masih mendominasi perilaku *provider* khususnya kalangan medik dalam pelayanan jasa rumah sakit kita (Fernandez, 1997, Tesis 86). Apapun yang dikatakan oleh dokter, pasien akan menurutinya (Lobby Loqman, 2000). Oleh karena itu hubungan produsen konsumen di sini, meminjam istilah Hermien Hadriyan lebih berpola 'vertikal yang paternalistik' (Hermien H.K., 1998:46). Pemasaran rumah sakit dalam hal ini lebih bermakna sebagai penyediaan pelayanan produk bermutu menurut sudut pandang profesi medik (orientasi produk).

Seharusnya, makna konsep pemasaran bagi para pelaku bisnis rumah sakit adalah proses berlangsungnya hubungan transaksi yang setara, berdasarkan informasi yang memadai mengenai hal yang ditransaksikan (*informed consent*), dilakukan secara rasional (dengan pertimbangan ekonomik), tanpa eksploitasi satu terhadap yang lain, dan pada akhirnya memberikan kepuasan kepada para pihak yang terlihat. Suatu pola yang lebih 'horizontal yang kontraktual' (Hermien H.K., 1998:46).

Sementara itu dalam membangun budaya organisasi yang dapat mengadopsi konsep pemasaran, penyediaan jasa pelayanan rumah sakit oleh manajemen selain melibatkan berbagai kelompok profesi harus juga didasarkan atas kebutuhan, keinginan dan harapan dari sudut pandang konsumen. Riset pasar di masa yang akan datang menjadi keharusan untuk rumah sakit. Dengan cara ini rumah sakit akan menyediakan jasa yang bisa memenuhi berbagai nilai pelanggan yang terus berubah (Astuti, 2001).

Menurut Sulaeman, kelak mutu rumah sakit tidak hanya ditentukan oleh rumah sakit (manajemen dan kaum profesional) saja tetapi terutama ditentukan oleh pelanggan (Sulaeman, 1996). Antara kualitas menurut tuntutan profesional dan kualitas menurut konsumen harus ada semacam *trade-off* demi keberhasilan adaptasi konsep pemasaran dan pembangunan budaya rumah sakit yang berorientasi pemasaran. Bagaimana kiat manajemen mengatasi segala kesenjangan ini agar terbangun suatu budaya organisasi yang lebih menjamin mutu produk jasa pelayanan kesehatan rumah sakit yang dapat diterima oleh baik pelanggan internalnya sendiri (kelompok profesi medik, paramedik dan profesi lainnya) maupun pihak pelanggan eksternal (pemilik rumah sakit, masyarakat pengguna jasa rumah sakit, rekanan, serta berbagai pihak terkait) demi kepuasan bersama semua pihak yang terlibat, adalah suatu tantangan.

Secara spesifik, komitmen manajemen sumber daya manusia dan manajemen operasional (proses) yang bagaimana yang dapat menciptakan komitmen yang tinggi dari karyawan pada rumah sakit, membangun budaya rumah sakit yang sesuai dengan tuntutan perubahan dan menghasilkan kinerja rumah sakit yang tinggi tanpa harus menjerjang berbagai rambu etika profesi medik yang (harus tetap) menjadi nilai inti budaya pelayanan rumah sakit?

Menurut Kotter pada organisasi pencipta laba telah terbukti bahwa suatu budaya yang kuat dan adaptif akan memberikan kinerja keuangan atau keuntungan jangka panjang yang signifikan bagi organisasi (perusahaan). Walaupun sulit untuk diubah, menurut pendapatnya budaya organisasi dapat dibuat agar bersifat lebih meningkatkan kinerja (Kotter dan Heskett, 1997:13). Deal dan Kennedy, dua penulis awal kajian budaya organisasi sebelum Kotter dan Heskett bahkan mengatakan bahwa "*Strong Cultures. The New 'Old Rule' for Business Success*" (Deal dan Kennedy, 1984:3) Namun demikian Schein dalam perkembangannya selanjutnya dalam kajian budaya organisasi menyatakan bahwa budaya organisasi dapat dibangun dan kepemimpinan adalah faktor kunci dalam membangun budaya suatu organisasi yang kuat dan adaptif itu (Schein, 1992:209)

Dari kajian masalah empirik dan berbagai temuan dari *preliminary study* dapat dikatakan secara singkat bahwa untuk memperoleh model teoritik pembangunan budaya rumah sakit yang berorientasi pemasaran diperlukan suatu pemahaman yang lebih mendalam atau semacam diagnosis yang lebih tajam atas berbagai variabel berikut, yaitu:

1. budaya rumah sakit saat ini (*existing culture*).
2. kinerja organisasi dari berbagai perspektif nir laba

3. komitmen manajemen terhadap pembentukan atau pembangunan suatu budaya organisasi,
4. komitmen individual terhadap organisasi,
5. berbagai faktor determinan terhadap komitmen individual pada organisasi, seperti:
 - 5.1. berbagai asumsi dasar karyawan tentang rumah sakit, dan berbagai nilai subjektif karyawan yang sesuai dengan berbagai nilai rumah sakit
 - 5.2. tingkat ketergantungan ekonomik karyawan pada rumah sakit
 - 5.3. seberapa tinggi dan apa saja jenis cita-cita atau idealisme karyawan dalam bekerja di rumah sakit, jenis dan seberapa besar motivasi dalam bekerja di rumah sakit, dan berbagai harapan karyawan dalam bekerja di rumah sakit dan berbagai karakteristik individual karyawan rumah sakit.

Pemotretan pada berbagai variabel tersebut, terutama dapat membrikan gambaran yang utuh dan tajam tentang isi perut atau budaya organisasi rumah sakit pemerintah saat ini, beserta dinamika antar hubungan di antara berbagai variabel tersebut di atas.

Dari kajian-kajian ini dapat disimpulkan bahwa kendala berkembangnya rumah sakit pemerintah yang berorientasi pasar, dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berhubungan dengan aspek eksternal maupun internal rumah sakit. Faktor eksternal utama berhubungan dengan pengaruh politik, hukum, kebijakan, teknologi dan kekuasaan birokratik pemerintahan atas struktur, sistem, dan sumber daya manusia serta iklim makro budaya eksternal yang mempengaruhi rumah sakit pemerintah. Semua ini di luar kendala

manajemen rumah sakit, dan mengatasinya hanya mungkin dengan pendekatan kekuasaan pemerintah.

Dengan mengasumsikan bahwa penyebab eksternal utama yang bersumber dari suprasistem pemerintahan dapat diatasi dengan berbagai kebijakan baru (*by regulation*), terutama akan dapat teratasinya hambatan struktural dan sistemik yang ada dalam pengembangan rumah sakit kabupaten. Perubahan ini dapat terjadi segera setelah diputuskannya ikatan birokratik pada rumah sakit dengan diberikannya otonomi pemerintahan pada tingkat kabupaten dan otonomi manajemen pada tingkat institusional rumah sakit kabupaten.

Masalah Teoritik:

Perubahan yang cepat tidak dapat terjadi dalam budaya organisasi. Hal ini disebabkan penyesuaian sumber daya manusia dan budaya organisasi adalah jalur paling kritis dan tidak dapat terjadi dalam semalam dan harus dirakayasa melalui suatu strategi budaya (organisasi) tertentu. Tidak berlebihan dikatakan bahwa strategi budaya ini perlu mendapatkan perhatian paling awal dalam perubahan dan atau pengembangan rumah sakit kabupaten (*organizational development*) di era reformasi ini. Sementara disisi teoritik kajian strategi (perubahan dan atau pengembangan) budaya organisasi, khususnya organisasi nirlaba masih sangat langka.

Oleh karena itu masalah teoritik yang tak kalah pentingnya dalam perubahan budaya suatu organisasi ialah bahwa dalam berbagai kajian budaya organisasi, khususnya kajian budaya organisasi dalam lingkungan organisasi nirlaba yang tidak menggunakan profitabilitas sebagai ukuran kinerjanya adalah belum ditemukannya suatu model dalam

membangun budaya suatu organisasi nirlaba yang kuat, tepat-guna dan adaptif (unsur ketepatan dan kecocokan dengan lingkungan atau situasi eksternal organisasi), serta yang mampu menunjukkan kinerja nirlaba (bukan keuangan) yang tinggi di lingkungan budaya eksternal yang berbeda-beda. Kajian ini penting setidaknya-tidaknya karena 2 (dua) alasan: pertama bahwa kehadiran organisasi nirlaba perlu sebagai akses kesenjangan yang diciptakan oleh kegiatan organisasi pencari laba (Ndraha, 1997:7), dan kedua bahwa bahkan dengan membantu hidup dan berkembangnya organisasi nirlaba akan memberikan laba bagi organisasi pencari laba (Drucker, 1995:257).

Oleh karena untuk suatu perubahan budaya (*cultural reshaping*) dan atau pembangunan budaya baru (*cultural building*) di rumah sakit pemerintah ke arah budaya organisasi yang kuat, tepat-guna dan adaptif serta berkinerja tinggi dibutuhkan suatu model manajemen sumber daya manusia yang komprehensif. Demikian pula tuntutan perlunya peningkatan proses bisnis internal (produksi-konsumsi jasa) rumah sakit yang bermutu sehingga dapat memuaskan konsumen dan semua pihak yang terlibat di dalamnya, membutuhkan proses belajar yang memakan waktu yang lebih lama dan melalui berbagai upaya rekayasa budaya organisasi. Tradisi profesi medis yang tua, tradisi birokratik yang kaku yang masing-masingnya memiliki sejarahnya sendiri, berbagai asumsi dan nilai serta pedoman perilaku yang bertentangan dengan tuntutan bisnis perumahsakitian moderen yang berorientasi pemasaran, perlu diadati dengan menggunakan suatu model tertentu yang menggunakan pendekatan perubahan paradigma budaya (*mindset*).

Pemahaman yang menyeluruh atas karakter berbagai subkultur yang ada, terutama faktor sumber daya manusia baik yang berasal dari berbagai lapisan atau level

menejemen rumah sakit maupun berbagai kelompok profesi yang saat ini terlibat di dalam industri rumah sakit, di berbagai latar belakang budaya eksternal rumah sakit kabupaten yang berbeda, sangatlah penting dalam mendapatkan model itu. Suatu model pembangunan dan atau pengembangan budaya rumah sakit yang dapat diaplikasikan secara lebih luas di berbagai latar budaya eksternal organisasi yang berlainan.

Dengan memiliki pemahaman yang integral mengenai anatomi dan fisiologi organisasi (model dinamika antar-hubungan berbagai variabel dalam rangka integrasi internal dan adaptasi eksternal dalam fungsi proses produksi jasa pelayanan) rumah sakit diharapkan akan mempermudah inovasi pemasaran di rumah sakit nirlaba umumnya, dan rumah sakit nirlaba milik pemerintah berbagai kabupaten kota di Indonesia khususnya dalam era desentralisasi di bidang kesehatan saat ini.

1.3. Permasalahan (*Research Questions*)

Strategi budaya organisasi yang berorientasi pemasaran pada hakekatnya adalah suatu strategi membangun budaya organisasi yang bertujuan untuk mencapai kepuasan bersama antara para pihak yang terlibat di dalam proses produksi-konsumsi (transaksi), dan kelanggengan proses transaksi (bisnis) itu. Prinsip yang mendasari transaksi, yaitu pola hubungan yang horisontal kontraktual, hakekatnya merupakan jual-beli jasa antara penjual jasa dan pembeli jasa. Manajemen harus dapat menjamin bahwa jasa pelayanan rumah sakit yang dirumuskannya adalah jasa yang juga berciri-ciri : (1) bermutu menurut pandangan konsumen agar dapat memuaskan konsumen-pelanggan eksternal, dan (2) menjamin transaksi yang berkesinambungan antara rumah sakit sebagai pelaku usaha pemberi jasa, dan konsumen-pelanggan sebagai pemakai jasa.

Sementara itu di dalam proses produksi-konsumsi jasa pelayanan rumah sakit selalu melibatkan sumber daya manusia (karyawan atau petugas) profesional yang egosentris (Widodo, 1999), sebagai pelanggan internal yang harus pula dipuaskan kebutuhannya. Sebagai penyedia lapangan kerja, manajemen rumah sakit harus dapat memuaskan semua karyawan-penyaji jasa, mulai dari SATPAM, petugas parkir, penerima pasien (*front office*), penerima telepon, tenaga administrasi, termasuk kelompok profesi kesehatan (dokter-perawat-pasien) yang secara tradisional mendominasi peran dalam hubungan segitiga proses produksi-konsumsi jasa itu sendiri. Pemuasan ini selain melalui sistem imbalan dan insentif yang memadai, harus terjamin pula kebebasan dan tegaknya berbagai nilai etik profesi, kepuasan kerja karyawan, komitmen pada organisasi sehingga dapat meningkatkan produktivitas.

Di dalam pemasaran jasa pelayanan kesehatan yang berciri *high-contact*, *customized*, dan *personal service*, faktor proses (*process*) penyajian jasa adalah unsur yang penting. Namun demikian adanya dominasi peran kelompok profesional dalam proses ini yang tergambar dalam pola hubungan yang vertikal-paternalistik terhadap pihak lain selama ini, tidak sesuai dalam budaya organisasi yang berorientasi pemasaran. Dalam budaya organisasi yang berorientasi pemasaran secara terintegrasi fungsi pemasaran ada pada setiap jenjang dalam daur produksi dan oleh karenanya setiap orang yang terlibat di dalamnya mempunyai peranan yang sama pentingnya.

Jika secara tradisional substansi hubungan yang melahirkan pola vertikal-paternalistik adalah prosedur medik, prosedur keperawatan, dan prosedur administratif (manajemen medik, manajemen keperawatan, dan manajemen "administratif") saja yang melahirkan budaya pekerja sosial dan budaya birokratik (*administrative characteristics*),

maka di dalam organisasi moderen yang berorientasi pemasaran hal ini tidak dapat dipertahankan. Sebagai suatu industri yang semakin kompleks, substansi hubungan dalam daur produksi-konsumsi juga harus meliputi semua prosedur operasional lainnya sebagai keseluruhan mata rantai produksi-konsumsi (prosedur manajemen sumber daya manusia, finansial, logistik, administratif, dll).

Oleh karena itu dalam budaya organisasi rumah sakit yang berorientasi pemasaran hubungan antara berbagai mata rantai dalam daur produksi-konsumsi harus berpola horizontal-kontraktual yang setara, inovatif dan responsif tanpa dominasi hak dan wewenang salah satu pihak dan yang lebih berorientasi pemasaran; suatu budaya yang lebih mencerminkan kewirausahaan (*entrepreneurial characteristics*).

Untuk itu diperlukan kepemimpinan dengan komitmen yang adekuat yang dapat menciptakan dan atau membangun budaya organisasi yang tangguh, kondusif, dan adaptif terhadap perubahan eksternal organisasi melalui *'sharing values'*. Budaya yang dapat menjamin penegakkan norma atau pedoman tingkah laku (kode etik) bagi semua profesi yang terlihat di dalam proses produksi-konsumsi jasa kesehatan. Budaya yang berintikan standar nilai bagi semua profesi dalam berperilaku dan berintikan berbagai standar untuk berbagai prosedur yang ada di dalam keseluruhan operasional.

Sebuah budaya yang kuat menurut Deal dan Kennedy dapat sebagai pengungkit yang dahsyat untuk mengarahkan perilaku. Budaya yang kuat menurut kedua penulis akan membantu karyawan melaksanakan pekerjaannya dengan semakin baik, melalui dua cara. Pertama, bahwa budaya yang kuat adalah sebuah sistem peraturan informal yang memengaruhi bagaimana menggunakan waktu dengan cara yang paling efisien, dan kedua bahwa budaya yang kuat membuat orang merasa lebih menghargai apa yang

dilakukannya sehingga akan berusaha untuk bekerja lebih keras. Kedua cara tersebut akan mempengaruhi produktivitas karyawan (Deal dan Kennedy, 1984:15-16). Budaya yang kuat dan adaptif yang menurut Kotter dan Heskett akan berpengaruh pada kinerja keuangan jangka panjang suatu perusahaan pencari laba. Budaya organisasi yang kuat, adaptif dan menghasilkan kinerja yang tinggi tersebut menurut Schein dapat dibangun, diciptakan melalui kepemimpinan dan komitmen yang tinggi.

Rumusan masalah :

1. Apakah komitmen manajemen mempengaruhi budaya organisasi rumah sakit?
2. Apakah komitmen manajemen mempengaruhi kinerja rumah sakit?
3. Apakah komitmen manajemen mempengaruhi komitmen individu pada rumah sakit?
4. Apakah komitmen individual mempengaruhi budaya organisasi rumah sakit?
5. Apakah komitmen individual mempengaruhi kinerja rumah sakit?
6. Apakah faktor asumsi dan nilai subjektif individual berpengaruh pada komitmen individual pada rumah sakit?
7. Apakah faktor ketergantungan ekonomik berpengaruh pada komitmen individual pada rumah sakit?
8. Apakah faktor psikografi individu berpengaruh pada komitmen individual pada rumah sakit?
9. Apakah budaya rumah sakit mempengaruhi kinerja rumah sakit?
10. Apakah kinerja rumah sakit berhubungan dengan "kinerja klasik" rumah sakit?
11. Apakah dapat dibangun model teoritik (teoritisasi) atas berbagai variabel (faktor determinan, komitmen individual pada rumah sakit, komitmen manajemen, budaya, dan kinerja rumah sakit)?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan umum

Mencermati perubahan global pada iklim makro yang berhubungan dengan isu keterbatasan sumber daya alam, kemajuan teknologi, tuntutan hak azasi manusia, perlindungan konsumen dan berbagai perubahan kebijakan serta tekanan persaingan dalam sistem ekonomi pasar, kita dituntut memiliki visi yang jelas dalam pengelolaan organisasi baik yang pencipta laba maupun yang nirlaba. Eksistensi dan pertumbuhan organisasi termasuk organisasi pemerintah seperti rumah sakit-rumah sakit pemerintah ditentukan oleh kemampuannya untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan tersebut, terutama kecenderungan ke arah organisasi yang berpusat kepada pelanggan (berorientasi pemasaran), sehingga selain memperoleh legitimasi dari dukungan pemerintah juga dukungan dari pelanggannya. Dukungan eksternal dari pemerintah sebagai pemilik melalui berbagai perangkat kebijakan yang kondusif bagi keberhasilan suatu inovasi, juga kemampuan manajemen dalam melakukan integrasi internal.

Pemasaran sebagai suatu strategi yang berorientasi kepada pelanggan dapat dan harus diadopsi oleh semua organisasi, melalui perubahan internal yang dapat terjadi dengan bertumpu pada baik struktur, sistem, maupun sumber daya manusia dan budaya organisasinya. Untuk mencapai perubahan yang efektif dalam mengadopsi konsep ini, maka perubahan yang bertumpu pada sumber daya manusia dan budaya organisasi adalah faktor kunci, terutama di dalam pemasaran jasa rumah sakit yang berfokus pada kepuasan konsumen-pelanggan.

Sehubungan dengan semua hal tersebut maka tujuan umum penelitian ini adalah:

1. Mempelajari budaya organisasi Rumah Sakit Umum Pemerintah Kabupaten Kota.
2. Mempelajari kinerja Rumah Sakit Umum Pemerintah Kabupaten Kota.
3. Untuk mempelajari komitmen manajemen pada budaya yang berorientasi pemasaran, meliputi berbagai paradigma manajemen (*management mindset*) yaitu:
 - (a). paradigma manajemen mengenai pelanggan
 - (b). paradigma manajemen mengenai perubahan
 - (c). paradigma manajemen mengenai sumber daya manusia
 - (d). paradigma manajemen mengenai peningkatan mutu berkelanjutan.
4. Mempelajari komitmen individual pada rumah sakit.
5. Mempelajari berbagai faktor determinan terhadap komitmen individu tersebut.
6. Mempelajari perbedaan berbagai variabel tersebut di atas dari berbagai perspektif menggunakan pendekatan analisis multi level: (a) perspektif total responden, (b) perspektif wilayah lingkungan budaya eksternal yang berlainan, (c) perspektif kelompok profesi yang berlainan yang bekerja di rumah sakit, (d) perspektif berbagai level (tingkat) manajemen, (e) perspektif total rumah sakit
7. Mempelajari antar-bubungan berbagai variabel (bangun teori) dari berbagai perspektif menggunakan pendekatan analisis multi level. (a) perspektif total responden, (b) perspektif wilayah, (c) perspektif kelompok profesi, (d) perspektif level manajemen, (e) perspektif total rumah sakit dimana rumah sakit sebagai unit analisis.

Dengan pendekatan ini diharapkan akan ditemukannya suatu model yang membuktikan bahwa dengan komitmen manajemen pada budaya yang berorientasi pemasaran akan mempercepat perubahan budaya organisasi rumah sakit saat ini (*existing*

culture) ke arah budaya organisasi yang diinginkan (*expecting culture*) yang sesuai dengan tuntutan perubahan, baik secara langsung maupun melalui berbagai faktor determinan yang dapat meningkatkan komitmen individu dan kinerja rumah sakit.

1.4.2. Tujuan khusus

1. Mempelajari pengaruh komitmen manajemen untuk membangun budaya yang berorientasi pemasaran terhadap budaya organisasi rumah sakit.
2. Mempelajari pengaruh komitmen manajemen untuk membangun budaya yang berorientasi pemasaran terhadap kinerja organisasi.
3. Mempelajari pengaruh komitmen manajemen untuk membangun budaya yang berorientasi pemasaran terhadap komitmen individu.
4. Mempelajari pengaruh komitmen individual terhadap budaya rumah sakit.
5. Mempelajari pengaruh komitmen individual terhadap kinerja rumah sakit.
6. Mempelajari pengaruh faktor asumsi dan nilai subjektif individual terhadap komitmen individual pada rumah sakit.
7. Mempelajari pengaruh faktor ketergantungan ekonomik terhadap komitmen individual pada rumah sakit.
8. Mempelajari pengaruh faktor psikografi individu terhadap komitmen individual pada rumah sakit.
9. Mempelajari pengaruh budaya organisasi rumah sakit terhadap kinerja rumah sakit.
10. Mempelajari hubungan antara kinerja rumah sakit dengan “kinerja klasik”
11. Membangun model teoritik (teoritisasi) atas berbagai variabel yang diteliti dari berbagai perspektif: (a) total responden, (b) wilayah penelitian, (c) kelompok profesional, (d) level manajemen, (e) total rumah sakit (sebagai satu unit analisis).

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat teoritik

- (1) Sebagai sumber informasi ilmiah mengenai profil dan kekuatan budaya (*existing culture*) rumah sakit pemerintah saat ini.
- (2) Sebagai sumber informasi ilmiah mengenai profil dan kekuatan komitmen individual karyawan terhadap rumah sakit yang menjadi tempatnya bekerja.
- (3) Sebagai sumber informasi ilmiah mengenai berbagai faktor determinan terhadap komitmen individual pada rumah sakit.
- (4) Ditemukannya berbagai paradigma (sub-variabel) dari komitmen manajemen sebagai dimensi yang mewarnai pembangunan budaya organisasi rumah sakit yang berorientasi paada kepuasan pelanggan (orientasi pemasaran).
- (5) Tersusun suatu penjelasan ilmiah adanya pengaruh langsung maupun tidak langsung komitmen manajemen (pada pembangunan budaya yang berorientasi pemasaran) terhadap kinerja rumah sakit.
- (6) Tersusun suatu penjelasan ilmiah adanya pengaruh komitmen individual terhadap budaya rumah sakit
- (7) Tersusunnya suatu penjelasan ilmiah adanya pengaruh komitmen manajemen (pada pembangunan budaya yang berorientasi pemasaran) terhadap komitmen individual pada rumah sakit.
- (8) Tersusun suatu penjelasan ilmiah adanya pengaruh komitmen individual pada kinerja rumah sakit baik langsung maupun tidak langsung
- (9) Tersusun suatu penjelasan ilmiah adanya pengaruh asumsi dan nilai subjektif individual terhadap komitmen individual.

- (10) Tersusun suatu penjelasan ilmiah adanya pengaruh ketergantungan ekonomik terhadap komitmen individual
- (11) Tersusun suatu penjelasan ilmiah adanya pengaruh psikografi terhadap komitmen individual
- (12) Tersusun suatu penjelasan ilmiah adanya pengaruh budaya rumah sakit terhadap kinerja rumah sakit
- (13) Ditemukannya suatu model teoritik diagnosis budaya organisasi rumah sakit nirlaba untuk pengembangan organisasi rumah sakit kabupaten demi peningkatan kinerja.
- (14) Di samping itu, penggunaan *multi level analysis* dalam penelitian ini akan memperkaya informasi mengenai perbedaan hasil pengukuran berbagai variabel yang diteliti dari berbagai perspektif. Penggunaan pendekatan analisis multi level juga akan memperkaya teoritisasi berbagai konsep atau variabel yang diteliti dengan dihasilkannya berbagai model konseptual diagnosis budaya organisasi rumah sakit pemerintah yang diharapkan dapat meningkatkan kinerjanya.

1.5.2. Manfaat praktik

- (1) Sebagai masukan bagi pengembangan kepemimpinan dan komitmennya serta manajemen sumber daya manusia, dalam proses saji-pakai jasa rumah sakit yang *appropriate* dalam rangka mengubah budaya (*culture reshaping*) atau membangun budaya (*culture building*) baru yang kuat integrasi internalnya (*internally driven*), tepat-guna dan adaptif yaitu berpusat pada kepuasan

berbagai kelompok konsumen-pelanggan (*externally focused*), suatu budaya yang berorientasi pemasaran.

- (2) Di samping itu juga sebagai masukan bagi manajemen rumah sakit pemerintah kabupaten kota dalam mengadaptasikan dan atau mengintegrasikan berbagai nilai ekonomik (komersial) dan nilai etika (moral) medik secara harmonis melalui suatu model rekayasa budaya organisasi menjadikannya budaya rumah sakit pemerintah di masa yang akan datang.
- (3) Sebagai masukan bagi kebijakan yang berhubungan dengan restrukturisasi dan reorganisasi sistem pelayanan kesehatan di kabupaten sehubungan dengan desentralisasi pelayanan kesehatan saat ini serta sebagai masukan bagi perubahan sistem operasional yang lebih sesuai dengan strategi inovasi pemasaran di rumah sakit pemerintah.
- (4) Dengan ditemukannya berbagai model pengembangan organisasi rumah sakit dengan pendekatan perubahan *mindset* (budaya), ke arah budaya yang berorientasi pemasaran, melalui peningkatan komitmen manajemen, akan memberikan peluang pilihan bagi para manajer berbagai RS Kabupaten yang sedang mereformasi diri untuk menggunakan berbagai model tersebut.
- (5) Pendekatan multi level memberikan diagnosis yang lebih akurat terhadap organisasi. Hal ini memberikan manfaat langsung dan praktis bagi setiap rumah sakit yang diteliti untuk menanggapi hasil survei ini dengan membuat program pengembangan organisasi (*organizational development*), khususnya pengembangan budaya organisasi.

(6) Akhirnya dengan mempelajari budaya dalam skala kecil (organisasi), terutama adanya berbagai hal yang disebut "*covert culture*" (asumsi, nilai dan keyakinan dasar) membantu kita untuk memahami berbagai fenomena budaya yang inderawi - tampak - kasat mata (*physical culture* atau *overt culture*) tidak hanya dalam skala kecil tersebut (organisasi) namun juga dalam skala besar yaitu budaya dalam pengertian yang lebih luas. Hal ini akan memperkaya pemahaman kita terhadap berbagai macam perilaku yang ditunjukkan oleh berbagai orang dari berbagai latar belakang budaya yang berlainan dalam masyarakat kita yang multi budaya. Pemahaman ini akan memperkaya dan meningkatkan mutu relasi antar manusia-kita dalam berinteraksi dengan orang lain dari berbagai budaya dalam dunia yang semakin tanpa batas jarak dan waktu saat ini.

BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Gambaran Umum Perumabsakitan Di Indonesia

Rumah sakit pertama di Indonesia dimulai sejak sebelum kemerdekaan oleh organisasi dagang Belanda (VOC) pada tahun 1618 yang mula-mula berfungsi sebagai tempat penitipan orang-orang sakit, lemah, orang yang sudah lanjut usia, miskin, orang gila dan kadang-kadang penjahat (Heuken, 1979: 232). Dipandang dari aspek sejarah, menurut Trisnantoro, sistem manajemen rumah sakit tergantung dari kebijakan politik pemerintah dari masa ke masa, sejak zaman kolonial Belanda. Rumah sakit yang didirikan pemerintah kolonial semula bermaksud untuk menjaga kepentingan kesehatan tentara, pejabat pemerintahan dan karyawan perusahaan. Pada akhir abad XX, karena kebijakan politik balas budi dan gerakan keagamaan Kristiani, rumah sakit mulai berorientasi pada pelayanan masyarakat umum sebagai bagian dari pelayanan kesejahteraan masyarakat (Trisnantoro, 2002).

Setelah kemerdekaan dunia perumabsakitan menjadi perhatian pemerintah dengan didirikannya rumah sakit yang dikelola langsung oleh pemerintah pusat (Depkes), Badan Usaha Milik Negara beberapa departemen, TNI dan POLRI, swasta, maupun yang dikelola oleh pemerintah daerah (Pemda) baik Pemerintah Daerah Propinsi maupun Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota. Banyak di antara rumah sakit pemerintah tersebut adalah kelanjutan atau sekedar perubahan kepemilikan dari berbagai rumah sakit yang semula didirikan untuk kepentingan tentara dan pemerintah kolonial dan oleh gerakan keagamaan Kristiani. Sampai saat ini,

pertumbuhan rumah sakit di Indonesia berkembang pesat, terutama sejak diberlakukannya kebijakan politik pemerintah melalui Permenkes No. 84/Memkes/Per/U/1990 tentang pemilik rumah sakit swasta. Kebijakan ini antara lain membolehkan pemilik rumah sakit swasta adalah selain perorangan, kelompok, atau yayasan sebagaimana yang diatur oleh Permenkes No. 920/1986, juga adalah 'badan hukum lainnya'. Tabel berikut ini menggambarkan pertumbuhan rumah sakit di Indonesia sejak tahun 1995 sampai dengan tahun 2000.

Tabel 2.1.
Pertumbuhan Rumah Sakit di Indonesia

MILIK	1995		1997		1998		2000	
	JUMLAH		JUMLAH		JUMLAH		JUMLAH	
	RS	TT	RS	TT	RS	TT	RS	TT
NEGRI	598	79.443	599	80.490	602	80.629	595	80.667
SWASTA	477	38.863	491	41.506	511	42.539	550	44.837
TOTAL	1.075	118.306	1.090	121.996	1.113	123.168	1.145	125.504

Sumber: DepKes RI

Dari tabel tersebut kelihatan bahwa pertumbuhan rumah sakit pemerintah beserta jumlah tempat tidurnya lebih lambat dibandingkan dengan pertumbuhan rumah sakit dan jumlah tempat tidur dari pihak swasta. Bahkan rumah sakit pemerintah pertumbuhannya negatif, karena dari jumlah 598 buah pada tahun 1995 tinggal tersisa 585 pada tahun 2000, meskipun dilihat dari jumlah tempat tidur mengalami kenaikan sebesar 1.224 buah TT dalam periode yang sama. Sebaliknya rumah sakit swasta bertumbuh dari 477 pada tahun 1995 dengan jumlah tempat tidur 38.836 buah menjadi 550 rumah sakit dengan 44.837 TT pada tahun 2000.

Gambaran selengkapnya mengenai rumah sakit di Indonesia baik mengenai kepemilikannya maupun jenisnya sampai dengan tahun 1997 dapat dilihat dari tabel berikut ini.

Tabel 2.2.
Kepemilikan Rumah Sakit dan Jenisnya Di Indonesia
Tahun 1997

PEMILIK	JENIS RUMAH SAKIT			TOTAL
	UMUM	JAWA	KHUSUS	
Depkes Pusat	15	31	14	60
Propinsi	42	3	19	64
Kabupaten / Kota	285	-	8	283
Militer / Polisi	111	-	2	113
BLMN	69	-	-	69
Swasta	351	15	125	491
TOTAL	873	49	168	1.090

Sumber: Reformasi Perumahsakitian Indonesia, Dekes RI - WHO, 2000

Selain terbagi atas rumah sakit umum dan khusus, untuk rumah sakit umum pemerintah diklasifikasikan pula berdasarkan jumlah tempat tidur dan jenis spesialisasi atau kemampuan pelayanan medik yang dapat diberikan oleh suatu rumah sakit. Menurut pembagian ini dikenal RSU Kelas A, B, C dan D. Pelayanan medik di rumah sakit umum kelas D diberikan oleh dokter umum dan pelayanan spesialisik dalam jumlah terbatas.

Di rumah sakit umum kelas C dapat diberikan pelayanan spesialisik dalam 4 (empat) jenis, yaitu pelayanan spesialisik bedah, spesialisik kebidanan dan penyakit kandungan, spesialisik penyakit dalam dan spesialisik anak yang dilengkapi pelayanan spesialisik radiologi, anastesi dan patologi (laboratorium) sebagai pelayanan medik penunjang.

Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang dapat memberikan pelayanan medik spesialisik lengkap, bahkan dapat memberikan pelayanan sub spesialisik tertentu. Pada rumah sakit umum kelas A diberikan pelayanan medik

spesialistik lengkap maupun sub spesialistik dalam jumlah yang lebih banyak dibandingkan dengan rumah sakit umum kelas B.

Dengan berkembangnya ilmu dan teknologi diagnostik maupun penyembuhan dan perawatan penyakit, rumah sakit tidak hanya sebagai institusi yang menekankan segi sosial saja tetapi memperhatikan pula berbagai aspek administratif dan ekonomik (efisiensi, dsb). Salah satu ukuran efisiensi pengelolaan rumah sakit menggunakan tingkat penggunaan tempat tidur atau *Bed Occupancy Rate (BOR)*.

Gambaran umum tingkat pemanfaatan rumah sakit umum pemerintah di Indonesia antara tahun 1988 s.d. tahun 1997 dapat dilihat dalam tabel 2.3 berikut ini.

Tabel 2.3
Angka Penggunaan Tempat Tidur Rumah Sakit Umum Pemerintah
Tahun 1988 – 1997.

Kelas RSU	Angka Penggunaan Tempat Tidur (BOR)									
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
A	75,0	72,5	70,5	64,6	60,1	60,4	61,9	62,8	60,5	59,5
B	61,4	60,6	64,2	62,3	60,4	60,1	61,8	62,4	62,3	61,6
C	58,0	57,3	58,4	58,4	58,1	55,3	55,5	54,6	55,4	53,3
D	45,3	44,8	45,9	47,1	45,1	42,9	40,8	41,8	43,8	46,2
Total	56,9	56,1	57,6	57,0	56,0	55,4	55,8	56,2	56,8	56,5

Sumber: Reformasi Perumahasakitan Indonesia, Depkes RI - WHO, 2000

2.1.1. Kebijakan perumahasakitan di Indonesia

Fungsi rumah sakit berbeda-beda sesuai taraf perkembangan suatu negara, sumber daya yang tersedia, sistem pelayanan kesehatan yang dianut, struktur dinas kesehatan dan berbagai faktor lain (Heuken, 1979: 294). Di Indonesia kita belum menentukan sistem pelayanan kesehatan, khususnya sistem ekonomi kesehatan yang dianut apakah bersifat sosial, ekonomik atau bersifat sosioekonomik. Namun demikian fungsi rumah sakit di Indonesia, sebagaimana dapat dibaca dari batasan pengertian rumah sakit menurut WHO

"... an integral part of a social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health care, both curative and preventive and whose out patient services reach out to family and its home environment, the hospital is also a centre for training of health workers and for biosocial research" (Soeprapto, 1985:3).

Kebijakan perumahsakitannya di Indonesia menurut Soejitno dkk harus mengacu pada berbagai nilai dasar Departemen Kesehatan yang mengacu pada semua nilai dasar sebagaimana tercantum dalam Pancasila, Undang-undang Dasar 1945 dan UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Berbagai nilai dasar yang patut dianut oleh seluruh jajaran rumah sakit di Indonesia baik swasta nirlaba, swasta murni yang bertujuan menciptakan laba (*for profit*) maupun pemerintah menurut Soejitno dkk adalah hak (Deklarasi PBB tentang Hak Azasi Manusia tahun 1948 dan Pasal 4, UU No. 23 tahun 1992), kewajiban (Pasal 5, UU No. 23 tahun 1992), tugas (Pasal 6, 7, dan 8 UU No. 23 tahun 1992) dan tanggung jawab (Pasal 9, UU No. 23 tahun 1992). (Soejitno, dkk: 2000, 76-77).

Berdasarkan berbagai sumber nilai tersebut di ataslah suatu kebijakan perumahsakitannya di Indonesia seharusnya dirumuskan oleh pembuat kebijakan. Secara garis besar di Indonesia terdapat 3 (tiga) kebijakan pokok perumahsakitannya, yaitu kebijakan rumah sakit pemerintah sebagai unit swadana, kebijakan rumah sakit pemerintah yang terikat ketentuan keuangan *ICW*, yang saat ini sudah tercakup dalam kebijakan desentralisasi fiskal dan kewenangan bidang kesehatan, kebijakan rumah sakit swasta dengan badan hukum yayasan (*non profit*) dan kebijakan rumah sakit dengan badan hukum perusahaan (*for profit*). Terakhir muncul kebijakan yang disponsori oleh Departemen Kesehatan tentang rumah sakit pemerintah sebagai Perusahaan Jawatan (Perjan).

2.1.2. Populasi rumah sakit pemerintah kabupaten di Kepulauan Nusa Tenggara

Menurut sumber Departemen Kesehatan, di provinsi-provinsi kepulauan Nusa Tenggara terdapat 25 rumah sakit kabupaten kota tersebar di 14 Kabupaten dan satu kota di provinsi Nusa Tenggara Timur, 8 kabupaten kota di provinsi Nusa Tenggara Barat dan 9 kabupaten kota di provinsi Bali. Hampir setiap kabupaten memiliki sebuah rumah sakit kecuali kota Kupang, kabupaten Lembata dan kabupaten Rote serta kota Kupang, Kota Bima dan Mataram serta kabupaten Lombok Barat di provinsi NTB adalah 3 kabupaten kota yang tidak memiliki rumah sakit sendiri. Di Bali hanya kabupaten Badung yang belum memiliki rumah sakit sendiri. Di kota Kupang dan kota Mataram terdapat masing 1 rumah sakit provinsi sebagai pusat rujukan di kedua provinsi. Di kota Denpasar terdapat 1 rumah sakit umum pusat yang selain sebagai pusat rujukan di provinsi Bali juga berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan dokter (*teaching hospital*).

Keduapuluh lima rumah sakit umum kabupaten tersebut tersebar di delapan pulau, masing-masing: pulau Flores (5 RS), pulau Alor (1 RS), pulau Timor (3 RS), pulau Rote (1 RS), pulau Sumba (2 RS), pulau Sumbawa (3 RS), pulau Lombok (2 RS), dan pulau Bali (8 RS). Seluruh rumah sakit umum tersebut adalah milik kabupaten kota di tempat dimana rumah sakit tersebut berada

Di samping itu, menurut sumber Departemen Kesehatan terdapat juga rumah sakit pemerintah yang dimiliki oleh TNI atau POLRI dan rumah sakit swasta. Di NTT selain 12 RSU kabupaten dan 1 RSU provinsi terdapat masing-masing 1 RSU TNI dan POLRI serta 8 rumah sakit swasta keagamaan. Di NTB selain 5 RSU kabupaten dan 1 RSU provinsi terdapat pula 1 RSU milik TNI, 1 RS Kusta milik provinsi, 1 RS Kusta milik kabupaten Bima, 1 RS Jiwa milik Dep Kes serta 2 RSU swasta keagamaan. Di Bali selain

8 RSU milik kabupaten kota dan 1 RSUP milik Depkes tersebut terdapat pula 2 RSU milik TNI, 1 RS Jiwa milik Depkes, 1 RS Kusta milik Pemda Provinsi, dan 16 RSU milik yayasan.

Gambaran selengkapnya dari kedua puluh lima RS kabupaten kota di ketiga Provinsi tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 2.4
Daftar Populasi Rumah Sakit Umum Kabupaten Kota di
Provinsi Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Bali

NO	NAMA RUMAH SAKIT UMUM	JUMLAH TT	TIFE RS	KAB-KOTA - PROVINSI PEMILIK
1	RSU RUTENG	69	C	MANGGARAI - NTT
2	RSU BAJAWA	60	D	NGADA - NTT
3	RSU ENDE	100	C	ENDE - NTT
4	RSU TC HILLERS	150	C	SIKKA - NTT
5	RSU LARANTUKA	79	D	FLORES TIMUR- NTT
6	RSU KALABAHU	73	D	ALOR-NTT
7	RSU ATAMBUA	69	C	BELU-NTT
8	RSU KEFAMENANU	50	D	TIMOR TENGAH UTARA-NTT
9	RSU SOE	60	D	TIMOR TENGAH SELATAN-NTT
10	RSU BA'A	27	D	ROTE NDAO - NTT
11	RSU UMBU RARA MEHA	70	D	SUMBA TIMUR- NTT
12	RSU WAIKABUBAK	50	D	SUMBA BARAT- NTT
13	RSU SUMBAWA	85	C	SUMBAWA BESAR - NTB
14	RSU DOMPU	61	C	DOMPU - NTB
15	RSU BIMA	84	C	BIMA (KAB) - NTB
16	RSU PRAYA	75	C	LOMBOK TENGAH - NTB
17	RSU SELONG	117	C	LOMBOK TIMUR-NTB
18	RSU WANGAYA	150	C	DENPASAR (KOTA) BALI
19	RSU NEGARA	105	C	JEMBRANA - BALI
20	RSU SINGARAJA	227	B	BULELENG - BALI
21	RSU AMI APURA	75	C	KARANGASEM- BALI
22	RSU SANJIWANI	121	C	GIANYAR - BALI
23	RSU TABANAN	170	C	TABANAN - BALI
24	RSU BANGLI	54	C	BANGLI - BALI
25	RSU KLUNGKUNG	125	C	KLUNGKUNG - BALI

Sumber: Departemen Kesehatan Republik Indonesia

2.2. Budaya Organisasi

Kultur atau budaya adalah sesuatu yang sangat kompleks. Kompleksitas dan pendekatan multi dimensional adalah ciri khas dalam pembahasan mengenai budaya. *American Heritage Dictionary* mendefinisikan budaya sebagaimana yang dipetik oleh Kotter dan Heskett sebagai:

“the totality of socially transmitted behavior patterns, arts, beliefs, institutions, and all others products of human work and thought characteristics of a community or population” (Kotter dan Heskett, 1992:4).

Sebenarnya budaya tersusun berlapis-lapis. Menurut para ahli, sebagaimana dikatakan Hans J. Daeng, setiap kebudayaan paling sedikit memiliki tiga wujud, yaitu **pertama** wujud kebudayaan sebagai himpunan gagasan, **kedua** wujud kebudayaan sebagai sejumlah perilaku yang berpola dan yang **ketiga** adalah wujud kebudayaan sebagai sekumpulan benda atau artefak. Sebagai kumpulan gagasan budaya tidak kelihatan, abstrak. Dalam wujud ini ia disebut *cultural system* atau sistem budaya dan disebut *covert culture*. Dalam wujud yang kedua kebudayaan disebut *social system*. Wujud ketiga dari kebudayaan disebut sebagai kebudayaan fisik atau *physical culture*. Wujud budaya yang kedua dan ketiga disebut juga *overt culture* (Daeng, 2000: 46). Secara lebih rinci sebagaimana dijelaskan oleh Sutrisno Hadi (1991:20):

“yang kelihatan di permukaan adalah lapisan produk budaya atau artefak dan kreasi seperti teknologi, kesenian, nyanyian-nyanyian, berbagai cerita rakyat, upacara, adat kebiasaan, lambang dan sebagainya. Lapisan di bawahnya adalah berbagai nilai budaya yang menentukan kaidah apa yang baik dan benar dan apa yang tidak baik dan tidak benar. Pada lapisan yang paling dasar terdapat berbagai asumsi budaya, yaitu pandangan dasar mengenai hubungan dengan lingkungan, seperti hakekat kenyataan, waktu dan ruang, hakekat manusia, hakekat kegiatan manusia dan hakekat hubungan kemanusiaan”

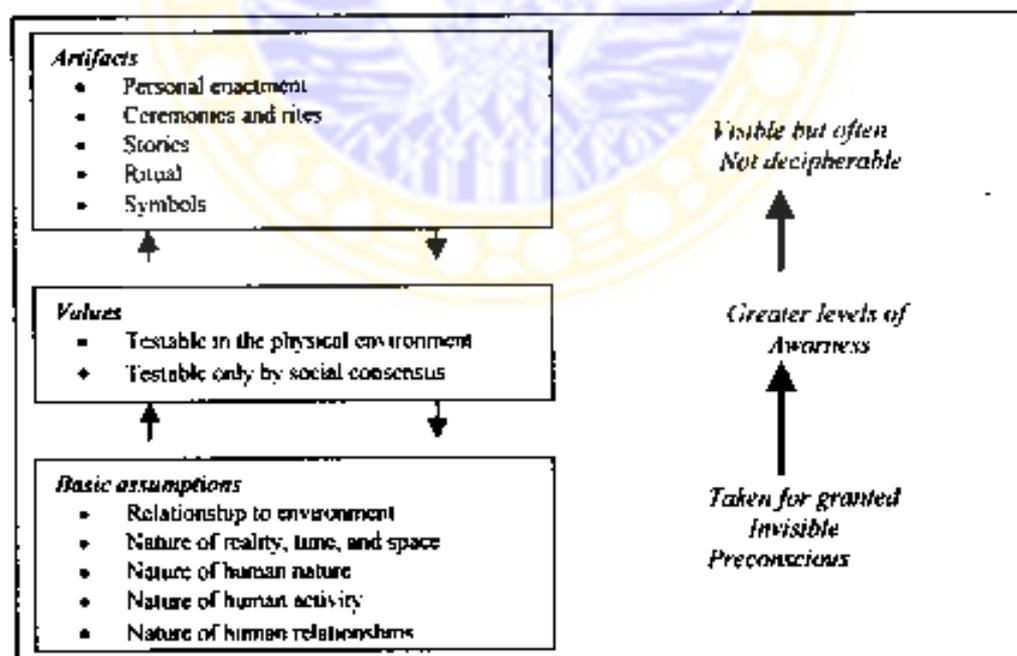
Terminologi "budaya organisasi" dimunculkan pertama kali sebagai kajian akademik di Amerika Serikat oleh Pettigrew pada tahun 1979 dalam tulisannya yang dimuat *Administrative Science Quarterly* dibawah judul "*On Studying Organizational Cultures*" (Andrew M. Pettigrew, 1979). Menurut Hofstede, terminologi yang sama dalam bentuk singular telah digunakan oleh Blake dan Mouton (Robert R. Blake dan Jane S. Mouton: *The Managerial Grid*", Houston, TX: Gulf) pada tahun 1964 untuk menggambarkan apa yang dinamakan iklim (*climate*) organisasi. Terminologi yang kemudian lebih akrab dikenal dengan "*corporate culture*" sesungguhnya telah dilukiskan oleh Silverzweig dan Allen pada tahun 1976 namun menjadi lebih populer setelah pada tahun 1982 penulis-penulis Deal dan Kennedy (*Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*) dan Peters dan Waterman's (*In Search of Excellence*) mempublikasikan karyanya (Hofstede, dkk, 1990).

Budaya perusahaan (*Corporate Culture*) menurut Ndraha adalah aplikasi dari budaya organisasi di tingkat badan usaha. Menurut pendapatnya dalam teori organisasi, organisasi sebagai alat untuk mengupayakan dan memenuhi kebutuhan manusia yang semakin banyak dengan sumber yang semakin terbatas, mempunyai tiga fungsi dan oleh karenanya memiliki tiga sosok *Pertama* sebagai alat menciptakan nilai tambah yang setinggi-tingginya yaitu organisasi produsen, badan usaha, perusahaan, pencipta laba. Pada fungsi organisasi yang *kedua* terdapat mekanisme untuk mengurangi kesenjangan yang diakibatkan oleh sosok pertama yaitu berbagai organisasi sosial, nirlaba. Pada fungsi *ketiga* sebagai pengendali, pengatur terhadap proses dan produk fungsi pertama dan fungsi kedua yang diwakili oleh berbagai lembaga negara dan organisasi pemerintah. Dengan demikian dapat dipelajari berbagai sosok budaya organisasi yakni budaya

organisasi perusahaan, budaya organisasi publik, dan budaya organisasi sosial (Ndraha, 1997: 7-8).

Dalam kajian budaya organisasi adanya tiga tingkatan budaya dalam organisasi juga diidentifikasi oleh Schein. Dalam bukunya baik edisi pertama (1985) maupun kedua (1992) Schein mengidentifikasi masing-masing tingkat sebagai berikut: pada tingkat pertama terdapat artefak: *personal enactment*, perilaku yang dapat dilihat dan didengar, teknologi serta seni, seremoni dan lambang. Pada tingkat kedua terdapat berbagai nilai yang telah teruji dalam kelompoknya dan menjadi pegangan hidup bersama. Keberadaan lapisan ke dua ini lebih disadari daripada yang ada lapisan ketiga yaitu berbagai asumsi dasar yang tidak tampak, tidak disadari keberadaannya dan tak perlu dipersoalkan adanya (*taken for granted*).

Model tiga lapisan budaya organisasi menurut Schein tersebut digambarkannya sebagai berikut:

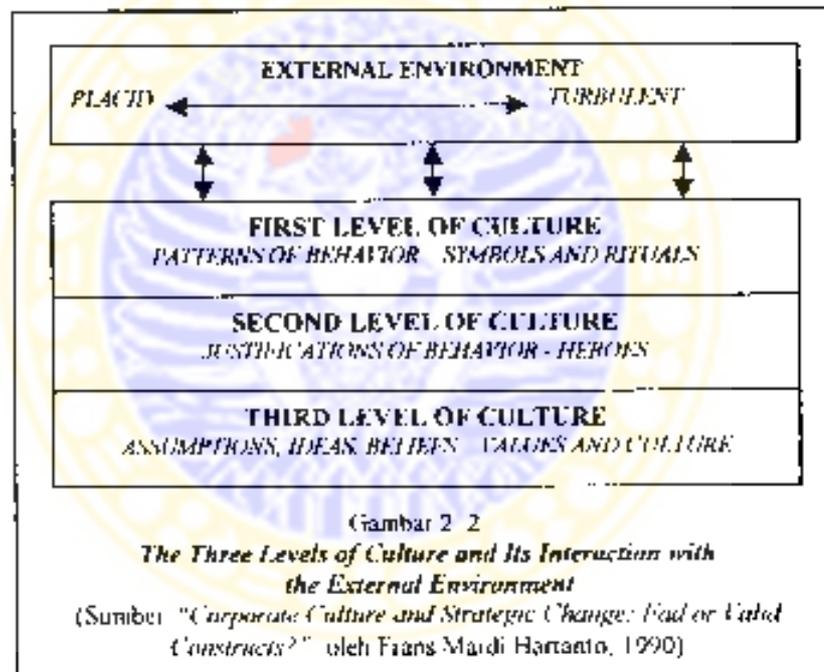


Gambar 2.1: *Levels of Organizational Culture*

Sumber: Edgar H. Schein, *Organizational Culture and Leadership: A Dynamic View*, 1985

Dengan demikian, sebagaimana budaya dalam pengertian yang luas, budaya suatu organisasi memmanifestasikan dirinya juga dalam berbagai simbol, pahlawan, ritual dan nilai. Untuk memahami dengan lebih baik budaya suatu organisasi dalam hubungan dengan interaksi eksternal dengan lingkungannya, Schein juga menganjurkan untuk mempelajari budaya organisasi pada ketiga lapisan tersebut, sebagaimana mempelajari budaya pada umumnya

Dalam interaksinya dengan lingkungan pemikiran tersebut digambarkan oleh Hartanto sebagai berikut.



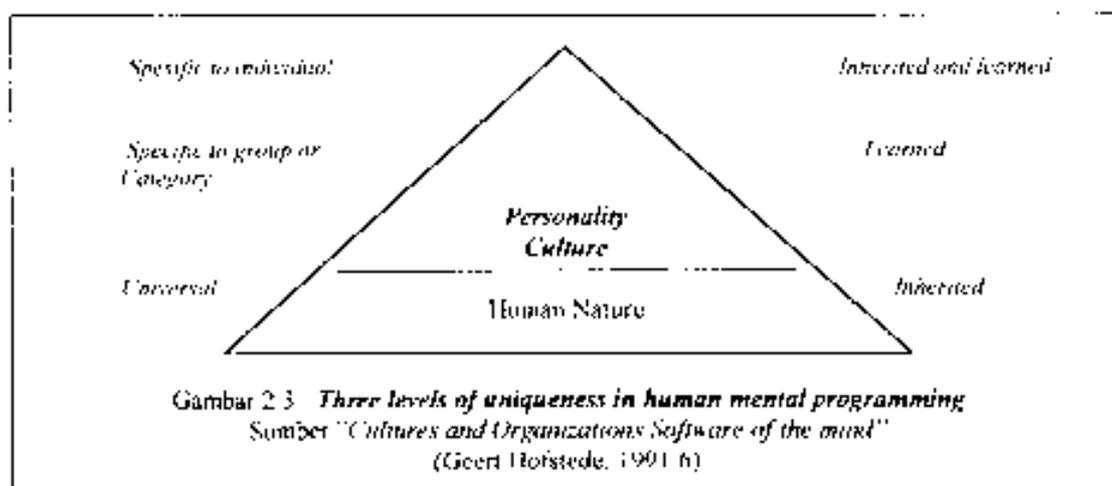
Pada lapis **pertama** budaya organisasi tersusun berbagai unsur seperti teknologi, seni, pola perilaku yang dapat dilihat dan didengar dan berbagai aspek budaya yang kasat mata namun sukar diinterpretasikan tanpa pemahaman terhadap kedua lapisan yang lain. Lapisan **kedua** menampakkan bagaimana para anggotanya berkomunikasi, menjelaskan, memberikan rasionalisasi dan justifikasi atas apa yang dikatakan dan dilakukan sebagai

suatu komunitas: bagaimana mereka memberikan pengertian atas apa yang terdapat pada lapisan dasarnya, yaitu lapisan ketiga. Lapis ini merupakan komunikasi budaya (*cultural communications*) dan justifikasi dari perilaku. Pada lapisan ketiga budaya organisasi juga terdapat berbagai asumsi budaya, sama seperti lapisan dasar budaya dalam pengertian yang luas. Pada lapisan ini terdapat berbagai pandangan dasar mengenai hakekat manusia, aktivitas dan hubungannya dengan sesamanya. Hakekat hubungan manusia dengan lingkungannya, hakekat kenyataan, ruang, dan waktu. Lapisan ini menjadi sumber asli dari berbagai nilai, kepercayaan, perasaan, pemikiran, persepsi, dan aktivitas manusia.

Dari sudut pandang yang agak berbeda, Hofstede (1991) mengemukakan bahwa budaya merupakan fenomena kolektif dan program kolektif dalam pikiran manusia. Bahkan mengenai budaya organisasi dikatakannya sebagai aset psikologis (*psychological assets*) sebuah organisasi yang dapat dipergunakan untuk memprediksi apa yang terjadi atas aset finansialnya lima tahun kedepan; dikatakan oleh Hofstede bahwa budaya adalah:

" always collective phenomenon, because it is at least partly shared with people who live or lived within the same social environment, which is where it was learned. It is the collective programming of the mind which distinguishes the members of one group or category of people from another" (Hofstede, 1991: 5)

Berdasarkan batasan tersebut Hofstede memvisualisasikan model sebagai berikut



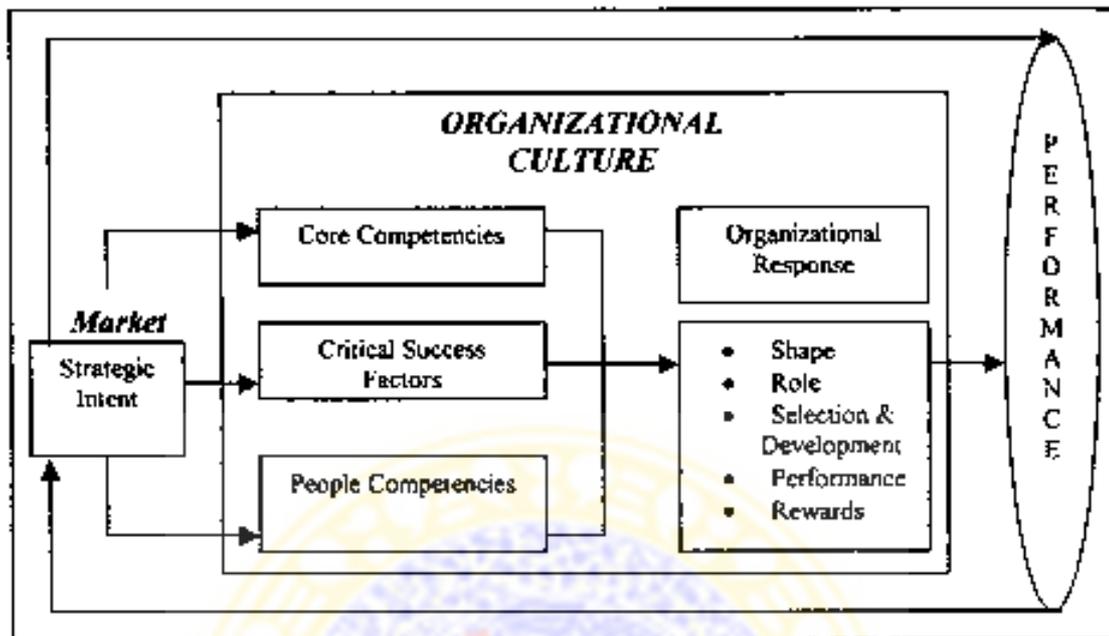
Konstruksi budaya organisasi menjadi kajian yang seksi karena diminati selain para akademisi, konsultan perusahaan maupun para praktisi atau manajer dengan penekanan yang berbeda-beda. Walaupun tidak terdapat konsensus mengenai batasan atau definisi yang pasti mengenai budaya organisasi, menurut Hofstede dkk konstruksi budaya organisasi mengandung karakter: (1) menyeluruh (*holistic*), (2) ditentukan oleh riwayat organisasi (*historically determined*), (3) berhubungan dengan konsep antropologi (*related to anthropological concepts*), (4) hasil konstruksi sosial (*socially constructed*), (5) 'lunak' (*soft*), (6) sukar untuk diubah (*difficult to change*) (Hofstede dkk, 1990).

Untuk lebih memahami berbagai aspek yang tersembunyi di dalam suatu organisasi, di dalam teori organisasi yang berkembang akhir-akhir ini, budaya dipergunakan juga sebagai suatu konsep mengatur (*organizing concept*)

*"that encompasses how work is done and how people are selected, developed, and managed - or more correctly, led -and rewarded.
" ...includes an organization's values, its decision-making processes, its allocation of resources, its division of power, the behaviors it requires, and the level of risk that is allowed and encouraged"*

Berdasarkan batasan yang dikemukakan Flannery dkk sebagaimana dikatakan dalam Vestal (1997) di atas, maka supaya berhasil mendukung misi dan strategi dari suatu organisasi, budaya dan semua elemen yang tercakup di dalamnya harus disesuaikan dengan struktur, berbagai proses kerja, dan strategi pengembangan sumberdaya manusia organisasi tersebut. Budaya seperti ini akan mengintegrasikan kompetensi utama dari suatu organisasi, berbagai faktor kritis penentu keberhasilannya, dan kompetensi sumberdaya manusianya. Ini adalah mata-rantai kritis dalam mentransformasikan dengan sungguh-sungguh tujuan strategi menjadi kinerja prima.

Secara skematis kerangka pikir tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.4 : *The Role of Culture in Transforming Strategic Intent into Performance*
(Sumber: Vestal dkk, 1997)

Hal senada telah pula dikemukakan oleh Hofstede dkk sebelumnya bahwa budaya organisasi dalam kajian akademik maupun praktik telah mendapat tempat yang sejajar dengan kajian mengenai struktur, strategi dan pengendalian organisasi (Hofstede dkk, 1990) walaupun Weick (1985) berpendapat bahwa antara budaya organisasi dan strategi organisasi terdapat bagian pengertian yang tumpang-tindih.

Batasan budaya yang agak sering dipergunakan di dalam pembahasan mengenai organisasi dan yang dipakai dalam tulisan ini adalah sebagaimana yang dikemukakan oleh Schein sebagai berikut:

" A pattern of shared basic assumptions that the group has learn as it solved its problems of external aduption and internal integration, that has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the correct way to perceive, think and feel in relation to those problems " (Schein, 1992:12).

Dari batasan tersebut dapat dilihat bahwa yang menjadi inti dari budaya organisasi adalah: (a) suatu pola asumsi dasar yang dimiliki bersama, (b) yang ditemukan, diciptakan, dibangun dan dimiliki bersama oleh suatu kelompok yang telah ada, (c) sebagai caranya menanggulangi berbagai masalah yang berhubungan dengan adaptasi eksternal dan integrasi internal, (d) yang berjalan baik dan dianggap benar, dan oleh karenanya, (e) diajarkan kepada para anggota baru sebagai (f) cara yang pas untuk merasakan, berpikir dan menghayatnya dalam hubungannya dengan berbagai masalah tersebut.

Jika kita berbicara tentang pola pikir maka kita berbicara masalah nilai, norma dan kepercayaan. Oleh karena itu budaya organisasi berkaitan dengan berbagai nilai yang menjadi pegangan sumber daya manusia dalam organisasi, menjadi semacam pedoman tingkah laku bersama seluruh kelompok dalam suatu organisasi untuk mencapai tujuan. Jadi dapat dikatakan bahwa budaya organisasi terbentuk dari berbagai elemen kunci yang dominan, yaitu lingkungan usaha, berbagai asumsi dasar dan nilai, serta perilaku yang tampak. Atau dengan lain perkataan Gordon menyimpulkan bahwa budaya dengan demikian dapat dilihat sebagai proses berbagi-makna dan pengertian (*shared meanings*) yang sebagian besarnya seolah-olah berlangsung diam-diam (tahu sama tahu, tanpa disadari) dan khas bagi anggota suatu kelompok sosial (Gordon, 1993:171).

Secara sederhana sebagaimana yang dikatakan oleh Susanto, berbagai nilai yang menjadi pegangan sumber daya manusia dalam menjalankan kewajiban dan perilakunya di dalam organisasi tidak lain adalah budaya organisasi itu sendiri (Susanto, 1997:3).

Dalam konteks kelompok sosial atau *group*, selain yang berhubungan dengan organisasi, Peter dan Olson mengidentifikasi berbagai tipe subkultur berdasarkan sepuluh

karakteristik demografi, sebagaimana dapat dilihat dalam tabel berikut (Peter dan Olson, 1996:415) :

Tabel 2.5
TYPE OF SUBCULTURES

<i>NO</i>	<i>DEMOGRAPHIC CHARACTERISTIC</i>	<i>EXAMPLES OF SUBCULTURES</i>
1.	<i>Age</i>	<i>Adolescent, young adults, middle-aged, elderly</i>
2.	<i>Religion</i>	<i>Jewish, Catholic, Norman, Buddhist, Moslem</i>
3.	<i>Race</i>	<i>Black, Caucasian, Oriental</i>
4.	<i>Income level</i>	<i>Affluent, middle income, poor, destitute</i>
5.	<i>Nationality</i>	<i>French, Malaysian, Australian, Canadian</i>
6.	<i>Gender</i>	<i>Female, male</i>
7.	<i>Family type</i>	<i>Single parent, divorced no kids, two parents kids</i>
8.	<i>Occupation</i>	<i>Mechanic, accountant, priest, professor, clerk</i>
9.	<i>Geographic region</i>	<i>New England, Southwest, Midwest</i>
10.	<i>Community</i>	<i>Rural, small town, suburban, city</i>

Dalam konteks organisasi sebagai kelompok sosial, dikenal pula pengertian **subkultur** untuk membedakannya dari budaya dominan (*dominant culture*) yakni gambaran dari berbagai nilai inti yang dianut sebagian besar anggota dalam suatu organisasi). Susanto memberikan batasan subkultur sebagai :

“budaya-budaya lain yang tumbuh di dalam organisasi, di mana secara spesifik ditumbuhkan oleh perbedaan bagian atau perbedaan geografis, yang merupakan hasil kontribusi nilai golongan minoritas anggota organisasi”. (Susanto, 1997:32)

Budaya organisasi menurut Kotter, menggambarkan gaya perilaku suatu organisasi dan sering mengabadikan berbagai cirinya dalam sejumlah cara. Cara tersebut misalnya menyeleksi calon karyawan berdasarkan kesesuaian dengan budaya organisasi, mengajarkan secara eksplisit kepada karyawan baru, menceritakan berbagai kisah historis

untuk mengingatkan karyawan tentang berbagai nilai kelompok. Juga dapat diekspresikan melalui contoh dan teladan para manajer dan penyelia atau dengan mengkomunikasikan berbagai nilai pokok dalam percakapan sehari-hari atau berbagai ritual khusus. Selain itu dengan memberikan penghargaan kepada karyawan yang berhasil mengamalkan nilai kultural dengan baik sebagai 'pahlawan', bahkan menjadikannya sebagai acuan utama dalam *punish and reward system* (Kotter dan Heskett, 1997:8-10).

Berbagai cara tersebut menurut Luthans disebut sebagai proses sosialisasi budaya (Luthans, 1992: 570-573; Susanto, 1997:66-69), atau yang disebut oleh Nelson dan Quick sebagai sosialisasi organisasi (Nelson and Quick, 2000:544-547).

Karakteristik budaya organisasi menurut Luthans, meliputi: (1) perilaku menetap yang dapat diamati, (2) berbagai norma yang menjadi standar perilaku, (3) nilai dominan yaitu berbagai nilai utama yang dianjurkan dan diharapkan dimiliki semua anggota organisasi, (4) filosofi, yaitu berbagai kebijakan yang dibangun dan selanjutnya dipercaya dan diyakini oleh organisasi tentang bagaimana karyawan dan atau pelanggan diperlakukan, (5) berbagai aturan (*rules*): berbagai petunjuk ketat yang harus ditaati selama menjadi anggota organisasi, (6) iklim organisasi: meliputi '*feeling*' yang berhubungan dengan tata-letak fisik, cara berinteraksi di dalam organisasi, dan cara anggota organisasi berhubungan dengan pelanggan atau pihak luar (Luthans, 1992:563)

Semua organisasi memiliki budaya sendiri dan hal ini dapat diidentifikasi dengan jelas. Ada organisasi dengan budaya yang kuat ada yang lemah. Kekuatan budaya suatu organisasi tergantung pada dua faktor yaitu yang pertama adalah tingkat penyebaran berbagai nilai yang menjadi pedoman tingkah laku bersama dan yang kedua adalah tingkat komitmen anggota terhadap berbagai nilai inti (*core values*) tersebut. Sutrisno

Hadi mengatakan bahwa budaya dalam pengertian umum, banyaknya pendukunglah yang menentukan kuat lemahnya suatu budaya, baik budaya nasional suatu bangsa maupun budaya organisasi (Sutrisno Hadi, 1991). Di dalam budaya organisasi hal ini tidak selalu benar.

2.2.1. Macam-macam budaya organisasi

Deal dan Kennedy, penulis awal dalam bidang ini dan kemudian diikuti oleh banyak penulis lainnya, mengategorikan budaya perusahaan berdasarkan derajat resiko yang bertalian dengan kegiatan usaha dan kecepatan perusahaan memperoleh umpan-balik atas suatu keputusan atau strategi. Ada empat budaya generik (*four generic cultures*): (1) Budaya Kasar (*The Tough-guy, Macho Culture*), (2) Budaya Kerja-Keras (*The Work Hard Culture*), (3) Budaya Taruhan (*The Bet-Your Company Culture*), dan (4) Budaya Proses (*The Process Culture*) (Deal dan Kennedy, 1982: 107-127; Luthans, 1992:568; Susanto, 1997:26-31).

Beech dan Mc Kenna setelah mengkaji tulisan Harisson "*Understanding Your Organization's Character*", mencoba menghubungkan budaya organisasi dengan desain organisasi. Dalam konteks ini ada 4 (empat) tipe budaya organisasi:

1. Budaya Kekuasaan (*Power Culture*), di mana sejumlah kecil eksekutif senior menggunakan banyak kekuasaan dengan cara memerintah. Ada kepercayaan dalam sikap mental yang tegas dan kuat untuk memajukan organisasi
2. Budaya Peran (*Role Culture*), ada kaitan dengan berbagai prosedur birokratik seperti berbagai peraturan peran pemerintah dan peran spesifik yang jelas karena diyakini hal ini akan menstabilkan sistem.

3. Budaya Pendukung (*Support Culture*), ada kelompok atau komunitas yang mendukung orang yang mengusahakan integrasi dan seperangkat nilai bersama.
4. Budaya Prestasi (*Achievement Culture*), ada suasana yang mendorong ekspresi diri dan usaha keras untuk adanya independensi. Lebih menekankan keberhasilan dan prestasi. (Beech dan Mc Kenna, 2001:65-66).

Vestal dkk dalam *Hospital and Health Service Administration* edisi (42)3, *Fall*, tahun 1997 mendeskripsikan 4 (empat) jenis budaya ketika mencoba membuat 3 (tiga) model budaya untuk lingkungan *The U.S. Departemen of Veterans Affairs (VA)* dengan berbagai ciri dari masing-masing model sebagai berikut:

1. Budaya Fungsional (*Functional Culture*), dengan ciri *disciplined* dan *reliability*
2. Budaya Proses (*Process Culture*), dengan ciri *unified* dan *responsiveness*
3. Budaya berbasis Waktu (*Time-Based Culture*) dengan ciri *adaptive* dan *opportunism*
4. Budaya jaringan (*Network Culture*) dengan ciri *flexible* dan *venturesomeness*

Bagi lingkungan kerja rumah sakit dengan karakteristik *high contact, customized, personal services*, maka untuk memasarkan produk jasa pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan konsumennya, selain faktor sumber daya manusia penyaji, mutu jasa ditentukan juga oleh proses penyajiannya. Oleh karena itu, budaya organisasi rumah sakit dapat dikategorikan ke dalam *The Process Culture*.

Dalam mempelajari organisasi sebagai *'living entity'* setiap organisasi memiliki karakteristiknya masing-masing, yang mempunyai tujuan yang terencana dengan berbagai aktivitas fungsionalnya yang tertata dengan jelas. Ndraha membagi tiga sosok organisasi yaitu masing-masing: (1) organisasi ekonomi-bisnis atau perusahaan, (2)

organisasi publik, (3) organisasi sosial. Dari perspektif ini, budaya organisasi menurutnya adalah *genus* sedangkan budaya perusahaan adalah salah satu *spesies*. Dalam hubungan dengan itu menurut pendapatnya, mungkin tidak semua temuan dari kajian budaya perusahaan berlaku untuk *spesies* organisasi lainnya (Ndraha, 1997:8).

Di samping itu, budaya dapat ditumbuh-kembangkan, dipelihara, bahkan dapat luntur dan mati. Budaya menurut Kotter mempunyai efek yang sangat mempengaruhi individu dan kinerja bahkan melebihi semua faktor yang sering dibahas dalam kepustakaan tentang organisasi dan bisnis (Kotter dan Heskett, 1997:10).

2.2.2. Perubahan dan rekayasa budaya organisasi

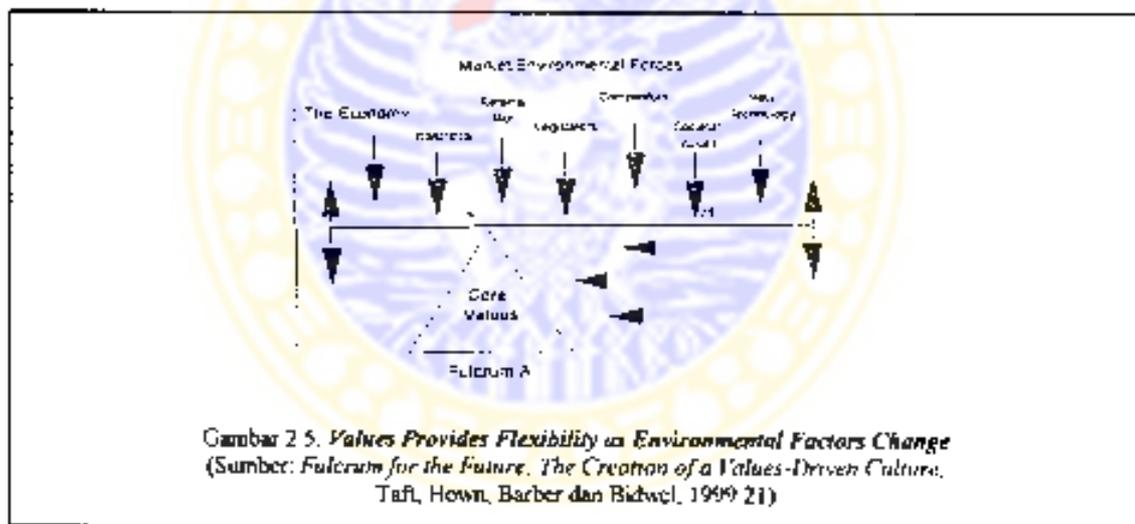
Konsep budaya organisasi yang mulai bangkit kembali akhir-akhir ini, berbeda dengan pengertian sebelumnya. Menurut Susanto kalau definisi sebelumnya lebih mengungkap mengapa suatu perusahaan atau organisasi dapat berhasil maka kini pengertian budaya lebih bermakna pada bagaimana merekayasa budaya organisasi sebagai suatu alat dalam meraih tujuan organisasi (Susanto, 1997:vii).

Dengan menggunakan model Edgar H. Schein, rekayasa budaya organisasi dapat dilakukan mulai dari mengubah yang tidak tampak dan ada di dalam pikiran (*mindset*) anggota organisasi yaitu pola pikir (cara pandang atau paradigma), berbagai nilai dan keyakinan dasar sampai dengan perubahan pada perilaku yang tampak dari luar, yang dirancang melalui sistem manajemen. *Mindset* bersama ini (yang tidak tampak) adalah landasan yang mendasari perilaku (yang tampak) dari para anggota dari suatu organisasi.

Agar suatu organisasi efektif dalam memasuki lingkungan bisnis yang dijalaninya, semua anggotanya dituntut memiliki sikap mental atau *mindset* yang sesuai

dengan lingkungan tersebut. Perubahan yang terjadi di lingkungan bisnis suatu organisasi menuntut manajemen melakukan *up dating mindset*. Rekayasa dapat dilakukan melalui pendidikan, pengalaman bahkan melalui prasangka. Jadi dalam pengertian inilah, budaya organisasi yang kembali marak dibahas dalam kepustakaan organisasi dan manajemen mutakhir lebih dipandang sebagai alat manajemen.

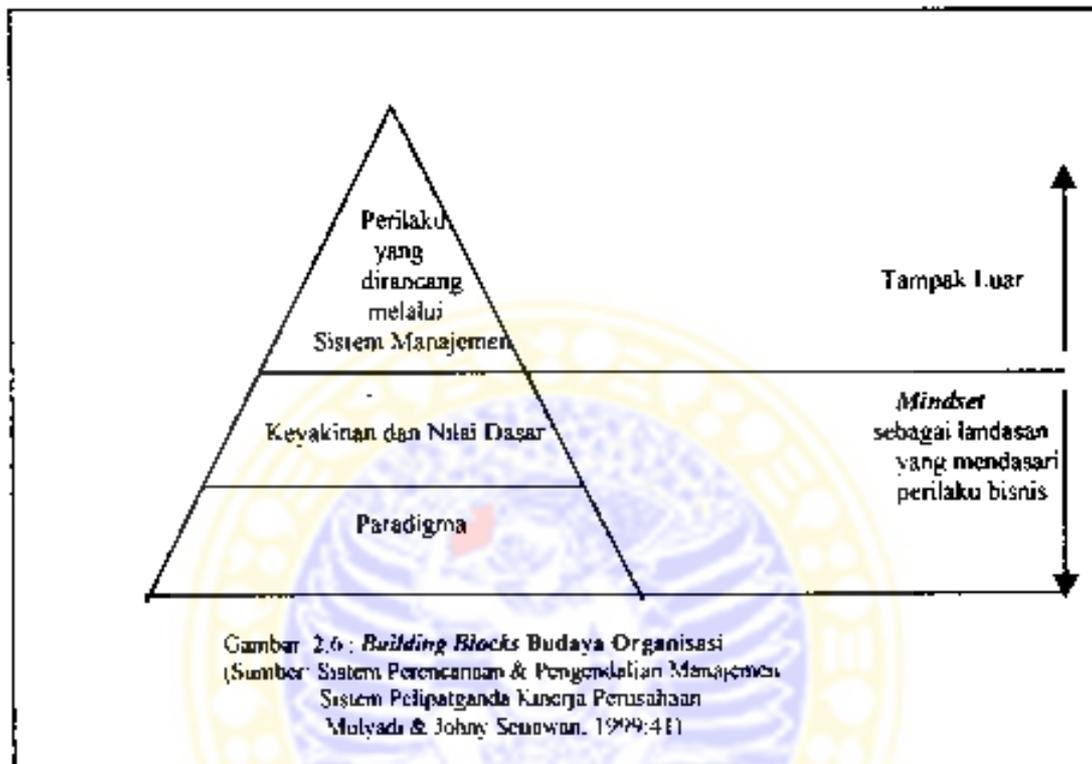
Untuk menggambarkan kedudukan nilai individual dan nilai inti budaya suatu organisasi terhadap lingkungan bisnis dimana organisasi tersebut beroperasi Taft dkk menekankan pentingnya penyesuaian-penyesuaian internal sebagai adaptasi dengan kekuatan perubahan eksternal. Gambar berikut menunjukkan perlunya penyesuaian nilai dengan berbagai faktor yang terjadi di lingkungan luar organisasi.



Untuk menciptakan keseimbangan antara budaya organisasi dengan perubahan lingkungan eksternalnya dikembangkan berbagai model teoritik. Taft dkk sendiri dalam menciptakan keseimbangan baru antara berbagai nilai dari suatu rumah sakit khusus anak yang menjadi obyek intervensi eksperimentalnya (*Health Hill Hospital for Children*)

dengan kekuatan perubahan eksternal sedang mencoba mengembangkan suatu model (Taft dkk, 1999).

Salah satu model untuk rekayasa ini digambarkan oleh Mulyadi dan Setiawan sbb:



Proses rekayasa budaya organisasi dilakukan dengan upaya pembentukan *mindset* yang sesuai dengan lingkungan bisnis organisasi yang bersangkutan. Pembentukan *mindset* ini dapat dilakukan melalui proses pembelajaran dan pengalaman. Sehubungan dengan itu, untuk lingkungan bisnis saat ini menurut Mulyadi dan Setyawan ada 5 (lima) *mindsets* yang perlu dibentuk dalam benak para pelaku bisnis, yaitu: (1) paradigma nilai pelanggan (*Customer Value Mindset*) (2) paradigma peningkatan berkelanjutan (*Continuous Improvement Mindset*), (3) paradigma peluang (*Opportunity Mindset*) (4) paradigma lintas fungsi (*Cross-Functional Mindset*) dan (5) paradigma pemberdayaan karyawan (*Employee Empowerment Mindset*) (Mulyadi dan Setyawan, 1999:44).

Organisasi mempunyai berbagai perbedaan yang dapat dilihat berdasarkan berbagai norma industri (Pennings & Gresov, 1986). Sebagaimana lingkungan tugas mempengaruhi bagaimana struktur organisasi dibentuk, berbagai asumsi tentang berbagai konstituen mana yang penting, melahirkan berbagai nilai yang sama di kalangan organisasi industri sejenis (Gordon, 1991).

Dalam upaya untuk memahami berbagai bentuk dan konsekuensi dari budaya organisasi, para peneliti telah: (a) mengeksplorasi berbagai proses seperti seleksi individu & organisasi dan proses sosialisasi (Harrison & Carroll, 1991); (b) mengeksplorasi karakteristik berbagai orang yang sangat berkuasa di dalam organisasi seperti pendiri organisasi (Schein, 1985) atau (c) berbagai kelompok anggota (Schneider, 1987) yang mempengaruhi isi dan intensitas dari berbagai kesepakatan tentang berbagai nilai organisasi yang ada.

Sebagai tambahan terhadap berbagai gambaran internal di atas, gambaran yang ada di dalam industri di mana sebuah organisasi beroperasi, seperti : (1) teknologi yang digunakan dan (2) tingkat pertumbuhan, dapat juga mempengaruhi kekhasan suatu budaya organisasi. Untuk mengukur budaya suatu organisasi dengan berbagai karakteristik O'Reilly dkk telah mengembangkan suatu perangkat alat ukur yang dinamakan *Organizational Culture Profile (OCP)* yang berisi 54 item karakter yang diukur dalam mempelajari budaya suatu organisasi. Ke 54 karakter tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 6
Karakter Dari *Organizational Culture Profile (OCP)*

Karakter	Karakter
1. <i>Flexibility</i>	28. <i>Action orientation</i>
2. <i>Adaptability</i>	29. <i>Taking initiative</i>
3. <i>Stability</i>	30. <i>Being reflective</i>
4. <i>Predictability</i>	31. <i>Achievement orientation</i>
5. <i>Being innovative</i>	32. <i>Being demanding</i>
6. <i>Being quick to take advantage of opportunities</i>	33. <i>Taking individual responsibility</i>
7. <i>A willingness to experiment</i>	34. <i>Having high expectations for performance</i>
8. <i>Risk taking</i>	35. <i>Opportunities for professional growth</i>
9. <i>Being careful</i>	36. <i>High pay for good performance</i>
10. <i>Autonomy</i>	37. <i>Security of employment</i>
11. <i>Being rule oriented</i>	38. <i>Offers praise for good performance</i>
12. <i>Being analytical</i>	39. <i>Low level of conflict</i>
13. <i>Paying attention for detail</i>	40. <i>Confronting conflict directly</i>
14. <i>Being precise</i>	41. <i>Developing friends at work</i>
15. <i>Being team oriented</i>	42. <i>Fitting in</i>
16. <i>Sharing information freely</i>	43. <i>Working in collaboration with others</i>
17. <i>Emphasizing a single culture throughout the organization</i>	44. <i>Enthusiasm for the job</i>
18. <i>Being people oriented</i>	45. <i>Working long hours</i>
19. <i>Fairness</i>	46. <i>Not being constrained by many rules</i>
20. <i>Respect for the individual's right</i>	47. <i>An emphasis on quality</i>
21. <i>Tolerance</i>	48. <i>Being distinctive-different from others</i>
22. <i>Informality</i>	49. <i>Having a good reputation</i>
23. <i>Being easy-going</i>	50. <i>Being socially responsible</i>
24. <i>Being calm</i>	51. <i>Being result oriented</i>
25. <i>Being supportive</i>	52. <i>Having a clear guiding philosophy</i>
26. <i>Being aggressive</i>	53. <i>Being competitive</i>
27. <i>Decisiveness</i>	54. <i>Being highly organized</i>

Sumber: O'Reilly, dkk. 1991

2.2.3. Budaya organisasi dalam sektor jasa

Menurut Chatman dan Jehn, para penulis populer dan akademisi sepakat bahwa "*shared understandings*" (kesepahaman) dalam budaya perusahaan akan mempertinggi implementasi strategi, perubahan organisasi dan citra positif organisasi di mata kliennya (Deal & Kennedy, 1982; Kotter & Heskett, 1992; Wilkins & Ouchi, 1983)

Memiliki seperangkat nilai yang *widely shared* dan *strongly held* oleh para anggotanya, sebuah budaya yang kuat (O'Reilly, 1989), mungkin bermanfaat bagi

beroperasinya sebuah perusahaan jasa karena semua anggotanya bertanggungjawab secara individual terhadap pemberian pelayanan dan penilaian dari konstituen penting terhadap perusahaannya. Misalnya para klien dari suatu perusahaan akuntan publik membangun persepsinya terhadap perusahaan melalui kontakannya terhadap akuntan tertentu yang sedang bertugas saat itu atau pasien dari suatu rumah sakit terhadap dokter tertentu di rumah sakit itu. Sebab dari sisi cara kerja akuntan dan perilakunya mungkin menjadi satu-satunya kontak yang sesungguhnya si klien dengan perusahaan, oleh karenanya sang akuntan musti berperilaku yang konsisten dengan budaya perusahaannya dan hal ini mudah bagi anggota suatu organisasi apabila mereka memahami budaya organisasinya (Morrison, 1993). Lagi pula, supervisi langsung lebih sulit dilakukan dalam industri jasa dibandingkan dengan industri manufaktur karena: (1) banyak pekerjaan tidak di tempat tertentu, (2) banyak waktu untuk suatu pekerjaan, (3) banyak beranggotakan staf profesional (Magnet, 1993).

Sebagai lawannya, industri manufaktur sangat kondusif bagi mekanisme kontrol formal karena proses dan produknya lebih mudah dikertakan (Bravermann, 1974). Konsekuensinya, sektor perusahaan jasa sangat tergantung pada mekanisme kontrol sosial, seperti berbagai nilai budaya, untuk mengendalikan semua kegiatan anggotanya (O'Reilly, 1989). Karena semua nilai bersifat internal maka dapat diaplikasi sebagai respons dalam spektrum yang luas yang menyulitkan manajer untuk mengantisipasi dan memformalkannya dalam situasi yang tak dapat disupervisi (Ouchi & Johnson, 1978).

2.2.4. Budaya organisasi rumah sakit

Mengapa organisasi pelayanan kesehatan mulai cenderung memberikan perhatian kepada pembangunan budaya mutu yang memperhatikan kepuasan pelanggan? Sebagaimana yang ditulis oleh Leebov dan Scott, dua orang ahli sekaligus praktisi dalam bidang manajemen pelayanan kesehatan di Amerika Serikat, bahwa ada beberapa pemikiran yang melatarbelakanginya:

1. Bahwa cara terbaik untuk berpusat pada pelanggan (*externally focused*) dan penyelarasan kedalam (*internally aligned*) adalah memberikan perhatian yang lebih besar kepada semua komponen pelanggan.
2. Bahwa sebagaimana bisnis lainnya maka bisnis yang dilakukan oleh organisasi pelayanan kesehatan bertujuan untuk menciptakan dan mempertahankan pelanggan
3. Bahwa untuk membuat organisasi yang selalu berpusat pada pelanggan dan selalu membuat penyelarasan kedalam adalah titik kritis dalam memajukan berbagai strategi bisnis, dan akhirnya
4. Bahwa suatu organisasi yang berfokus pada pelanggannya akan meningkatkan daya-hidup (*survival*) dalam lingkungan bisnis yang selalu berubah dengan cepat saat ini (*turbulent*).

Untuk melaksanakan strategi peningkatan kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan dengan baik maka konsep kepuasan pelanggan dan persepsinya atas mutu pelayanan menjadi hal yang sangat penting, terutama mutu relatif yang dipersepsikan pelanggan, bukannya mutu menurut perspektif pemberi jasa saja. Hal ini sangat berhubungan dengan pangsa pasar dan profitabilitas. Berbagai komponen pelanggan dapat mempunyai persepsi yang berlawanan atas mutu jasa yang dikonsumsinya

dan bergantung kepada faktor demografis dan psikografis masing-masingnya. Persepsi ini akan langsung mempengaruhi tingkat kepuasan yang dirasakan dan tingkat kepuasan berpengaruh pada perilaku pembelian-ulang (*loyalitas*) pelanggan. Selanjutnya loyalitas pelanggan akan menekan biaya produksi, (biaya pengembangan sumber daya manusia, biaya pemasaran) yang pada akhirnya akan meningkatkan *revenue*.

Beberapa faktor keberhasilan organisasi pelayanan kesehatan saat ini terletak pada seberapa baik manajemen membangun komitmen pada terutama kepuasan karyawan sebagai pelanggan internal. Seberapa baik para eksekutif dan semua karyawan pada semua lapisan menekankan pentingnya '*patient retention*', seberapa baik praktek mendengarkan pelanggan dan meningkatkan kepuasannya. Seberapa baik komitmen pada pelayanan pelanggan diterjemahkan ke dalam aksi, proses, dan berbagai catatan kinerja yang mudah dimengerti serta seberapa serius kepemimpinan melihat semua karyawan sebagai investasi yang bernilai dan bukannya beban bagi organisasi.

Oleh sebab itu, saat ini pelayanan yang prima adalah hasil akhir dalam persaingan bisnis termasuk bisnis pelayanan kesehatan. di samping harus tetap merefleksikan nilai kasih sayang pada sesama (kemanusiaan) yang menjadi salah satu nilai inti dalam hudaya organisasi pelayanan kesehatan. Pelayanan yang prima hanya dapat dicapai melalui (proses) peningkatan mutu, yaitu melakukan berbagai hal yang benar secara benar, dan melaksanakan peningkatan yang berkelanjutan yakni dengan membuat pelayanan lebih baik dengan mengatasi masalah demi masalah, dengan menghayati peningkatan demi peningkatan secara bertahap. Dengan melakukan berbagai hal yang benar secara benar dengan peningkatan yang berkelanjutan akan memberikan *optimal clinical outcomes* bagi

pasien, kepuasan bagi seluruh komponen pelanggan, kesetiaan dan loyalitas seluruh karyawan dan keuntungan finansial bagi organisasi.

Strategi meningkatkan mutu pelayanan menurut mereka memiliki empat sisi: pertama, sisi pelanggan dengan semua kebutuhan dan harapan-harapannya, kedua sisi peningkatan kinerja organisasi, ketiga sisi peningkatan proses produksi-konsumsi jasa pelayanan kesehatan dan akhirnya, keempat sisi budaya organisasi yang mendukung peningkatan yang berkelanjutan. Semua komponen pelanggan dengan segala kebutuhan, harapan dan berbagai keinginannya adalah *'the heart of the strategy'* karena merekalah yang akan *'drive improvement efforts'*.

Performance improvement akan berfokus pada peningkatan berbagai standar kinerja dan *'increasing the consistency of conformance'* oleh para dokter dan semua karyawan melalui *competence, caring and professionalism*. *Process improvement* adalah peningkatan proses kerja dan sistem yang *'cost-effective'* dan terarah langsung (*straight forward the streamlined*). Strategi meningkatkan mutu pelayanan akan mencapai perubahan secara optimal apabila budaya organisasi dapat diidentifikasi dan di *'reshape'* atau dimodifikasi untuk menunjang peningkatan yang berkelanjutan dari mutu pelayanan untuk mencapai pelayanan prima sebagai *'competitive edge of the business'*.

2.2.5. Model budaya organisasi rumah sakit menurut Leebov dan Scott (1994)

Menurut Leebov dan Scott, budaya organisasi rumah sakit yang menunjang peningkatan mutu yang berkelanjutan menuntut *aligned organization*, yaitu dengan memperkuat sepuluh tonggak nilai - budaya organisasi yaitu: (1) visi dan komitmen manajemen, (2) akuntabilitas, (3) pengukuran dan umpan balik, (4) peningkatan proses

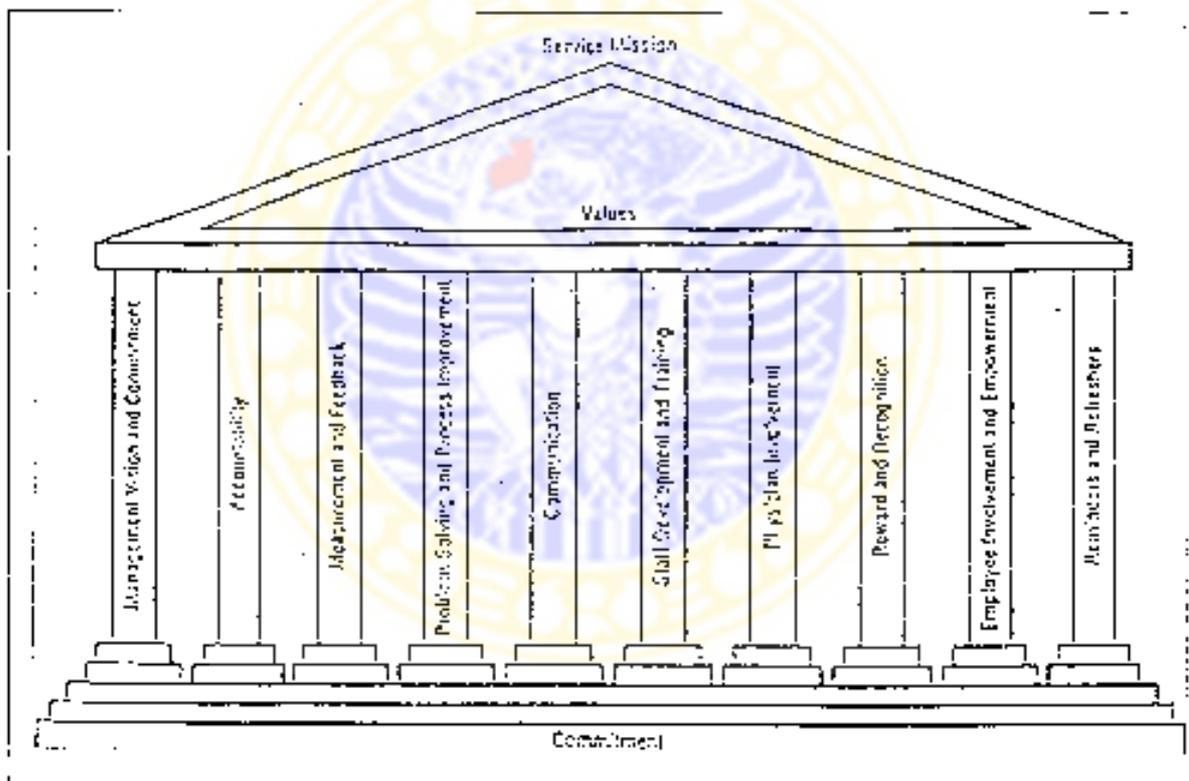
dan pemecahan masalah, (5) komunikasi, (6) pelatihan dan pengembangan staf, (7) pelibatan para dokter, (8) pelibatan dan pemberdayaan karyawan, (9) penghargaan dan pengakuan, (10) "*reminders and refreshers*"

Oleh karena itu menurut keduanya, strategi meningkatkan kepuasan pelanggan jasa kesehatan melalui peningkatan mutu pelayanan, harus memperhatikan berbagai hal sebagai berikut: (a) menjadikan kebutuhan, harapan dan keinginan berbagai kelompok pelanggan organisasi pelayanan kesehatan sebagai '*driving forces*' dan kepuasan pelanggan sebagai '*overarching goal*'. (b) tanggapilah berbagai kebutuhan, harapan dan keinginan 'non klinis' sebaik kinerja dan *outcome* klinis. (c) memberikan perhatian yang besar kepada berbagai upaya desain-ulang dan peningkatan sistem dan proses. (d) memberikan perhatian pada *cost reduction*. (e) menciptakan berbagai standar dan menjadikan sumber daya manusia dan sistem yang bertanggungjawab, melalui: (1) berbagai pengukuran, (2) monitoring, (3) umpan balik dan (4) '*attentive managers*' (f) memberikan penghargaan kepada semua individu dan kelompok yang berhasil. (g) melibatkan semua orang pada setiap tingkat organisasi dan memberdayakannya agar dapat menciptakan mutu dan kepuasan pelanggan

Untuk memberikan mutu pelayanan yang prima dan peningkatan secara berkelanjutan dalam jangka waktu lama, tidak hanya diperlukan perhatian utama pada pelanggan, kinerja pelayanan staf yang prima dan desain proses pelayanan yang baik tetapi juga **budaya organisasi yang mendukung**, sebuah budaya yang berorientasi pada pelayanan (*a service-oriented culture*). Tantangan bagi setiap organisasi pelayanan kesehatan adalah menganalisa semua praktek terkini dalam organisasinya dan mengubahnya (memperkuat yang sesuai, merombak yang tidak sesuai dan membangun kembali)

menjadi selaras dengan misi pelayanan organisasi. Budaya organisasi seperti ini membutuhkan sebuah infrastruktur yang kuat atau sistem penunjang yang berpusat pada mutu pelayanan dan peningkatan pelayanan yang berkelanjutan. Pembangunan kembali semua praktek keseharian dalam organisasi yang mendukung peningkatan pelayanan akan menciptakan sebuah infrastruktur yang menjamin peningkatan pelayanan.

Untuk maksud tersebut, yaitu memperkuat budaya ke arah ini, berbagai model dapat dikembangkan. Salah satu cetak biru untuk perubahan budaya internal tersebut, oleh Leebov dan Scott digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.7 Model 10 Pillars Continuous Services Improvement

Sumber: Leebov dan Scott, 1994: 32

Keterangan gambar:

Misi pelayanan (*Service mission*) adalah tujuan keseluruhan pelayanan atau apa yang ingin dicapai.

Berbagai nilai inti (*values*) organisasi, mendeskripsikan cara yang diinginkan untuk mencapai itu, misalnya *'a focus on customer'* atau *'dengan rasa kasih sayang'* atau *'melalui 'kerja sama kelanpak'*, dan sebagainya.

Tonggak budaya (*Pillars*), adalah berbagai praktek budaya dalam organisasi (*cultural practices; the way you do things; current practices*) dan semua dukungan yang diperlukan dalam penyelarasan dengan misi pelayanan dan semua nilai inti organisasi.

Model sepuluh tonggak budaya untuk peningkatan mutu pelayanan yang berkelanjutan dari Leebov dan Scott ini menguraikan berbagai praktek budaya ke dalam berbagai kelompok yang dapat dikelola sehingga dapat dianalisa pengaruhnya terhadap mutu pelayanan dan membangunnya kembali dalam rangka upaya peningkatan mutu. Juga merefleksikan berbagai kategori yang luas dari semua praktek dan kebijakan yang berguna bagi penelaahan-ulang untuk menjamin keselarasan dan peningkatan komitmen pelayanan organisasi. Kesepuluh tonggak nilai mewakili sepuluh kekuatan utama yang diperlukan untuk bekerja dengan satu tujuan yang sama.

Tonggak-nilai 1 : Visi dan komitmen manajemen

Visi dan komitmen manajemen diperlukan untuk menjadikan berbagai nilai organisasi menyebar (*pervasive*) pada semua level dalam organisasi. Oleh karena itu para manajer harus membagikan (*shared*) visi, misi dan semua nilai penting organisasi. Membangun dan mengembangkan visi organisasi adalah langkah pertama yang penting sebelum dibagikan kepada semua anggota organisasi dalam rangka memperoleh komitmennya terhadap visi ini.

Bagi para manajer, untuk menunjukkan komitmennya sendiri tidak cukup hanya dengan kata-kata tetapi harus mempraktekannya sendiri secara langsung. Seorang manajer harus menjadi model dalam hal bagaimana mendekati pelanggan, dan menjalin hubungan yang erat dengannya serta menjadi model dalam hal menjalin hubungan dengan sesama koleganya dalam organisasi. Ia harus menunjukkan bagaimana membicarakan pelanggan secara "*passionately*", mendengarkan dan berkomitmen pada karyawan sebagai pelanggan internal. Manajer juga harus memberikan

pertanggungjawaban pada karyawan dalam bertindak dan berani mengambil resiko atas tindakan tersebut, yang kesemuanya mengarah kepada visi jangka panjang dan bukannya pada suatu kepastian yang berjangka pendek belaka. Pendek kata manajer harus membuat *visible* apa yang akan dicapai organisasi.

Tonggak-nilai 2 : Akuntabilitas

Akuntabilitas atau pertanggungjawaban atas suatu sikap atau tindakan karyawan hanya bisa dituntut apabila organisasi telah menetapkan suatu kebijakan yang pasti tentang pelayanan yang prima bagi seantero organisasi. Dengan adanya suatu *'system wide policy for service excellence'* manajer dapat melaksanakan berbagai langkah selanjutnya. Dengan berbagai metode manajer kemudian menyeleksi dan memilih anggota yang berorientasi pada pelayanan (bukan berorientasi birokratis-feodalistik yang minta dilayan). Setelah kita memiliki anggota organisasi yang berorientasi kepada pelayanan pelanggan, bersama-sama dibangun dan dikomunikasikan secara eksplisit berbagai harapan pelayanan kepada semua manajer, penyelia, dan karyawan serta para tenaga profesional (dokter dan perawat).

Setelah itu dibangun berbagai standar pelayanan beserta protokolnya yang jelas. Berbagai harapan pelayanan yang spesifik diterjemahkan ke dalam berbagai uraian tugas atau *job descriptions*. Jika ini telah dilakukan maka suatu proses penilaian kinerja masing-masing dapat dibuat dengan mengaitkan berbagai dimensi pelayanan ke dalamnya. Apapun sistem penilaian kinerja yang dipakai, dimensi pelayanan harus menjadi bagian yang dinilai. Jika langkah awal ini telah dikerjakan, kita mulai menapak maju dengan betul-betul sambil membangun suatu sistem penghargaan yang

mengutamakan pengukurannya pada nilai pelayanan dan menyiapkan sistem pelatihannya serta berbagai dukungan yang diperlukan bagi para manajer.

Tonggak-nilai 3 : Pengukuran dan umpan-balik

Setelah visi, komitmen manajemen dan akuntabilitas, maka pilar berikutnya yang perlu dibangun adalah suatu proses pengukuran dan umpan-balik. Pengukuran dapat pada tingkat organisasi dapat pada tingkat eksternal organisasi yaitu para pelanggan dan para pihak terkait (*stakeholders*). Pada tingkat organisasi yang diukur adalah kinerja pada tingkat organisasi secara keseluruhan, tingkat departemental dan tingkat individual, sedangkan pada tingkat *stake holder* sebagai pelanggan eksternal adalah menyangkut berbagai persepsi tentang kepuasan dan ketidakpuasan (*complaint*) melalui data yang dikumpulkan secara sistematis.

Data disiapkan dalam format yang cepat dan mudah dicerna serta diumpan-balikkan kepada tim manajer atau berbagai fungsi yang mempunyai 'power' untuk mengambil keputusan dan membuat berbagai prioritas peningkatan pelayanan dan proses perubahan. Dengan cara ini, data menjadi pengendali proses peningkatan pelayanan yang berkelanjutan.

Tonggak-nilai 4 : Peningkatan proses dan pemecahan masalah

Masalahnya adalah pada kepuasan pelanggan. Masalah yang tak terpecahkan akan menimbulkan ketidakpuasan pelanggan. Jika terdapat proses pelayanan maupun berbagai prosedurnya yang membuat frustrasi pelanggan, dapat mengakibatkan marahnya karyawan yang merasa bahwa tujuannya menggabungkan diri dengan organisasi pelayanan kesehatan adalah demi menolong sesama, bukannya menyulitkan. Oleh karena

itu perlu adanya kemudahan bagi staf dan pelanggan untuk membicarakan berbagai masalah yang muncul secara terbuka di antara mereka. Tim manajemen perlu mengkomunikasikan komitmennya terhadap pemecahan masalah segera – *on the spot* secara agresif dan peningkatan pelayanan berkelanjutan melalui berbagai langkah: (1) menciptakan suatu sistem pemecahan masalah, (2) mengelola keluhan secara efektif dan peningkatan proses, (3) memprioritaskan berbagai masalah dan proses yang berhubungan langsung dengan kepuasan berbagai pelanggan utama, (4) mengidentifikasi dan memberikan penugasan kepada berbagai individu atau tim untuk menangani setiap masalah atau proses (*self efficacy*), (5) melembagakan suatu sistem pelaporan agar progres dapat dilacak dan berbagai masalah tidak menjadi besar, (6) membangun suatu “sistem manusia” yang memperlakukan pasien sebagai orang penting, yang proaktif meminta dan mendengarkan semua masalah pelanggan dan mengatasinya secara efektif, (7) memintakan pertanggung jawaban pada karyawan dengan sejak awal menerima dan mempekerjakan orang-orang yang kreatif, *non defensive* dan yang agresif memecahkan masalah.

Pemecahan masalah yang reaktif atau proses memulihkan berbagai keluhan pelanggan selain melalui suatu sistem formal yang diciptakan untuk itu, diperlukan juga berbagai pelatihan bagi seluruh staf untuk memulihkan berbagai pelanggan tersebut dan penetapan berbagai standar waktu dan sistem yang mendukungnya. Pemecahan masalah secara proaktif dapat dilakukan dengan cara peningkatan proses, yaitu dengan: (a) mengatasi berbagai hambatan bagi peningkatan sistem dan proses (b) memilih berbagai strategi.

Strategi yang dapat dipilih antara lain model langkah demi langkah peningkatan proses, pelatihan semua manajer untuk efektif memecahkan masalah, menggunakan "*benchmarking*", membangun struktur serta memberikan dukungan khusus bagi suatu tim tertentu (misalnya tim penghubung interdepartemental, tim peningkatan pelayanan lintas fungsi, tim yang berpusat pada pelanggan, *peer consultant* di antara sesama manajer, dll).

Tonggak-nilai 5 : Komunikasi

Komunikasi diperlukan karena tiga alasan penting: alasan pertama dengan komunikasi akan dibangun komitmen, investasi dan kepemilikan (*ownership*). Alasan kedua adalah bahwa dengan komunikasi akan memberikan informasi yang menjadi dasar berbagai keputusan dan aktivitas karyawan. Alasan terakhir ialah bahwa dengan komunikasi akan memperlihatkan kepedulian dan respek pada karyawan dan komitmennya terhadap berbagai fasilitas kerja.

Tujuan strategi komunikasi dalam organisasi adalah antara lain untuk memampukan semua orang di dalam organisasi untuk memperoleh gambaran menyeluruh (*big picture*), menerima dan menanggapi para karyawan dan para dokter, memperkuat komitmen pelayanan melalui berbagai tulisan serta *sharing* umpan balik dan semua kemajuan yang dicapai. Isi komunikasi antara lain berbagai hal yang perlu diketahui oleh semua karyawan, misalnya kemana organisasi akan dibawa, apa visi yang dimiliki para pemimpinnya, nilai-nilai apa saja yang menggerakkan dan mengendalikan sang pemimpin dan konsekuensinya bagi karyawan. Di samping itu cara bagaimana organisasi dijalankan penting dikomunikasikan kepada karyawan, seperti apa saja kekuatan organisasi, berbagai masalah yang dihadapi organisasi dan berbagai konsekuensinya serta

apa saja upaya peningkatan yang sedang dilakukan saat ini. Strategi komunikasi dapat melalui antara lain *employee up dates*, *progress report (top down)*, mendengarkan dan menanggapi karyawan (*bottom up*), penguatan komitmen pelayanan organisasi melalui berbagai tulisan, membagi umpan balik dan progres. Komunikasi penting dalam organisasi pelayanan kesehatan karena 30% waktu dipergunakan untuk berbagai pertemuan. Oleh karena itu harus berdaya guna dan efektif untuk menghasilkan berbagai kesimpulan, menyelesaikan berbagai rintangan dalam pemberian pelayanan. Juga menyegarkan kembali berbagai kesadaran akan pelayanan dan membagikan (*sharing*) berbagai ide, prioritas dan rencana.

Tonggak-nilai 6 : Pelatihan dan pengembangan staf

Pelatihan diperlukan untuk mengembangkan keterampilan staf dan karyawan pada semua lapisan. Yang menjadi target pelatihan adalah para administrator, manajer menengah dan penyelia, *frontline employers* dan para perawat. Pelatihan juga meliputi tidak hanya teknik klinik melainkan juga yang non klinik (administratif) dan juga berbagai keterampilan dalam hubungan antar manusia seperti keterampilan dalam komunikasi, sopan santun dan sebagainya. Pelatihan dapat memberikan manfaat optimal hanya jika berbagai standar pelayanan dan protokol pelayanan sudah ditentukan. Juga akan memberikan manfaat apabila persoalannya terletak pada kekurangan keterampilan dan jika ditunjang pula oleh sistem, gaya manajemen dan ekspektansi dari tugas yang dikerjakan. Jika persoalannya terletak pada ketiadaan inspirasi untuk mempergunakan keterampilan terbaiknya dalam bekerja, maka pelatihan bukanlah jawabannya. Juga

ketika “kelas” dalam pelatihan tidak merefleksikan ‘duma’ sebenarnya dari peserta, seolah-olah *skill are learned in vacuum*, pelatihan tak ada manfaatnya.

Tanggak-nilai 7 : Keterlibatan dokter.

Pilar ini penting dibangun karena tanpa melibatkan para dokter rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan tidak mampu berkembang mengikuti tuntutan konsumen. Untuk melibatkan mereka, manfaat yang akan mereka peroleh haruslah dijelaskan secara eksplisit. Dengan keterlibatannya dalam berbagai upaya organisasi untuk meningkatkan mutu secara berkelanjutan para dokter akan: (1) mengikuti berbagai tuntutan perubahan dan kemajuan teknologi, termasuk teknologi kedokteran, (2) mengikuti tuntutan pasar sesuai dengan pertumbuhan pelanggan, (3) mengatasi berbagai selentingan negatif tentang profesi mereka, (4) mengeliminir persepsi masyarakat yang ‘stereotipe’ dan merugikan mereka (mengatasi *victimized by stereotype*), (5) mencegah *liability and the predisposition to sue* dan konsumen yang dirugikan, (6) mengembangkan bersama-sama organisasi yang bersahabat dengan pelanggannya (*user friendly hospital*).

Pendekatan yang dipakai dalam melibatkan para dokter dapat melalui dokter rumah sakit sendiri, melalui *focus group* yang terdiri atas para dokter, melalui beberapa strategi pilihan yang dapat dipertimbangkan seperti: (a) *built-up front commitment* (b) *help physician enhance their own behavior* (c) *use feedback to improve physician behavior* (d) *help physicians build service-oriented practices* (e) *engage physician as partner* (f) *hire physician liaison to ease the physician’s way* (g) *help staff relate to physicians effectively*.

Tonggak-nilai 8 : Kesertaan dan pemberdayaan karyawan

Jika karyawan dilemahkan semangatnya dan dihalangi berbagai upayanya untuk tampil efektif dalam pelayanan, tidak dapat diharapkan akan timbul antusiasme untuk memuaskan berbagai kebutuhan pelanggan. Untuk mempertahankan seorang karyawan yang puas dan produktif suasana di tempat kerja haruslah memberikan rasa aman dan nyaman. Karyawan harus diberdayakan dengan berbagai peralatan yang dipertulkannya, otonomi dan ruang gerak yang bebas untuk meningkatkan pelayanan.

Pelibatan karyawan saja tidak cukup. Pelibatan berkonotasi pada partisipasi. Untuk menjadi terlibat, karyawan harus diberi peluang untuk berpartisipasi tidak hanya untuk unjuk-kerjanya sendiri melainkan juga dalam mempengaruhi berbagai kebijakan, peristiwa dan kegiatan yang berhubungan dengan atau melampaui kerja individualnya.

Proses partisipasi adalah kunci untuk pemberdayaan karena akan menggerakkan empat sumberdaya sekaligus seantero organisasi, yaitu pengetahuan, informasi, *power* dan *rewards-downwards*. Pemberdayaan dapat maksimal apabila tingkat otoritas karyawan sesuai (*match*) dengan tingkat pertanggungjawabannya.

Pemberdayaan menjadi isu penting dilingkungan industri terutama industri jasa karena.

1. seringkali terjadi karyawan dibatasi atau dicegah instingnya untuk melakukan sesuatu untuk memuaskan pelanggannya hanya karena terikat oleh berbagai kebijakan dan prosedur yang birokratis. Semua kebijakan dan prosedur ini mungkin saja bertujuan untuk melindungi organisasi namun karena tanpa mempertimbangkan kebutuhan pelanggan ketika ditetapkannya kebijakan atau

prosedur tersebut, maka oleh karyawan dianggap sebagai halangan bagi ruang gerak mereka dalam memberikan pelayanan yang terbaik bagi pelanggan.

2. dalam iklim keterbatasan sumberdaya saat ini, setiap karyawan, tanpa memperhatikan tingkatannya di dalam organisasi cenderung ingin memberikan tanggung jawabnya terhadap pemuasan pelanggan secara langsung, sekuat tenaga dan secepatnya. Tanggung jawab berhubungan dengan pemberdayaan. Makin berdaya seorang karyawan semakin dia bertanggung jawab.
3. pelanggan lebih merasa terkesan apabila karyawan memiliki kekuatan untuk memuaskan kebutuhannya tanpa harus berkonsultasi dengan atasannya maupun berbagai petunjuk tertulis yang dimilikinya.

Pemberdayaan dapat ditingkatkan dengan menggunakan formula 6 faktor yaitu: otonomi, pengarahan, peluang, kemampuan, dukungan dan tanggung jawab pribadi. **Tujuh strategi** untuk meningkatkan pelibatan dan pemberdayaan karyawan adalah: **pertama** mendemonstrasikan perilaku administratif yang mendorong pemberdayaan. **Kedua** perlakukan karyawan sebagai partner atau mitra dan tanggap terhadap berbagai kebutuhannya. **Ketiga** membantu para manajer dan penyelia untuk mengurangi kontrol terhadap stafnya. **Keempat** membantu manajer untuk mengantarkan stafnya dalam transisi menuju pemberdayaan yang lebih besar. **Kelima** memperlengkapi semua karyawan agar terlibat dalam pelayanan yang efektif. **Keenam** membantu para staf untuk mengembangkan tanggung jawab pribadi yang kuat. **Ketujuh** menyingkirkan segala rintangan dalam pemberdayaan.

Tonggak-nilai 9 : Penghargaan dan pengakuan

Sekali telah kita tetapkan semua perilaku yang berkenaan dengan pelayanan prima dan memberikan kontribusi pada peningkatan pelayanan yang berkelanjutan, perlu dibangun sistem penghargaan dan pengakuan untuk memperkuat berbagai perilaku tersebut, baik pada individu maupun pada kelompok. Sebelum membangun sistem penghargaan dan pengakuan yang baru perlu dilakukan audit terhadap sistem yang telah ada apakah dapat meningkatkan misi pelayanan organisasi. Audit dapat dilakukan melalui *focus group discussion*. Kadang-kadang tujuan penghargaannya kabur, waktu pemberiannya tidak tepat bahkan tidak sesuai dengan energi yang dikeluarkan. Semua ini perlu dievaluasi sebelum dibangun sistem yang baru

Berbagai strategi yang dapat diimplementasikan dalam berbagai metode pengakuan adalah menyelaraskan sistem kompensasi dengan misi pelayanan organisasi. Banyak organisasi menggunakan *merit pay* sebagai sistem kompensasi. Orang per orang dinilai berdasarkan jasanya bagi organisasi. Sistem penghargaan ini tidak cocok dalam organisasi pelayanan kesehatan. Di dalam organisasi pelayanan kesehatan banyak tugas yang berhubungan satu dengan yang lain dan saling tergantung. Banyak tugas yang berbasiskan pada sistem dan proses yang membutuhkan kekompakan tim, bukan individual. Oleh karena itu *alternative to merit pay* yang cocok diterapkan di dalam organisasi pelayanan kesehatan yang lebih berorientasi kooperatif daripada kompetitif, misalnya: (a) *gain sharing* (b) *win sharing* (c) *team incentives* (d) *zero-based individual bonus system*. Apapun sistem yang dipakai, satu hal harus diingat bahwa yang terpenting yang dibutuhkan oleh berbagai individu atau tim yang telah menunjukkan perilaku yang sesuai dengan tuntutan organisasi adalah pengakuan, bukan uang!

Strategi berikutnya adalah memastikan bahwa para manajer memberikan pengakuan kepada para stafnya dari hari ke hari, memberikan pengakuan kepada tim yang telah memberikan kepuasan kepada pelanggannya dan yang telah mengambil bagian dalam meningkatkan pelayanan serta kepada para manajer yang telah memberikan contoh kongkrit komitmennya pada pelayanan. Perlu diciptakan juga jalur umpan balik dari pelanggan eksternal kepada staf di dalam organisasi serta memudahkan anggota tim untuk saling menghargai di antara mereka atas pelayanan prima yang telah mereka hasilkan bersama-sama. Penggunaan media visual dan tulisan untuk menghargai berbagai kontribusi pelayanan serta kampanye pengakuan yang memfokuskan perhatian pada berbagai peningkatan khusus, seperti dokter teladan, paramedis teladan, *cleaning server* teladan, dan sebagainya. Jika perlu dipertimbangkan suatu perayaan "*festival of the spirit*" baik yang temporer maupun secara berkala.

Tunggak-nilai 10 : *Reminders and refreshers*

Jika misi pelayanan telah dibangun, standar dan prosedur operasional telah ditetapkan, berbagai peluang pelatihan dan pengembangan telah diberikan, monitoring, pengukuran dan jalur umpan balik telah dibakukan, maka kewaspadaan karyawan pada prioritas pelayanan harus tetap dipertahankan terus dalam operasionalisasinya sehari-hari. Salah satu cara mempertahankannya dengan *reminder und refresher* secara berkala. Karyawan cenderung akan kreatif dan antusias jika dilibatkan dalam membangun bersama berbagai momen untuk *refreshing and reminding*. Lima metode yang dapat dipakai ialah: (1) Melalui *house rule of the month campaigns* (2) *posters, paycheck*

stuffers, pins and other visual reminders (3) events and celebrations (4) staff meeting to improve service (5) service lending library.

Model sepuluh pilar nilai budaya organisasi dari Leebov dan Scott ini adalah salah satu model yang dapat dipakai untuk memperkuat budaya organisasi pelayanan kesehatan (baca: rumah sakit) yang berorientasi pada peningkatan kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan. Pelanggan dalam pendekatan ini meliputi semua *stakeholders* dari organisasi pelayanan kesehatan.

2.2.6. Sumber daya manusia dan budaya organisasi

Sumber daya manusia adalah kunci dalam budaya organisasi. Selain sebagai sumber nilai dan unsur filosofis organisasi, sumber daya manusia adalah sebagai elemen dasar dan pelaku utama di dalam dinamika budaya organisasi. Berbagai variabel sumber daya manusia yang mempengaruhi budaya organisasi, yaitu karakteristik psikografik seperti berbagai nilai individual, (komitmen individu pada organisasi, kepuasan kerja, produktivitas, nilai etika), karakteristik demografik (jenis kelamin, umur), sosiobudaya (tingkat pendidikan formal, pendidikan dan latihan, status, suku bangsa dan religiusitas atau agama yang dianut) serta komitmen manajemen atau kepemimpinan.

2.2.7. Nilai sebagai pedoman tingkah laku

Sistem nilai budaya menurut Daeng merupakan bagian dari sistem budaya yakni dari aspek himpunan gagasan, adalah sejumlah pandangan mengenai soal-soal yang paling berharga dalam hidup. Sebagai inti dari suatu sistem budaya, sistem nilai budaya menjiwai semua pedoman yang mengatur perilaku kelompoknya berupa adat

istiadat, sistem norma, aturan etika, aturan moral, aturan sopan santun, pandangan hidup dan ideologi (Daeng, 2000:46). Kluckohn, sebagaimana dikutip Hofstede memberikan batasan nilai sebagai berikut:

“ A value is a conception, explicit or implicit, distinctive of an individual or characteristic of a group, of the desirable which influences the selection from available modes, means and ends of actions” (Hofstede, 1980:19).

Sedangkan menurut Danandjaja sebagaimana dikutip Ndraha, dikatakan bahwa nilai adalah:

“Pengertian-pengertian (conceptions) yang dihayati seseorang mengenai apa yang lebih penting atau kurang penting, apa yang lebih baik atau kurang baik, dan apa yang lebih benar atau kurang benar” (Ndraha, 1997:18).

Berdasarkan batasan tersebut maka sistem nilai dapat dikonstruksikan menurut berbagai kategori tertentu, misalnya berdasarkan pertimbangan kebutuhan (lebih penting-kurang penting), berdasarkan pertimbangan moral atau kesadaran etik (yang baik-kurang baik) dan berdasarkan pertimbangan logika (yang benar-kurang benar). Berbagai nilai yang dihayati seseorang adalah sistem nilai objektif dan intrinsik, karena dapat dipelajari atau ditransfer kepada orang lain. Sistem nilai ini dijadikan dasar bagi penyusunan sistem nilai normatif sebagai bahan pembentukan etika dan moral. Transformasi nilai atau transmisi nilai, misalnya dilakukan melalui program belajar-mengajar, melalui contoh dan teladan.

Selanjutnya menurut Ndraha, karena nilai bersifat abstrak maka nilai baru dapat diamati atau dirasakan jika terekam atau termuat pada suatu wahana atau *vehicle* tertentu yang disebut kultur atau budaya. Keduanya tidak dapat dipisahkan satu sama lain dan haruslah selaras (sarah, setujuan), serasi (ekuivalen) dan seimbang (bobot nilai sama

dengan kapasitas *vehicle*). Suatu nilai hadir atau menghadirkan dirinya melalui empat macam *vehicles*, yaitu berbentuk raga, berbentuk perilaku, berbentuk sikap (*attitude*) dan berbentuk pendirian dasar (*basic*). *Vehicle* berbentuk dasar inilah yang tertanam melalui proses percaya, juga bisa melalui proses belajar sehingga nilai yang terbentuk menjadi bagian dasar pribadi seseorang (Ndraha, 1997:19-27).

Nilai dikatakan sebagai pedoman tingkah laku karena orang tidak hanya bersikap dan berperilaku atas dasar apa yang diketahuinya (rana kognitif) tetapi juga dikendalikan oleh sistem nilai yang dihayatinya. Oleh karena itu untuk memahami tingkah laku seseorang sebagai variabel tergantung, tidak cukup atas dasar tinjauan terhadap aspek kognitif yang dimiliki oleh seseorang tetapi juga menggali variabel bebas lainnya yakni berbagai nilai yang dihayatinya, yang turut berperan dalam mengendalikan dan mengarahkan tingkah laku orang tersebut.

Dalam konteks perilaku sumber daya manusia dalam suatu organisasi, komitmen pada organisasi dan kepuasan kerja adalah dua variabel penting yang sering dipakai sebagai ukuran pada tingkat mikro atau individual (Luthans, 1992:107-127).

2.3. Komitmen Individu Pada Organisasi (*Organizational Commitment*)

Komitmen pada organisasi atau *organizational commitment* adalah seberapa jauh seseorang mempunyai keikatan dengan organisasi tempatnya bekerja. Nelson dan Quick berpendapat bahwa *organizational commitment* adalah kekuatan seorang anggota organisasi mengidentifikasikan dirinya dengan organisasi. Di sini letak perbedaannya dengan *organizational loyalty*. Loyalitas pada organisasi merupakan salah satu bagian kecil dari komitmen pada organisasi, walaupun pada banyak organisasi loyalitas

karyawan pada karier mendapat tempat yang lebih tinggi daripada loyalitas pada organisasi (Werther dan Davis, 1996:327). Banyak karyawan menggunakan dedikasi dan loyalitasnya kepada organisasi hanya sebagai taktik untuk peningkatan karier.

Werther dalam suatu penelitiannya pada 100 perusahaan terbesar di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 51% dari CEO menghabiskan seluruh kariernya dalam perusahaan yang sama (Werther, 1977). Di Jepang karyawan cenderung sangat loyal pada perusahaan yang sama seumur-hidup-kariernya, dan di banyak perusahaan orang diterima untuk bekerja seumur hidup dan pindah pekerjaan ke lain perusahaan bagi masa depan karier seseorang sangat jarang terjadi (Werther dan Davis, 1996:325).

Nelson dan Quick membedakan 3 (tiga) macam *organizational commitment*: (1) *affective commitment* (2) *continuance commitment* (3) *normative commitment*. ***Affective commitment*** adalah jenis komitmen organisasi yang dilandasi keinginan yang kuat untuk tetap menjadi anggota suatu organisasi, berdasarkan 3 (tiga) faktor pertama keyakinan pada berbagai tujuan dan nilai organisasi, kedua keinginan untuk memperjuangkan kepentingan organisasi, dan ketiga keinginan untuk tetap menjadi anggota dari sebuah organisasi. ***Continuance commitment*** berhubungan dengan kecenderungan karyawan untuk tetap menjadi anggota organisasi karena tidak mampu meninggalkan organisasi. Kadang-kadang hal ini terjadi karena karyawan percaya bahwa apabila mereka keluar dari organisasi akan kehilangan berbagai investasi waktu, usaha dan keuntungan yang tidak tergantikan lagi. ***Normative commitment*** adalah suatu kewajiban (yang terasa perlu) untuk tetap sebagai anggota organisasi. Karyawan yang mempunyai ***normative commitment*** tetap bekerja dalam suatu organisasi karena merasa seperti sudah seharusnya (Nelson dan Quick, 2000: 121-122).

Organizational commitment menurut Luthans adalah salah satu dari 3 (tiga) variabel dari “fondasi blok bangunan perilaku organisasi” (*the basic building blocks of organizational behavior*) selain sikap kerja (*job attitudes*) dan kepuasan kerja (*job satisfaction*). Walaupun ada berbagai definisi dan pengukuran atas komitmen organisasi, sebagai sebuah sikap, *organizational commitment* lebih sering didefinisikan sebagai: (a) suatu keinginan kuat seseorang karyawan untuk tetap menjadi anggota suatu organisasi tertentu, (b) kemauan untuk berupaya sekuat tenaga demi organisasi, (c) secara pasti percaya dan menerima berbagai tujuan dan nilai organisasi (Luthans, 1992:124; Fetter dkk, 1988:190).

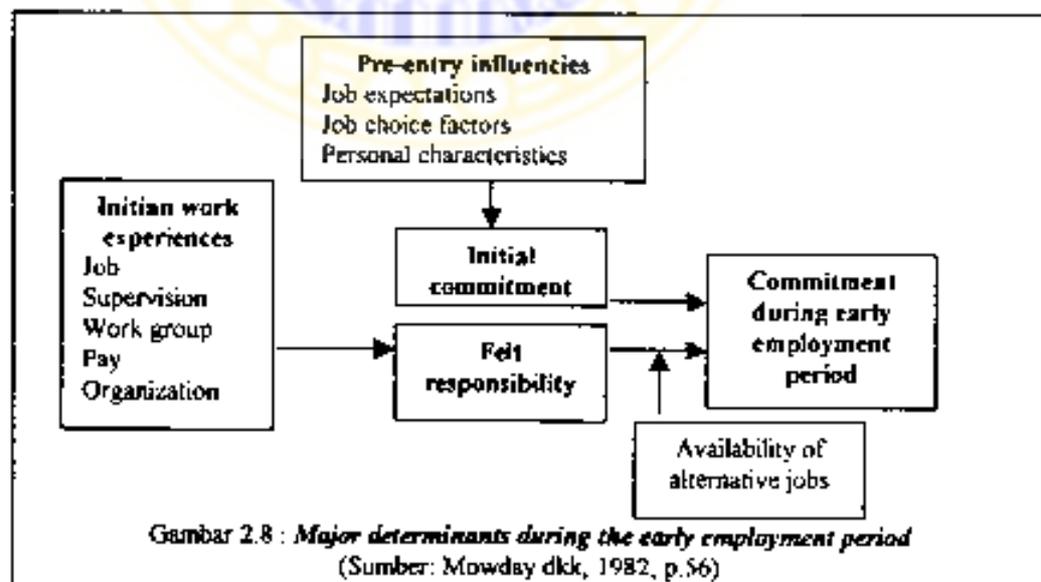
Dari definisi tersebut dengan lain kata dapat dikatakan bahwa komitmen organisasi adalah lebih dari sekedar suatu sikap loyal dari karyawan terhadap organisasi tempatnya bekerja yang adalah suatu proses yang sedang berlangsung dalam mana anggota-anggota organisasi mengekspresikan kepeduliannya pada kesuksesan dan kesejahteraan organisasi. Berdasarkan batasan tersebut, Mowday dkk membangun instrumen *organizational commitment questionnaire (OCQ)* untuk mengukur komitmen organisasi yang umum dipakai.

Sikap komitmen pada organisasi menurut Luthans ditentukan oleh sejumlah variabel individu, variabel organisasi bahkan variabel non organisasi. Karakteristik individu yang dapat mempengaruhi komitmen individu pada organisasi adalah: (a) umur (b) lama bekerja dalam organisasi (c) watak, seperti perasaan positif atau negatif, pengawasan internal atau eksternal (Luthans, 1992:125).

Variabel organisasi yang dapat mempengaruhi komitmen individu pada organisasi misalnya desain kerja dan gaya kepemimpinan yang ditunjukkan oleh orang yang

menjadi penyelia karyawan (Luthans dkk, 1979). Menurut penelitian Dveirin bahwa kepemimpinan yang dapat menciptakan suasana yang memberdayakan karyawan akan berdampak pada peningkatan komitmen karyawan terhadap organisasi; ia akan memberikan secara maksimal kemampuannya kepada organisasi (Dveirin, 1994). Sedangkan McNeese-Smith berpendapat bahwa komitmen karyawan terhadap organisasi berhubungan dengan perilaku kepemimpinan (McNeese-Smith, 1996).

Ketersediaan pilihan lain (alternatif) pada saat mendaftar jadi anggota suatu organisasi adalah salah satu variabel non organisasi yang dapat berpengaruh pada komitmen individu pada organisasi (Norcraft dan Neale, 1990). Senada dengan itu, Mowday dkk mencoba memvisualisasikan komitmen awal seorang karyawan pada suatu organisasi. Hal ini sangat tergantung pada karakteristik individu, faktor-faktor pemilihan pekerjaan, dan berbagai harapan atas pekerjaan yang dipilih. Demikian pula dengan, berbagai pengalaman awal di tempat kerja yang dapat berpengaruh pada komitmen awal melalui variabel antara yaitu perasaan bertanggungjawab. Selengkapnya sebagaimana dapat dilihat dalam gambar berikut:



Komitmen individu pada organisasi dapat memperkecil tingkat *turnover* karyawan, keterlambatan dan absentisme dan mempertinggi kinerja individual dan membetahkan (Mowday dkk, 1979).Komitmen karyawan yang rendah pada organisasi akan cenderung memperbesar *turnover*, memperkecil keterlambatan ke tempat kerja maupun absentisme (Fotter dkk, 1988:192). Menurut penelitiannya pada tahun 1988 Bechtold menemukan bahwa kepuasan karyawan karena harapan dan kebutuhannya dipenuhi oleh manajemen akan mempengaruhi produktivitasnya (Bechtold, 1988).

2.4. Komitmen Manajemen

Konstruk komitmen manajemen berhubungan dengan besaran perasaan atau hasrat berbagai unsur manajer pada sesuatu pokok tertentu di dalam organisasinya. Oleh karenanya konstruk ini lebih berkenaan dengan kepemimpinan (*leadership*) dari para manajer dari pada *managership*-nya itu sendiri. Sheridan berpendapat mengenai hal ini sebagai berikut:

It has been said that many bussinesses suffer from too much management and too little leadership. The difference is rather clearcut, observes Charlie Jacobs, 'Management, to a large extent, is about control. Leadership is about commitment,' he says. Management is about managing behavior. Leadership is about dealing with the way that people perceive the world they are part of.' (Sheridan, 1996)

Komitmen manajemen terhadap mutu jasa (*management commitment to service quality : MCSQ*) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Berry dan Zeithaml, misalnya, lebih berkenaan dengan sikap dan hasrat manajer untuk berbuat sebaik mungkin (*to improve*) mutu layanan jasa di unitnya. Menurut Hartline dan Ferrell komitmen manajemen pada mutu jasa meliputi pilihan (sikap) secara sadar pada mutu sebagai strategi maupun operasional (praktek) organisasi. Hal tersebut tercermin misalnya dalam

penyediaan mutu kepemimpinan dan sumber daya yang diperlukan untuk mewujudkannya. Dua komponen utamanya adalah: (1) kekuatan komitmen pribadi terhadap perbaikan mutu, dan (2) keterlibatan yang nyata dan aktif dalam proses perbaikan mutu.

Menurut kedua peneliti beberapa ilmuwan berargumentasi bahwa komitmen manajemen pada mutu jasa adalah satu determinan yang penting dari apakah jasa yang bermutu telah disampaikan kepada konsumen. Namun pembuktian secara empirik akan adanya hubungan ini masih terbatas. Dari penelitiannya sendiri dalam bidang jasa perhotelan dapat dibuktikan adanya hubungan walaupun bersifat tidak langsung (Hartline dan Ferrell, 1996). Namun demikian dalam penelitiannya ini kedua peneliti mengoperasionalkan konstruk ini sebagai 'gaya kepemimpinan yang dilakukan manajer terhadap karyawan garis depan'. Diah Natalisa dalam penelitian disertasinya dilingkungan perusahaan jasa transportasi (*aeroplane*) mendefinisi-operasionalkan komitmen manajemen pada mutu jasa sebagai 'sejauh mana manajemen (pimpinan dan manajer) mempertimbangkan harapan pelanggan dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan' (Diah Natalisa, 1999). Kadir dalam penelitian disertasi yang salah satu konstruk utamanya juga adalah komitmen manajemen pada mutu jasa memberikan definisi yang agak berbeda. Komitmen manajemen pada mutu jasa menurut penelitian pada perusahaan jasa perbankan ini adalah:

- a. sejauh mana pimpinan cabang dapat memenuhi harapan-harapan nasabah terhadap mutu layanan dan harapan-harapan nasabah terhadap manfaat yang diperoleh.

- b. sejauh mana karyawan diberdayakan dalam melaksanakan tugas-tugasnya dan rasa dirinya dikembangkan yang berdampak pada kepuasan kerja karyawan.
(Kadir, 2001)

Pada tahun 1987 Brown telah memprediksikan seperangkat atribut bagi kepemimpinan yang diperlukan di era 1990 an untuk berwirausaha di bidang kesehatan, yaitu meliputi: kewirausahaan, inovatif, enerjik, dan berorientasi masyarakat (Brown, 1987). Salah satu atribut yang dirasakan kebenarannya saat ini adalah orientasi pada konsumen. Kepemimpinan yang berorientasi masyarakat artinya bahwa setiap upaya merealisasikan tujuan organisasi melalui sumber daya yang tersedia harus berangkat dari pengetahuan mengenai apa yang dibutuhkan dan diharapkan oleh masyarakat (konsumen)

Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Kotler tentang pemasaran. Dikatakan bahwa pemasaran yang baik adalah yang bermula dan berakhir pada konsumen (Kotler, 1995). Menurut Clarke, untuk mengelola perubahan organisasi dengan baik dalam lingkungan bisnis yang lebih berorientasi konsumen saat ini kepemimpinan tidak hanya dikembangkan pada tingkat manajemen puncak saja melainkan pada semua tingkat dalam organisasi (Clarke, 1994:34)

Organisasi pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks (Arsitawati, 1995). Kompleksitasnya tidak hanya karena ciri-cirinya yang padat modal dan teknologi saja namun terlebih karakter padat karya yang dimilikinya. Kompleksitasnya karakter padat karya di samping karena masing-masing sumber daya manusia memiliki subkultur bawaannya sendiri, keberadaannya dalam struktur dan atau fungsi yang beragam membawa konsekuensi terbentuknya subkultur yang heteranekaragam

pula. Selain itu, kompleksitas juga berhubungan dengan kekhasan produk. Terdapat begitu banyak jenis jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit diproduksi dihadapan dan atau dengan peran-serta beraneka segmen konsumen sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masing-masing. Bahkan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan seorang konsumen perlu keterlibatan lintas subkultur (*cross-mixed*).

Menurut Widodo pola hubungan ini melibatkan unsur dokter ↔ pasien ↔ perawat secara timbal balik dimana terdapat dominasi peran dokter (Widodo, 1999). Hal ini dapat menimbulkan konflik dan ambiguitas tanpa membangun suatu standar prosedur yang baku. Karena alasan tersebut Merry mengusulkan bahwa baik profesi medis maupun kelompok profesi lainnya yang terlibat di dalam semua organisasi pelayanan kesehatan agar duduk bersama dan menciptakan model kepemimpinan yang sesuai untuk masa depan. Menurut pendapatnya bahwa konsep-konsep manajemen moderen seperti pembelajaran organisasi (*learning organization*), proses mutu total (*total quality process*), dan rekayasa ulang (*reengineering*), menuntut pembaruan bentuk berbagai kepemimpinan dan kerjasama-kepemimpinan yang sungguh-sungguh antara para klinisi dan para manajer 'ilmiah' (Merry, 1994).

Para klinisi di rumah sakit menjalankan berbagai fungsi: melayani penderita, mendidik dan meneliti. Namun di sisi lain keterlibatannya dalam manajemen sangat diharapkan terutama dalam manajemen sumber daya manusia dan finansial. Dari penelitiannya, Leat berpendapat bahwa keterlibatan ini krusial dalam membentuk sistem pelayanan kesehatan masa depan. Mereka diusulkan untuk dapat diikutkan dalam program-program pendidikan manajemen di luar bidang konvensionalnya, seperti strategi manajemen sumber daya manusia, strategi dan manajemen keuangan atau program

peningkatan mutu. Sebaliknya dalam posisi manajemennya para klinisi diuntungkan karena kemampuan dan nilai yang dimilikinya seperti kemampuan observasi, pemecahan masalah, serta kemampuan analisis dan memberikan pertimbangan-pertimbangan etis (Leat, 1994). Menurut Dveirin, pemimpin bertanggungjawab untuk menciptakan lingkungan pemberdayaan: suatu lingkungan di mana belajar kolektif menjadi sarana melaksanakan pekerjaan. Di dalam lingkungan seperti itu menurut pendapatnya sumber daya manusianya akan dapat berkontribusi penuh menggunakan semua kemampuannya (komitmen) untuk organisasi (Dveirin, 1994).

Dalam era perubahan yang penuh *chaos* dan di bawah tekanan finansial yang besar, untuk memaksimalkan produktivitas sumber daya manusia organisasi menurut McNeese-Smith, perilaku kepemimpinan memegang peranan penting. Perilaku kepemimpinan di rumah sakit menurutnya berhubungan dengan produktivitas, kepuasan kerja dan komitmen sumber daya manusia terhadap organisasi (McNeese-Smith, 1996).

Dari penelitiannya pada tahun 1993 Sovic menyimpulkan bahwa fungsi penting kepemimpinan menuju keberhasilan rumah sakit adalah membangun, mengelola dan mengubah budaya organisasi (Sovic, 1993).

2.5. Pemasaran Rumah Sakit Dan Konsep Kepuasan Konsumen

Ada berbagai arti yang terdapat dalam istilah pasar. Istilah ini biasa dipakai dalam teori ekonomi, dunia usaha pada umumnya maupun dalam bidang pemasaran. Ada tiga batasan yang dipergunakan secara umum (Swastha, 1984:50-1):

Pertama: "Pasar adalah tempat di mana pembeli dan penjual bertemu dan berfungsi, barang dan jasa tersedia untuk dijual, dan terjadi perpindahan hak milik".

- Kedua : “Pasar adalah jumlah seluruh permintaan barang atau jasa oleh pembeli-pembeli potensial”.
- Ketiga : “Pasar adalah orang-orang yang mempunyai keinginan untuk puas, uang untuk belanja, dan kemauan untuk membelanjakannya”.

Pengertian pemasaran juga telah mengalami perkembangan dari waktu ke waktu seiring dengan perkembangan pemakaiannya. Sebagai suatu bidang usaha, pemasaran telah dipelajari sejak 1902 dan sampai dengan dekade 1960 an terdapat konsep yang berbeda-beda tentang arti pemasaran, dan telah berkembang pemakaiannya tidak hanya dalam organisasi-organisasi profit tetapi juga organisasi non profit. Saat ini menurut Kotler pengertian pemasaran telah meliputi semua kegiatan pertukaran. Ia memberikan batasan pemasaran menjadi :

“suatu proses sosial dan manajerial yang di dalamnya individu dan kelompok mendapatkan apa yang mereka butuhkan dan inginkan dengan menciptakan, menawarkan, dan mempertukarkan produk yang bernilai dengan pihak lain ” (Kotler, 1997:8, terj. H. Teguh dan R. A. Rusly).

2.5.1. Tujuan, tipe dan sasaran pemasaran

Berdasarkan batasan Kotler, maka pertukaran adalah titik sentral pemasaran. Dengan pertukaran, berbagai macam individu, kelompok sosial dan kelompok masyarakat lainnya dapat terpenuhi kebutuhannya. Oleh karenanya, semua orang, karena mempunyai keinginan dan kebutuhan, secara langsung maupun tidak langsung terlibat dalam pemasaran.

Menurut pasar yang dituju (*target market*), terdapat tiga tipe strategi pemasaran. *Undifferentiated marketing*: kepada semua orang dipasarkan satu produk tunggal. Pasar yang dituju bersifat masal, juga teknik yang digunakan. *Differentiated marketing*: pasar disegmentasi atas dua atau lebih kelompok, dan dapat ditawarkan produk yang berlainan

kepada masing-masing kelompok. *Concentrated marketing*: pemasaran dipusatkan kepada kelompok pembeli yang paling menguntungkan saja.

Menurut produk yang dipasarkan, terdapat tiga tipe pemasaran, yaitu pemasaran barang, jasa dan ide atau gagasan. Pemasaran rumah sakit adalah bagian dari pemasaran jasa. Pemasaran jasa berkembang sangat pesat akhir-akhir ini. Menurut Payne sektor jasa menguasai lebih dari 60 % ekonomi negara Barat (Payne, 1993:1). Menurut Stanton pemasaran jasa sebenarnya tidak ada, yang ada adalah pemasaran di mana unsur jasa lebih besar dari pada unsur barang. Ia berpendapat bahwa ada komponen barang dan jasa pada hampir semua jenis produk (Stanton, 1993:8). Terdapat spektrum yang luas dari yang *high tangible* sampai yang *high intangible*. Walaupun demikian, terdapat perbedaan yang hakiki di antara keduanya.

Ciri hakiki yang membedakan antara barang dan jasa adalah adanya 4 (empat) karakteristik yang dimiliki oleh jasa yaitu sifat tidak terabanya jasa (*intangibility*), tak terpisahkan (*inseparability*), keberanekaragamannya (*heterogenity*), dan sifatnya yang cepat hilang (*perishability*) serta permintaannya yang berfluktuasi. Oleh karena itu maka pemasaran jasa berbeda dari pemasaran barang. Yang terpenting di antaranya adalah menyangkut berbagai unsur bauran pasar (*marketing mix*). Jika di dalam pemasaran barang hanya dikenal 4-P : *product, place, price, promotion* maka pada pemasaran jasa terdapat 3-P lainnya yaitu : *process, people* (manusia penyajinya) dan tampilan fisik atau bukti fisiknya (*physical evidence*), menjadi 7-P.

Sasaran pemasaran, dapat dilihat dari empat tahap perkembangan evolusi manajemen pemasaran (Kotler, 1993; Stanton, 1993).

Tahap orientasi produk, yang mengasumsikan bahwa perusahaan tidak perlu melakukan pemasaran secara khusus karena dengan produk yang baik dan harga yang pantas sudah menguntungkan perusahaan. Pemasaran hanya tertuju ke dalam perusahaan, orientasinya adalah produk yang dihasilkan, dan konsep yang dianut adalah konsep produk (*product concept*).

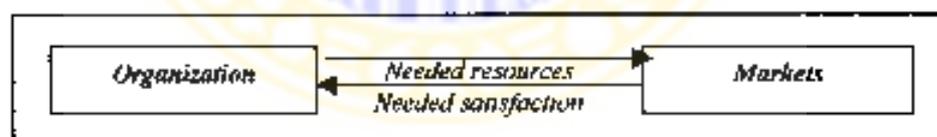
Tahap orientasi penjualan, di sini disadari bahwa dengan menitikberatkan perhatian pada produk saja tidak serta merta menjamin berhasilnya penjualan dan perolehan keuntungan. Sasarannya di tahap ini adalah penjualan yang sebanyak-banyaknya, demi keuntungan yang sebesar-besarnya sehingga volume penjualan menjadi ukuran keberhasilan. Selama ada perusahaan yang hanya beroperasi dengan falsafah 'tahap penjualan' ini maka kritik terhadap pemasaran dan penjualan akan tetap berlanjut; pada tahap ini konsepnya adalah konsep penjualan (*sales concept*).

Tahap orientasi pemasaran, perusahaan menganut konsep manajemen pemasaran yang terintegrasi. Pemasaran terintegrasi ke dalam semua tahap operasional perusahaan. Manajer pemasaran harus mengetahui sejak awal dan produksi bukan hanya akhir saja. Ia mempengaruhi seluruh proses produksi dan kebijakan perusahaan, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Konsepnya adalah konsep pemasaran (*marketing concept*), dan sasarnya adalah mementingkan keinginan dan kebutuhan konsumen.

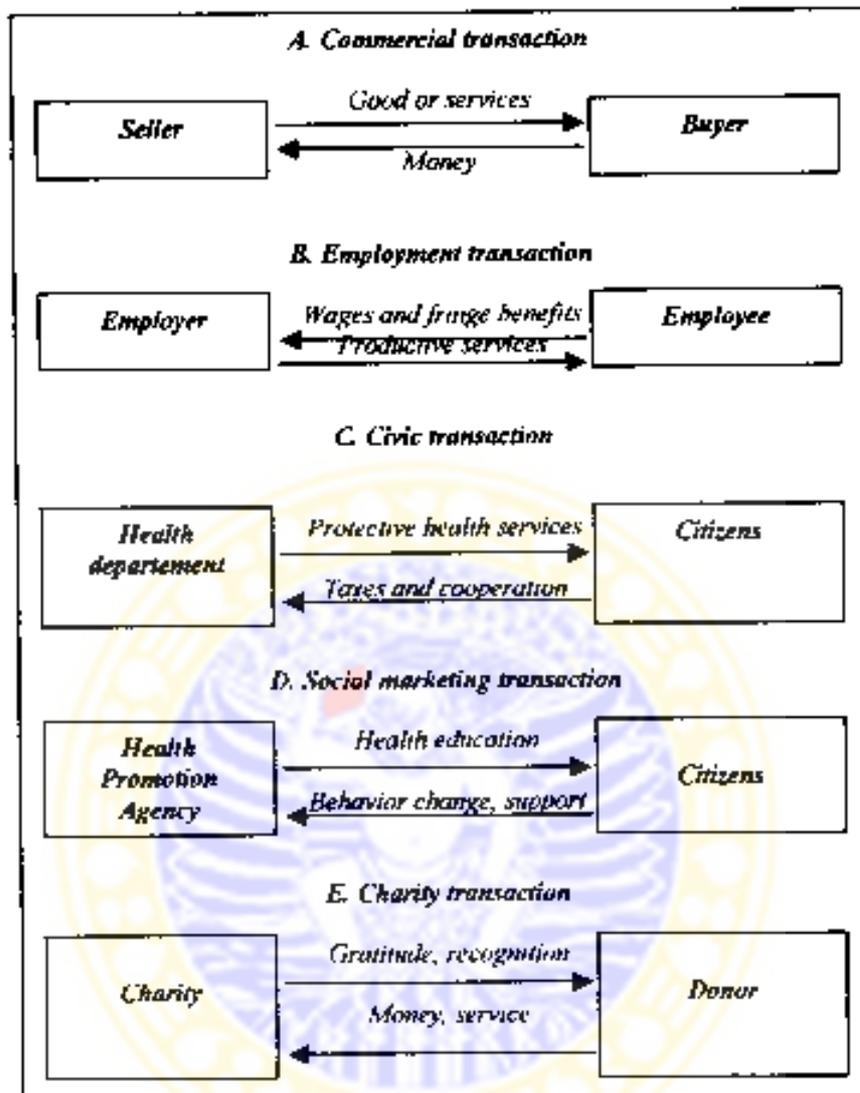
Tahap orientasi manusia dan tanggung jawab sosial, sasaran manajemen pemasaran ini termasuk baru, karena tidak hanya terbatas kepada konsumen yang menjadi segmen pasarnya saja tetapi masyarakat yang lebih luas. Di sini termasuk faktor eksternal lainnya yang tidak dapat dikendalikan oleh organisasi tetapi berpengaruh besar terhadap kelangsungan hidup organisasi, seperti: demografi, ekonomi, hukum, politik,

kebudayaan dan teknologi. Pada tahap ini para pemasar harus berorientasi pada sumber daya yang makin terbatas. Sasarannya adalah memberikan perhatian kepada penciptaan dan pengerahan sebuah kualitas kehidupan yang lebih baik dari pada sekedar standar kehidupan material (Leslie, 1980). Konsepnya adalah konsep pemasaran masyarakat (*social marketing concept*). Menurut Karjadi, tahap perkembangan orientasi manajemen pemasaran tersebut dapat disebut sebagai perubahan paradigma. Untuk dapat *survive* perusahaan atau organisasi termasuk rumah sakit di Indonesia harus menggunakan orientasi pemasaran. Dikatakan pula bahwa harus dibedakan antara pemasaran sosial, yaitu pemasaran produk sosial dengan tanggung jawab sosial (*social responsibility*) (Karjadi, 1997).

Diterimanya pemasaran sebagai suatu strategi untuk *survive* dan berkembang berdasarkan asumsi bahwa kepuasan para pihak yang terlibat di dalam transaksi akan melanggengkan proses transaksi tersebut. Secara skematis asumsi tersebut dicontohkan oleh Kotler dan Clarke dalam dua gambar sebagai berikut:



Gambar 2.9 *Organization Survival through Exchange*
 Gambar 2.9. Kelanggengan Organisasi Melalui Pertukaran
 (Sumber: Kotler dan Clarke. *Marketing for Health Care Organization*, 1987 p: 46)



Gambar 2.10 *Examples of Exchange Transaction*
(Kotler dan Clarke. *Marketing for Health Care Organizations* 1987:46-47)

2.5.2. Kendala pemasaran

Walaupun memberikan kepuasan pada keinginan dan kebutuhan sesuai dengan yang dikemukakan oleh konsumen sendiri, pemasaran bukanlah tanpa kendala. Para filsuf awal sejak Plato, Aristoteles, dan Thomas Aquinas menganggap para saudagar sebagai tidak produktif dan serakah; pemasaran selalu mempunyai konotasi negatif (Kotler dan

Clarke, 1995: 15). Kritik terhadap pemasaran menurut Stanton dapat dikelompokkan berdasarkan hubungannya dengan berbagai komponen bauran pemasaran (Stanton, 1993:250-280). Kritik terutama ditujukan kepada berbagai kegiatan pemasaran seperti promosi melalui periklanan dan penjualan eceran. Periklanan sering dituduh menyesatkan dan manipulatif: membuat konsumen membeli produk yang tidak ingin dibeli, tidak dibutuhkan, atau tidak mampu dibeli. Periklanan juga dituduh sebagai penyebab mahalannya harga produk yang ditawarkan karena harus diperhitungkan dengan semua biaya promosi. Kemasan produk juga sering dikritik sebagai menipu konsumen.

Dalam bidang kesehatan, selain berbagai kelemahan tersebut di atas, pemasaran juga dituduh dapat menyebabkan institusi pelayanan kesehatan saling bersaing, menurunkan mutu dan menciptakan permintaan yang tidak perlu akan pelayanan kesehatan (*supply induced demand*). Di samping itu, menurut Clarke karena kurangnya pelatihan dan karena latar belakang sejarahnya serta tidak adanya posisi administratif pemasaran dalam struktur organisasi pelayanan kesehatan, kelompok profesi medik kurang familier terhadap pemasaran. Pemasaran jasa pelayanan kesehatan sering disalahartikan juga karena berbagai konflik politik setempat (Clarke, 1978).

2.6. Kinerja Rumah Sakit

2.6.1. Kepuasan pelanggan sebagai indikator kinerja

Kepuasan tercapai apabila harapan atau kebutuhan sesuai dengan pemenuhannya. Kotler memberikan batasan kepuasan sebagai perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja (atau hasil) suatu produk dan semua harapannya (Kotler, 1997:36). Jadi kepuasan konsumen adalah fungsi

dari kesan kinerja dan harapannya. Oleh karena itu baik kinerja positif maupun kinerja negatif berpengaruh pada kepuasan, di mana kinerja negatif lebih berpengaruh dari pada kinerja positif (Mittal, 1996)

Setiap organisasi harus mengidentifikasi siapa yang menjadi kelompok pelanggannya dan apa saja yang dapat memuaskannya dan berusaha memenuhinya. Dalam organisasi rumah sakit Leehov dan Scott mengidentifikasi lima kelompok pelanggan utama:

- 1) pasien,
- 2) pengunjung,
- 3) dokter,
- 4) karyawan, dan
- 5) *payers*. (Leehov dan Scott, 1994:16-17).

Sehubungan dengan hal tersebut maka menurut Dutka penting dilakukan riset terhadap kepuasan konsumen, baik secara kualitatif maupun kuantitatif (Dutka, 1994:25-36). Dalam bidang kesehatan menurut Holleran terpenting menggunakan *focus groups* (Holleran, 1996).

Richie dalam penelitiannya mengemukakan bahwa ada empat tujuan umum kinerja rumah sakit yaitu, (1) mempertinggi kepuasan pasien, (2) mempertinggi kepuasan dokter, (3) mempertinggi kepuasan karyawan, dan (4) menekan biaya (Richie, 1996).

Di rumah sakit, Hall dalam penelitiannya menemukan pula bahwa variabel perawat, dokter dan waktu tunggu lebih signifikan dari demografi pasien dalam pengaruhnya terhadap kepuasan (Hall, 1996). Menurut Dube bahwa konsumen yang

sangat puas akan memiliki ikatan emosional dan oleh karena itu emosi pasien perlu dikelola (Dube, 1996).

Hartline dan Ferrel mengemukakan bahwa konsep kepuasan kerja amat luas karena meliputi semua karakteristik dan pekerjaan itu sendiri beserta lingkungan kerjanya. Banyak peneliti menurutnya berargumentasi bahwa kualitas jasa yang dirasakan oleh konsumen dipengaruhi oleh kepuasan kerja karyawannya walau hal ini belum banyak dibuktikan secara empirik. Dari penelitiannya di lingkungan jasa perhotelan hal ini terbukti (Hartline dan Ferrel, 1996)

Surya di dalam penelitiannya terhadap penyaji jasa pelayanan kesehatan dasar yang berasal dari tiga suku bangsa yang berlainan menemukan bahwa kepuasan kerja ditentukan oleh prioritas kebutuhan, tingkat pemenuhan kebutuhan tersebut dan suku bangsa, selain dipengaruhi pula oleh karakteristik individu dan jenis kebutuhan individual lainnya (Surya, 1996). Menurut Churchill, dalam pemasaran barang kepuasan kerja berhubungan dengan jumlah penjualan. Di dalam pemasaran jasa termasuk jasa pelayanan kesehatan menurut Schneider ditemukan fakta bahwa kepuasan kerja merupakan alasan utama karyawan memberikan pelayanan yang terbaik (Schneider, 1980). Bechtold mengemukakan bahwa kepuasan kerja berhubungan dengan kepuasan karyawan yang telah terpenuhi kebutuhannya oleh manajemen, ia akan mempengaruhi komitmennya terhadap organisasi (Bechtold, 1988)

Menurut Atchison sebagaimana dikutip Sherer bahwa suatu kepemimpinan yang dapat mempertahankan kepuasan kerja yang tinggi dari karyawannya, terutama insentif terhadap kompetisi, sikap serta perilaku yang berorientasi kepada pelanggan sudah semakin diterima secara luas. Karena karyawan yang tidak bahagia menurutnya dapat

melakukan sabotase terhadap produktivitas dan menimbulkan tantangan lain yang mengancam kesehatan organisasi (Sherer, 1997)

Menurut penelitiannya pada tahun 1988 Bechtold menemukan bahwa kepuasan karyawan karena harapan dan kebutuhannya dipenuhi oleh manajemen akan mempengaruhi produktivitasnya (Bechtold, 1988).

2.6.2. Produktivitas sebagai indikator kinerja

Ada berbagai pendekatan penilaian terhadap kinerja, salah satu di antaranya adalah pendekatan berdasarkan perilaku. Menurut Lemieux para dokter di rumah sakit saat ini mulai lebih dilibatkan di dalam mengelola kinerja seperti restrukturisasi untuk peningkatan kinerja (Lemieux, 1994).

Menurut Foter bahwa pemanfaatan karyawan serba-hisa (*multiskilled health practitioners, MSHP*) adalah salah satu cara meningkatkan produktivitas sumber daya manusia dan efektivitas pelayanan (Foter, 1996). Bechtold dkk mengemukakan bahwa perhatian manajemen yang diberikan kepada kepuasan kerja karyawannya sebagai bagian dari *internal marketing* akan mempengaruhi komitmennya terhadap organisasi, kepuasan kerja dan produktivitas (Bechtold, 1988).

Bowen dalam penelitiannya menemukan bahwa pemberdayaan sumber daya manusia penyaji jasa akan mengakibatkan mereka merasa mampu untuk memproduksi hasil kerja yang bermutu untuk pelanggan. Rasa mampu selanjutnya akan memuaskan karyawan dan kesetiiaannya untuk tetap memproduksi hasil kerja yang bermutu (Bowen dkk, 1995)

Menurut Bolling bahwa budaya juga mempunyai pengaruh yang sangat besar pada bagaimana orang mempersepsikan apa yang disebut kualitas atau mutu. Oleh sebab itu menurut pendapatnya untuk mencapai mutu adalah sebuah 'seni' yang diartikannya sebagai pemanfaatan secara sadar suatu keterampilan yang diperoleh melalui pengalaman, studi atau observasi yang dikombinasikan dengan imajinasi kreatif. Menurut pendapatnya manajemen dan para manajer adalah pencipta budaya organisasi (Bolling, 1994:xiii). Bagaimana seni menciptakan budaya organisasi rumah sakit di Indonesia dalam konteks ini? Menurut Karjadi agar berhasil menerapkan sistem manajemen peningkatan mutu (SMPM) di rumah sakit harus memenuhi berbagai syarat. Syarat-syarat itu ialah: (1) adanya standar, (2) adanya sistem pemantauan aktif, (3) adanya sistem evaluasi, (4) adanya sistem umpan balik dan koreksi (termasuk di sini sistem KJE), (5) dilaksanakan secara terus menerus, (6) adanya pembinaan personal, (7) organisasi yang sesuai dan (8) kepemimpinan: komitmen yang tinggi (Karjadi, 1996).

2.6.3. Mutu sebagai indikator kinerja

Salah satu indikator dari kepuasan pelanggan dilakukan dengan pengukuran mutu jasa. Menurut data penelitian *PIMS (profit impact of marketing strategies)* sebagaimana dikutip oleh Leebow dan Scott, mutu relatif yang dipersepsi konsumen adalah faktor yang paling tinggi hubungannya dengan profitabilitas dan besarnya pangsa pasar. 'Mutu relatif' yang dipersepsi tidak lain adalah mutu menurut perspektif pelanggan (Leebow dan Scott, 1994:3-4). Menurut Humberto, karena persepsi tentang mutu bervariasi menurut tingkat pengetahuan, berbagai nilai masing-masing individu dan sumber daya yang dimiliki, maka penetapan standar mutu harus memperhatikan konteks lokal,

khususnya berkaitan dengan berbagai kriteria dari kelompok profesional dan pasien setempat (Humberto, 1993).

Menurut Clarke, perubahan pada aspek internal organisasi dalam rangka menginovasi suatu strategi (dalam hal ini strategi yang berorientasi pada pemasaran rumah sakit dan kepuasan pelanggan) dapat bertumpu pada struktur organisasinya, sistem yang beroperasi maupun sumber daya manusia dan budaya organisasinya. Namun ia berpendapat bahwa perubahan pada hanya satu dimensi jarang berhasil. Oleh karena itu perubahan harus dilakukan secara ekstensif dan mendalam pada ketiga dimensi tersebut sekaligus (Clarke, 1994:25). Bagi rumah sakit pemerintah hal ini dapat dilakukan melalui regulasi, namun menurut pendapat Karjadi akan lebih baik jika dilakukan melalui edukasi (Karjadi, 1998). Kotter berpendapat bahwa pembangunan budaya organisasi yang kuat akan berpengaruh pada kinerja ekonomi jangka panjang bagi organisasi (Kotter, 1997:12). Oleh sebab itu faktor kepemimpinan dan faktor kondisi sumber daya manusia sebagai unsur dasar dari budaya organisasi merupakan faktor penentu kuat tidaknya budaya suatu organisasi yang akan menjamin tetap dihasilkannya produk bermutu yang senantiasa dapat memuaskan pelanggannya.

Menurut Leebov dan Scott, fondasi dari berbagai upaya untuk menerapkan strategi bagi kepuasan pelanggan, khususnya kepuasan atas mutu jasa dalam bidang pelayanan kesehatan, adalah adanya komitmen yang kuat, salah satunya adalah komitmen dari pihak manajemen sendiri (Leebov dan Scott, 1994:32).

Menurut Gaspersz bahwa untuk memperoleh pengakuan (sertifikat) mutu dalam industri jasa menurut *ISO 9000* diperlukan beberapa langkah strategis dan langkah yang paling awal menurutnya adalah komitmen manajemen pada mutu (Gaspersz, 1997:33).

Selanjutnya menurut Deming, Juran serta Crosby sebagaimana dikutip oleh Gasperz bahwa proses perbaikan mutu yang berkelanjutan memerlukan keseimbangan antara perbaikan proses dan perbaikan atau peningkatan sumber daya manusia, yang dikendalikan oleh kepemimpinan kualitas (Gasperz, 1997:25). Dalam bentuk diagram dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.11: Model Dasar Perbaikan Mutu
(diturunkan dari Gasperz, 1997:26)

Mutu dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat diketahui dengan beberapa cara. Parameter yang dipakai berbeda menurut dekade. Era 1960 an dipakai angka kesakitan dan kematian. Pada dekade 1970 an dikembangkan audit retrospektif. Pada era 1980 an *quality assurance* menjadi favoritnya di mana dalam modelnya yang tradisional jumlah kecelakaan dan penyimpangan dipakai sebagai indikator (Cesta, 1993). Pada dekade 1990 an kecenderungannya ke arah *quality management* (Crawfort, 1994).

Di Indonesia, rumah sakit pemerintah umumnya menggunakan rerata lamanya dirawat (*average length of stay ALOS*), angka kematian kasar (*gross death rate GDR*) dan angka kematian netto (*net death rate NDR*) sebagai ukuran kinerja mutu pelayanan atau perawatan rumah sakit.

Sedangkan untuk mengukur kinerja efisiensi pelayanan mempergunakan angka pemanfaatan tempat tidur (*bed occupancy rate* - *BOR*), frekuensi penggunaan tempat tidur (*bed turn over* - *BTO*), interval penggunaan tempat tidur (*turn over interval*, *TOI*) serta *ALOS*. Valentino berkata bahwa dunia penuh akal dan kompetitor yang cerdas mengerti bahwa itulah yang membedakan berbagai macam produk jasa pelayanan kesehatan. Menurut pendapatnya perhatian yang saksama untuk mengembangkan program jaminan mutu yang terintegrasi adalah sangat berarti dalam pemasaran yang beretika. Pemasaran yang beretika menghindarkan diri dari tuduhan "menjual" terapi yang tidak perlu.

Konsep *continuous quality improvement* adalah suatu konsep perbaikan mutu yang berpusat pada proses (baik klinik, finansial maupun operasional) untuk mencapai tujuan. Setiap langkah dalam proses itu harus dianalisis karena manajemen kasus (klinik) dan *continuous quality improvement* berkaitan baik dalam filosofi maupun prosesnya. Berbagai langkah dalam proses *continuous quality improvement* dapat diaplikasikan pada rencana pengelolaan berbagai kasus, baik dari aspek klinik maupun finansial (Valentino, 1991).

Suatu survei berdasarkan pendekatan *benchmarking* dalam pelayanan kesehatan yang menggunakan kriteria mutu dari Baldrige untuk menelaah proses manajemen organisasi rumah sakit (kepemimpinan, informasi dan analisis) menemukan bahwa kekuatan dari kriteria mutu terletak pada proses manajemen mutu, kepemimpinan, berpusat pada pelanggan dan kepuasan. Kekhasan kriteria mutu Malcolm Baldrige adalah *time intensive* dan hal ini tergantung pada pelatihan yang terus menerus. Kelemahannya adalah pada ketidakterlibatan karyawan dalam proses perencanaan mutu, kurangnya

desain dalam sistem mutu dan kurangnya koordinasi antar bagian (Jennings, 1994) Survei lainnya secara nasional terhadap direktur dan koordinator *quality assurance* Pusat Medik Veteran menunjukkan optimisme penerapan konsep ini di masa depan serta dampak positifnya terhadap program lain (Tindill dkk, 1993).

Menurut Boerstler saat ini rumah sakit secara umum mulai mengimplementasikan *continuous quality improvement* karena percaya bahwa implementasinya akan meningkatkan mutu perawatan penderita, mempertinggi kepuasan penderita dan moral karyawan serta menekan biaya walaupun menurut dia sangat sedikit studi empirik yang dilakukan mengenai hal ini (Boerstler, 1996). Sebelumnya pada tahun 1993 Wakefield mengatakan bahwa percepatan implementasi filosofi dan konsep ini serta konsep *total quality management* pada berbagai organisasi pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit, memunculkan sejumlah isu sebagai akibat dari desain organisasinya yang klasik dan berbagai praktek manajemen sebagaimana menjadi karakteristik dari profesi medis (Wakefield, 1993).

Banyak rumah sakit berlomba-lomba menerapkan konsep ini tanpa waspada terhadap perangkat atau kesulitan tersembunyi, yang salah satunya berhubungan dengan pemberdayaan (*empowerment*). Menurut Lewis, terlalu banyak manajer di rumah sakit adalah salah satu di antaranya. Untuk mencegah keterlibatan yang berulang para manajer menengah dalam aktivitas pemberdayaan karyawan garis depan, pemberdayaan harus disertai oleh pengurangan substansial dalam jumlah manajer menengah. Meskipun pengurangan ini penting, menurut pendapatnya jarang dilakukan karena dua sebab: Pertama ialah kegagalan menganalisa rentang kendali manajemen dalam konteks pemberdayaan, dan yang kedua adalah kekuatiran bahwa pengurangan staf akan

membahayakan implementasinya. Tanpa penyesuaian rentang kendali, pemberdayaan akan gagal dan sehaliknya penyesuaian yang tepat guna dapat memberikan hasil yang bahkan di luar dugaan (Lewis, 1993).

Grazer berpendapat bahwa dalam lingkungan saat ini, mutu produk jasa tidak hanya ditentukan oleh *outcomes* ataupun parameter lainnya yang juga penting, namun menurutnya ini tidaklah memadai karena pangsa pasar masih ditentukan terutama oleh harga (Grazer, 1994). Karjadi berpendapat bahwa hendaknya indikator dipilih berkaitan dengan prioritasnya, misalnya kepuasan pasien, keselamatan, penghematan (Karjadi, 1996).

2.6.4. Kepuasan pelanggan internal dan proses bisnis sebagai ukuran kinerja

Dalam manajemen tradisional pencapaian visi suatu organisasi atau perusahaan sebagai lembaga pencipta kemakmuran (*wealth creating institution*) hanya diukur menggunakan ukuran keuangan saja. *return of investment (ROI)* dan *residual income* merupakan ukuran keuangan yang biasa dipakai untuk mengukur kinerja perusahaan sebagai pencipta kekayaan. Pada awal 1990-an diperkenalkan ukuran kinerja keuangan lainnya yaitu *economic value added (EVA)* -- yaitu laba bersih usaha setelah pajak, dikurangi biaya modal (*cost of capital*)- untuk menyempurnakan ukuran keuangan sebelumnya (*ROI dan residual income*), sebagai ukuran kinerja perusahaan dalam menghasilkan kekayaan (Mulyadi, 1998)

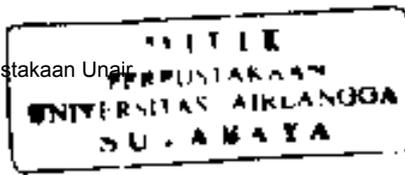
Pada awal dekade 1990-an dalam lingkungan organisasi pencari laba diperkenalkan indikator kinerja perusahaan dengan apa yang dinamakan *balanced scorecard (BSC)* yaitu sejak Robert S. Kaplan dan David P. Norton mempublikasikan

artikelnnya " *Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance*" dalam *Harvard Business Review*. Pada dasarnya filosofi dari ukuran kinerja ini tidak lain adalah suatu pengakuan bahwa indikator kinerja perusahaan dari perspektif keuangan adalah akibat dari 3 (tiga) indikator indikator kinerja perusahaan sebagai penyebab (sebelumnya) yaitu indikator kinerja perusahaan dari perspektif kepuasan pelanggan, indikator kinerja perusahaan dari perspektif proses bisnis internal, dan indikator kinerja perusahaan dari perspektif kemampuan berorganisasi untuk belajar dan melakukan perbaikan (Yuwono dkk, 2002:3). Dalam penelitian ini perspektif keuangan tidak diukur karena karakteristik dari organisasi nirlaba yang diteliti.

2.6.5. Kinerja etika medik dan keperawatan

Etika di dalam literatur disebut juga sebagai *moral philosophy*, berhubungan dengan baik-buruk perilaku seseorang baik dalam pergaulan sehari-hari maupun dalam melakukan pekerjaan atau profesinya. Untuk memahami apa yang dikategorikan sebagai 'perilaku etik' lebih mudah menggunakan pengertian sebaliknya. Menurut Brass dkk perilaku tidak etik (*unethical behavior*) adalah perilaku yang berdampak tidak baik terhadap orang lain dan secara legal maupun moral tidak diterima masyarakat banyak (Brass, 1998).

Keterlibatan klinisi dalam manajemen rumah sakit menurut Merry sangat baik sebagai model kepemimpinan organisasi pelayanan kesehatan masa depan (Merry, 1994), maupun (secara khusus) di dalam manajemen finansial dan rekayasa sumberdaya manusia harus tetap menggunakan etika profesi medis sebagai dasarnya (Leat, 1994).



Untuk mengoperasionalkan pertimbangan etika Meslin membangun suatu kerangka kerja manajemen etika untuk membantu para klinisi baik sebagai individu maupun sebagai anggota di dalam tith pelayanan kesehatan (Meslin, 1997).

McNeil dkk pada tahun 1994 melalui suatu studi di kalangan administrator dan karyawan rumah sakit di Australia telah mengidentifikasi isu etika yang makin sering ditemukan dalam pekerjaannya. Berbagai isu itu meliputi baik yang langsung berhubungan dengan etika profesi seperti perawatan dengan *HIV/AIDS*, otonomi pasien dari *'not for resuscitation orders'* sampai berbagai konflik interpersonal, kesulitan dalam komunikasi dan alokasi sumber daya rumah sakit (McNeil, 1994).

Untuk memelihara berbagai nilai etika medis sebagai 'penjaga gawang' etika di setiap rumah sakit seyogyanya memiliki komite khusus yang menangani semua isu yang berhubungan dengannya. Hal ini harus ada terutama di rumah sakit pendidikan di manapun. Namun komite etika di banyak rumah sakit menurut Hoffmann tidak menjamin efektivitasnya. Hal ini sebagian karena kesenjangan konsensus atas tujuan komite itu sendiri. Dari sudut pandang kebijakan, kehadiran komite harusnya bertujuan melindungi kepentingan pasien. Berdasarkan tujuan tersebut dan evaluasinya atas komite yang ada dan dengan menggunakan berbagai kriteria: akses, mutu dan ketepatanan, dipertanyakan apakah kehadiran komite memang lebih baik daripada mekanisme lain untuk mencapai tujuan yang sama (Hoffmann, 1998).

Menurut Garry setiap organisasi harus menetapkan standar kode etik sebagai sumber informasi dan sarana pembuatan keputusan serta pegangan bagi karyawannya. Setiap karyawan harus mengetahui standar tersebut dan bagaimana pengaruhnya terhadap tugas yang dikerjakannya (Garry, 1997). Karena saratnya pertimbangan etika medis

dalam tata hubungan antar karyawan dengan konsumen dalam proses produksi-konsumsi jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun manajemen kesehatan di masa depan, maka perlu ditegakkan penilaian perilaku karyawan berdasarkan etika profesi medis. Menurut Gunadi kebanyakan persoalan yang terjadi di rumah sakit justru menyangkut etika dan hukum kedokteran (Gunadi, 1991).

Menurut Nordstrom di rumah sakit kultur pelayanan kesehatan sangat dominan dan karenanya harus selalu dipertimbangkan dalam setiap usaha yang berdampak pada perubahan perilaku karyawan. Dikemukakannya bahwa ada tiga aspek penting yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan ialah apresiasi, kinerja dan kepuasan (Nordstrom, 1987).

Nutt dalam penelitiannya mengatakan bahwa ada empat pendekatan implementatif dalam peningkatan partisipatif dan pengendalian kultur demi terciptanya iklim yang lebih kondusif bagi proses perubahan yang dapat dilakukan oleh manajer puncak dalam organisasi pelayanan kesehatan. Pendekatan tersebut ialah musyawarah, insentif, akomodatif dan persuasif (Nutt, 1996)

McNeese-Smith dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa penegakkan suatu nilai etik dalam suatu organisasi, tidak hanya memberikan kepastian pegangan dan perilaku karyawannya tetapi juga untuk kepentingan pengembangan kepemimpinan (McNeese-Smith, 1996). Penelitian Gill pada tahun 1987 menyimpulkan bahwa untuk mencapai tujuan organisasi dan penegakkan nilai, serta untuk mempertahankan disiplin dan tata kerja dalam organisasi pelayanan kesehatan dapat dipakai suatu protokol kepemimpinan (Gill, 1987).

2.6.6. Kinerja pembelajaran organisasi

Pada umumnya rumah sakit mengemban selain fungsi penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga fungsi penedidikan dan penelitian. Untuk melaksanakan semua fungsi itu dengan baik diperlukan komunikasi, informasi dan edukasi. Di dalam sistem manajemen peningkatan mutu, Karjadi menempatkan KIE sebagai bagian dari subsistem koreksi. Di sini KIE dilakukan apabila umpan balik hasil evaluasi (perbandingan produk dengan standar) menunjukkan bahwa penyebab masalah adalah kurangnya pengetahuan dan keterampilan (Karjadi,1996).

Menurut Hilman yang penting adalah berbagai fungsi tersebut dilaksanakan di rumah sakit dengan berorientasi kepada kepentingan penderita (Hilman, 1998). Dengan pendekatan yang lebih proaktif, pemanfaatan KIE akan menghindari timbulnya masalah. Intervensi pendidikan dan latihan bagi sumber daya manusia pada semua lapisan menurut Leebov akan memperkuat posisi pemasaran rumah sakit. Menurutnya, intervensi akan meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku yang berorientasi kepada pelanggan, sebagai suatu *corporate culture effort*, selain meningkatkan kualitas interaksi dengan pasien, keluarga dan pengunjung. Seperti dikatakan Leebov, suatu upaya yang disengaja untuk menanamkan secara jelas ke dalam budaya rumah sakit suatu nilai baru, yang akan memaksimalkan motivasi karyawan dan meminimalkan resistensi terhadap perubahan yang akan dilakukan (Leebov,1986).

Penelitian Gwinner dkk pada tahun 1998 menunjukkan bahwa hubungan yang baik dengan pelanggan akan menciptakan loyalitas. Loyalitas meningkatkan *revenue*, memperkecil tingkat perpindahan pelanggan dan menurunkan biaya (Gwinner, 1998). Pelanggan rumah sakit menurut Simon adalah *multi-consumer*, meliputi kelompok

pasien, pemilik, pemerintah atau pembuat kebijakan dan karyawan. Kesemuanya membutuhkan KIE yang baik (Simon, 1978)..

Dari sisi pasien, hak untuk memperoleh informasi yang memadai atas tindakan apa yang akan diberikan kepadanya sebagai bagian dari proses penyembuhan, adalah isu yang penting. Masalah informasi inilah yang menyebabkan hubungan yang spesifik antara produsen dan konsumen jasa kesehatan. Oleh sebab itu, keputusan untuk membeli jasa kesehatan sering diprakarsai oleh produsen (*supply induced demand*), penyaji senantiasa terpapar pada perilaku tidak etik (*unethical behavior*). Akibatnya tak jarang pasien dirugikan atau dieksploitasi. Di Indonesia menurut Sani, rumah sakit masih kurang komunikatif dengan pasiennya (Sani, 1995).

Bagi sumber daya manusia sebagai pelanggan internal, KIE akan memberdayakan. Menurut Hartline dalam penelitiannya pada tahun 1996 bahwa hal ini akan mempengaruhi peran konflik dan ambiguitasnya yang pada akhirnya berpengaruh pada kepercayaan diri dan kepuasan kerjanya (Hartline dan Ferrell, 1996). Dalam konsep sistem mutu pelayanan, mendengarkan pelanggan adalah kunci utama (Berry dan Parasuraman, 1997). Bahkan menurut Hofmann informasi yang akurat, tepat waktu, benar dan konsisten adalah hak para karyawan sejauh hal itu berkaitan dengan nasibnya (Hofmann, 1998).

Menurut Karjadi seluruh iklim orientasi produk dalam rumah sakit pemerintah harus ditransformasikan ke orientasi pemasaran (pemuasan pelanggan) dan *total quality management : TQM* (Karjadi, 1995). Hal ini menurutnya lebih baik jika dilakukan *by education* dari pada *by regulation*.

2.7. Kajian Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian terdahulu yang berhubungan dengan konsep kepuasan pelanggan (teori pemasaran), kinerja organisasi (kualitas pelayanan) dan budaya organisasi serta komitmen manajemen (teori organisasi dan manajemen) yang turut mengilhami penelitian ini, akan diuraikan secara singkat sebagai berikut.

2.7.1. Chatman dan Jehn (1994)

Dalam *Academy of Management Journal* Volume 37 tahun 1994 Chatman dan Jehn melaporkan hasil penelitiannya di bawah judul *Assessing The Relationship Between Industry Characteristic and Organization Culture: How Different Can You Be ?*. Kedua penulis mencoba mempelajari hubungan antara dua karakter industri yaitu teknologi dan tingkat pertumbuhan dengan kultur organisasi. Penelitian ini membandingkan baik budaya organisasi di dalam satu jenis industri maupun secara lintas-industri

Dengan melakukan survei terhadap 15 perusahaan yang mewakili 4 jenis industri di sektor jasa (*accounting, consulting, household goods carrier, postal service*) mereka mengukur budaya organisasi, karakteristik teknologi dan tingkat pertumbuhan masing-masing perusahaan. Pengukuran budaya organisasi menggunakan *organization culture profile (OCP)* yang dikembangkan oleh O'Reilly dkk yang berbasis pada *(J-sort profile comparison process*. Dalam metode pengukuran ini responden diberikan sejumlah besar pilihan (*item*) untuk dipilah kedalam sejumlah kategori berdasarkan beberapa kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. *OCP* berisi pernyataan 54 macam nilai yang berhubungan dengan, misalnya: kualitas, respek terhadap individu, fleksibilitas dan *risk*

taking yang dihasilkan oleh para akademisi maupun praktisi yang berhubungan dengan nilai budaya organisasi. 38 akademisi dari jurusan administrasi bisnis dan 4 anggota fakultas bisnis melakukan penyaringan terhadap nilai-nilai yang tidak relevan, sulit dimengerti, yang berulang maupun yang dihilangkan. Pengecekan yang sama dilakukan oleh sekelompok responden untuk menguji reliabilitas dan validitas hingga tersisa suatu daftar akhir instrumen yang memuat ke 54 nilai tersebut.

Menurut kedua penulis, terdapat 3 manfaat berbeda dengan pendekatan *semi idiographic* dalam pengukuran budaya organisasi seperti ini, yaitu.

1. Karena setiap item secara implisit dibandingkan dengan setiap item lainnya, hasil dari *Q-sort* adalah sebuah profil yang realistis dengan item yang tersusun menurut suatu cara yang merefleksikan kepentingan relatif dari setiap item terhadap item-item yang lainnya.
2. Kekuatan budaya ditentukan dengan menilai kesamaan persepsi para anggota terhadap berbagai nilai organisasi dan intensitas budaya dilihat dari berbagai nilai yang dipegang (item yang paling ekstrem tinggi atau rendah).
3. Memungkinkan dilakukan perbandingan yang bermakna secara lintas profil (individual, organisasional atau individual dan organisasional).

Untuk menilai budaya organisasi, semua anggota organisasi yang sudah familier dengan budaya organisasinya diminta menyeleksi ke 54 nilai ke dalam 9 kategori dari yang 'paling sesuai dengan budaya organisasi saya' sampai dengan yang 'paling tidak sesuai dengan budaya organisasi saya'

Pengukuran karakteristik industri yang berdasarkan pada teknologi yang digunakan, mengelompokkan ke 15 organisasi sampel ke dalam 3 kelompok, masing-masing

1. *Long-linked technologies* meliputi *Post office* dan *Household Good Carrier* (dalam kelompok ini termasuk jasa transportasi).
2. *Mediating technologies* yaitu *accounting* (dalam kelompok ini termasuk jasa perbankan dan asuransi)
3. *Intensive technologies* yaitu *consulting* (dalam kelompok ini termasuk jasa rumah sakit)

Tingkat pertumbuhan organisasi dinilai berdasarkan prosentasi penambahan *revenue* dan karyawan. Dengan uji statistik yang sesuai, hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

Preposisi 1 : Budaya organisasi pada suatu jenis industri tertentu maupun lintas industri, dapat digolongkan berdasarkan 7 dimensi yaitu,

1. *innovation*
2. *stability*
3. *respect for people*
4. *outcome orientation*
5. *detail orientation*
6. *team orientation*
7. *easygoingness*

Hipotesis 1 : Banyaknya dimensi budaya perusahaan lebih bervariasi lintas industri daripada lintas perusahaan dalam satu jenis industri.

Hasil : Perbedaan jenis industri memberikan lebih banyak varian dari pada perbedaan perusahaan dalam industri yang sama untuk enam dari tujuh dimensi budaya yaitu

1. *innovation*
2. *stability*
3. *people orientation*
4. *detail orientation*
5. *team orientation*
6. *conspicuousness*

Hipotesis 2a, 2b, 3a, 3b, dan 3c menguji apakah beberapa ciri teknologi dan tingkat pertumbuhan industri berhubungan dengan beberapa dimensi budaya tertentu, sbb:

Hipotesis 2a : Perusahaan-perusahaan di dalam industri yang bercirikan *intensive technologies* dengan pertumbuhan yang tinggi memiliki budaya yang lebih menekankan *innovation* dan *team orientation* dan pada berturut-turut perusahaan-perusahaan pada industri yang bercirikan *medium technologies* dengan pertumbuhan sedang dan *long-linked technologies* dengan pertumbuhan rendah.

Hasil :

Dalam hal *innovation* perusahaan *consulting* tidak signifikan (lebih tinggi atau rendah) dari pada industri-industri lainnya. Perusahaan ini juga secara signifikan lebih rendah dalam dimensi *team orientation* dibanding perusahaan *accounting*. Kedua hasil ini menolak hipotesis. Hasil yang mendukung adalah bahwa perusahaan *accounting* secara signifikan lebih tinggi dalam dimensi *innovation* dari pada *postal service* dan secara signifikan lebih tinggi dalam dimensi *team orientation* dibandingkan dengan *postal service* dan *household good carriers*.

Hipotesis 2b : Perusahaan-perusahaan dalam industri yang bercirikan *long-linked technologies* dengan pertumbuhan yang rendah mempunyai budaya yang lebih kuat penekanannya pada dimensi *stability* dan *detail orientation* dari pada berturut-turut berbagai perusahaan dalam berbagai industri yang bercirikan *mediating technologies* dengan pertumbuhan sedang dan *intensive technologies* dengan pertumbuhan yang tinggi.

Hasil :

Didapati bahwa berbagai perusahaan *postal service* dan *household good carrier* secara signifikan lebih rendah penekanannya dalam dimensi *stability* dan *detail orientation* dari pada berbagai perusahaan *accounting* dan *consulting*. Hasil ini menolak hipotesis, sedangkan yang mendukung adalah bahwa *postal service* secara signifikan lebih tinggi dalam dimensi *stability* dibandingkan dengan tiga industri lainnya. Perusahaan *household good carriers* secara signifikan lebih tinggi dalam dimensi *stability* dari berbagai perusahaan *accounting*.

Hipotesis 3a, 3b, dan 3c membandingkan berbagai dimensi budaya antar berbagai perusahaan di dalam suatu jenis industri tertentu. Hipotesis dan hasil selengkapnya sebagai berikut:

Hipotesis 3a : Berbagai perusahaan di dalam industri yang bercirikan *intensive technologies* dengan pertumbuhan yang tinggi mempunyai budaya yang lebih menekankan dimensi *people orientation*, *team orientation*, dan *innovation* dari pada berbagai dimensi *outcome orientation*, *stability*, *easyness* dan *detail orientation* dan sebaliknya.

Ditemukan bahwa perusahaan *consulting* ternyata secara signifikan lebih menekankan dimensi *detail* dan *outcome oriented* dari pada berbagai dimensi budaya lainnya, dan temuan ini menolak hipotesis. Temuan yang mendukung hanya untuk perusahaan *consulting*. Bahwa budaya perusahaan *consulting* secara signifikan lebih menekankan dimensi *team oriented* dan *people oriented* dari pada *easygoingness*.

Hipotesis 3b : Berbagai perusahaan dalam industri yang bercirikan *long-linked technologies* dengan pertumbuhan yang rendah mempunyai budaya yang lebih menekankan dimensi *outcome orientation*, *stability*, *easygoingness* dan *detail orientation* dari pada dimensi *people orientation*, *team orientation* dan *innovation*.

Hasil :

Untuk *postal service* didapati hasil yang mendukung hampir semua kecuali *easygoingness* dan *team orientation*. *Outcome orientation* secara signifikan lebih tinggi dari pada *people orientation* dan *innovation*. Untuk *household good carrier* terdapat variasi yang minimal dari ketujuh dimensi kultural.

Hasil temuan yang menolak hipotesis adalah *detail orientation*, *easygoingness* dan *stability* tidak signifikan (lebih tinggi atau rendah) dari pada dimensi *people* dan *team orientation*.

Hipotesis 3c : Perusahaan-perusahaan di dalam industri yang bercirikan *medium technologies* dengan pertumbuhan yang sedang mempunyai budaya yang seimbang penekankannya pada ketujuh dimensi budaya.

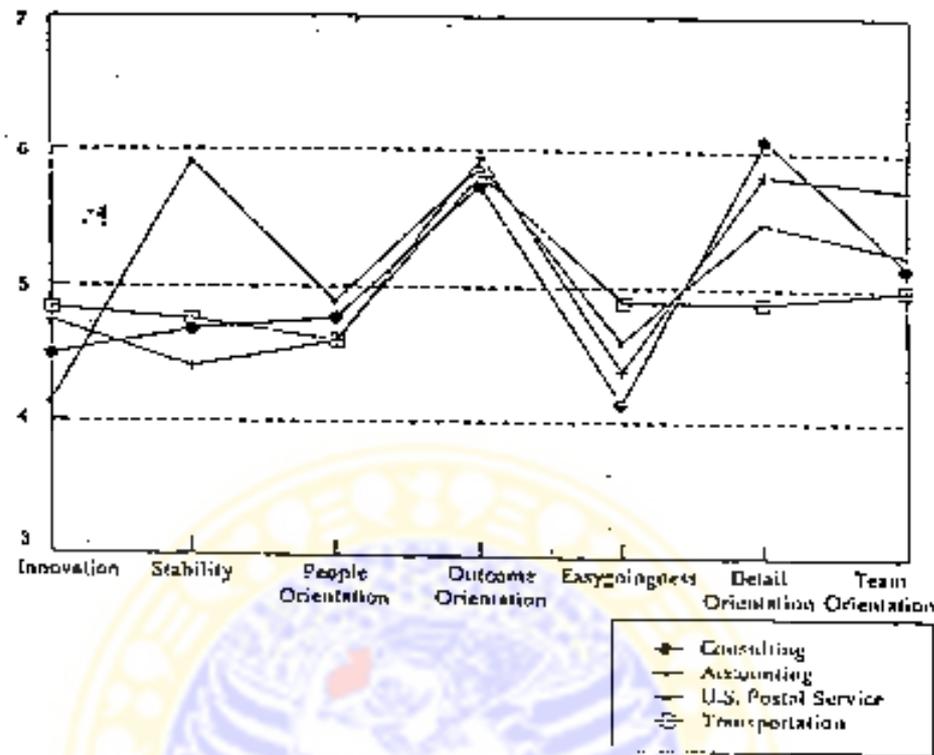
Hasil :

Ditemukan bahwa hipotesis ini ditolak untuk semua dimensi dengan tingkat signifikansi yang bervariasi antara satu dimensi dengan dimensi lain.

Secara keseluruhan, penelitian ini menghasilkan berbagai kesimpulan sbb:

1. bahwa jika suatu dimensi budaya ditemukan makin banyak variasinya di dalam suatu industri maka makin kurang valid pengelompokkannya untuk membandingkannya dengan industri yang lain dalam dimensi tersebut.
2. umumnya perusahaan *consulting* memiliki proporsi perbedaan intra industrial yang signifikan paling banyak. Perbedaan budaya paling besar pada dimensi *easygoingness*, *outcome orientation* dan *stability*.
Berbagai perusahaan *accounting* mempunyai dimensi budaya yang paling 'serupa' dibandingkan dengan industri yang lain. Variasi paling besar dalam perusahaan ini ada pada dimensi *easygoingness*, lebih sedikit pada dimensi *innovation*, *outcome orientation* dan *stability* serta tidak bervariasi pada dimensi *team orientation*.
Berbagai perusahaan *household good carrier* menunjukkan hasil yang *moderate* dalam variasi intra industrinya. Variasi intra industrinya yang paling banyak pada dimensi *people orientation* dan *innovation* namun tidak berbeda pada ke lima dimensi lainnya.
3. di dalam setiap industri, berbagai perusahaan sama dalam dimensi *team orientation* namun terdapat perbedaan dalam tingkatan yang bervariasi di antara berbagai perusahaan pada enam dimensi budaya lainnya

Perbandingan budaya organisasi berbagai jenis industri tersebut gambar sbb ini



Gambar 2.12: *Comparisons of Industry Differences in Organizational Culture*
(Sumber: Chatman dan Jehn, 1994)

2.7.2. Vestal dkk (1997)

Artikel yang ditulis Katherine W. Vestal, dkk ini di muat di dalam *Hospital and Health Service Administration* edisi (42)3, Fall, tahun 1997, mendeskripsikan tentang konsep budaya yang menurutnya sering dilupakan dan disalah-artikan. Melalui suatu penelitian kultural di lingkungan *The U.S. Departemen of Veterans Affairs (VA)*, para penulis menunjukkan peran yang dapat dimainkan oleh budaya sebagai tumpuan dalam menggerakkan perubahan struktural dan stratejik di lingkungan tersebut.

Penelitian ini juga menjelaskan bahwa perubahan struktural dan strategis saja tidak cukup. Budaya *VA* yang kaku, orientasi fungsi dan jalur komando dan kendali yang ketat harus berubah menjadi lebih fleksibel, cepat, berkualitas dan tepat-guna. Menurut pendapat mereka bahwa di dalam lingkungan yang tidak kondusif untuk perubahan maka untuk mencapai transformasi yang berhasil, perubahan harus dikendalikan oleh tiga hal:

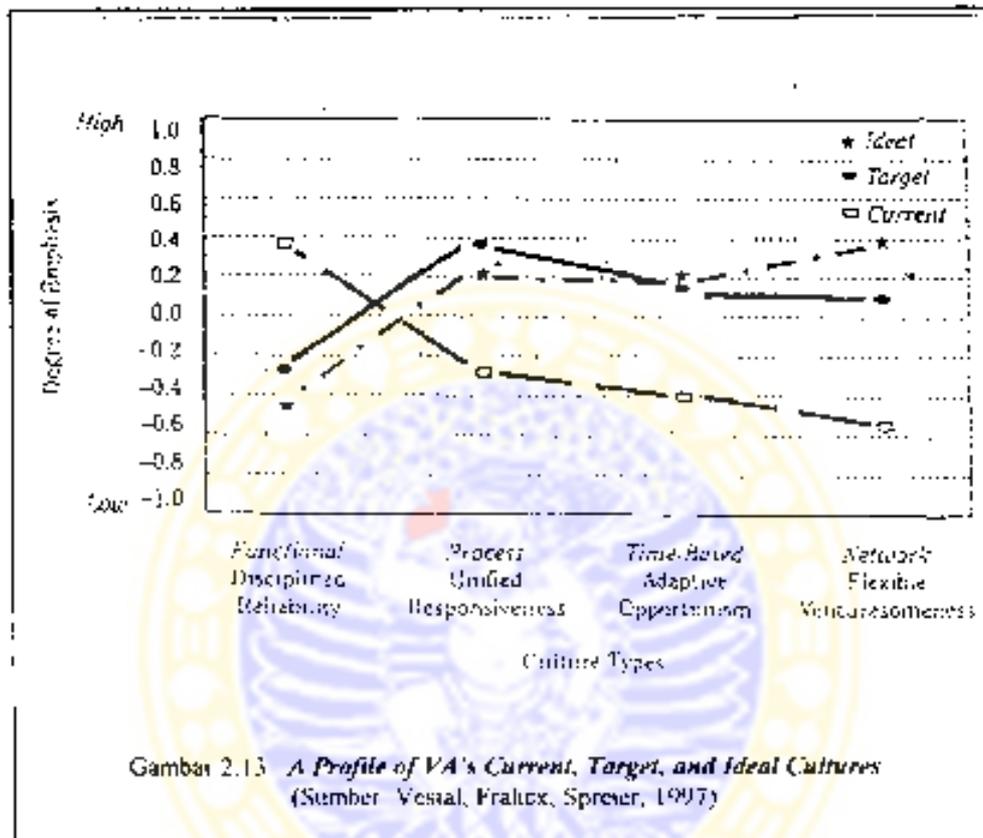
1. mobilisasi kepemimpinan sebagai tim
2. pembangunan proses kerja baru
3. pengembangan SDM yang komprehensif

Metode penelitian budaya yang dipakai adalah menggunakan survei dengan 56 perilaku dan kegiatan-kegiatan (atribut) yang membantu membeda-bedakan budaya yang dimiliki berbagai organisasi. *Assesment tool* ini ditentukan melalui wawancara terbatas, studi hasil penelitian dan artikel lain yang berhubungan dengan *VA*, dan informasi yang berasal dari anekdot-anekdot seputar budaya *VA* (*anecdotal information*).

Hasil penelitian ini adalah tiga model dari budaya *VA* meliputi budaya saat ini, budaya yang ideal dan budaya yang ditargetkan. Budaya saat ini (*current culture*) diperoleh dengan membandingkan berbagai nilai dan atribut dominan di lingkungan *VA* dengan ke 56 nilai, atribut dan perilaku yang terdaftar. Untuk mengukur konsistensi dengan penggunaan *assesment tool* ini digunakan juga 27 nilai penuntun dalam pembentukan jaringan pelayanan *VA* yang terintegrasi, yang telah dikategorikan ke dalam 5 area utama yaitu: (1) *patient care* (2) *quality* (3) *flexibility* (4) *efficiency* (5) *responsiveness*.

Profil budaya *VA* yang ideal dilukiskan dengan menggunakan ke 56 atribut budaya dan membandingkannya dengan berbagai nilai yang diperlukan yang diekspresikan oleh

pimpinan puncak VA. Profil budaya organisasi VA saat ini (*current culture*), budaya yang menjadi target dan budaya yang ideal dapat digambarkan sbh:



2.7.3. Kotter dan Heskett (1992)

Kedua peneliti pionir yang menghubungkan budaya perusahaan dengan kinerja ekonomi jangka panjang ini telah membukukan hasil penelitiannya di bawah judul *Corporate Culture and Performance* yang diterbitkan oleh *The Free Press, New York* pada tahun 1992. Tujuan penelitiannya ada 3, yaitu:

- (1) menetapkan apakah ada hubungan antara budaya perusahaan dan kinerja ekonomi jangka panjang,

- (2) mengklasifikasi sifat dan berbagai alasan bagi hubungan tersebut, dan
- (3) menemukan apakah dan bagaimana hubungan tersebut dapat dieksploitasi untuk meningkatkan kinerja suatu perusahaan.

Dengan menggunakan metode survei kuesioner dilakukan penelitian atas 207 perusahaan dari 22 jenis industri yang berlainan. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah:

1. bahwa budaya perusahaan dapat mempunyai dampak yang sangat berarti terhadap kinerja ekonomi jangka panjang. Berbagai perusahaan dengan budaya yang mementingkan setiap komponen manajerial utama (pelanggan, pemegang saham dan karyawan) serta kepemimpinan pada semua tingkat mempunyai kinerja yang melebihi perusahaan yang tidak memiliki berbagai ciri budaya tersebut.
2. diprediksikan bahwa budaya perusahaan mungkin akan menjadi faktor yang lebih penting lagi dalam menentukan keberhasilan perusahaan di masa datang.
3. banyak budaya perusahaan yang bersifat menghambat kinerja ekonomi jangka panjang. Budaya tersebut mudah berkembang, bahkan di dalam perusahaan yang memiliki banyak orang pintar dan berakal sehat sekalipun
4. walaupun sulit dirubah, budaya perusahaan dapat dijadikan lebih meningkatkan kinerja.

2.7.4. Taft dkk (1999)

Susan Taft bersama-sama dengan tiga kawannya (Katherine Hawn, Jane Barber dan Jane Bidwell) memberikan laporan sementara yang mendeskripsikan suatu

pendekatan eksperimental dalam penelitian budaya organisasi. Eksperimen mengelola organisasi berdasarkan hasil identifikasi berbagai nilai budaya dari satu rumah sakit anak di Amerika Serikat ini terdapat dalam jurnal *Health Care Management Review* edisi 24(1) tahun 1999.

Desain ini dibuat bersama-sama oleh sekelompok kecil unsur pimpinan rumah sakit tersebut dan dua orang fasilitator eksternal. Identifikasi berbagai nilai yang relevan untuk organisasi dilakukan melalui retreat para pimpinan, mendefinisikannya bersama-sama dan menghasilkan suatu daftar berbagai nilai yang dipandang sebagai penentu sukses masa depan rumah sakit. Walaupun rumah sakit sampel adalah sebuah Rumah Sakit Anak yang tidak terlalu besar, menurut mereka metode ini dapat diaplikasikan di organisasi yang lebih besar.

Terdapat 4 fase dalam eksperimen ini, yang meliputi

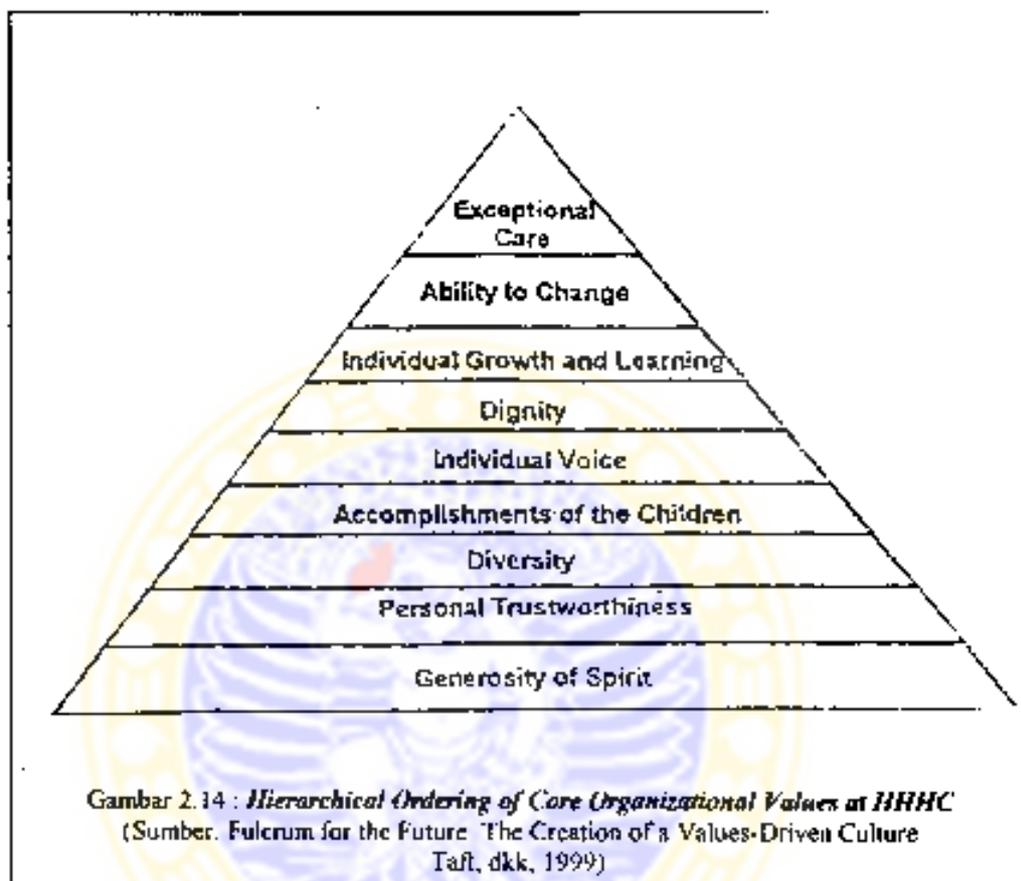
Fase 1 : Identifikasi nilai budaya organisasi secara intensif dan ekstensif dengan melibatkan sebuah komite pengarah yang terdiri atas CEO, direktur pengembangan sumber daya manusia, beberapa staf dan fasilitator dan 5 kelompok kecil partisipan (karyawan) yang diambil *cross-sectional* secara horizontal maupun vertikal, sehingga 50 orang (1/5 dari total seluruh karyawan) terlibat dalam fase ini.

Fase 2 : Konsolidasi nilai

Fase 3 : Integrasi nilai pada tingkat departemen dan tim

Fase 4 : Membuat berbagai nilai menjadi 'hidup' dengan memasukkannya secara formal ke dalam hirarki organisasi

Hasil sementara yang dilaporkan meliputi fase 1 dan fase 2, di mana berbagai nilai yang telah berhasil diidentifikasi dengan baik adalah seperti dalam gambar berikut:



Walaupun fase selanjutnya sedang berlangsung, yang penting dari penelitian ini adalah hasil fase pertama dan kedua yang diperoleh berdasarkan prinsip-prinsip yang benar dari nilai keterlibatan karyawan dan kerja sama tim, bermodalkan waktu yang cukup, terfokus dan dengan fasilitator eksternal. Penerapan sampai dengan fase ke 3 dan fase ke 4 diperkirakan akan membutuhkan waktu 5 tahun.

2.7.5. Nystrom (1993)

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari berbagai aspek penting dari budaya organisasi dalam berbagai rumah sakit dan pengaruhnya terhadap *outcomes* yang diharapkan seperti: komitmen terhadap organisasi, kepuasan kerja dan kinerja. Selain itu ia mempelajari juga peranan berbagai strategi yang dipakai oleh berbagai rumah sakit yang diteliti. Dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, Nystrom meneliti 41 manajer tingkat tinggi dan 36 sekretaris eksekutif dari 13 rumah sakit metropolitan di suatu negara bagian di Amerika Serikat.

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa budaya yang kuat berpengaruh pada komitmen terhadap organisasi, kepuasan kerja dan kinerja. Oleh karena itu para manajer rumah sakit yang mementingkan peningkatan norma tugas dan berbagai nilai pragmatis dalam budaya organisasinya akan memperoleh manfaat bagi mereka sendiri maupun rumah sakitnya. Hasil lain yang berhubungan dengan strategi pilihan berbagai rumah sakit menunjukkan bahwa organisasi yang secara konsisten menerapkan suatu strategi tertentu cenderung mempunyai budaya yang kuat dan sebaliknya.

2.7.6. DiBella (1993)

Laporan dari suatu studi 3 (tiga) kasus praktek manajemen lintas-budaya di mana asumsi budaya dari berbagai pihak yang terlibat berlainan, ini terdapat dalam *The Journal of Applied Behavioral Science*, Volume 29 No.3, September 1993 hal: 311-327. Data yang diperoleh dari ketiga kasus ini menunjukkan bagaimana asumsi dasar dalam suatu budaya mempengaruhi baik pada proses maupun produk dari berbagai praktik manajemen. Di mana terdapat perbedaan asumsi dasar budaya kegiatan tidak-jalan atau

tidak dapat diadaptasikan, maka *outcome* dan perubahan akan berlainan daripada yang semula diinginkan. Penulis mencontohkan rentang berbagai asumsi budaya yang terdapat pada tingkat sosietaI maupun organisasional yang sangat perlu diwaspadai dalam manajemen lintas-budaya, sebagaimana terlihat di dalam tabel berikut ini

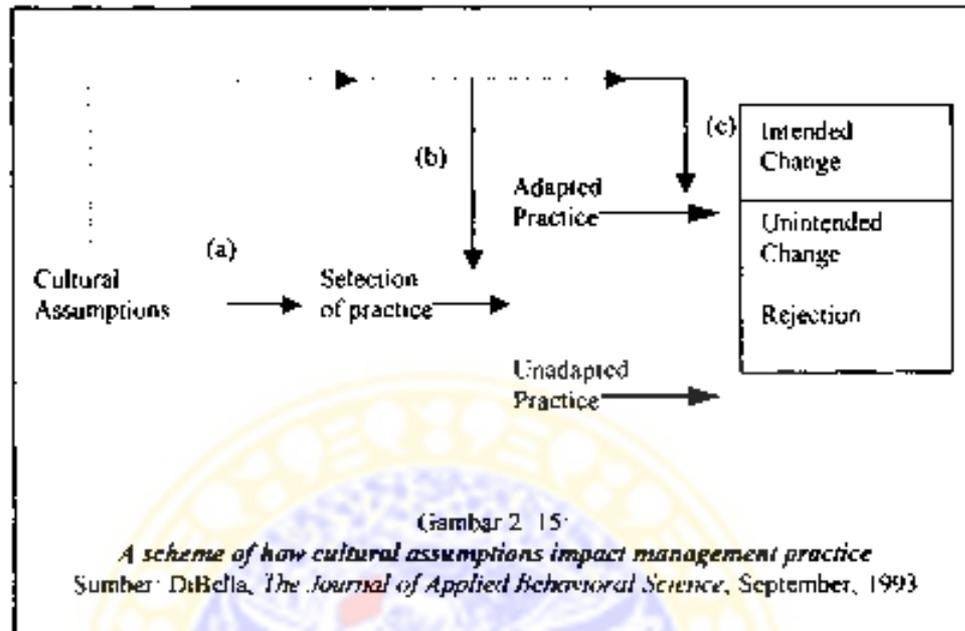
Tabel 2.7
Examples of Cultural Assumptions

<i>Dimension</i>	<i>Range</i>	
A. Societal		
<i>Individual</i>	<i>Good</i>	<i>Evil</i>
<i>Human relations</i>	<i>Individuals</i>	<i>Cults</i>
<i>Experience</i>	<i>Doing</i>	<i>Being</i>
<i>Control of experience</i>	<i>Individuals self-help</i>	<i>Destiny</i>
<i>Time</i>	<i>Future</i>	<i>Past</i>
<i>Space</i>	<i>Private</i>	<i>Public</i>
B. Organizational		
<i>Individual</i>	<i>Employee pursuing a career</i>	<i>Member of the organizational community</i>
<i>Human relations</i>	<i>Individual job roles</i>	<i>Work teams</i>
<i>Experience</i>	<i>Competition</i>	<i>Collaboration</i>
<i>Control system</i>	<i>Self</i>	<i>System</i>
<i>Motivation</i>	<i>Comes from within</i>	<i>Comes from outside self</i>
<i>Time</i>	<i>Self</i>	
	<i>Short term</i>	<i>Long term</i>

Sumber: *The Journal of Applied Behavioral Science*, Vol 29(3), 1995

Dari analisis deskriptif atas tiga kasus lintas-budaya (Amerika-Uganda, Amerika-Filipina, dan India-perusahaan internasional) DiBella menyajikan suatu model yang menunjukkan tiga titik kritis di mana berbagai asumsi dasar budaya berperan, yang menjadi sumber konflik (yang berakibat pada kegagalan implementasi manajemen), yakni pada tingkat seleksi, implementasi dan *outcomes*.

Model yang dihasilkannya dapat digambarkan sebagai berikut:



2.8. Teori Multi Level

Pendekatan dikotomik mikro dan makro dalam kajian teori organisasi telah menginspirasi munculnya suatu pendekatan baru yang pelan tetapi pasti selama dekade terakhir yaitu karya-karya multi level. Dengan maksud memperluas arus teori dan penelitian multi level di waktu-waktu yang akan datang, Klein dkk mendeskripsikan perkembangan baru dalam pembangunan teori multi level ini melalui forum topik yang khusus membahas soal ini dalam *Journal "The Academy of Management Review"*, Volume 24(2), April 1999.

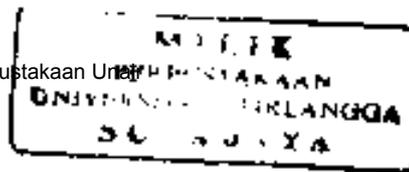
2.8.1. Manfaat-manfaat teori multi level

Manfaat-manfaat yang diberikan oleh pendekatan multi level menurut Klein dkk yang *pertama* bahwa teori multi level menjangkau tingkah laku dan kinerja organisasi, khususnya mengkombinasikan sejumlah kombinasi individual, berbagai tim, kelompok bisnis, perusahaan, dan industri. Jadi teori multi level menjembatani bagian mikro-makro, mengintegrasikan fokus domain mikro pada individu-individu dan kelompok, dengan fokus domain makro pada organisasi-organisasi, lingkungan, dan strategi

Kedua bahwa pembangunan teori multi level membantu perkembangan banyak sintesis dan sinergi yang amat diperlukan dalam ilmu-ilmu yang mengkaji organisasi. Hal ini karena hasil pengintegrasian fokus domain makro dan mikro yang diberikan oleh teori multi level -yang mengakui pengaruh konteks organisasional terhadap persepsi-persepsi dan tindakan-tindakan individual dan pengaruh persepsi-persepsi dan tindakan-tindakan individual dalam konteks organisasional- adalah suatu potret kehidupan organisasi yang lebih mendalam dan lebih kaya. Teori-teori multi level menghubungkan titik-titik pada domain makro dan mikro, dan membuat eksplisit hubungan antara berbagai konstruk yang sebelumnya tidak dihubungkan dalam kepustakaan organisasional. Teori multi level mulai melengkapi *gestalt* tingkah laku dan teori organisasional.

Ketiga, meskipun teori-teori multi level itu kompleks namun kompleksitasnya dapat menghasilkan pemahaman-pemahaman praktis yang penting, antara lain:

- 1 bahwa teori-teori multi level menerangi konteks seputar berbagai proses di tingkat individu, mengklarifikasi dengan persis kapan, dan dimana berbagai proses seperti itu mungkin terjadi di dalam organisasi



2. bahwa teori-teori multi level mengidentifikasi berbagai karakteristik level individual, tingkah laku, sikap-sikap dan persepsi-persepsi yang melatari dan membentuk berbagai karakteristik dan berbagai hasil level organisasi.
3. bahwa sehubungan dengan manfaat 1 dan 2 tersebut teori multi level dapat mengiluminasi langkah-langkah praktis yang mungkin diambil oleh aktor-aktor organisasional, secara individual dan kolektif, untuk menghasilkan berbagai manfaat praktis bagi organisasi (Klein, dkk: 1999).

2.8.2. Cakupan, sofistikasi, dan setuk-beluk teori multi level

House dkk dalam memberikan pedoman bagi pengembangan teori multi level menggariskan pentingnya menspesifikasi dan menjelaskan secara rinci level dari konstruk-konstruk yang mau dihubung-hubungkan dengan cermat dan teliti (House dkk, 1995).

Hal ini tidak berarti bahwa level-level itu sudah pasti harus cocok atau sesuai dengan pengelompokan formal dalam organisasi (bagian, unit, sub-unit, berbagai kelompok individu tertentu). Hal ini misalnya disajikan oleh Drazin dkk dalam mendefinisikan level dari konstruk "kreatifitas organisasi". Para peneliti ini menghindari dengan sengaja unit-unit formal di dalam organisasi maupun organisasi secara keseluruhan sebagai satu unit analisis. Menurut Klein dkk, tidak perlu berbagai level itu cocok dengan pengelompokan formal dalam organisasi. Fleksibilitas baru dalam mendefinisikan level-level konstruk sebagaimana dilaporkan oleh Drazin dkk tanpa mengurangi spesifikasi atau eksplikasi konstruk tersebut. Peneliti-peneliti ini memunculkan suatu perspektif yang masuk akal untuk mengeksplorasi kreatifitas pada tiga level analisis:

- (1). level intra subjektifitas
- (2). level inter subjektivitas
- (3). level kolektif (Drazin, dkk: 1999).

Tentang stabilitas level-level ini Dansereau dkk membantahnya bahwa konstruk dapat bergeser dari level yang satu ke level lain. Mereka mencontohkan misalnya bahwa sejumlah individu yang independen dalam hal sikap kerja dan nilai-nilai dapat bergabung atau menyatu dalam perjalanan waktu untuk membentuk kelompok yang homogen, yang disatukan oleh sikap kerja dan nilai-nilai yang sama di antara mereka. Atau sebaliknya, suatu aliansi interorganisasi dalam perjalanan waktu bisa terpecah, menghasikan satu atau lebih organisasi yang independen. Atau bagaimana suatu entitas tetap stabil dalam perjalanan waktu terbagi atau terpisah menjadi entitas-entitas yang independen pada level yang lebih rendah atau berubah menjadi homogen atau heterogen pada level analisis yang lebih tinggi (Dansereau, dkk:1999). Dinamika perubahan dalam level-level konstruk ini menurut Klein dkk bertentangan dengan asumsi-asumsi tentang stabilitas level dalam kepustakaan atau kajian organisasi dan ini diharapkan dapat menginspirasi model-model teoritik baru dan kajian-kajian tentang perubahan level dalam perjalanan waktu (Klein dkk, 1999).

Menyangkut isu kesepakatan (homogenitas) di dalam level para ahli multilevel menyatakan bahwa homogenitas di dalam unit adalah suatu syarat perlu dan mungkin syarat cukup bagi:

- 1). Pernyataan teoritik bahwa level dari suatu konstruk tertentu adalah unit itu;
- 2). Agregasi dari data level individual berhubungan dengan konstraknya dengan level dari unit itu.

Oleh karena itu isu homogenitas bisa menjadi rintangan yang harus dibersihkan dalam perjalanan untuk spesifikasi teoritik dan analisis statistik tentang berbagai konstruk level unit.

Namun Waldman dan Yammarino tidak melihat isu ini sebagai sebuah halangan untuk disingkirkan melainkan sebagai suatu fenomena yang bermanfaat untuk dikaji untuk dirinya sendiri. Dalam kajian tentang konsekuensi-konsekuensi "kepemimpinan karismatik CEO" diasumsikan bahwa anggota-anggota organisasi adalah homogen dalam atribusi-atribusi mereka tentang karisma CEO, dalam hal nilai-nilai budaya, dan dalam perspsi mereka tentang kemudah-berubahan lingkungan. Dalam model multi level yang dibangunnya ditunjukkan betapa kepemimpinan karismatik dari CEO dapat melalui berbagai level manajemen dan analisis, mempengaruhi kinerja organisasi (Waldman dan Yammarino, 1999) sebagaimana juga Drazin dkk mempertimbangkan isu homogenitas dan heterogenitas dalam publikasinya yang mengeksplorasi "*sense-making frameworks of creativity*" dari para teknisi dan manajer pada tiga level analisis (Drazin dkk, 1999).

Model-model teoritik multi level mengambil beberapa bentuk berbeda (Klein dkk, 1995; Rousseau, 1985). Menurut Klein dkk bentuk yang paling umum dan yang paling bermanfaat adalah model *cross level* di mana variabel-variabel level yang lebih tinggi dihipotesakan untuk membuat moderat hubungan dari dua atau lebih variabel-variabel level yang lebih rendah. Yang lebih kurang umum adalah model-model yang berfokus pada peran konteks organisasional dalam membuat jadi moderat hubungan-hubungan level individual, namun sebaliknya pada peran individu-individu dalam membentuk konteks organisasional banyak dibangun (Klein dkk, 1999). Contoh adalah karya Waldman dan Yammarino yang menguji pengaruh satu individu (*CEO*) dalam

menimbulkan kohesi dan usaha di antara tim manajemen puncak, seterusnya, dan, yang paling akhirnya juga di antara anggota-anggota organisasi level yang lebih rendah (Waldman dan Yammarino, 1999).

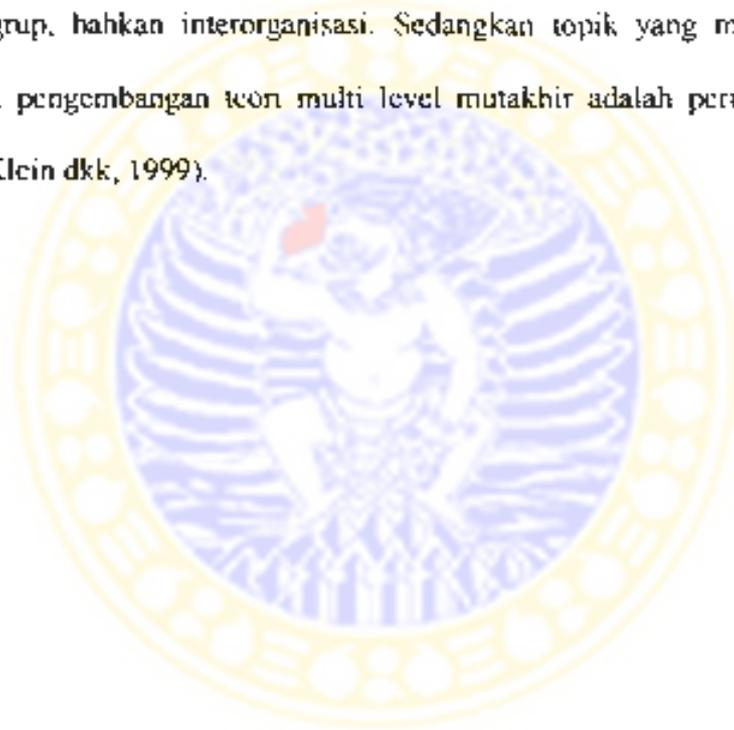
Sebaliknya Morgeson dan Hofman memfokuskan tidak pada pengaruh satu individu tetapi pada pengaruh multipel individu dalam membentuk karakteristik dan konstruk-konstruk kolektif atau organisasional. Dalam menjembatani kekurangan dalam literatur pengembangan teori multi level dalam kajian organisasi keduanya mengkaji secara kritis struktur dan fungsi konstruk kolektif. Struktur, menurut pendapatnya timbul dari interaksi dan dalam perjalanan waktu dapat mempengaruhi sistem interaksi. Sedangkan fungsi merepresentasikan *output* dari berbagai konstruk dan menciptakan mekanisme untuk mengintegrasikan konstruk lintas level (Morgeson dan Hofman, 1999).

Kedua perspektif (Waldman-Yammarin dan Morgeson-Hofman), menurut Klein memberikan penangkal penting terhadap eksek-eksek antropomorfisme organisasional (atribusi kemauan dan berbagai aksi individual terhadap organisasi) maupun terhadap eksek-eksek reduksionisme individual (penghilangan karakteristik-karakteristik organisasional dan berbagai konstruk sesuai aksi-aksi dan sikap-sikap individu) dalam studi organisasi (Klein dkk, 1999).

Yang dimaksud dengan model isomorfik dalam teori multi level adalah postulasi bahwa hubungan antara dua atau lebih variabel pada satu level analisis direplikasikan pada satu atau lebih level yang lain. Model ini lebih 'hemat' karena integrasi fenomena bisa pada bermacam-macam level analisis. satu ukuran cocok untuk semua! Contoh dari model yang dibangun oleh Huy tentang suatu model isomorfik dari kapabilitas inteligensia emosional. Argumentasinya ialah karena inteligensia emosional individu

memfasilitasi atau memberikan kemudahan bagi adaptasi dan perubahan individu tersebut maka dari itu suatu kapabilitas emosional organisasi memfasilitasi adaptasi dan perubahan organisasional (Huy, 1999)

Kajian multi level menurut Klein dkk organisasi didominasi oleh suatu fokus tentang dua level, individu versus organisasi, dan tentang sejumlah kecil topik terpilih. Yang paling umum adalah topik mengenai iklim organisasi dan kepemimpinan. Level analisis yang akhir-akhir ini dikembangkan misalnya manajer versus teknisi atau kluster versus sub-grup, bahkan interorganisasi. Sedangkan topik yang menjadi seksi untuk dikaji dalam pengembangan teori multi level mutakhir adalah perubahan dan inovasi organisasi (Klein dkk, 1999).



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konseptual

Untuk membangun budaya rumah sakit pemerintah yang berorientasi kepuasan berbagai segmen pelanggan (pasar) dapat kerangka berpikirnya dapat dipandang dari 2 (dua) aspek yaitu aspek internal dan eksternal rumah sakit. Aspek eksternal berkaitan dengan faktor kebijakan pemerintah, politik, hukum, ekonomi, teknologi dan sosial budaya masyarakat. Aspek internal berhubungan dengan struktur organisasi, sistem yang beroperasi serta budaya organisasi dan sumber daya manusia (SDM) yang ada di rumah sakit.

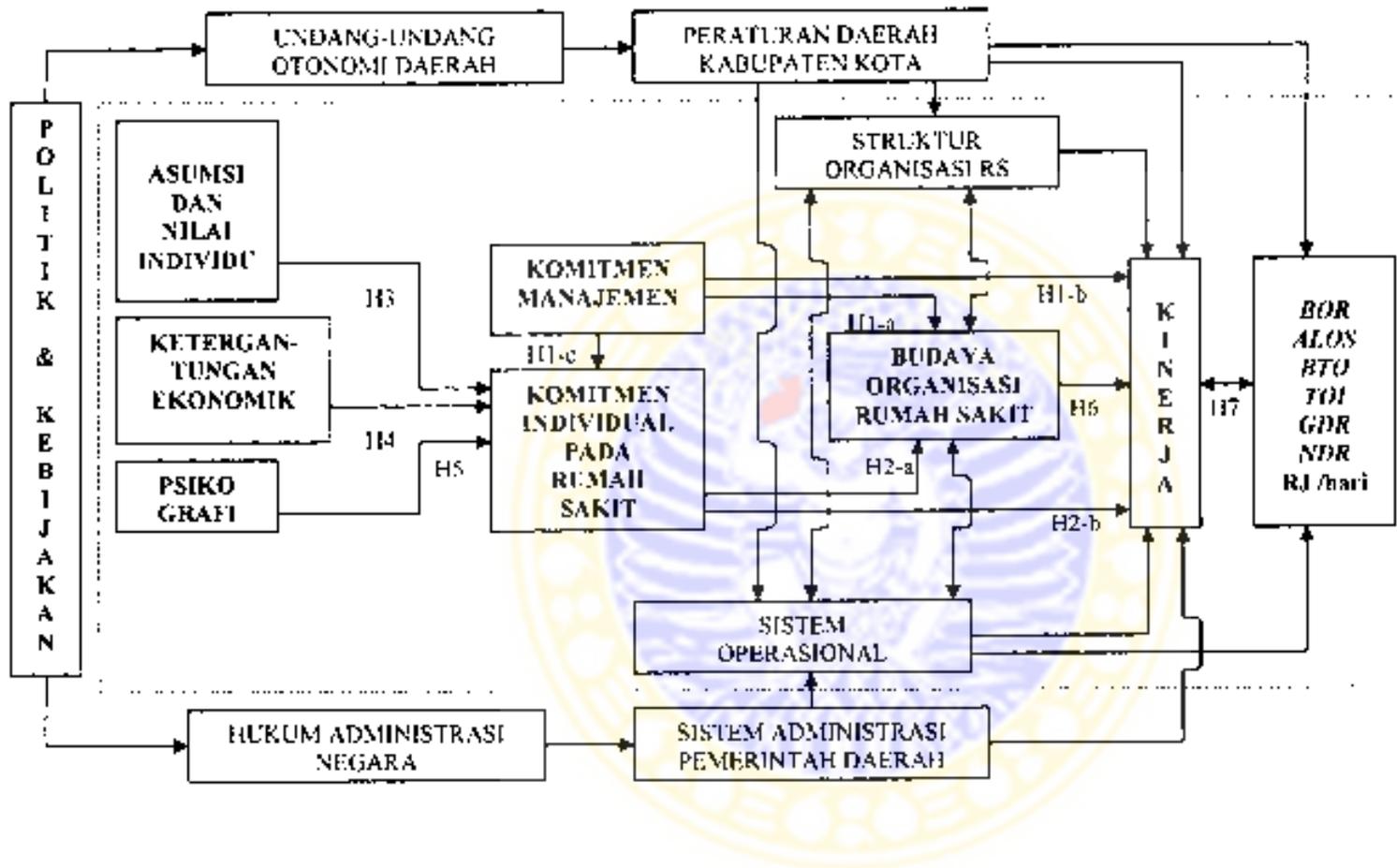
Perubahan yang terjadi dalam lingkungan eksternal menuntut manajemen rumah sakit menyesuaikan strategi pembangunan budaya organisasinya agar dapat bertahan hidup dan berkembang mencapai visi dan misinya. Salah satu strategi yang diterima luas di berbagai organisasi adalah strategi budaya organisasi yang berorientasi pemasaran yang bermuara pada kepuasan berbagai kelompok pelanggan atas kinerja yang dihasilkan oleh organisasi.

Untuk mengadopsi strategi budaya organisasi yang berorientasi pemasaran ini secara berhasil diperlukan perubahan yang simultan pada ketiga aspek internal organisasi sekaligus yaitu meliputi perubahan struktur, sistem dan budaya. Dengan asumsi bahwa pada rumah sakit pemerintah perubahan struktur dan sistem dapat terjadi dengan mudah melalui regulasi atau kebijakan pemerintah, maka perubahan budaya yang menyangkut

SDM organisasi dan proses internal yang kompleks sangat ditentukan keberhasilannya oleh komitmen manajemen. Selain itu, komitmen individual terhadap organisasi diperlukan dalam membangun budaya suatu organisasi yang diharapkan dapat meningkatkan kinerja. Faktor internal organisasi lainnya yang merupakan determinan terhadap komitmen individual pada organisasi seperti budaya bawaan individu (budaya sebagai input), ketergantungan ekonomik, dan faktor psikografik individu diharapkan dapat mempengaruhi budaya dan kinerja rumah sakit melalui komitmen individual pada rumah sakit.

Gambaran selengkapnya dari kerangka pikir ini dapat divisualisasikan sebagai berikut:





GAMBAR 3.1: KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

3.2. Hipotesis Penelitian

- H1 : Komitmen manajemen berpengaruh pada kinerja rumah sakit secara langsung, dan melalui budaya organisasi, juga melalui komitmen individual pada rumah sakit.
- H 1-a : Komitmen manajemen berpengaruh pada budaya organisasi rumah sakit.
- H 1-b : Komitmen manajemen berpengaruh pada kinerja rumah sakit.
- H 1-c : Komitmen manajemen berpengaruh pada komitmen individual pada rumah sakit.
- H2 : Komitmen individual berpengaruh pada kinerja rumah sakit baik secara langsung maupun tidak langsung melalui budaya rumah sakit
- H 2-a : Komitmen individual berpengaruh pada budaya organisasi rumah sakit.
- H 2-b : Komitmen individual berpengaruh pada kinerja rumah sakit.
- H3 : Asumsi dan nilai subyektif individual berpengaruh pada komitmen individual.
- H4 : Ketergantungan ekonomik berpengaruh pada komitmen individual.
- H5 : Psikografi berpengaruh pada komitmen individual.
- H6 : Budaya organisasi rumah sakit berpengaruh pada kinerja rumah sakit.
- H7 : Kinerja rumah sakit berhubungan dengan “kinerja klasik” rumah sakit (*BOR, ALOS, TOI, BTO, GDR, NDR, Kunjungan Rawat Jalan/hari*)

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Rancang Bangun

Penelitian ini didahului *preliminary study* dengan metode survei (pengukuran) menggunakan beberapa alat ukur yang lazim dipakai atau disarankan untuk dipakai oleh para ahli studi organisasi dan manajemen. Tujuannya adalah untuk mendapat gambaran empirik profil budaya organisasi dan profil tingkat komitmen individu manajer rumah sakit umum kabupaten kota saat ini. Selain itu penelitian pendahuluan bertujuan mengeksplorasi berbagai nilai budaya rumah sakit umum kabupaten kota yang dijunjung tinggi para manajer dan yang diharapkan dapat terus dipertahankan sebagai inti nilai budaya rumah sakit umum kabupaten kota di masa yang akan datang.

Preliminary study mengambil sampel semua rumah sakit umum kabupaten kota yang ada di seluruh kabupaten kota di provinsi Nusa Tenggara Timur pada bulan Mei s.d Juni 1999. Penelitian survei dengan menggunakan daftar pertanyaan yang dibagikan kepada para karyawan-pengelola (tingkat manajer) berbagai tingkat manajemen, khususnya manajemen menengah dan bawah di masing-masing organisasi rumah sakit untuk menilai budaya organisasi yang bersangkutan. Cara ini sangat dianjurkan, terutama apabila melibatkan berbagai orang yang berpengaruh dan mempunyai kekuasaan untuk melaksanakan perubahan (Richard C. Snyder, dalam Warren C. Bennis dkk: Merencanakan Perubahan, 1990: 222).

Dari hasil eksplorasi ini, diperoleh gambaran umum budaya organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kota saat ini (*existing culture*) menurut para karyawan

pengelola. Juga dari penelitian ini diperoleh gambaran tingkat komitmen individual para karyawan-pengelola terhadap rumah sakit tempatnya bekerja. Hasil terpenting lainnya yakni diekstraksikannya berbagai nilai yang dijunjung tinggi (*expressed values*) di rumah sakit daerah dan berbagai nilai yang dianggap menjadi nilai inti atau terpenting (*core values*) menurut pandangan para karyawan-pengelola rumah sakit daerah untuk tetap dipertahankan oleh organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kota di masa yang akan datang.

Melalui telaah kepustakaan, terutama kajian deduktif berkenaan dengan teori organisasi dan manajemen, teori pemasaran dan teori budaya dan perubahan organisasi yang telah ada beserta berbagai konsep dan antar-hubungan satu sama lain (berbagai preposisi) yang telah ditemukan oleh para peneliti terdahulu, disusunlah suatu kerangka model konseptual untuk penelitian disertasi ini.

Metode penelitian ini adalah metode penelitian meso (Sutandyo Wignyosubroto, 1998) yang merupakan gabungan makro (kuantitatif) dan mikro (kualitatif). Metode utamanya adalah kuantitatif menggunakan rancang bangun observasional secara *cross sectional*, untuk memotret dan melihat hubungan kausalitas antara:

1. Komitmen manajemen pada budaya organisasi yang berorientasi pasar.
2. Budaya organisasi rumah sakit.
3. Berbagai ukuran kinerja rumah sakit:

3.1. ukuran kinerja klasik RS (*BOR, ALOS, TOI, BTO, GDR, NDR, dan Angka Kunjungan Poliklinik Rawat Jalan*).

3.2. ukuran kontemporer kinerja dari berbagai perspektif.

- 3.2.1. **perspektif *customer* (Kepuasan pelanggan);**
- 3.2.2. **perpektif proses bisnis internal (Prosedur Operasi Standar);**
- 3.2.3. **proses pembelajaran dan pertumbuhan**
4. **Komitmen individual pada organisasi.**
5. **Berbagai faktor determinan yang berpengaruh pada komitmen individual, meliputi:**
 - 5.1. **Faktor Asumsi dan nilai subyektif individual atau budaya sebagai *input*, (meliputi berbagai asumsi individual tentang RS, berbagai nilai individual).**
 - 5.2. **Faktor Ketergantungan Ekonomik.**
 - 5.3. **Faktor Psikografi Individual, (ketergantungan emosional, motivasi, harapan dan idealisme).**
6. **Perbedaan berbagai variabel yang dipotret menurut:**
 - 6.1. **Wilayah provinsi.**
 - 6.2. **Kelompok profesi.**
 - 6.3. **Level manajemen**
7. **Antar hubungan berbagai variabel sesuai dengan hipotesis.**

Untuk metode kuantitatif ini pelaksanaan penelitian disertasi sejak uji coba alat ukur, uji validitas dan reliabilitas alat ukur, uji distribusi data, uji homogenitas varians, uji beda, maupun analisis jalur untuk pembuktian berbagai hipotesis terutama adanya pengaruh komitmen manajemen untuk membangun budaya yang berorientasi pasar pada kinerja organisasi, pengaruh budaya organisasi pada kinerja organisasi atau melewati jalur lain dilakukan menggunakan perangkat lunak *SPSS 10.1 for Windows* dan *Lisrel 8.3*

Metode kualitatif dipergunakan sebagai komplemen seperti model komplementaris yang dikembangkan oleh Morgan (1998) dalam *"The Priority-Sequence Model"*. Dalam penelitian ini metode kualitatif diterapkan berdasarkan prinsip komplementaritas tersebut setelah menggunakan metode kuantitatif sebagai metode utama penelitian. Penggunaan metoda gabungan (meso) dengan urutan dan prioritas seperti ini (studi kualitatif sebagai komplemen pada akhir studi kuantitatif) sebagaimana dikemukakan oleh Utarini (2003) bertujuan untuk: (1) membantu mengevaluasi data yang diperoleh dari penelitian kuantitatif, dan (2) membantu menginterpretasi data yang diperoleh dari penelitian kuantitatif terutama untuk berbagai hasil yang suht dipahami atau tidak diharapkan atau yang menjadi *outlier*. Dalam penelitian ini secara spesifik diterapkan penelitian kualitatif yang bertujuan untuk:

(1). Lebih memahami makna (*why* dan *how*) data dan hasil analisis penelitian kuantitatif variabel budaya organisasi rumah sakit dan berbagai variabel yang berhubungan dengannya, terutama variabel yang mempengaruhi budaya organisasi rumah sakit kabupaten di provinsi-provinsi Nusa Tenggara dari berbagai perspektif (multi level) analisis (unit analisis individu, wilayah provinsi, level manajemen, kelompok profesi, dan organisasi rumah sakit).

(2) Di samping itu beberapa *outlier* dari hipotesis sebagai konsekuensi dari pendekatan analisis multi level pada metode kuantitatif coba dieksplanasi lewat metode ini.

Pengumpulan data untuk metode kualitatif dilakukan dengan cara : mengisi kuesioner terbuka, wawancara mendalam, serta observasi secara terbuka dan partisipatif.

Kuesioner terbuka untuk menggali informasi sebagaimana yang disarankan oleh Snyder dalam Bennis dkk (1989:222). Wawancara mendalam dan pencatatan dilakukan sendiri oleh peneliti yang berasal dari dan mempunyai pemahaman awal (*pre-understanding*) tentang daerah penelitian di samping telah berpengalaman menetap selama 10 (sepuluh) tahun di daerah penelitian di mana tiga tahun terakhir dari sepuluh tahun tersebut menjabat sebagai direktur atau menjadi bagian dari budaya salah satu rumah sakit kabupaten yang diteliti. Observasi terbuka dan observasi partisipatif dilakukan secara intensif di lokasi penelitian yang telah 'familiar' dengan peneliti selama lebih kurang 12 (dua belas) bulan, sejalan dengan pengumpulan data kuantitatif ditambah beberapa bulan setelah analisis metode kuantitatifnya memberikan gambaran hasil.

Fotografi dibuat untuk merekam situasi dan atau obyek yang diobservasi, yang menurut LeCompte dan Schensul dapat meliputi: (1) *physical settings*, (2) *acts*, (3) *activities*, (4) *interaction patterns*, (5) *meanings*, (6) *beliefs*, (7) *emotions* (LeCompte dan Schensul, 1999:128).

Penyajian hasil dan pembahasan penelitian kualitatif dapat ditulis menjadi satu atau terpisah. Menurut Utarini, untuk penelitian kualitatif mungkin lebih mudah apabila ditulis dalam satu bagian yang berisi baik hasil penelitian maupun pembahasannya sekaligus. Hasil penelitian bagian kualitatif dari penelitian ini sesuai fungsi komplementaritas yang diharapkan darinya akan disajikan dan dibahas sebagai suatu kesatuan di dalam bagian pembahasan (Utarini, 2003).

Metode penelitian ini menggunakan rancang bangun observasional secara *cross sectional*, untuk memotret dan melihat hubungan kausalitas antara:

8. Komitmen manajemen pada budaya organisasi yang berorientasi pasar.
9. Budaya organisasi rumah sakit.
10. Berbagai ukuran kinerja rumah sakit:
 - 3.1. Ukuran kinerja klasik RS (*BOR, ALOS, TOI, BTO, GDR, NDR, dan Angka Kunjungan Poliklinik*).
 - 3.2. Ukuran kontemporer kinerja dari berbagai perspektif:
 - 3.2.1. perspektif *customer* (Kepuasan pelanggan);
 - 3.2.2. perpektif proses bisnis internal (Prosedur Operasi Standar);
 - 3.2.3. proses pembelajaran dan pertumbuhan (Pendidikan dan Latihan Karyawan).
11. Komitmen individual pada organisasi.
12. Berbagai faktor determinan yang berpengaruh pada komitmen individual, meliputi:
 - 5.1. Faktor Asumsi dan nilai subyektif individual atau budaya sebagai *input*, (meliputi berbagai asumsi individual tentang RS, berbagai nilai individual).
 - 5.2. Faktor Ketergantungan Ekonomik.
 - 5.3. Faktor Psikografi Individual, (ketergantungan emosional, motivasi, harapan dan idealisme).
13. Perbedaan berbagai variabel yang dipotret menurut:
 - 6.1. Kelompok profesi

6.2. Level manajemen

6.3. Wilayah provinsi.

14. Antar hubungan berbagai variabel sesuai dengan hipotesis.

Pelaksanaan penelitian disertai sejak uji coba alat ukur, uji validitas dan reliabilitas alat ukur, uji distribusi data, uji homogenitas varians, uji beda, maupun analisis jalur untuk pembuktian berbagai hipotesis terutama adanya pengaruh komitmen manajemen untuk membangun budaya yang berorientasi pasar pada kinerja organisasi, pengaruh budaya organisasi pada kinerja organisasi atau melewati jalur lain dilakukan menggunakan perangkat lunak SPSS 10.1 for Windows dan Lisrel 8.3

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah rumah sakit umum kabupaten kota, unsur manajer rumah sakit umum kabupaten kota dan karyawan rumah sakit umum kabupaten kota. Gambaran populasi tersebut adalah sebagai berikut:

(A). Rumah sakit umum kabupaten kota di provinsi Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Bali yang meliputi semua rumah sakit umum Kelas B, C dan D, dengan perincian:

(1). Sebanyak 25 buah Rumah Sakit Kabupaten Kota (populasi total), terdiri atas:

1. sebanyak 1 (satu) RSUD Kelas B
2. sebanyak 16 (enam belas) RSUD Kelas C

3. sebanyak 8 (delapan) RSUD Kelas D

(B) Populasi manajer rumah sakit dari level manajemen 1 (Direktur dan Wakil Direktur) sampai dengan level manajemen 4 (Karyawan) rumah sakit, dengan perincian:

(2). Sebanyak populasi manajer dari 3 (tiga) Level manajemen setiap RSUD, masing-masing terdiri atas:

1. level 1 terdiri dari manajer puncak
2. level 2 terdiri dari manajer menengah (langsung di bawah Level 1)
3. level 3 terdiri dari manajer rendah (langsung di bawah Level 2)
4. level 4 terdiri dari karyawan biasa (langsung di bawah Level 3).

4.2.2. Analisis Multilevel

Pembagian yang sangat dikotomis antara pendekatan makro dan mikro dalam studi organisasi telah menginspirasi munculnya pendekatan lain pada dekade terakhir ini yaitu pendekatan multi level (Klein, dkk: 1999). Penelitian ini mencoba mengikuti arus pendekatan baru yaitu teori multi level tersebut dengan menjembatani pendekatan makro-mikro yang mengintegrasikan fokus domain mikro pada individu dan kelompok, dengan fokus domain makro pada organisasi, kelompok organisasi dan lingkungan yang berbeda. Hasilnya diharapkan memberikan suatu potret kehidupan organisasi yang lebih mendalam dan lebih kaya.

Seperti seorang radiologist membuat suatu seri *computerized thomography scanning (CT-Scan)* untuk satu organ tubuh, dengan analogi itu peneliti ingin

melakukannya terhadap organisasi rumah sakit umum kabupaten kota dalam penelitian ini. Dengan demikian dapat diperoleh banyak sintesis dan sinergi yang diperlukan dalam studi organisasi, karena pendekatan multi level mengiluminasi konteks seputar individual (asumsi-asumsi, persepsi individu terhadap konteks organisasi) yang membentuk karakter-karakter pada level kelompok dan level organisasi. Sintesis atas berbagai aspek akan mempertajam diagnosis organisasional dan memilih treatment yang tepat baik pada tingkat individual maupun kelompok atau organisasional.

Untuk memenuhi tuntutan tersebut maka dalam penelitian ini tidak hanya menggunakan satu macam unit analisis saja. Yang menjadi unit analisis dalam penelitian adalah (*multiple stage analysis*), meliputi:

1. Tingkat Individual
2. Tingkat Wilayah Provinsi
3. Tingkat Kelompok Profesi
4. Tingkat Manajemen (Level manajemen)
5. Tingkat Organisasi

4.2.3. Sampel, besar sampel, dan deskripsi sampel

Sampel RSUD adalah populasi total ke 25 (duapuluh lima RSUD), dengan responden adalah Direktur (Sampel =Populasi).

Sampel level manajemen adalah semua manajer (populasi) dari semua tingkat dalam struktur organisasi ke 25 RSUD di NTT, NTB, dan Bali diambil seluruh manajer dari Level 1 sampai dengan Level 3 (sampel=Populasi).

Penempatan manajer ke dalam Level Manajemen 1, Level Manajemen 2, dan Level Manajemen 3 dilakukan dengan mempelajari atau menganalisis isi dari Peraturan Daerah (Perda) yang mengatur tentang struktur organisasi dan tata-kerja di mana terdapat bagan struktur organisasi masing-masing rumah sakit.

Cara pengambilan sampel Level 4:

Sampel level 4 (karyawan biasa) untuk rumah sakit umum kabupaten kota di provinsi Nusa Tenggara Timur tidak dilakukan cuplikan melainkan diambil seluruh populasi karyawan, sedangkan untuk wilayah Nusa Tenggara Barat dan Bali dilakukan secara *systematic random sampling* dari daftar absensi karyawan. Jadi sampel Karyawan adalah semua karyawan (populasi total) dari 12 (kedua belas) RSUD di Nusa Tenggara Timur ditambah cuplikan acak secara sistematis dari daftar absensi karyawan pegawai negeri di rumah sakit kabupaten kota di provinsi Nusa Tenggara Barat dan Bali, baik tenaga profesional kesehatan maupun bukan.

Sampel Profesi adalah profesi yang mewakili tiga karakter kegiatan utama di rumah sakit, dan diambil untuk kepentingan analisis (*purposive sampling*), yakni:

1. Profesi medik dan
2. Profesi Paramedik serta
3. Profesi Lainnya (non medik)

Profesi Medik adalah tenaga profesional kesehatan sesuai ketentuan. Profesi Paramedik adalah yang melaksanakan fungsi perawatan sesuai ketentuan. Profesi Lainnya adalah yang menjalankan pekerjaan di luar Profesi Medik dan Paramedik (yang merupakan bagian dari administrasi atau bagian lainnya yang tidak mengharuskan untuk dilakukan oleh tenaga profesional kesehatan).

4.3. Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional Variabel

4.3.1. Klasifikasi variabel

Hipotesis 1

- Variabel bebas : Komitmen manajemen
- Variabel antara : Budaya organisasi rumah sakit dan Komitmen Individual
- Variabel tergantung : Kinerja rumah sakit

Hipotesis 1-a

- Variabel bebas : Komitmen manajemen
- Variabel tergantung : Budaya organisasi rumah sakit

Hipotesis 1-b

- Variabel bebas : Komitmen manajemen
- Variabel tergantung : Kinerja rumah sakit

Hipotesis 1-c

- Variabel bebas : Komitmen manajemen

Variabel tergantung : Komitmen individual pada rumah sakit

Hipotesis 2

Variabel bebas : Komitmen individual

Variabel antara : Budaya organisasi rumah sakit

Variabel tergantung : Kinerja rumah sakit

Hipotesis 2-a

Variabel bebas : Komitmen individual pada rumah sakit

Variabel tergantung : Budaya organisasi rumah sakit

Hipotesis 2-b

Variabel bebas : Komitmen individual pada rumah sakit

Variabel tergantung : Kinerja rumah sakit

Hipotesis 3

Variabel bebas : Asumsi dan nilai subyektif individual

Variabel tergantung : Komitmen individu pada rumah sakit

Hipotesis 4

Variabel bebas : Ketergantungan secara ekonomik

Variabel tergantung : Komitmen individual pada rumah sakit

Hipotesis 5

Variabel bebas : Psikografi individu

Variabel tergantung : Komitmen individu pada rumah sakit

Hipotesis 6

Variabel bebas : Budaya organisasi rumah sakit

Variabel tergantung : Kinerja rumah sakit

4.3.2. Definisi operasional variabel, indikator dan skala pengukuran

4.3.2.1. Komitmen manajemen untuk membangun budaya organisasi yang berorientasi pasar adalah seberapa jauh manajemen rumah sakit memberikan perhatian terhadap pembangunan budaya organisasi yang berorientasi pasar, meliputi pembangunan 3 (tiga) dimensi lapisan budaya, baik dalam kebijakan organisasional maupun dalam operasionalisasinya yang diindikasikan oleh frekuensi perhatian yang diberikan oleh manajemen rumah sakit. Suatu keyakinan dasar dalam budaya organisasi yang berorientasi pasar adalah bahwa bisnis dikendalikan oleh (kepuasan) pelanggan.

Pengukuran variabel ini mencakup 4 (empat) sub-variabel paradigma budaya, yaitu:

1. Paradigma Pelanggan (*customer driven*)

Keyakinan dasar:

- 1.1. bahwa bisnis dikendalikan oleh (kepuasan) pelanggan
- 1.2. bahwa hubungan dengan pelanggan adalah kontraktual (sejajar).
- 1.3. bahwa tujuan utama adalah memuaskan kebutuhan semua pelanggan.
- 1.4. bahwa karyawan adalah pelanggan internal.
- 1.5. bahwa pelanggan yang puas akan loyal

Nilai-nilai dasar:

- a. keingintahuan
- b. kesediaan melayani
- c. kesetaraan
- d kerendahan-hati
- e. integritas
- f. keramah-tamahan

Perilaku dan 'artefak':

- 1). komunikasi
- 2). kerendahan-hati

Nilai dasar (*espoused values*), peragaan perilaku dan artefak yang diukur dari paradigma ini pada 29 (duapuluh sembilan) item. 2, 3, 5, 34, 35, 36, 37, 38, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91.

Indikator : Frekuensi perhatian manajemen dalam kebijakan dan operasionalisasi cara pandang terhadap pelanggan yang mengekspresikan tingkat upaya pembangunan asumsi, keyakinan dasar, nilai dasar, dan perilaku organisasi yang berpusat pada pelanggan.

Teknik pengukuran: menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sering memperhatikan (6) s d sangat jarang memperhatikan (1)

Interpretasi . Makin besar skor kumulatif makin tinggi tingkat komitmen manajemen dan sebaliknya.

Skala data : Interval

2. Paradigma Perubahan (*orientasi strategis*)

Keyakinan dasar:

- 2.1. bahwa perubahan berlangsung sangat cepat dan turbulen.
- 2.2. bahwa *survival* hanya melalui adaptasi, antegrasi, dan kepemimpinan yang visioner.
- 2.3. bahwa kemauan dan kemampuan belajar sangat penting.
- 2.4. bahwa kemauan berubah adalah kunci

Nilai dasar:

- a. ketidak-pastian
- b. keberanian
- c. adaptasi
- d. kepemimpinan
- e. koordinasi

Pertilaku dan 'artefak':

- 1) kepemimpinan
- 2) integrasi
- 3) pembelajaran
- 4) koordinasi

Peragaan perilaku dan artefak yang diukur dari paradigma perubahan ini pada 31 (tigapuluh satu) item: 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 43, 57, 64, 65, 66, 68, 69, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 100.

Indikator : Frekuensi perhatian manajemen dalam kebijakan dan operasionalisasi cara pandang terhadap perubahan yang mengekspresikan tingkat upaya pembangunan asumsi, keyakinan dasar, nilai dasar, dan perilaku organisasi yang berorientasi strategis (siap berubah).

Teknik pengukuran: menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sering memperhatikan (6) s.d. sangat jarang memperhatikan (1)

Interpretasi : Makin besar skor kumulatif makin tinggi tingkat komitmen manajemen dan sebaliknya.

Skala data : Interval

3. Paradigma Sumber Daya Manusia.

Keyakinan dasar:

- 3.1. bahwa karyawan adalah aset organisasi
- 3.2. bahwa karyawan adalah pelanggan internal
- 3.3. bahwa karyawan tidak dikendalikan tetapi diberdayakan
- 3.4. bahwa tugas manajemen menyediakan pelatihan, fasilitas, dan dukungan bagi sumber daya manusia organisasi.

Nilai dasar:

- a. kejujuran
- b. kerendahan-hati

Perilaku dan 'artefak'

- 1). dukungan manajemen
- 2). pemberdayaan
- 3). penghargaan

Peragaan perilaku dan artefak yang diukur dari paradigma sumber daya manusia ini pada 21 (duapuluh satu) item: 15, 16, 33, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 63, 70, 71, 72, 73, 96.

Indikator : Frekuensi perhatian manajemen dalam kebijakan dan operasionalisasi cara pandang terhadap sumber daya manusia yang mengekspresikan tingkat upaya pembangunan asumsi, keyakinan dasar, nilai dasar, dan perilaku organisasi yang berorientasi hubungan manusia.

Teknik pengukuran: menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sering memperhatikan (6) s.d. sangat jarang memperhatikan (1)

Interpretasi : Makin besar skor kumulatif makin tinggi tingkat komitmen manajemen dan sebaliknya.

Skala data : Interval

4. Paradigma Peningkatan Mutu Berkelanjutan (*continuous improvement*)

Keyakinan dasar

- 4.1. bahwa mutu meliputi proses dan hasil
- 4.2. bahwa baik proses maupun hasil perlu standar
- 4.3. bahwa standar ditetapkan secara obyektif berdasarkan fakta
- 4.4. bahwa mutu yang baik memuaskan pelanggan
- 4.5. bahwa harus terus berusaha memberikan mutu yang terbaik
- 4.6. bahwa mutu yang baik dicapai melalui proses pembelajaran berkelanjutan

Nilai dasar:

- a. kerja keras
- b. kesabaran
- c. kerendahan hati
- d. kejujuran
- e. keterbukaan
- f. keramah-tamahan
- g. keunggulan
- h. pembelajaran

Perilaku dan 'artefak'

- 1) standar mutu proses
- 2) standar mutu hasil (*output*)
- 3) prosedur kerja

Peragaan perilaku dan artefak yang diukur dari paradigma peningkatan mutu berkelanjutan ini melalui 19 (sembilan belas) item: 14, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 67, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 87, 95.

Indikator : Frekuensi perhatian manajemen dalam kebijakan dan operasionalisasi cara pandang terhadap mutu proses dan mutu hasil yang mengekspresikan tingkat upaya pembangunan asumsi, keyakinan dasar, nilai dasar, dan perilaku organisasi yang berorientasi peningkatan mutu berkelanjutan.

Teknik pengukuran: menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sering memperhatikan (6) s.d. sangat jarang memperhatikan (1)

Interpretasi : Makin besar skor kumulatif makin tinggi tingkat komitmen manajemen dan sebaliknya.

Skala data : Interval

4.3.2.2. Budaya organisasi adalah berbagai karakteristik (perilaku dan artefak) yang mengekspresikan *mindset* organisasi, yang meliputi cara pandang dan asumsi dasar organisasi tentang lingkungan usahanya, berbagai nilai dan keyakinan dasar yang menjadi pegangan dan pedoman tingkah laku, dan berbagai perilaku maupun artefak lainnya yang di"laporkan" para anggota suatu organisasi.

Mindset organisasi yang diukur dalam penelitian ini meliputi 5 (lima) paradigma:

1. Paradigma Pelanggan:

Keyakinan dasar

1.1. bahwa bisnis rumah sakit adalah bisnis kemanusiaan

- 1.2. bahwa yang utama adalah pelayanan kepada pelanggan-penderita
- 1.3. bahwa keberhasilan rumah sakit ditentukan oleh kepuasan semua pelanggan yaitu pasien, keluarga pasien, pengunjung, karyawan dan pemilik.
- 1.4. bahwa kepuasan pelanggan memberikan kekayaan materi dan non materi (pahala).

Nilai dasar:

- a. integritas
- b. kerendahan-hati
- c. kesediaan melayani sesama
- d. kesetaraan

Perilaku dan 'artefak' yang diukur:

- 1). komunikasi (1, 21, 41, 61)
- 2). pelayanan (2, 22, 42, 62)
- 3). kemanusiaan (3, 23, 42, 62)

Indikator : Tingkat kesesuaian berbagai nilai budaya organisasi dari paradigma pasien-pelanggan yang diukur, dengan praksis keseharian di rumah sakit.

Teknik pengukuran: Menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sesuai (6) s.d. Sangat tidak sesuai (1).

Interpretasi : Makin tinggi skor total setiap item, makin kuat budaya rumah sakitnya.

Skala data : Interval

2. Paradigma Mutu

Keyakinan Dasar:

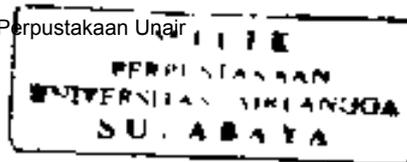
- 2.1. bahwa mutu meliputi proses dan hasilnya
- 2.2. bahwa proses dan hasilnya perlu memiliki standar
- 2.3. bahwa standar harus ditetapkan berdasarkan fakta
- 2.4. bahwa mutu yang baik akan memuaskan pasien dan keluarganya
- 2.5. bahwa harus selalu berusaha memberikan mutu yang terbaik
- 2.6. bahwa mutu tidak hanya dari sudut-pandang provider
- 2.7. bahwa mutu yang terbaik dapat dicapai melalui proses belajar berkelanjutan

Nilai dasar:

- a. kejujuran
- b. kerendahan-hati
- c. kerja keras
- d. kesabaran
- e. keterbukaan
- f. keberanian

Perilaku dan 'artefak' yang diukur:

- 1). standart mutu (4, 24, 44, 64)
- 2). identitas (5, 25, 45, 65)
- 3). keterbukaan (6, 26, 46, 66)
- 4). kerja keras (7, 27, 47, 67)



5) kesabaran (8, 28, 48, 68)

Indikator: Tingkat kesesuaian berbagai nilai budaya organisasi dari paradigma mutu yang diukur, dengan praksis keseharian di rumah sakit.

Teknik pengukuran: Menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sesuai (6) s.d. Sangat tidak sesuai (1).

Interpretasi : Makin tinggi skor total setiap item, makin kuat budaya rumah sakitnya.

Skala data : Interval

3. Paradigma Kompetisi

Keyakinan Dasar:

- 3.1. bahwa kompetitor tidak hanya rumah sakit yang lain
- 3.2. bahwa kompetisi yang sehat adalah memberikan mutu terbaik bagi pasien
- 3.3. bahwa sumber daya rumah sakit harus 'direbut' dari luar
- 3.4. bahwa hasil maksimal, baik material maupun non material (pahala) diperoleh melalui keunggulan kompetitif.
- 3.5. bahwa setiap keunggulan akan disusul oleh kompetitor.

Nilai dasar:

- a. keberanian
- b. keterbukaan
- c. keingin-tahuan
- d. kepemimpinan (pengarahan)

e. adaptasi

Perilaku dan 'artefak' yang diukur:

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1). kepemimpinan | (9, 29, 49, 69) |
| 2). keingintahuan | (10, 30, 50, 70) |
| 3). kompetisi | (11, 31, 51, 71) |
| 4). keunggulan | (12, 32, 52, 72) |

Indikator : Tingkat kesesuaian berbagai nilai budaya organisasi dari paradigma kompetisi yang diukur, dengan praksis kescharian di rumah sakit.

Teknik pengukuran: Menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sesuai (6) s.d. Sangat tidak sesuai (1).

Interpretasi : Makin tinggi skor total setiap item, makin kuat budaya rumah sakitnya.

Skala data : Interval

4. Paradigma Sumber Daya Manusia

Keyakinan Dasar:

- 5.1 bahwa karyawan adalah pelanggan
- 5.2. bahwa karyawan tidak dikendalikan tetapi diberdayakan
- 5.3. bahwa karyawan adalah aset rumah sakit
- 5.4. bahwa setiap karyawan pada dasarnya baik
- 5.5. bahwa tugas manajer menyediakan pelatihan, fasilitas dan dukungan bagi pengembangan sumber daya manusia rumah sakit

Nilai dasar:

- a. dukungan manajemen
- b. inovasi
- c. kejujuran
- d. kerendahan-hati

Perilaku dan 'artefak' yang diukur:

- 1). dukungan manajemen (13, 33, 53, 73)
- 2). inovasi (14, 34, 54, 74)
- 3). kejujuran (15, 35, 55, 75)

Indikator : Tingkat kesesuaian berbagai nilai budaya organisasi dari paradigma sumber daya manusia yang diukur, dengan praksis keseharian di rumah sakit.

Teknik pengukuran: Menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sesuai (6) s.d. Sangat tidak sesuai (1).

Interpretasi : Makin tinggi skor total setiap item, makin kuat budaya rumah sakitnya.

Skala data : Interval

5. Paradigma Kerja Sama

Keyakinan Dasar:

- 5.1. bahwa sekat birokratis yang kaku menghalangi dan menghambat peningkatan mutu
- 5.2. bahwa hanya kerjasama yang memberikan hasil terbaik bagi pasien

5.3. bahwa mutu yang konsisten adalah hasil kerjasama lintas fungsi rumah sakit

5.4. bahwa kerjasama memberikan sinergi

5.5. bahwa kerjasama memberikan kesempatan saling belajar (isi-mengisi)

Nilai dasar:

- a. kerjasama
- b. suka menolong
- c. kerendahan hati

Perilaku dan 'artefak' yang diukur:

- 1). peran sumber daya manusia (16, 36, 56, 76)
- 2). kehangatan (17, 37, 57, 77)
- 3). penghargaan (18, 38, 58, 78)
- 4). kerjasama (19, 39, 59, 79)
- 5). kerendahan-hati (20, 40, 60, 80)

Indikator : Tingkat kesesuaian berbagai nilai budaya organisasi dari paradigma kerjasama yang diukur, dengan praksis kescharian di rumah sakit.

Teknik pengukuran: Menggunakan kuesioner berskala Likert 6 (enam) poin.

Sangat sesuai (6) s.d. Sangat tidak sesuai (1).

Interpretasi : Makin tinggi skor total setiap item, makin kuat budaya rumah sakitnya.

Skala data : Interval

Berbagai nilai yang diukur dalam penelitian ini merupakan modifikasi alat ukur yang digunakan dalam penelitian pendahuluan, meliputi:

1. inisiatif individual
2. toleransi terhadap resiko
3. pengarahan
4. integrasi
5. dukungan manajemen
6. pengawasan
7. identitas
8. sistem penghargaan
9. adaptasi eksternal
10. pola komunikasi.

4.3.2.3. Komitmen individual pada organisasi adalah sikap, keyakinan, dan pendapat yang menggambarkan seberapa jauh seorang anggota organisasi, baik pada tingkat manajer maupun karyawan biasa, merasa mempunyai keikatan dengan organisasi rumah sakit tempat dia bekerja.

Pengukuran variabel ini menggunakan modifikasi *organization commitment questionnaire*, dari Mowday, *et al.* (terjemahan Umar Nimran, 1999) yang dipakai pada penelitian pendahuluan.

Indikator : Tingkat keikatan manajer maupun karyawan terhadap organisasi.

4.3.2.4. Faktor Determinan adalah berbagai faktor lain yang dapat mempengaruhi *Komitmen Individual (Manajer dan Karyawan) pada Organisasi*, yang meliputi berbagai karakteristik :

- (1) Budaya Individual (berbagai asumsi, keyakinan, dan nilai individual tentang rumah sakit),
- (2) Ketergantungan Ekonomik (keterikatan individu secara ekonomik pada rumah sakit),
- (3) Karakteristik Psikografik (berbagai faktor kejiwaan yang secara individual menghubungkan karyawan dengan rumah sakit, seperti berbagai ikatan emosional, berbagai motivasi, berbagai harapan, dan berbagai idealisme atau cita-cita) seseorang bekerja di rumah sakit.

Selain berbagai faktor determinan tersebut di atas di dalam penelitian ini juga dihimpun data yang berhubungan dengan berbagai karakteristik responden lainnya yang dapat dimanfaatkan dalam analisis seperti karakteristik demografik, pengalaman pendidikan sebagai profesional dan, lamanya berinteraksi dengan rumah sakit.

4.3.2.4.1. Asumsi dan nilai suhyektif individual adalah meliputi tingkat kekuatan asumsi seseorang tentang hakekat pekerjaannya di rumah sakit , tentang hakekat organisasi rumah sakit, tentang imbalan atas hasil kerja, dan kesesuaian nilai individual dan pengamalan nilai rumah sakit. (Lampiran Kuesioner B)

- a. asumsi rumah sakit tempat beramal (1, 6, 11, 16, 21, 26)
- b. asumsi rumah sakit tempat kerja untuk imbalan (2, 7, 12, 17, 22, 27)
- c. asumsi rumah sakit tempat cari untung (3, 8, 13, 18, 23, 28)

Teknik pengukuran: menggunakan kuesioner skala Likert 6 (enam) poin. Sangat setuju (6) sampai dengan Sangat Tidak Setuju (1)

Interpretasi: makin tinggi skor total setiap faktor, makin besar pengaruh faktor tersebut terhadap komitmen individual pada rumah sakit.

Skala data : interval

Indikator nilai meliputi tingkat kesesuaian praksis atau pengamalan berbagai nilai yang dijunjung tinggi secara individual dengan berbagai nilai rumah sakit yang dikehendaki (hasil eksplorasi pada penelitian pendahuluan), meliputi: (Lampiran Kuesioner B, Nomor 76 s.d. 85)

- a. pelayanan (76)
- b. kerjasama lintas kelompok (77)
- c. efisiensi (78)
- d. kemanusiaan (79)
- e. ketekunan (80)
- f. inisiatif (81)
- g. kerjasama kelompok (82)
- h. kejujuran (83)
- i. kebenaran (84)
- j. kepatuhan (85)

Teknik pengukuran: menggunakan kuesioner skala Likert 6 (enam) poin. Sangat setuju (6) sampai dengan Sangat Tidak Setuju (1)

Interpretasi: makin tinggi skor total setiap faktor, makin besar pengaruh faktor tersebut terhadap komitmen individual pada rumah sakit.

Skala data : Interval

4.3.2.4.2. Ketergantungan ekonomik adalah tingkat keterikatan individual secara ekonomik pada rumah sakit.

Teknik pengukuran: menggunakan kuesioner skala Likert 6 (enam) point. Sangat setuju (6) sampai dengan Sangat Tidak Setuju (1)

Interpretasi : makin tinggi skor total tingkat ketergantungan secara ekonomik, makin besar pengaruh faktor tersebut terhadap komitmen individual pada rumah sakit.

Skala data: interval

4.3.2.4.3. Karakteristik psikografik adalah berbagai faktor yang menunjukkan hubungan secara kejiwaan antara individu karyawan dengan rumah sakit, yang digambarkan oleh tingkat keterikatan secara emosional pada rumah sakit, tingkat motivasi bekerja di rumah sakit dan tingkat harapan serta tingkat berbagai cita-cita atau idealisme bekerja di RS, sebagai berikut: (Lampiran Kuesioner B)

- a. ikatan emosional (5, 10, 15, 20, 25, 30)
- b. motivasi (31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58, 61, 64, 67, 70, 73)
- c. harapan (32, 35, 38, 41, 44, 47, 50, 53, 56, 59, 62, 65, 68, 71, 74)
- d. cita-cita atau idealisme:
 - d.1. kemasyarakatan (33, 42, 45, 57, 66)

d.2. pribadi (36, 39, 51, 63, 75)

d.3. surgawi (48, 54, 60, 69, 72)

Teknik pengukuran: menggunakan kuesioner skala Likert 6 (enam) poin. Sangat setuju (6) sampai dengan Sangat Tidak Setuju (1)

Interpretasi: makin tinggi skor total setiap faktor, makin besar pengaruh faktor tersebut terhadap komitmen individual pada rumah sakit.

Skala data: interval

Berbagai indikator dari karakteristik responden lainnya, adalah sebagai berikut:

a). *Indikator karakteristik demografik* meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, suku asal atau etnis, komunikasi di tempat kerja, tingkat pendidikan formal.

Skala data : nominal

b). *Indikator karakteristik profesi responden* : profesional meliputi keanggotaan individu dalam ikatan profesi tertentu yaitu profesi medik (termasuk dokter gigi, dokter spesialis, apotheker), paramedik dari berbagai jenis, Nakes lain, dan non medik), dan profesi selain itu.

Skala data : nominal

c). *Jenis pendidikan profesi dan jabatan*

Skala data : nominal

d). *Lamanya bekerja dalam profesi, lamanya bekerja di rumah sakit, lamanya bekerja dalam jabatan saat ini, jumlah pendidikan dan latihan dalam jabatan struktural*

(sepanjang karier dan selama di RSUD ini), jumlah pendidikan dan latihan dalam jabatan fungsional.

Skala data : interval

4.3.2.5. Kinerja organisasi adalah berbagai hasil operasional yang dihasilkan oleh RS.

Terdapat 10 (sepuluh) parameter yang dipakai untuk variabel ini, masing-masing.

1. Angka penggunaan tempat tidur RS (*PCR*)

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan di RS pada suatu periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam periode waktu tersebut}} \times K$$

2. Frekuensi penggunaan tempat tidur (*BTO*)

$$\frac{\text{Jumlah penderita rawat inap yang keluar hidup dan mati dalam satu tahun}}{\text{Jumlah tempat tidur RS pada tahun yang sama}}$$

3. Rerata lamanya dirawat (*ALOS*)

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien rawat inap hidup dan mati}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati}}$$

4. Interval penggunaan tempat tidur (*ITD*)

$$\frac{\text{Jumlah TT} \times \text{jumlah hari dalam setahun}}{\text{jumlah hari perawatan dlm setahun}} \times K$$

 Jumlah seluruh pasien keluar hidup dan mati

5. Angka kematian kasar (*GDR*)

$$\frac{\text{Jumlah seluruh kematian pasien di RS dalam periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh pasien keluar hidup dan mati pada periode waktu yang sama}} \times K$$

6. Angka kematian neto (*NDR*)

$$\frac{\text{Jumlah kematian pasien di RS yang meninggal kurang dari 48 jam pada suatu periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah pasien keluar hidup dan mati di RS tersebut pada periode waktu yang sama}} \times K$$

7. Jumlah rata-rata kunjungan rawat jalan setiap hari di RS.

Skala : rational

8. Ukuran Kinerja Kontemporer.

8.1. *Ukuran kinerja dari perspektif pelanggan ialah kepuasan pelanggan internal*

(*karyawan*): Kepuasan Karyawan sebagai *stakeholders* utama RS, yaitu tingkat kepuasan yang dinyatakan oleh karyawan RS atas proses transaksinya dengan RS, meliputi: (Lampiran Kuesioner F)

8.1.1. kepuasan atas imbalan (1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28)

8.1.2. kepuasan atas hubungan sosial (2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29)

8.1.3. kepuasan batin (rohani) (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30)

Skala data : interval

8.2. *Perspektif proses bisnis (internal RS) , yaitu tingkat kesesuaian normatif dengan kenyataan empirik dan berbagai proses internal rumah sakit, meliputi: (Lampiran Kuesioner G):*

8.2.1. manajemen umum (1, 2, 5, 13, 21, 26, 28, 31, 33)

8.2.2. manajemen sumber daya manusia (4, 6, 9, 16, 17, 18, 30, 29, 30)

8.2.3. manajemen medik dan keperawatan (3, 7, 8, 10, 14, 15, 19, 25, 27)

8.2.4. hubungan pelanggan (11, 12, 22, 23, 24, 32, 34, 35, 36)

8.3. *Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan yaitu tingkat kesesuaian normatif berbagai proses pembelajaran dan pertumbuhan, sbh (Lampiran Kuesioner H)*

8.3.1. pembelajaran dan pertumbuhan individual (1, 2, 3, 7, 8, 9, 24, 25)

8.3.2. pembelajaran dan pertumbuhan organisasional (4, 5, 6, 14, 15, 16, 17, 18, 19)

8.3.3. kesempatan belajar (10, 11, 12, 13, 20, 21, 22, 23)

Skala data : interval

Dipakainya ukuran kepuasan *customer* berdasarkan asumsi bahwa *customer* yang puas akan mempertahankan kelanjutan proses transaksi dengan organisasi (loyal), memberikan '*positive words of mouth*' dan citra baik tentang organisasi. Kesemuanya ini akan memungkinkan organisasi menghasilkan *financial returns* yang memadai untuk *survive* dan berkembang. Kepuasan *customer* RS diwakili oleh internal rumah sakit *Stakeholders* internal rumah sakit meliputi seluruh karyawan sebagai pelanggan internal. Dipakainya ukuran kepuasan berbagai pihak berkepentingan dengan RS sebagai salah satu ukuran kinerja pada penelitian ini selain karena ukuran orientasi pemasaran adalah kepuasan para pihak yang terlibat di dalam suatu transaksi, juga karena indikator inilah yang paling mungkin dipakai untuk mengukur atau memotret dari sisi organisasi.

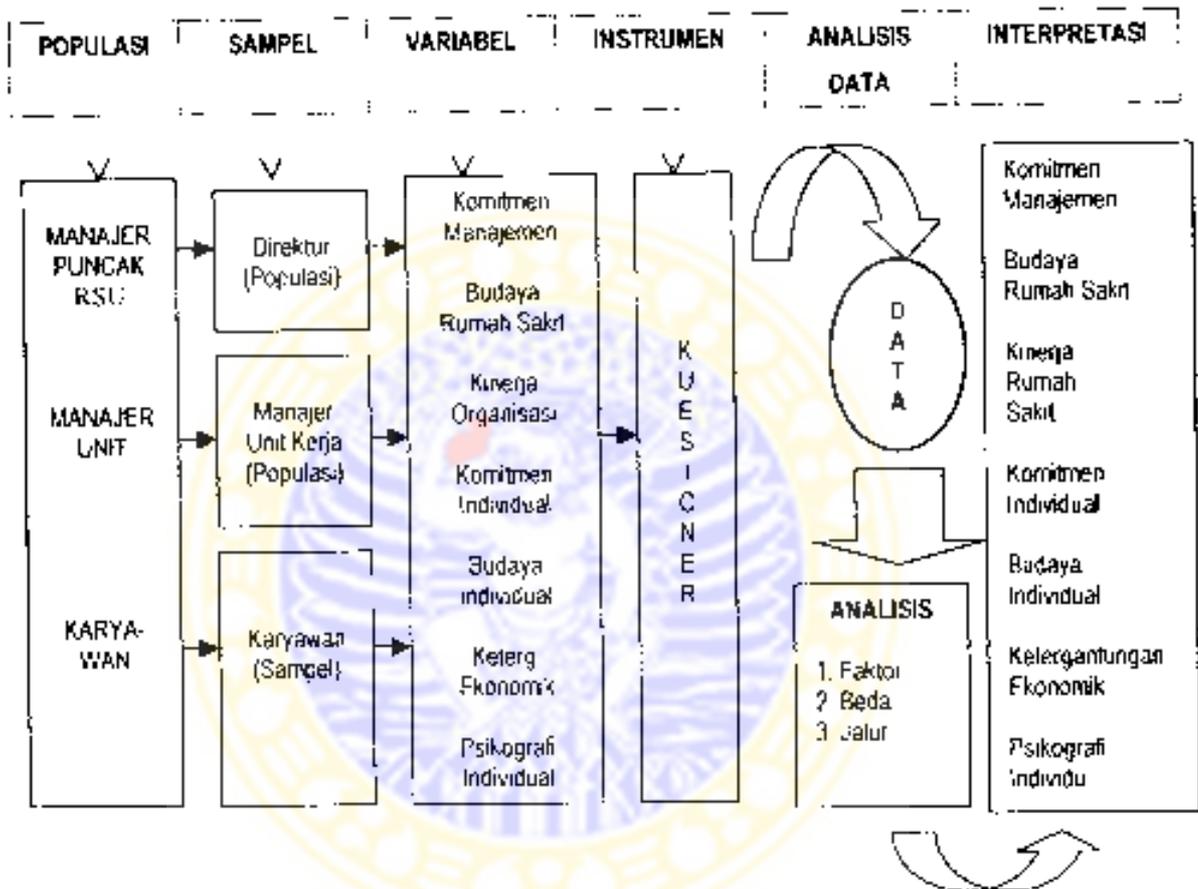
Digunakannya Pendidikan dan Latihan Karyawan sebagai ukuran kinerja dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan organisasi juga berdasarkan asumsi substansial bahwa karyawan yang terdidik dan terlatih akan lebih produktif dan berkomitmen¹. Dari sudut pandang ini baik kepuasan pelanggan internal (karyawan), berbagai prosedur operasional yang mewakili proses bisnis internal dan Pendidikan dan Latihan Karyawan mewakili proses pembelajaran dan pertumbuhan individual dan organisasi, dapat dianggap sebagai *output* sedangkan kinerja operasional yang dipakai sebagai ukuran kinerja klasik (*BOR, ALOS, BTU, TOI, GDR, NDR, Angka Kunjungan Rawat Jalan*) sebagai *outcome*.

4.4. Kerangka Operasional Penelitian

Sampel penelitian adalah rumah sakit umum kabupaten kota dan manajer, karyawan dari masing-masing rumah sakit. Sampel rumah sakit di ambil dari berbagai kelas rumah sakit (kelas B, C, dan D) dengan respondennya adalah jajaran manajer meliputi manajer puncak dan manajer unit serta karyawan. Terdapat 7 (tujuh) variabel yang akan diteliti, semua variabel dari sisi organisasi, masing-masing adalah:

(1) komitmen manajemen, (2) budaya organisasi Rumah Sakit, (3) komitmen individual pada rumah sakit, (4) kinerja rumah sakit adalah hasil operasional RS yang hingga saat ini umum dipakai di rumah sakit pemerintah (*BOR, ALOS, BTO, TOL, GDR, NDR*) dan berbagai ukuran kinerja kontemporer, (5) asumsi dan nilai subyektif individual sebagai faktor determinan terhadap komitmen individual pada rumah sakit, (6) ketergantungan Ekonomik sebagai faktor determinan terhadap komitmen individual pada rumah sakit, (7) psikografi Individu sebagai faktor determinan terhadap komitmen individual pada rumah sakit.

Secara skematis kerangka operasional penelitian dan metode analisis data dapat digambarkan sebagai berikut: (Gambar 4.2)



Gambar 4.2. Kerangka Operasional Penelitian (Survei)

4.5. Metode Analisis Data

4.5.1. Metode analisis data kuantitatif

Pada tahap uji coba alat ukur, data yang terkumpul dianalisis secara korelasi untuk menguji validitas dan reliabilitas alat ukur yang akan dipakai. Validitas didefinisikan sebagai ukuran seberapa cermat suatu test melakukan fungsi ukurnya (Azwar, 1986:55).

sebagai ukuran seberapa cermat suatu test melakukan fungsi ukurnya (Azwar, 1986:55). Sedangkan reliabilitas yang sering disamakan dengan konsistensi, stabilitas atau dependabilitas pada prinsipnya menunjukkan sejauh mana suatu pengukuran dapat memberikan hasil yang relatif tidak berbeda apabila dilakukan pengukuran kembali terhadap subyek yang sama (Azwar, 1986:6).

Dalam penelitian ini telah dilakukan uji coba alat ukur pada 25 manajer dan 40 karyawan (total 65 responden) di 2 (dua) rumah sakit umum kabupaten kota yaitu Rumah Sakit Umum Ruteng, Kabupaten Manggarai dan Rumah Sakit Umum Bajawa, Kabupaten Ngada di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Uji validitas butir-butir instrumen dengan menggunakan korelasi Pearson (korelasi item terhadap total) pada $p=0.01$ maupun pada $p=0.05$ dan uji reliabilitas dengan koefisien reliabilitas belah-dua dari Guttman (Guttman split-half > 0.35) menunjukkan bahwa berbagai butir dalam alat ukur dinyatakan valid dan alat ukurnya dinyatakan reliabel. Hasil uji validitas dan reliabilitas alat ukur dapat dilihat dalam lampiran.

Data hasil penelitian dianalisis menggunakan analisis faktor untuk konfirmasi sekaligus melihat kontribusi (*loading factor*) berbagai sub-sub-variabel dalam membentuk sub-variabel laten dan kontribusi berbagai sub-variabel dalam membentuk suatu variabel laten (*confirmatory factor analysis / CFA*) sebagaimana yang ditulis Byrne (Byrne, 1998:17-41). Hasil *CFA* berbagai variabel, sub-variabel, dan sub-sub-variabel penelitian dapat disimak dalam lampiran.

Uji beda dilakukan untuk melihat berbagai perbedaan di setiap sub-sub-variabel, di setiap sub-variabel, dan di setiap variabel dari berbagai perspektif: total responden, 3

(tiga) wilayah provinsi, 3(tiga) kelompok profesi, 4(empat) level manajemen, dan perspektif total rumah sakit. Sebelum dilakukan uji beda terlebih dahulu dilakukan uji homogenitas varians. Terhadap varians yang homogen dilakukan uji beda dengan menggunakan *ANOVA* yang dilanjutkan dengan *least of significant difference (LSD)*, sedangkan terhadap varians yang heterogen dilakukan uji beda dengan menggunakan *student's T-test (t-test)*.

Analisis jalur dengan menggunakan perangkat komputer sistem LISREL 8.3 (*linear structural relations- Relasi Struktur Linear*) yang dikembangkan oleh Joreskog dkk untuk menganalisis struktur kovarian. Analisis ini sudah dianjurkan untuk digunakan dalam mempelajari dan memahami suatu sistem konseptual dan membuat model berbagai teori yang berhubungan dengan perilaku (Krlinger, 1986:1047). Oleh karena itu di dalam penelitian ini analisis relasi struktur linear digunakan juga untuk melihat antar-hubungan atau relasi berbagai variabel seperti yang dihipotesiskan apakah berpengaruh langsung atau melalui variabel perantara (*intervening*) Di samping itu untuk melihat berapa besar pengaruh langsung, berapa besar pengaruh tidak langsung dan berapa besar total pengaruh tersebut.

Secara skematis metode analisis data dapat disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut: (Tabel 4.1)

Tabel 4.1
Metode Analisis Data

UJI STATISTIK	TUJUAN	MODEL/ KETERANGAN
1. Analisis Faktor	Menentukan besarnya muatan (<i>loading factor</i>) : setiap sub-sub-variabel dalam membentuk suatu sub-variabel atau setiap sub-variabel dalam membentuk variabel	<i>Confirmatory Factor Analysis (CFA)</i>
2. Uji Beda	Melihat perbedaan berbagai sub-sub-variabel, sub-variabel maupun variabel dari berbagai perspektif (<i>multi level analysis</i>)	<i>ANOVA</i> dilanjutkan <i>LSD</i> dan <i>Student's T-test</i>
3. Analisis Jalur (<i>Path</i>)	Melihat hubungan langsung atau tidak langsung (melalui jalur) antar berbagai variabel sesuai hipotesis dari berbagai perspektif (<i>multi level analysis</i>)	Jalur dengan Lisrel

4.5.2. Metode analisis data kualitatif

Analisis data dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data. Karena fungsi penelitian kualitatif di sini sebagai komplemen dari penelitian kuantitatif yang telah menetapkan berbagai variabel, konsep, teori, maupun hipotesis yang telah "given", dan tidak secara induktif untuk menghasilkan suatu konsep atau teori yang benar-benar berasal (*emerged*) dari data yang dihasilkan (*grounded theory*) bukan dari teori yang dipercaya sebelumnya, maka analisis di sini tidak menempuh proses analisis data kualitatif umumnya. Analisis lebih diarahkan untuk mengiluminasi data dan hasil analisis data kuantitatif, baik yang mendukung maupun yang tidak (Utanni, 2003).

Penelitian kualitatif sebagai komplementer terhadap penelitian kuantitatif dilakukan juga di ketiga wilayah penelitian yaitu provinsi Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Bali. Penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara mendalam, observasi langsung oleh peneliti baik secara terbuka maupun partisipatoris, dan pengambilan data sekunder. Adapun informasi yang digali adalah berbagai kebiasaan atau perilaku yang telah membudaya di berbagai rumah sakit untuk lebih memudahkan interpretasi dan pemahaman berbagai data dan informasi yang dihasilkan dari pendekatan kuantitatif.

Diharapkan bahwa peneliti tidak akan mengalami terlalu banyak hambatan untuk menggali informasi yang berkualitas dengan cara ini karena latar belakangnya. Peneliti telah berpengalaman cukup lama hidup di daerah penelitian maupun bekerja di salah satu rumah sakit kabupaten yang menjadi obyek penelitian ini. Familiaritas peneliti terhadap obyek dan latar belakang wilayah di mana obyek berada diharapkan memberikan kualitas lebih bagi informasi yang diperlukan. Data kualitatif dikumpulkan sendiri oleh peneliti tanpa staf atau asisten peneliti. Kerahasiaan sumber informasi ada di tangan peneliti (terjamin kerahasiaannya oleh peneliti *informed consent*).

Sesuai dengan tujuannya untuk membantu interpretasi hasil penelitian kuantitatif maka analisis dan pembahasan berbagai informasi dan data yang diperoleh dengan pendekatan ini ditempatkan bersama-sama dalam pembahasan hasil penelitian kuantitatif

- Tafi S, K Hawn, J Barber, J Bidwell, 1999 Fulcrum for the Future: The Creation of a Values-Driven Culture **Health Care Management Review**, 24(1), p:17-32.
- Utarini A, 2003 Komunikasi pribadi
- Utama S. 1996 Kualitas Kebuthan Staf Berdasarkan Karakteristik Individu, Pengaruhnya terhadap Kepuasan Kerja. (Disertasi), Program Pascasarjana, Universitas Airlangga, Surabaya
- Susanto AB, 1997 **Budaya Perusahaan.**, PT Flex Komputindo, Jakarta.
- Swastha BIDH. 1996 **Azas-azas Marketing, Edisi 3.**, Penerbit Liberty, Yogyakarta.
- Lindill BS, AF al Assaf, SJ Gentling, 1993. Total Quality Improvement A Study of Veteran Affairs Medical Center Directors and QA Coordinators **American Journal of Medical Quality**, Summer, 8(2), p:45052.
- Townsend EJ, JA McMullen, MR Seiden, 1988. A framework for identifying and correcting structural inefficiencies **Health Care Management Review**, Summer, p:35-44.
- Valentino CL, DJ Kenny, 1991 Quality Assurance: A Process for Continuous Improvement. **Journal of Canadian Dentist Association**, April, 57(4), p 313-315
- Vestal KW, RD Frailey, SW Spreier, 1997 Organizational Culture The Critical Link Between Strategy and Results. **Hospital & Health Services Administration** 42 3, Fall, p:339-365
- Wakefield DS, BJ Wakefield. 1993 Overcoming the barriers to implementation of TQM/CQI in hospitals: Myths and Realities. **Quality Review Bulletin**, March, 19(3), p.83-8
- Whittington FB Jr, R Dillon, 1979 Marketing by Hospital Myths and Realities. **Health Care Management Review**, Winter, p 33-37.
- Widodo JP. 1996 Manajemen Perubahan. **Makalah**. (Disajikan pada "Orientasi dan Pelatihan Gugus Kendali Mutu"). Malang, 11 Januari, p.5
- Wignyo-subroto S. 1998 Kuliah Metodologi Penelitian, Program Doktor, Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
- Wilkins, A., & Ouchi, W. 1983 Efficient cultures. Exploring the relationship between culture and organizational performance **Administrative Science Quarterly**, 28:468-481