



UNIVERSITAS INDONESIA

**MODEL KOMPETENSI MANAJER PUNCAK RUMAH SAKIT SWASTA
SE – JABODETABEK 2010**

DISERTASI

**PRADNYA PARAMITA
NPM: 0706310721**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
MAY 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**MODEL KOMPETENSI MANAJER PUNCAK RUMAH SAKIT SWASTA
SE – JABODETABEK 2010**

DISERTASI

**Dipertahankan di hadapan sidang terbuka Universitas Indonesia
pada hari Senin, 7 Mei 2012 pukul 10.00 WIB
untuk memperoleh gelar Doktor dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat pada
Universitas Indonesia di bawah pimpinan Rektor Universitas Indonesia
Prof. Dr. Der.Soz Gumilar Rusliwa Sumantri**

**PRADNYA PARAMITA
NPM: 0706310721**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
MEI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Pradnya Paramita
NPM : 0706310721

Tanda Tangan:

Tanggal : 7 Mei, 2012





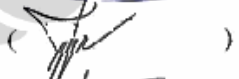


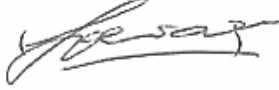

HALAMAN PENGESAHAN

Disertasi ini diajukan oleh:

Nama : Pradnya Paramita
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
NPM : 0706310721
Judul Disertasi : Model Pengukuran Kompetensi Manajer Puncak Rumah Sakit Swasta di Indonesia

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Promotor : Prof. Dr. Purnawan Junadi, dr. MPH ()
Kopromotor : Dr. Adang Bachtiar, MPH, Sc.D ()
Tim Penguji : Prof. Anhari Achmadi dr. SKM. ScD ()
: Prof. Dr. Tri Budi W. Rahardjo, drg. ()
: Dr. Supriyanto Rijadi, dr. MPH ()
: Dr. Dr. H.M. Hafizurrachman S dr, MPH ()
: Dr. Setyo Hari Wijanto Ir. SE.MM ()
Dr. Soewarta Kosen dr. MPH ()
Dr. Sutoto, dr. MKes ()

Ditetapkan di Depok

Tanggal: 7 Mei, 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, yang senantiasa mencurahkan rahmatNya, karena atas izin dan rahmatNya pula saya telah berhasil menyusun disertasi ini sebagai persyaratan untuk mendapatkan gelar Doktor dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI). Secara khusus, dengan penuh rasa hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan ucapan terima kasih kepada:

Prof. Dr. Der.Soz. Gumilar Rusliwa Somantri, Rektor Universitas Indonesia dan Dr. Bambang Wispriyono, Apt, PhD Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah berkenan memberikan penulis kesempatan untuk mengajukan disertasi ini serta seluruh jajaran Kepada staf sekretariat program studi IKM-Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, yang telah memberikan dukungan administratif demi kelancaran studi saya.

Promotor dan Ko-promotor disertasi ini, Prof. Dr. Purnawan Junadi dr. MPH, dr. Adang Bachtiar, MPH, ScD. Yang telah mencurahkan waktu dan pikirannya dalam membimbing saya menyelesaikan disertasi ini.

Kepada Prof. Anhari Achmadi dr. SKM. ScD, yang berkenan menjadi Ketua Tim Penguji dan telah memberikan masukan terhadap penulisan disertasi ini, beserta anggota penguji terdiri dari Prof. Dr. Tribudi, drg. MPH, dr. Soewarta Kosen, MPH., Dr.PH, Dr. Supriyanto Riyadi dr. MPH, Dr. Dr. HM Hafiz Zurrachman dr. MPH, Dr. Setyo Hari Wijanto Ir. SE.MM dan Dr. Sutoto, dr. MPH, dengan penuh rasa hormat saya menyampaikan penghargaan dan terima kasih dengan diringi doa agar bimbingan yang telah diberikan mendapat imbalan yang setinggi-tingginya dari Allah Yang Maha Pengasih dan Penyayang.

Kepada teman-teman yang tergabung dalam “S3FKMUI, S3Epid2008” saya ucapkan terima kasih atas segala dukungannya dalam diskusi, penyemangat pada seminar-seminar internal atau pertemuan internal untuk penyempurnaan penulisan disertasi ini. Tanpa partisipasi dan doa yang tulus dari sahabat “S3FKMUI, S3Epid2008” tidak mungkin saya dapat menyelesaikan penulisan disertasi ini.

Kepada Dr. Supriyanto Riyadi, dr. MPH selaku Pimpinan PERMAPKIN (Persatuan Manajer Pelayanan Kesehatan Indonesia) bersama tim yang telah

memberikan kesempatan sebagai tempat penelitian terutama Pak Heru Kusumanto yang telah banyak memberikan sumbang sarannya dan pengalamannya dalam pengembangan kompetensi dan organisasi rumah sakit. Kak Tini Moeis yang memberikan inspirasi dan meminjamkan buku acuan kepada saya untuk mempelajari disertasi ini. Bapak Ferry Soetikno dan Rahadyan yang telah memberikan peserta pelatihan manajer menengah dan perawat untuk memberikannya dalam penelitian ini.

Kepada tim pengumpul data, yaitu Adelia SKM. MARS, Dr. Nunu Ahmad MARS.MHum, drg. Hermina Atmaja MARS, Hening Handayani, Laksmi yang telah mengorbankan waktu dalam membantu proses pengolahan, dan editing.

Kepada ibunda yang telah mendoakan kebaikan bagi anaknya agar dapat menyelesaikan pendidikan dengan baik, dan saya berdoa agar ayah yang telah menghadap ALLAH ILAHI ROBBI mendapatkan magfiroh dan pahala yang berlipat ganda, yang selalu memberikan semangat kepada saya untuk menimba ilmu seluas-luasnya.

Rasa kasih sayang yang tidak terhingga saya haturkan kepada Eddie Mochtar (suami) saya menemani dalam berproses penulisan. Fika dan Raka tercinta penyemangat dan berlomba dalam belajar dan penyelesaian proses disertasi ini. Begitu pula Dimas, Anien dan Devri serta adik-adik serta seluruh keluarga besar Adi Wikromo, Kel. Kartiwa Kusumadiredja, Kel. D. Sadjiwinarto, Kel. Mangkupraja, yang memberikan warna di kehidupan baru senantiasa ikut berdoa untuk keberhasilan saya dalam menyelesaikan pendidikan doctoral ini.

Masih banyak pihak lain yang membantu saya yang semuanya belum sempat saya sebutkan satu-persatu, baik teman-teman lama semasa SD, SMP dan SMA, Pengajian Al-Ikhlas, Warga RT04-06, Alizhar Group, Executive Ladies and Life Spa, PDGI Jakarta Selatan, teman teman yang memberikan motivasi dalam penulisan disertasi ini, yang tidak dapat dinilai berupa apapun, hanya ALLAH SWT yang layak memberikan pahala atas segala bantuan yang telah saya peroleh untuk penyelesaian disertasi ini. Saya mengharapkan disertasi ini berguna untuk pencarian para pimpinan puncak rumah sakit, sehingga para pemilik rumah sakit dapat mengetahui kompetensi yang sesuai dengan harapan, visi dan misi rumah sakit. Menyadari bahwa disertasi ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu saya menyambut gembira atas masukan-

masukannya guna aplikasi hasil penelitian ini. Semoga disertasi ini dapat memperkaya khasanah penelitian program doktor di Indonesia.

Kepada pemilik, pimpinan, supervisor dan manajer yang telah bersedia menjadi sampel atau informan penelitian ini saya haturkan terima kasih, dan sesuai dengan “Informed Consent” saya akan senantiasa menjaga kerahasiaan identitas saudara/saudari. Semoga amal baik semua pihak dalam penyusunan disertasi ini mendapat imbalan yang besar dari Allah SWT, amin.

Depok, Mei 2012
Pradnya Paramita



[14:7]

Dan (ingatlah juga), tatkala Tuhanmu memaklumkan: "Sesungguhnya jika kamu bersyukur, pasti Kami akan menambah (nikmat) kepadamu, dan jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka sesungguhnya azab-Ku sangat pedih".

[14:8]

Dan Musa berkata: "Jika kamu dan orang-orang yang ada di muka bumi semuanya mengingkari (nikmat Allah), maka sesungguhnya Allah Maha Kaya lagi Maha Terpuji.

[2:124]

"Allah berfirman: "Sungguh aku akan menjadikanmu seorang imam bagi seluruh manusia". Ibrahim memohon: " Juga dari keturunanku!"

Allah berfirman: "Janjiku ini (imamah) tidak akan dapat digapai oleh orang-orang yang zalim "

"Aku perintahkan Anda tentang lima hal: harus dengan Al Jamaah, untuk mendengarkan (untuk para pemimpin), untuk mematuhi (perintah pemimpin), Hijrah (migrasi) dan Jihad." (Ahmad, Tirmizi)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSUTUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademis Universitas Indonesia saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Pradnya Paramita
NPM : 0706310721
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Analisa Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Disertasi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (non-exclusive Royalty – Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Model Kompetensi Manajer Puncak Rumah Sakit Swasta
SE – JABODETABEK 2010**

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database) merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal: 7 Mei, 2012

Yang Menyatakan

(Pradnya Paramita)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Pradnya Paramita
NPM : 0706310721
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Analisa Kebijakan Kesehatan
Angkatan : 2007/2008
Jenjang : Doktor

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

MODEL KOMPETENSI MANAJER PUNCAK RUMAH SAKIT SWASTA SE – JABODETABEK 2010

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 7 Mei, 2012

(Pradnya Paramita)

ABSTRAK

Nama : Pradnya Paramita
Program Studi : Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Judul : Model Kompetensi Manajer Puncak Rumah Sakit Swasta Se-JABODETABEK, 2010

Xxvii + 259 halaman, 77 tabel, 89 gambar, 15 lampiran

Tujuan - Tujuannya mendapatkan model kompetensi manajer puncak RS Swasta se JABODETABEK, 2010. Kompetensi ini akan menjadi ciri kualitas untuk kinerja yang unggul dari manajer puncak RS yang digunakan di seluruh proses manajemen kinerja yang terkait fungsi SDM di RS.

Desain / metodologi / pendekatan – Penggunaan metode delphy, dan analisis KJ dikombinasikan dengan wawancara pemilik dan para pakar untuk memproses pengembangan model kompetensi. Dengan menggunakan analisis jalur dari manajer puncak RS dari 165 RS Swasta se JABODETABEK diperoleh model akhir dari kompetensi manajer puncak RS Swasta yang dapat digunakan untuk penerimaan mereka dalam memimpin serta mengelola RS.

Temuan - kompetensi teridentifikasi oleh lima variabel keterampilan, sikap, tujuan, sifat dan pengetahuan dengan sepuluh subvariabel yaitu kepemimpinan, manajemen tim, manajemen perubahan, hubungan personal, karakter, fokus pada hasil, komunikasi, komitmen manajemen, manajemen proyek, kemampuan diri..

Penelitian keterbatasan / implikasi - Jumlah kepustakaan mengenai kompetensi manajer puncak serta keterbatasan waktu manajer puncak RS dan peneliti, maka penelitian perlu dilanjutkan para peneliti selanjutnya.

Implikasi Praktis - Penelitian memberikan gambaran yang berguna dari konsep manajemen kinerja dan merangkum kekuatan dan kelemahan kompetensi manajemen berbasis kinerja.

Orisinalitas/nilai - Penelitian menyajikan gambaran tentang manajemen kinerja berbasis kompetensi seperti yang diterapkan di luar negeri sesuai dengan kepustakaan dan dipayungi dengan peraturan UU No. 44, 2009 tentang RS dan Peraturan MENKES No.971/Menkes/Per/XI/2009 tentang standar kompetensi pejabat struktural kesehatan. Kompetensi inti yang menjadi ciri kualitas yang diperlukan untuk kinerja yang unggul dari staf perpustakaan dijelaskan

Kata Kunci:

Kompetensi, Manajer Puncak RS, Pengetahuan, Keterampilan, Kemampuan

Daftar kepustakaan: 160 (1980 – 2011)

ABSTRACT

Name : Pradnya Paramita
Study Program : Doctoral Study Program of Public Health Science,
Faculty of Public Health University of Indonesia.
Title : Model Kompetensi Manajer Puncak
Rumah Sakit Swasta Se-JABODETABEK, 2010

viii + 259 pages, 77 tables , 89 pictures, 15 appendices

Purpose: the purpose of this research is to find a competency model for top-level managers of private hospitals in Jabodetabek, 2010. This competency will become the quality requirements for high performance of top-level hospital managers used in every performance management process related to the function of human resources in hospitals.

Design/methodology/approach - Using the delphy approach and KJ analysis combined with interviewing the owners and experts on competency development process. By using pathway analysis of top-level hospital managers from 165 private hospitals in Jabodetabek, we obtained a final model. obtained a final model of the competence of top managers of private hospitals. This model can be used for their acceptance in leading /managing the hospital.

Findings: Competence is identified with five variables skills, attitude, purpose, behavior and knowledge with ten sub-variables which are leadership, team management, change management, personal relationship, character, focus on results, communication, management commitment, project management, self capacity.

Research limitations/implication - the number of literature review on competencies of top-level managers as well as time limitations of top-level hospital managers and the researcher, thus the research needs to be continued by the next researchers.

Practical implication - the research provides a useful overview of the performance management concept and summarizes the strength and weaknesses of performance-based management.

Originality/value - the research provides an overview of competency-based performance management as implemented abroad according to literature review and is under the umbrella of Law No. 44 year 2009 on Hospitals and MENKES Regulation No. 971/Menkes/Per/XI/2009 on competency standard of medical structural official. The core competency that becomes the quality criteria needed for top performance from the library staff is explained.

Keywords:

Competency, Top-Level Hospital Managers, Knowledge, Skill, Capacity

List of literature: 160 (1980 - 2011)

DAFTAR ISI

UNIVERSITAS INDONESIA	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSUTUJUAN PUBLIKASI	ix
SURAT PERNYATAAN	x
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xxi
DAFTAR ISTILAH	xxiv
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.1.1. Perkembangan Global.....	1
1.1.2. Perkembangan Nasional	2
1.1.3. Perkembangan Konsumen Rumah Sakit.....	5
1.2. Permasalahan	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	8
1.4. Tujuan Penelitian	8
1.4.1. Tujuan Khusus:	9
1.5. Ruang lingkup	9
1.6. Keutamaan Penelitian	10
1.6.1. Ditinjau dari Aspek Teoritis.....	10
1.6.2. Ditinjau dari Aspek Metodologis	10
1.6.3. Ditinjau dari Aspek Aplikatif.....	11
1.7. Kebaruan (<i>Novelty</i>) Penelitian	11
2. TINJAUAN KEPUSTAKAAN	12
2.1. Sistem Kesehatan dan Rumah Sakit	12
2.1.1. Klasifikasi Rumah Sakit	14
2.1.2. Manajemen dan Organisasi Rumah Sakit	15
2.2. Pemimpin dan Kompetensi Rumah Sakit	18
2.2.1. Kepemimpinan vs Manajer	18
2.2.2. Klasifikasi Kepemimpinan	20
2.2.3. Visi dan Kompetensi Kepemimpinan Organisasi Masa Depan	22
2.3. Pengertian Kompetensi.....	26
2.3.1. Definisi Kompetensi.....	26
2.4. Faktor-Faktor Pembentuk Kompetensi	26
2.4.1. Dimensi Kompetensi	32
2.4.2. Dimensi Kompetensi Kepemimpinan.....	38
2.4.3. Uraian Pemimpin RS Pemerintah.....	39
2.4.4. Permodelan Kompetensi Manajer Puncak	48
2.5. Tahapan Permodelan	58
2.5.1. Aplikasi Menurut LOMA (1998)	58
2.5.2. Tahapan Berdasarkan Tyler & Garman, (2007).....	59
2.5.3. Tahapan Berdasarkan Collen (2008).	61
2.5.4. Tahapan Berdasarkan Sampson & Fytros (2008).....	61
2.5.5. Tahapan Berdasarkan ACHE	62

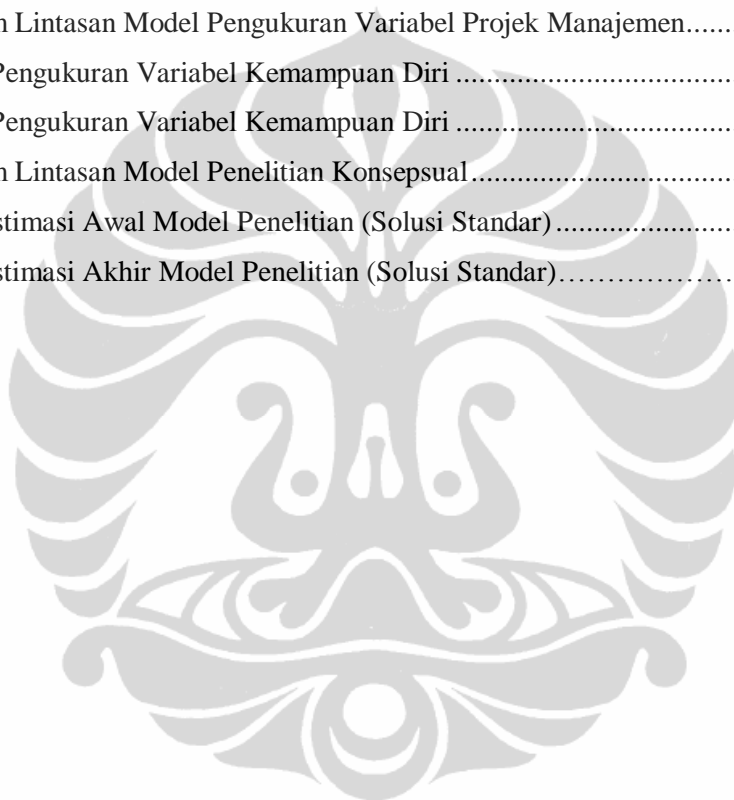
2.5.6.	Tahapan Berdasarkan Masyarakat Akademis Eropa	63
2.5.7.	Kompetensi Dasar	64
2.5.8.	Tahapan Model Kompetensi Berdasarkan BNSP.....	68
2.6.	Langkah-langkah Pengembangan Model Kompetensi	71
2.6.1.	Mendefinisi Strategi Organisasi	72
2.6.2.	Mengenali Cara Mengaplikasikan Model Kompetensi	72
2.6.3.	Menetapkan “ Scope” dari model.....	72
2.6.4.	Merancang Rencana Pembuatan Model	77
2.6.5.	Penentuan pihak yang terlibat dalam proses pengembangan model	79
2.6.6.	Pemilihan dengan Pendekatan yang tepat mengenali kompetensi kritikal	79
2.6.7.	Pengumpulan Data	80
2.6.8.	Menganalisis Data dan Membuat Kesimpulan.....	80
2.6.8.1.	Penggabungan Pemikiran tanpa Perdebatan (<i>Affinity silently</i>).....	82
2.6.8.2.	Penelitian Mendalam (<i>Go For Gut Reaction</i>).....	82
2.6.8.3.	Penyederhanaan Penangan Ketidakepakatan.....	82
3.	MATERI DAN KERANGKA KONSEP PERMODELAN.....	83
3.1.	Studi Permodelan Kepustakaan	83
3.2.	Kerangka Konsep	83
3.2.1.	Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta dalam Mengarahkan.....	87
3.2.2.	Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta Dalam Manajemen Perubahan.....	87
3.2.3.	Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta Dalam Faktor Interpersonal.....	88
3.2.4.	Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta Dalam Membangun Tim	88
3.2.5.	Sikap Manajer Puncak RS Swasta memerankan sebagai pemimpin.....	88
3.2.6.	Tujuan dari Manajer Puncak RS Swasta dan Memusatkan pada Hasil.....	89
3.2.7.	Sifat Manajer Puncak RS Swasta Membangun dan Berkomunikasi.....	89
3.2.8.	Sifat Manajer Puncak RS Swasta Berkomunikasi	89
3.2.9.	Pengetahuan dari Manajer Puncak RS Swasta teramati sebagai:	90
3.2.10.	Pengetahuan dari Manajer Puncak RS Swasta Mencipta Proyek Manajemen: ...	90
3.3.	Hipotesis	90
4.	METODE PENELITIAN.....	91
4.1.	Pendekatan Studi Kualitatif	91
4.1.1.	Kajian Kepustakaan (<i>Review Literature</i>).....	92
4.1.2.	Kajian Penunjang Kepustakaan.....	92
4.1.3.	Penggalian Dimensi Kompetensi	93
4.1.4.	Validasi dari Model Para Ahli.....	94
4.1.5.	Langkah 3: Pengujian Lapangan	94
4.1.6.	Uji Validitas (<i>Test of Validity</i>).....	95
4.1.7.	Uji Reliabilitas (<i>Test of Reliability</i>)	96
4.2.	Pendekatan Analisa Kuantitatif.....	97
4.2.1.	Pengujian akhir Permodelan	97
4.2.2.	Definisi Operasional.....	99
4.2.3.	Pengambilan Data Melalui Kuesioner	99
4.2.4.	Pengolahan dan Pengembangan SEM dalam Permodelan Kompetensi	102
4.3.	Keterbatasan Penelitian:	104
4.4.	Etika Penelitian:	110
5.	HASIL PENELITIAN.....	111
5.1.	Pengumpulan Data	111
5.2.	Pendekatan Kualitatif Model Pertama Kompetensi Manajer Puncak RS	111
5.2.1.	Profil Deskriptif Para Praktisi Manajemen Jasa dan Ahli di bidang RS.....	111

5.2.2.	Kajian Analisa Model Awal Praktisi dan Ahli RS dan Ahli bidang Jasa Layanan.	114
5.3.	Pendekatan Kualitatif Model Kedua Kompetensi Manajer Puncak RS.....	115
5.3.1.	Analisis Deskriptif Permodelan Tahap Dua Manajer Pelaksana di Rumah Sakit	115
5.3.2.	Penggalian Komponen Dimensi Permodelan Pertama	116
5.4.	Analisis Deskriptif Permodelan Tahap Tiga Manajer Puncak Rumah Sakit	126
5.5.	Pendekatan Kuantitatif Model Ketiga Kompetensi Manajer Puncak RS	131
5.5.1.	Profil Deskriptif Manajer Puncak Rumah Sakit.....	131
5.5.2.	Demografi Wilayah Lokasi dari Responden.....	132
5.5.3.	Akreditasi Rumah Sakit se JABODETABEK	133
5.5.4.	Data Responden Umur, Jenis Kelamin dan Jabatan di RS.....	133
5.6.	Hasil Analisis Permodelan Dengan Metode SEM.....	134
5.6.1.	Rerata Variabel Penelitian	134
5.6.2.	ANOVA dari Variabel Penelitian berdasarkan Type RS.....	138
5.7.	Analisis Model Penelitian Dengan <i>Confirmatory Faktor Anaylysis</i>	137
5.7.1.	Analisis model 1stCFA.....	138
5.7.1.1.	Variabel Laten Kepemimpinan	139
5.7.1.2.	Variabel Laten Membangun Tim	139
5.7.1.3.	Variabel Laten Manajemen Perubahan	140
5.7.1.4.	Variabel laten Hubungan antar Personil	142
5.7.1.5.	Variabel laten Karakter.....	145
5.7.1.6.	Variabel Laten Fokus Hasil	147
5.7.1.7.	Variabel Laten Komunikasi	149
5.7.1.8.	Variabel Laten Komitmen Manajemen	151
5.7.1.9.	Variabel Laten Manajemen Proyek	154
5.7.1.10.	Variabel Laten Kemampuan Diri	156
5.7.2.	Analisis model 3rdCFA dan 2ndCFA	165
5.7.2.1.	Transformasi model penelitian 3rdCFA menjadi 2ndCFA.....	165
5.7.2.2.	Estimasi model penelitian setelah ditransformasikan.....	166
6.	PEMBAHASAN	170
6.1.	Gambaran Umum	170
6.1.1.	Definisi Kompetensi Pakar Indonesia	170
6.2.	Pembahasan Analisis Model Penelitian.....	173
6.2.1.	Variabel Gaya Kepemimpinan	173
6.2.2.	Variabel laten Membangun Tim	173
6.2.3.	Variabel Laten Manajemen Perubahan.....	174
6.2.4.	Variabel laten Hubungan antar Personil	175
6.2.5.	Variabel laten Karakter.....	176
6.2.6.	Variabel laten Fokus pada Hasil.....	176
6.2.7.	Variabel laten Sifat – Ciri yang merupakan Komunikasi	177
6.2.8.	Variabel Laten Sifat – Ciri - Komitmen Manajemen	178
6.2.9.	Variabel Laten – Pengetahuan	179
6.2.10.	Variabel laten Kemampuan Diri	180
6.3.	Keterbatasan Penelitian	180
7.	SIMPULAN DAN SARAN	182
7.1.	SIMPULAN	182
7.2.	SARAN.....	186
7.2.1.	Bagi Pemerintah	187
7.2.2.	Untuk Kelompok Akademis dan Peneliti	188
7.2.3.	Untuk Kelompok Pemilik atau Pengusaha Rumah Sakit.....	188
	DAFTAR PUSTAKA	189

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Peran Manajer Rumah Sakit	17
Gambar 2.2. Skema Arahan Manajer Rumah Sakit	20
Gambar 2.3. Definisi Kompetensi (Lyle M. Spencer @ Signe M. Spencer).....	24
Gambar 2.4. Gunung Es McClelland (Spenser:1999).....	26
Gambar 2.5. Gambaran Kompetensi.....	36
Gambar 2.6. Struktur Organisasi Umum RS.	39
Gambar 2.7. Elemen Model Kompetensi.	63
Gambar 2.8. Tingkatan dalam Kompetensi	64
Gambar 2.9. Model Diagnostik Untuk Menentukan Kompetensi.....	91
Gambar 3.1 Kerangka Teori Permodelan Kompetensi Manajer Puncak RS	77
Gambar 3.2 Variabel Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta	84
Gambar 3.3 Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta dalam Mengarahkan.....	85
Gambar 3.4 Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta dalam Manajemen Perubahan.....	87
Gambar 3.5 Indikator Hubungan <i>Interpersonal</i>	87
Gambar 3.6 Keterampilan Membangun Tim.....	88
Gambar 3.7 Sikap Manajer Puncak RS Swasta memerankan kepemimpinan.....	88
Gambar 3.8 Sub-variabel Fokus Pada Hasil.....	89
Gambar 3.9 Sub-variabel Membangun Tim	89
Gambar 3.10 Sifat Manajer Puncak RS Swasta Komunikasi	89
Gambar 3.11 Sifat Manajer Puncak RS Swasta Komitmen Manajemen	90
Gambar 3.12 Indikator Mencipta Projek Manajemen Manajer Puncak RS Swasta.....	90
Gambar 4.13 Langkah Penelitian.....	91
Gambar 4.14 Model Hybrid Pengukuran Kompetensi Manajer Puncak RS	98
Gambar 5.1 Gambaran Umum Responden Analisa Kualitatif.....	111
Grafik 5.2 Profil Responden Permodelan Pertama	116
Gambar 5.3 Rangkuman Pendapat Pakar Analisa Kualitatif.....	122
Gambar 5.4 Model Pengukuran Variabel Kepemimpinan	142
Gambar 5.5 Model Pengukuran Variabel Kepemimpinan	142
Gambar 5.6 Model Pengukuran Variabel Membangun Tim	144
Gambar 5.7 Model Pengukuran Variabel Membangun Tim.....	145
Gambar 5.8 Model Pengukuran Variabel Manajemen Perubahan.....	147
Gambar 5.9 Model Pengukuran Variabel Hubungan Personal	149

Gambar 5.10 Model Pengukuran Variabel Hubungan Personal	149
Gambar 5.11 Model Pengukuran Variabel Karakter.....	151
Gambar 5.12 Diagram Lintasan Model Pengukuran Variabel Fokus Pada Hasil.....	153
Gambar 5.13 Model Pengukuran Variabel Fokus pada Hasil	154
Gambar 5.14 Model Pengukuran Variabel KK Awal (Solusi Standar).....	155
Gambar 5.15 Model Pengukuran Variabel Komitmen Manajemen.....	157
Gambar 5.17 Model Pengukuran Variabel Proyek Manajemen	158
Gambar 5.18 Diagram Lintasan Model Pengukuran Variabel Proyek Manajemen.....	160
Gambar 5.19 Model Pengukuran Variabel Kemampuan Diri	161
Gambar 5.20 Model Pengukuran Variabel Kemampuan Diri	163
Gambar 5.21 Diagram Lintasan Model Penelitian Konseptual.....	165
Gambar 5.22 Hasil Estimasi Awal Model Penelitian (Solusi Standar).....	167
Gambar 5.23 Hasil Estimasi Akhir Model Penelitian (Solusi Standar).....	167



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Perbedaan Pemimpin dan Manajer Berdasarkan Warren Bennis	19
Tabel 2.2. Pendapat Para Tokoh Mengenai Kepemimpinan Efektif	25
Tabel 2.3. Definisi Kompetensi Berdasarkan Beberapa Peneliti	28
Tabel 2.4. Kompetensi Manajer Puncak RS Pemerintah	40
Tabel 2.5. Dimensi Kompetensi Kepemimpinan	44
Tabel 2.6. Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti	49
Tabel 2.7. Tabel Unit Kompetensi	69
Tabel 2.8 Tahapan Penelitian Beberapa Model Kompetensi.....	73
Tabel 2.9 Tahapan Penelitian Model Kompetensi Digunakan Penulis	76
Tabel 2.10 Rancangan Pencarian Dimensi Model	78
Tabel 4.1. Model Pengembangan Dimensi Kompetensi	93
Tabel 4.2 Latar Belakang Responden	94
Tabel 4.3. Matrik Variabel Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta.....	100
Tabel 4.4. Kriteria Responden Model Kompetensi Pimpinan Puncak RS Swasta	107
Tabel 5.1. Profil Latar Belakang Responden Praktisi Tahapan Permodelan.....	112
Tabel 5.2. Rangkuman Variabel Kompetensi Tahapan Permodelan	114
Tabel 5.3. Profil Departemen Responden Permodelan Pertama.....	115
Tabel 5. 4 Daftar Harapan Responden Permodelan Pertama.....	116
Tabel 5. 5 Domain, Komponen dan Indikator Permodelan Manajer Puncak RS Swasta.....	123
Tabel 5.6. Daftar Acuan Kompetensi Pimpinan Puncak RS Swasta	126
Tabel 5.7. Demografi, Lokasi, Pengelola dan Tipe Rumah Sakit.....	132
Tabel 5.8. Profil RS ditinjau dari Akreditasi dan Tipe RS	133
Tabel 5.9. Profil Responden	134
Tabel 5.10. Rerata, Deviasi Standar, Minimum dan Maximum Variabel Penelitian	135
Tabel 5.11. Rerata Variabel Penelitian Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan	136
Tabel 5.12. Hasil ANOVA berdasarkan Latar Balakang Pendidikan	136
Tabel 5.13. Hasil Post-Hoc berdasarkan Latar Balakang Pendidikan.....	137
Tabel 5.14. Rerata Variabel Penelitian Berdasarkan Jabatan Responden	138
Tabel 5.15. Hasil ANOVA berdasarkan Latar Balakang Pendidikan	138
Tabel 5.16. Rerata Variabel Penelitian Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan	138
Tabel 5.17. Hasil ANOVA berdasarkan Tipe RS	139
Tabel 5.18. Hasil Post-Hoc berdasarkan Type RS.....	139
Tabel 5.19. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Kepemimpinan.....	143

Tabel 5.20. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Kepemimpinan	143
Tabel 5.21. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Membangun Tim.....	145
Tabel 5.22. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Membangun Tim.....	148
Tabel 5.23. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Manajemen Perubahan	147
Tabel 5.24. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Manajemen Perubahan	148
Tabel 5.25. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Hubungan Personal	150
Tabel 5.26. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Hubungan Personal.....	150
Tabel 5.27. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Karakter.....	152
Tabel 5.28. Validitas dan Reliabilitas Model Pengukuran Variabel Laten KAR	152
Tabel 5.29. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Fokus Hasil.....	154
Tabel 5.30. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Fokus Hasil	155
Tabel 5.31. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Komunikasi	156
Tabel 5.32. Validitas dan Reliabilitas Model Pengukuran Variabel Laten KK.....	157
Tabel 5.33. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Komitmen Manajemen.....	159
Tabel 5.34. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Komitmen Manajemen	159
Tabel 5.35. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Proyek Manajemen	161
Tabel 5.36. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Proyek Manajemen.....	162
Tabel 5.37. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten KD.....	164
Tabel 5.38. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Konsep Diri.....	164
Tabel 5.39. <i>Goodness Of Fit Index</i> (GOFI) Model Penelitian.....	166
Tabel 5.40. Validitas dan Reliabilitas Model Penelitian	168

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

1.1.1. Perkembangan Global

Perdagangan maupun pasar bebas antar negara di era globalisasi membawa dampak ganda bagi perkembangan perumaha-sakitan, di satu sisi era ini membuka kesempatan kerjasama yang seluas-luasnya antar negara, namun di sisi lain era itu membawa persaingan yang tajam dan ketat. Oleh karena itu, tantangan utama di masa mendatang adalah meningkatkan daya saing dan keunggulan kompetitif di semua sektor industri dan jasa dengan mengandalkan kemampuan sumber daya manusia, teknologi dan manajemen (Mbindyo,2009).

Penandatanganan kesepakatan bersama yang dilakukan oleh Indonesia dengan beberapa negara dikawasan Asia Tenggara pada tanggal 20 November 2007 yang disebut “*ASEAN CHARTER*”, di tahun 2015 akan tercipta *single market* dikawasan Asia Tenggara khususnya negara-negara ASEAN¹. Salah satunya sudah disepakati perjanjian kerjasama ekonomi yang berlangsung ke arah perdagangan bebas baik dalam skala regional *ASEAN (Association of South East Asia Nations* dan *APEC (Asia Pasific Economic Cooperation)*,² dimulai tahun 2010, yang mengisyaratkan mekanisme pasar akan didominasi oleh perusahaan atau organisasi bisnis termasuk industri jasa yang mampu memberikan pelayanan atau menghasilkan produk unggulan serta memiliki daya saing tinggi dalam memanfaatkan peluang pasar. Hasil yang disepakati bersama ini menjadikan sebuah tantangan yang harus dihadapi oleh para pelaku ekonomi di Indoensia selain mendukung juga menguatirkan bahwa Indonesia hanya akan menjadi “*target marke*” bagi negara lain karena jumlah penduduknya yang besar. Bidang pelayanan jasa dalam hal ini salah satunya adalah industri jasa di bidang kesehatan.

¹ <http://www.asean.org> dikatatakan bahwa: Negara Brunei, KerajaanCambodia, *Indonesia, Laos, Malaysia,Myanmar, Phylippines, the Singapore, Thailand dan Viet Nam ditahun 2015* BERTEKAD untuk mengintensifkan pembentukan komunitas melalui meningkatkan kerjasama regional dan integrasi, khususnya dengan membentuk Komunitas ASEAN yang terdiri dari Komunitas Keamanan ASEAN, Dewan Ekonomi ASEAN Masyarakat dan ASEAN Socio-Cultural Community di kawasan Asia Tenggara.

²<http://apec.org/Groups/Other-Groups/FTA RTA.aspx> Free Trade Agreements and Regional Trading Agreements

1.1.2. Perkembangan Nasional

Saat ini makin banyak warga Indonesia yang lebih memilih untuk berobat di luar negeri, baik para pejabat negara, pengusaha sampai artis, yang menjalani pengobatan di RS di Singapura, Malaysia dan Thailand. Selain semakin sering Negara tersebut menjadi tujuan pilihan bagi wisatawan kesehatan dari Indonesia, banyak RS Swasta lokal sekarangpun menawarkan berbagai paket medis dan pengaturan khusus untuk pasien asing. (Frost and Sullivan, 2010).

Berbagai alasan untuk bepergian ke luar negeri untuk perawatan medis selain pelayanan yang diberikan juga didorong oleh faktor-faktor seperti biaya lebih terjangkau, spesialisasi yang lebih baik dan kualitas perawatan medis dengan waktu tunggu yang pendek dan menggunakan pemanfaatan teknologi maju. Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan dr Supriyantoro SpP MARS mengatakan:

“menurut data dari Bank Dunia tahun 2004, devisa Indonesia yang keluar ke luar negeri dari pasien-pasien yang berobat sekitar 70 triliun rupiah pada saat itu. Jadi kalau tahun segitu saja sudah segitu (jumlahnya) dan tidak ada kecenderungan menurun, mungkin sekarang sudah mencapai sekitar 100 triliun rupiah, dan ini bukan jumlah yang kecil,”³

Persaingan yang semakin tajam dan cepat di bidang teknologi, maka setiap organisasi dengan perubahan lingkungan drastis membutuhkan sumber daya manusia yang mempunyai kemampuan dalam memberikan pelayanan prima, dan dapat memberikan nilai memuaskan bagi pelanggan (*customer satisfaction*) juga berorientasi pada nilai (*customer value*) membawa organisasi memerlukan sumber daya manusia yang memiliki keahlian dan kemampuan yang unik sesuai dengan visi dan misi organisasi (Widayat, 2009).

Industri RS di Indonesia menjadi industri yang menarik bagi para investor baik dalam maupun luar negeri. Terlepas dari menguntungkan atau tidak, bisnis RS masih sulit diprediksi, namun pada kenyataannya semakin banyaknya investor pada sektor ini dan menjadikan persaingan antar rumah sakit semakin ketat. Ini memperlihatkan bahwa bisnis RS semakin berkembang (Permana, 2003).

³http://www.bbc.co.uk/indonesia/berita_indonesia/healthtreatmentabroad.shtml. Pasien WNI habiskan Rp100trilyun pertahun di LN, Terbaru 7 Maret 2011 - 14:08 GM

Dalam kurun waktu yang singkat terbukti, tidak hanya pemerintah yang bebenah meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, para pelaku bisnis pun kini semakin aktif berinvestasi di Industri RS Indonesia. Begitu pula para pengusaha Nasional berskala Internasional seperti misalnya:

1. Lippo Group targetkan membangun 25 (dua puluh lima) buah RS Internasional. Ekspansi besar-besaran itu ditargetkan mampu menggerak pendapatan hingga US\$500 juta dengan menarik kue pasar jasa RS Nasional yang menguap ke luar negeri yang jumlahnya mencapai 600.000 pasien dengan nilai ekonominya mencapai 20 triliun rupiah per tahun.⁴
2. PT Daya Adicipta Medika dengan “Klinik Daya Medika” merupakan usaha grup pemilik pengusaha Teddy P. Rachmat dan Danny Rachmat yang berinvestasi per klinik berkisar 10 miliar rupiah, dalam 3 tahun ke depan akan membangun sebanyak 200 klinik kesehatan di sejumlah daerah di Indonesia, melalui klinik kesehatan yang memiliki standarisasi dan berkualitas ini bisa jadi sebagai bentuk *corporate social responsibility* (CSR) perusahaan.⁵
3. Salah satu pemilik properti terbesar dan terkemuka di Indonesia Ciputra dengan groupnya meresmikan RS Ciputra Hospital di Perumahan Citra Raya Kabupaten Tangerang, Bersama dengan Menteri Pariwisata dan Ekonomi Kreatif akan mengembangkan kearah wisata medis. Pemerintah perlu melakukan terobosan sehingga RS internasional di Indonesia bisa mengembangkan wisata medis dengan mengevaluasi peraturan dokter asing.

"Lihat saja masyarakat Indonesia berbondong-bondong berobat ke RS di negara-negara tetangga cari dokter yang bagus.⁶ Kenapa tidak diizinkan saja dokter asing yang qualified itu praktik di Indonesia?," kata Ciputra di sela-sela peresmian Ciputra Hospital di perumahan Citraraya Kabupaten Tangerang siang ini.

⁴ <http://health.kompas.com/read/2011/07/07/13590742/ MRCCC.Siloam.Semanggi.Diresmikan>; oleh Bramirus Mikail | Lusya Kus Anna | Kamis, 7 Juli 2011 | 13:59 WIB

⁵ <http://www.bisnis.com/articles/ : Keluarga-tp-rachmat-akan-bangun-200-klinik>; oleh Rahmayulis Saleh, Kamis, 27 Oktober 2011 | 22:02 WIB

⁶ <http://www.bisnis.com/articles/ RS-Internasional-Tangkap-Peluang-wisata-medis>; oleh Irsad Sati, Hilda Sabri Sulistiyo, Selasa, 01 November 2011

4. Pada peresmian RS MRCCC “Building of Hope” Siloam Semanggi, yang merupakan RS khusus kanker kedua di Indonesia, setelah RS Kanker Dharmais. Dalam sambutannya, Menteri Kesehatan menyatakan:

Kementerian Kesehatan sesuai dengan Rencana dan Strategi tahun 2010–2014, mempunyai target untuk mempunyai RS yang diakui secara internasional dan memenuhi standar akreditasi Joint Commission International (JCI). Sampai saat ini, terdapat 4 (empat) rumah sakit swasta yang sudah mendapatkan akreditasi internasional, yaitu RS Siloam Karawaci, RS Bintaro Tangerang, RS Eka Tangerang dan RS Sentosa Bandung.

Karena itu, diharapkan kepada RS Kanker MRCCC dapat menjadikan upaya pencapaian akreditasi rumah sakit internasional ini sebagai salah satu motivasi untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan dan mampu bersaing di era pasar bebas.⁷

5. Beberapa group besar yang ada saat ini seperti grup “Mitra Keluarga”, “Hermina”, “Bunda”, “National Eye Centre”, “Ramsay”, “Thamrin” dan “Jakarta Eye Centre” mulai mengembangkan diri dan merambah ke berbagai kota kota besar yang ada di Indonesia.

Dalam rapat kerja dengan Komisi IX DPR-RI tanggal 18 Januari 2010 di Jakarta, Menkes dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, Dr. PH, selain memaparkan evaluasi Kinerja Tahun 2010 juga membeberkan 5 prioritas program pembangunan kesehatan Tahun 2011 selain itu memberikan data dari Kementerian Kesehatan hingga Desember, akhir tahun 2011 ini kenaikan selama 10 tahun berkembang dengan cepat dan tercatat 1.722 unit di mana (895 merupakan RS swasta profit dan non profit) RS.

Perubahan perkembangan secara nasional ini menunjukkan adanya transformasi dari keadaan sekarang menuju keadaan yang diharapkan di masa akan datang dengan suatu keadaan yang lebih baik. Melihat adanya gejala perubahan, terdapat beragam pandangan bagaimana terjadinya perubahan tersebut, ada yang memandang perubahan sebagai sebuah proses yang dilakukan dengan pendekatan sistem, atau adapula yang mengatakan dalam memandang perubahan akan membentuk suatu model.

⁷ <http://health.kompas.com/indexberita>; Perkembangan RS di Indonesia, Rabu, 23 November, 2011, di Jakarta

1.1.3. Perkembangan Konsumen Rumah Sakit

Era reformasi nasional dimana banyak bermunculan kasus-kasus tuntutan seperti misalnya kasus Prita Mulyasari, rentetan peristiwa atau kejadian yang menimpa RS di bawah pengelolaan swasta dengan berlabel International, temuan obat baru dan penggunaan obat-obat herbal dan tradisional yang meningkat disertai transisi epidemiologi dan peningkatan populasi usia lanjut., otomatis biaya kesehatan akan meningkat dan pasien sebagai konsumen makin tinggi tuntutan dan harapannya. Sehingga bila tidak terjadi layanan yang memadai tentunya jumlah orang Indonesia berobat ke luar negeri kembali meningkat (*consumption abroad*). (Tempo: 22Jun2009).

Komersialisasi pelayanan medis merupakan fenomena baru yang sudah umum berkembang ditengah masyarakat. Jasa pelayanan medis sudah mulai merambah ke dunia bisnis. Jasa dan produk kesehatan sudah mulai diiklankan walaupun masih hati-hati dan tidak seagresif produk atau jasa lain. mau tidak mau sudah saatnya sebagian RS Swasta dan para pemiliknya harus mulai berorientasi kepada pelanggan (kepada konsumen), walaupun belum siap bersaing bebas baik di tingkat regional maupun global karena terbelenggu berbagai masalah kurang komitmen SDM terutama ego-sektoral tenaga ahli, inskonsistensi sistem organisasi dan kepemimpinan, perbedaan persepsi mutu layanan, keterbatasan dana dan kurangnya semangat wirausaha dan budaya kerja (Aditama, 2003).

1.2. **Permasalahan**

Perubahan perumahsakitannya yang menjadi otonomi daerah akibat menjadi pengaturannya menjadi desentralisasi, penerapan *outsourcing* untuk berbagai kegiatan RS, serta ada pemilik RS yang mengkontrakkan manajemen rumah sakitnya. Penerapan manajemen mutu, *benchmarking*, akreditasi, sertifikasi ISO dan *Performance Audit*. Aliansi strategis dengan RS di dalam dan di luar negeri (*Net – Working*, pendidikan, pelatihan, pertukaran SDM, pujukan, pemakaian bersama teknologi dan jasa – jasa dsb) menyebabkan keberadaan manusia dalam organisasi memiliki posisi yang sangat vital, sedangkan keberhasilan organisasi sangat ditentukan oleh kualitas orang-orang yang bekerja di dalamnya. Perubahan lingkungan yang begitu cepat menuntut kemampuan mereka dalam menangkap fenomena perubahan tersebut, menganalisa dampaknya

terhadap organisasi dan menyiapkan langkah-langkah guna menghadapi kondisi tersebut. (Sutoto, 2010)

Pemberlakuan Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen atas perlindungan hukum atas hak-hak konsumen di Indonesia, konsumen (pasien) menjadi fokus penting baik *stakeholder* maupun pimpinan RS untuk lebih responsif terhadap kebutuhan para pasien dan pengguna RS, sehingga terbina dan terpelihara hubungan antara dokter, pasien dan pengelola rumah sakit.

Undang-undang kesehatan No. 36 tahun 2009 pada Bab V, pasal 22, 33, 34, mengenai tenaga kesehatan memiliki kualifikasi minimum, setiap pimpinan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan masyarakat yang dibutuhkan, dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorang yang memiliki kompetensi manajemen yang dibutuhkan. yang akan diatur dengan peraturan menteri.

Pemberlakuan Undang Undang Rumah Sakit, No. 44 tahun 2009, mengatur kepemimpinan sebuah RS harus dilatar belakangi dengan pengetahuan di bidang medis serta manajemen perumahsakit (Depkes, 2009). Penerbitan Peraturan MENKES No.971/Menkes/Per/XI/2009 tentang standar kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan, sebagai dasar penetapan model kompetensi pimpinan atau manajer puncak sesuai yang diamanatkan undang-undang RS.

Dengan adanya pemberlakuan undang-undang maupun peraturan yang ada saat ini, membuat para pemilik RS harus dapat mencari, melihat dan memilih seorang manajer puncak yang mempunyai kompetensi berorientasi kepada pelanggan, serta Pemilik rumah sakit hingga saat ini belum memiliki sebuah pedoman atau kriteria prasyarat untuk menentukan seorang manajer puncak yang memenuhi syarat dari sisi kompetensi berdasarkan profesionalisme. Untuk itu diharapkan ada sebuah alat ukur yang dikembangkan dari negara yang sudah mengembangkan model kompetensi, nantinya dipergunakan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit yang ada di Indonesia. Agar rumusan kebutuhan kompetensi dan kualifikasi pengelola rumah sakit sesuai dengan kebutuhan riil di lapangan dan memiliki kesetaraan dengan para pengelola rumah sakit dari negara lain, maka perlu dilakukan dengan pola standarisasi dan sertifikasi kompetensi yang selama ini berlaku (Permana, 2003).

Menghadapi kompleksitas organisasi dan beragamnya berbagai permasalahan yang cenderung semakin rumit, kepemimpinan dan *entrepereurship* akan semakin dibutuhkan bahkan merupakan kebutuhan utama. Kapabilitas dan kapasitas direktur RS akan semakin dituntut oleh berbagai pihak yang berkepentingan. Sesuatu yang pasti adalah bagaimana seorang manajer puncak memiliki kompetensi untuk mengenali budaya yang ada di RS yang dipimpinnya, bahkan sudah seharusnya mengenal budaya pasar lokal dan global, walaupun tidak mudah namun merupakan fakta kehidupan yang justru merupakan peluang yang menguntungkan dari adanya perbedaan budaya baik internal maupun external rumah sakit (Widayat, 2009)

Data dari Kementerian Kesehatan hingga Desember, akhir tahun 2011 ini kenaikan selama 10 tahun berkembang dengan cepat dan tercatat 1.716 unit (sebagian besar swasta) RS, ini dikemukakan oleh Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih pada acara pertemuan bulan di sela pertemuan bulanan Kamar Dagang dan Industri (Kadin) Indonesia Bidang Tenaga Kerja, Pendidikan dan Kesehatan.⁸

*Perluasan peranan swasta di bidang kesehatan, termasuk memudahkan akses warga terhadap pengobatan yang baik, mutlak diperlukan. Kebutuhan layanan rumah sakit pada masa datang akan bertambah seiring lonjakan jumlah penduduk, pertumbuhan ekonomi, kenaikan pendapatan, dan peningkatan usia hidup. Jumlah rumah sakit saat ini dan setiap tahun meningkat. Namun, ini belum diiringi pemerataan distribusi layanan kesehatan serta kebutuhan tenaga medis dokter spesialis dan perawat terlatih yang memadai.*⁹

Kebutuhan kepemimpinan saat ini jauh lebih besar daripada masa lalu, kepemimpinan merupakan suatu sumber daya sosial utama dan sangat penting. Sebagaimana yang dikeluhkan banyak para manajer puncak RS Swasta mengalami kesulitan menghadapi para dokter yang arogan, tidak disiplin terhadap prosedur, tidak disiplin waktu, atau tidak mau mengisi status pasien. Seiring dengan kemajuan IPTEK Kedokteran dan Kesehatan serta munculnya iklim persaingan bebas dengan terbukanya pintu akses antar negara dengan diberlakukannya berbagai perjanjian yang menuju “globalisasi dunia”, maka akan semakin mudah masuknya berbagai tenaga ahli luar

⁸ <http://health.kompas.com/indexberita>; Perkembangan RS di Indonesia, Rabu, 23 November, 2011, di Jakarta

⁹ <http://rs.upayakesehatan.info>, Kementerian Kesehatan, Des, 2011.

negeri dalam pasar pelayanan kesehatan. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah dan mengantisipasi dampak negatif dari globalisasi tersebut, maka kita harus selalu belajar dan meningkatkan kompetensi baik secara individu maupaun secara organisatoris (*learning organization*).

Keberhasilan dan masa depan organisasi tergantung kepada kompetensi yang dimiliki oleh manajer puncak RS maupun senior manajer mereka. Sebagai organisasi yang kompleks, RS memiliki interaksi antar berbagai profesi, sehingga konflik bukan merupakan kelainan yang terjadi di RS melainkan merupakan karakteristik dari sebuah rumah sakit. Untuk mengelola hal yang demikian itulah diperlukan seorang manajer yang profesional. Profesional merupakan hasil dari sebuah pendidikan khusus, memiliki standar dan etika profesi serta standar kompetensi. Demikian pula di RS diperlukan standar profesi manajemen termasuk standar kompetensi bagi berbagai jabatan majerial di RS termasuk CEO. (Kerbala, 2003)

1.3. **Pertanyaan Penelitian**

Dengan masalah yang timbul berdasarkan uraian dan masalah terkait dengan memperoleh model yang bisa dikembangkan untuk manajer puncak RS swasta di Indonesia, penelitian yang dilakukan di RS Swasta dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah keterampilan, pengetahuan, sikap, sifat dan *motive* (tujuan) dapat menjadikan sebuah pengukuran model kompetensi manajer puncak RS Swasta?
2. Apakah gaya kepemimpinan, hubungan antar personal, membangun tim, manajemen perubahan, karakter, fokus pada hasil, komunikasi, komitmen manajemen, kemampuan diri dan projek manajemen merupakan penentu dari faktor-faktor keterampilan, pengetahuan, sikap, sifat dan *motive* (tujuan) menentukan kompetensi seorang manajer puncak RS Swasta?

1.4. **Tujuan Penelitian**

Tujuan umum penelitian ini bertujuan untuk memperoleh model standar kompetensi bidang keahlian yang memenuhi kriteria berdasar pada keahlian manajer

puncak RS Swasta untuk dimaknai dengan dilakukannya eksplorasi data secara komprehensif.

1.4.1. Tujuan Khusus:

1. Menggali faktor-faktor pengetahuan, keterampilan, tujuan sifat dan sikap dalam membangun model pengukuran kompetensi manajer puncak RS yang diharapkan dan teruji dan bisa dipergunakan sebagai bahan acuan untuk RS swasta.
2. Menggunakan rujukan dari standar-standar sejenis yang dipergunakan oleh negara lain atau standar internasional, sebagai referensi untuk memformulasikan faktor-faktor yang tergal menjadi faktor-faktor faktor membangun model kompetensi manajer puncak RS Swasta.
3. Memperhatikan kompetensi yang sudah diberlakukan oleh pemerintah tentang standar kompetensi pejabat struktural di Kementerian Kesehatan untuk diterapkan sebagai sebagai dasar penetapan model kompetensi direktur RS pemerintah sebagai bahan rujukan agar memudahkan dalam pencapaian konsensus dan pemberlakuan model kompetensi manajer puncak RS yang diterima secara nasional.

1.5. Ruang lingkup

Penelitian ini hanya mencakup RS swasta se-JABODETABEK, pemilihan daerah penelitian ini berdasarkan kondisi dan pemikiran bahwa:

1. Sebagian besar RS Swasta besar dan kelompok berada di lingkungan JABODETABEK, dan umumnya manajer puncak RS sudah masuk dalam kriteria penelitian dan sesuai dengan ketentuan peraturan pemerintah.
2. Sebagian besar para manajer puncak RS aktif di kegiatan kepesertaan pelatihan yang diselenggarakan oleh assosiasi baik RS maupun profesi, sehingga memudahkan peneliti dalam melakukan penilaian dan hal ini berkaitan dengan waktu penelitian.

1.6. Keutamaan Penelitian

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat ganda baik bagi pengembangan ilmu atau teori dan metodologi maupun penereapan model kompetensi manajer puncak RS Swasta di Indonesia:

1.6.1. Ditinjau dari Aspek Teoritis

Manusia adalah sebuah Aset sumber daya yang paling penting harus tersedia untuk sebuah organisasi. Dan setiap saat organisasi selalu berkembang sesuai dengan perubahan zaman. Penelitian ini baik bagi pengembangan ilmu dan teori juga metodologi, maupun bagi penerapan aplikasi program yang dapat mengidentifikasi kompetensi yang diperlukan dan mengembangkan model kompetensi kinerja yang efektif dalam tugas manajer puncak dengan menggunakan pengembangan model-model kompetensi. Diharapkan ditemukan faktor-faktor kompetensi pekerjaan yang berkinerja yang unggul digunakan dalam menangani SDM di RS terutama dalam mengevaluasi kinerja mereka.

1.6.2. Ditinjau dari Aspek Metodologis

Penelitian yang dilakukan bertujuan untuk mengeksplorasi kompetensi manajer puncak RS Swasta se-JABODETABEK berdasarkan studi literatur dan kriteria-kriteria kompetensi manajer memvalidasi kerangka kompetensi manajer puncak RS yang tersusun melalui metode delphi (*delphi method*) dengan melibatkan para pakar pengembangan di Universitas Indonesia, dan perumahsakitannya, mengembangkan model kompetensi yang berisi kompetensi manajer puncak beserta indikator-indikator dari kompetensi tersebut yang dikembangkan (Nelson, 2002).

Penggunaan metode Delphi untuk memvalidasi model kompetensi yang dikembangkan oleh peneliti untuk membuktikan bahwa metode terpilih sebagai instrumen populer dalam penelitian mengenai pengelolaan sumber daya manusia untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah-masalah yang penting sesuai dengan langkah-langkah kunci untuk proses sampai terjadinya konsensus telah tercapainya sebuah model (Brill, 2006).

1.6.3. Ditinjau dari Aspek Aplikatif

Dengan tersusunnya instrumen pengukuran kompetensi manajer puncak RS swasta, diharapkan Kementerian Kesehatan dapat mempertimbangkan masukan dalam membuat sebuah ketetapan minimal bagi persyaratan manajer puncak RS Swasta di Indonesia, disertai berbagai faktor-faktor standar yang melandasi sebuah komponen-komponen kompetensi manajer puncak RS.

Dengan langkah-langkah dan tahapan analisa baik itu kualitatif dan kuantitatif dapat disimpulkan apa saja yang menjadi landasan komponen-komponen kompetensi manajer puncak dan kejelasan keterkaitannya dengan komponen-komponen kompetensi sebuah RS swasta di Indonesia yang dapat dijadikan alat ukur dasar pemilik RS (*stake holder*) dalam memilih kriteria seorang pimpinan RS yang dimiliki.

1.7. Kebaruan (*Novelty*) Penelitian

Penelitian model kompetensi manajer puncak RS Swasta ini bertujuan untuk mendapatkan model yang sesuai bagi pemilik maupun seorang pencari kerja sebagai dasar dalam mengelola RS yang dimilikinya. Penelitian ini mengacu kepada penelitian di Negara lain, dan beberapa pendapat dari berbagai pakar RS yang ada di Indonesia yang digabungkan dan diharapkan diperoleh sebuah indikator-indikator maupun faktor-faktor yang dapat membangun sebuah model. Diharapkan model yang diperoleh dapat memberikan pengayaan dari kompetensi yang sudah diberlakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam hal ini untuk para pejabat strukturalnya, terutama bila para pejabatnya masuk dalam mengelola RS swasta yang anda.

Dari hasil penelitian ini dengan analisa permodelan (CFA) confirmatory factor analysis, diperoleh variabel-variabel dari kompetensi dan nantinya dapat digunakan sebagai penelitian lanjutan. Hasil penelitian ini nantinya dapat langsung dikembangkan oleh peneliti lain ke dalam model pemograman database yang akan dibuat untuk menilai dan mengevaluasi kompetensi manajer puncak RS. Swasta.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Sistem Kesehatan dan Rumah Sakit

Perubahan ekonomi, sosial dan teknologi seperti yang telah disinggung pada pendahuluan sedang berlangsung dan tak henti-hentinya telah memacu kebutuhan untuk fleksibel, pekerja terampil yang dapat membantu organisasi mereka mencapai kesuksesan dan mempertahankan keunggulan kompetitif. Untuk menjadi relevan dalam organisasi dan sangat diperlukan bagi klien dan pelanggan sama, tempat kerja belajar dan kinerja profesional harus terus-menerus menilai kembali kompetensi mereka, memperbarui keterampilan mereka dan memiliki keberanian untuk membuat perubahan yang diperlukan (Adler, P.S, Kwon, SW, Signer J.M, 2003)

Bisnis terutama bisnis jasa pengelolaan telah dan akan selalu menjadi kompleks. Tidak dapat disangkal kebutuhan untuk melakukan perubahan melalui kombinasi memanfaatkan alat prediksi, teknik dan metode tidak dapat dihindari namun tanpa menyepelekan kebutuhan untuk mempertahankan dan mendorong tenaga kerja termotivasi berkinerja tinggi. Kebutuhan perusahaan untuk mempertahankan dalam lingkungan yang kompetitif, memunculkan kebutuhan untuk memahami dan belajar untuk membangun konteks pemetaan kompetensi (Kohn, L.T, Donaldson M.S, Corrigan J.M., 2000).

Perubahan ini memberikan gambaran pemetaan betapa kompetensi membawa dalam sebuah organisasi sebagai alat penting untuk rekrutmen, seleksi dan retensi sebuah organisasi dan bagaimana kerangka kerja model kompetensi dapat dirancang dikembangkan dan diimplementasikan disesuaikan berdasarkan filosofi manajemen, kebutuhan pelanggan, dan proses yang ada organisasi. Rumah sakit merupakan bagian integral dari sebuah organisasi medis dan sosial, fungsi dari yang untuk menyediakan perawatan kesehatan lengkap penduduk, baik kuratif dan preventif, dan yang rawat jalan pelayanan menjangkau keluarga dalam lingkungan rumahnya, RS juga merupakan pusat pelatihan tenaga kesehatan dan penelitian bio-sosial (WHO, 2004).

Rumah sakit merupakan organisasi multidisiplin di mana menggabungkan kegiatan yang terbaik dari praktik administratif dan klinis yang menjadikan suatu bisnis pelayanan yang sangat tergantung kepada kepemimpinan RS untuk membangun kepercayaan pelanggan terhadap mutu layanan yang diberikannya. Setiap kegiatan di RS selalu terlibat manajemen, pelayanan administrasi masing masing komponennya sangat bergantung pada professional dokter, dan banyak professional yang turut andil di dalamnya (Sabarguna,2009).

Pelayanan kesehatan dewasa ini jauh lebih kompleks dibandingkan dengan beberapa dasawarsa sebelumnya. Pada masa kini faktor yang mendorong kompleksitas pelayanan kesehatan antara lain dengan semakin kuat tuntutan pasien maupun masyarakat akan pelayanan kesehatan bermutu, efektif, efisien dengan standar pelayanan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi canggih. Pelayanan kesehatan yang baik, bermutu, profesional, dan dapat diterima oleh pasien merupakan tujuan utama dari pelayanan RS. Namun hal ini tidak mudah dilakukan dewasa ini. Meskipun RS telah dilengkapi dengan tenaga medis, perawat, dan sarana penunjang lengkap, masih sering terdengar ketidakpuasan pasien akan pelayanan kesehatan yang mereka terima.

Menurut UU 44 tahun 2009, tentang Rumah Sakit, di mana dijelaskan bahwa RS adalah sebuah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Selain itu RS merupakan organisasi multidisiplin di mana harus menggabungkan yang terbaik dari praktik administratif dan klinis yang menjadikan suatu bisnis pelayanan yang sangat tergantung kepada kepemimpinan RS membangun kepercayaan pelanggan terhadap mutu layanan yang diberikannya. Dan karena sifat RS adalah suatu industri jasa, maka para pelaku pelayanan (*provider*) haruslah orang-orang yang memiliki pengetahuan yang memadai, sebab pengetahuan perumaha sakitan merupakan hal terpenting dalam industri jasa pelayanan RS saat ini dan kaitannya dengan pengetahuan peningkatan produktifitas dan peningkatan nilai-nilai mutu pelayanan (Depkes SKN, 2004).

2.1.1. Klasifikasi Rumah Sakit

Bidang perumahsakitan di Indonesia diwarnai dengan pelayanan kesehatan yang sangat luas dan kompleks dengan berbagai jenis RS dan kepemilikannya. Kegiatan upaya kesehatan yang menyangkut RS termasuk di dalam upaya rujukan kesehatan dan rujukan medis. Pelayanan kesehatan di rumah sakit terdiri dari berbagai jenis pelayanan yaitu dari pelayanan yang sederhana sampai yang canggih sesuai dengan kemampuan dan kelas RS.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang RS, RS dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan melakukan klasifikasi RS ini untuk mengelompokkan atau penilaian kemampuan pelayanan, pengembangan atau perencanaan sistem RS, efisiensi pelayanan, peningkatan kemampuan medis umum spesialis, pemerataan atau pendekatan pelayanan medis, dan sistem rujukan. Berdasarkan jenis dan fungsi pelayanan. RS sesuai dengan UU. 44/2009 tentang RS, pada Bab VI tercantum, RS dibagi berdasarkan jenis pelayanan diberikan.

1. RS Umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit,
2. RS Khusus memberikan pelayanan utama pada satu, bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan, disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis, penyakit, atau kekhususan lainnya.

Rumah Sakit berdasarkan pengelolaannya dikategorikan dalam:

1. RS Umum yaitu RS publik dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba RS publik yang dikelola pemerintah dan PEMDA diselenggarakan berdasarkan pengelolaan BLU atau BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan PEMDA sebagaimana dimaksud pada tidak dapat dialihkan menjadi RS swasta.

2. Rumah Sakit Khusus berdasarkan pengelolaannya adalah RS privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk PT atau Persero dapat ditetapkan menjadi RS pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar RS pendidikan yang ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan Menteri yang membidangi urusan pendidikan. Rumah Sakit pendidikan menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya. Dalam penyelenggaraan RS Pendidikan dapat dibentuk jejaring RS Pendidikan. RS pendidikan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Klasifikasi dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, RS umum dan RS khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan RS.

1. Klasifikasi RS umum sebagaimana dimaksud terdiri atas a. RS umum kelas A, kelas B, kelas C; kelas D dan klasifikasi
2. RS khusus terdiri RS khusus kelas A; kelas B; kelas C.

Pemerintah melakukan klasifikasi RS ini untuk mengelompokan atau penilaian kemampuan pelayanan, pengembangan/ perencanaan sistem RS, efisiensi pelayanan, peningkatan kemampuan medis umum spesialis, pemerataan atau pendekatan pelayanan medis, sistem rujukan.

2.1.2. Manajemen dan Organisasi Rumah Sakit

Penggunaan sumber daya yang unggul sangat berpotensi bagi sebuah RS, seperti pencapaian efisiensi yang lebih besar dan selanjutnya biaya yang lebih rendah, peningkatan kualitas dan kemungkinan pangsa pasar serta profitabilitas yang lebih besar. Pendekatan analitis yang disebut *Resource-Based View* (RBV) menekankan peningkatan keunggulan bersaing yang berasal dari sumber daya strategis organisasi (Teece *et al*, 1997).

Keunggulan bersaing (*competitive advantage*) memungkinkan perusahaan memperoleh kinerja unggul pada jangka waktu tertentu (Pitts and Lei, 2003). Inti dari RBV adalah bahwa perusahaan berbeda secara fundamental karena memiliki seperangkat sumber daya (Grant, 2002). Pencapaian keunggulan bersaing yang paling efektif adalah dengan menggunakan kompetensi dari perusahaannya (Peteraf, 1993).

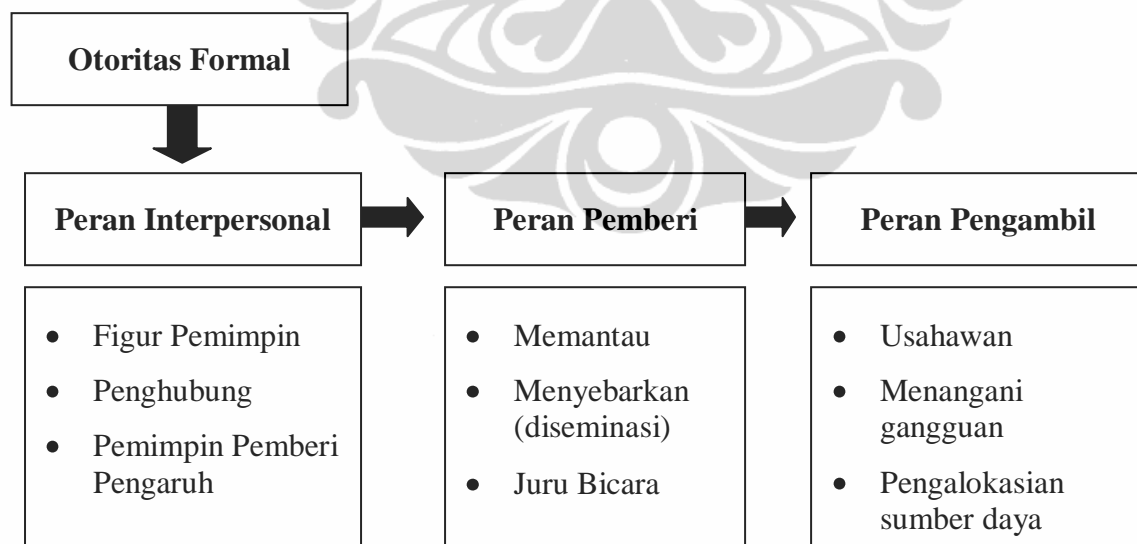
Dikatakan bahwa pendekatan RBV perusahaan dapat mencapai keunggulan bersaing berkesinambungan dan memperoleh keuntungan superior dengan memiliki atau mengendalikan aset-aset strategis baik yang berwujud maupun yang tidak berwujud. Menurut pendekatan RBV, perusahaan merupakan sekumpulan sumberdaya strategis dan produktif yang unik, langka, kompleks, saling melengkapi dan sulit untuk ditiru para pesaing yang dapat dimanfaatkan sebagai elemen untuk mempertahankan strategi bersaingnya. Perkembangan teori dan empiris saat ini membuktikan bahwa RS dengan kompetensi superior akan menghasilkan informasi yang lebih baik mengenai kebutuhan dan keinginan pasien dan para pelanggannya, dan juga lebih baik dalam membangun dan memasarkan jasa kesehatan melalui aktivitas yang terkoordinasi dengan baik. Lebih lanjut, kompetensi superior juga memberi RS kemampuan untuk menghasilkan dan bertindak berdasarkan pengetahuan mengenai aksi dan reaksi pesaing, yang akan membantunya membangun keunggulan bersaing (Widayat, 2009).

Manajemen tidak bisa terlepas dari organisasi, karena organisasi merupakan wahana yang secara struktural menggabungkan sejumlah manusia untuk bekerjasama mencapai suatu tujuan berdasarkan mekanisme kerja dan pembagian fungsi. Organisasi, manajemen dan administrasi dapat diibaratkan sebagai raga dan jiwa, jasmani dan rohani serta dapat dipersonifikasikan sebagai proses fisik, psikologis dan fisiologis. Organisasi adalah raganya, manajemen dan administrasi adalah jiwanya (Kast 1991).

Sementara Dianne, 2005 mengatakan bahwa manajemen adalah proses dalam mengarahkan dan mempersatukan sebuah kegiatan operasional organisasi untuk mewujudkan sebuah tujuan yang nyata kegiatan dalam rangka mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien yang dalam prosesnya banyak liku yang harus ditempuh, terutama dalam hubungannya dengan faktor manusia. Walaupun definisi manajemen yang ada berbeda-beda, tetapi pada dasarnya mempunyai kesamaan yang kuat.

Beberapa peneliti mengatakan bahwa manajemen adalah sesuatu kegiatan yang didapatkan melalui manusia, sementara ada yang mengatakan pula bahwa manajemen adalah suatu proses mencapai tujuan dengan bekerja menggunakan atau melalui manusia. Manajemen suatu institusi kesehatan adalah suatu proses yang terbentuk dari fungsi sosial dan teknis yang saling berhubungan, serta adanya aktivitas (termasuk peran) dalam organisasi formal yang dibentuk untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya-sumber daya lainnya (Longes ,2000). Jadi manajemen (administrasi) institusi kesehatan adalah perencanaan (*planning*), organisasi (*organizing*), mengarahkan (*directing*), kontrol (*controlling*) dan koordinasi (*coordinating*) dari sumber daya dan prosedur yang dibutuhkan untuk kesehatan dan asuhan medis, lingkungan yang sehat yang memenuhi syarat bagi pelayanan khusus untuk klien, pasien, organisasi dan masyarakat.

Peranan manajer di sini adalah sikap atau aktivitas yang berhubungan dengan posisi seorang manajer karena otoritas dan statusnya. Identifikasi peran seorang manajer berdasar klasifikasi Mintzberg adalah peran interpersonal, peran pemberi informasi dan peran pengambil kebijakan tergambar pada gambar 2.1.



Gambar 2.1. Peran Manajer Rumah Sakit

Peran interpersonal biasanya berada pada manajer senior, contoh aktivitas interpersonal adalah sebagai pemimpin atau pelaku kunci atau aktivitas lainnya yang bersifat simbolik. Peran sebagai pemberi informasi adalah pemantauan, penyebar luasan informasi serta sebagai juru bicara, sedangkan peran pengambil kebijakan adalah dalam hal aktivitas yang berhubungan dengan masalah *entrepreneurship* (sebenarnya yang lebih tepat adalah agen pembaharuan), penanganan gangguan, pengalokasian sumber daya dan sebagai negosiator. Di samping pembagian agen pembaharuan, penanganan gangguan, sebagai negosiator sebenarnya ada peran lain yang lebih khas yaitu kombinasi dari ketiga peran tadi, yaitu peran pengambil keputusan. Dalam pembahasan sesuai dengan gambar 2.1 pokok bahasan menyangkut dua pokok utama yakni posisi organisasi dan tingkat otoritas dan luasnya tanggung jawab serta aktivitas. Pembatasan ini jelas akan membawa konsekuensi lebih jauh baik pada tataran konseptual maupun perilaku organisasinya sebelum melangkah ke detail dan inti permasalahan kompetensi untuk menghindari kerancuan konseptual terlebih dulu menjelaskan cakupan (*scope*) kata "pimpinan" (Collin: 2003).

2.2. Pemimpin dan Kompetensi Rumah Sakit

2.2.1. Kepemimpinan vs Manajer

Pemimpin yang sering disebut *leader* adalah seseorang yang terlibat bersama para pengikutnya dalam upaya untuk mencapai tujuan-tujuan, baik dirinya sendiri maupun tujuan-tujuan bagi para pengikutnya. Tugas seseorang *leader* adalah mengarahkan para anak buahnya kepada pencapaian tujuan-tujuan bersama dan menjadi pemimpin tidak bisa terjadi seketika, tetapi membutuhkan perjalanan yang tidak singkat. (Burns, 1998. Bennis dalam Hitt (1993), memberikan pandangan secara umum tentang kepemimpinan dan dikatakan bahwa proses menjadi pemimpin identik dengan proses menjadi manusia seutuhnya.

Perbedaan terbesar antara manajer dan pemimpin adalah cara mereka memotivasi orang-orang yang bekerja atau mengikuti mereka, dan ini menetapkan nada untuk aspek-aspek lain sebagian besar dari apa yang mereka lakukan. Kebanyakan pada keadaannya memiliki keduanya dalam memenej pekerjaan, terutama pada keadaan yang sulit bertindak sebagai pemimpin.

Tabel 2.1. menunjukkan perbedaan antara menjadi pemimpin dan menjadi manajer. Hal ini, tentu saja, karakterisasi ilustratif, dan ada seluruh spektrum antara baik ujung skala ini sepanjang yang bisa berkisar peran masing-masing. Dan banyak orang memimpin dan mengelola pada saat yang sama, sehingga dapat menampilkan kombinasi dari perilaku.

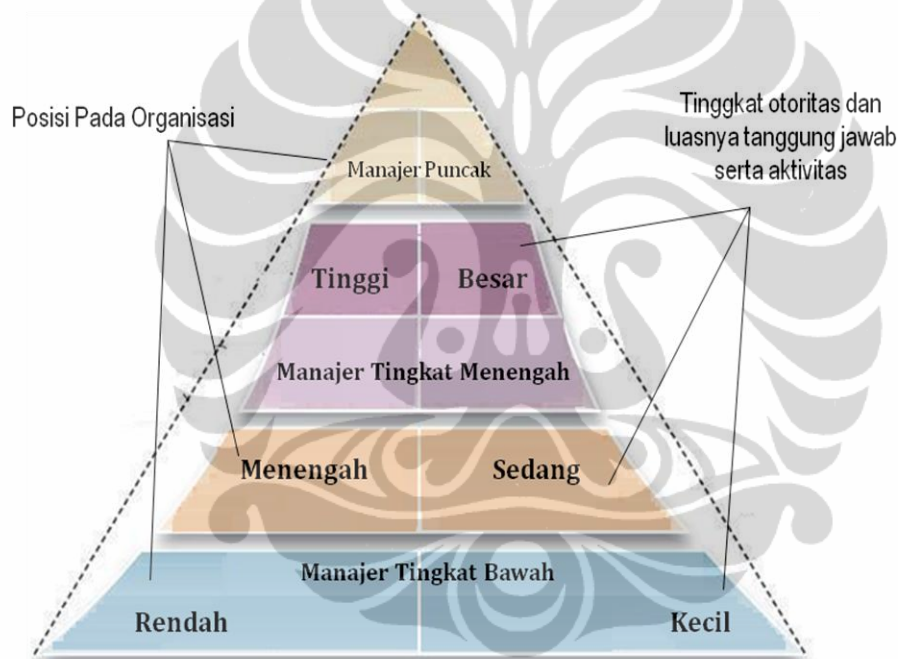
Tabel 2.1. Perbedaan Pemimpin dan Manajer Berdasarkan Warren Bennis

	Pemimpin	Manajer
1.	Menginovasi	Mengelola
2.	Orisinal	Tiruan
3.	Mengembangkan	Mempertahankan
4.	Berfokus pada orang	Berfokus pada sistem dan struktur
5.	Membangkitkan kepercayaan	Bergantung pada pengawasan
6.	Melihat perspektif jangka panjang	Melihat jangka pendek
7.	Bertanya apa dan mengapa	Bertanya kapan dan bagaimana
8.	Menatap masa depan	Melihat hasil pokok
9.	Melahirkan sesuatu	Meniru yang sudah ada
10.	Menentang	Menerima status quo
11.	Dirinya sendiri	Prajurit yang baik
12.	Melakukan hal-hal yang benar	Melakukan hal-hal dengan benar

Dengan paparan pada Tabel 2.1 jelas ada perbedaan pemahaman manajer dan kepemimpinan. Para pemimpin memiliki pembawaan sejak lahir yang memungkinkan mereka memimpin orang lain. Teori perilaku menyatakan bahwa isu utama dalam kepemimpinan adalah menjadikan pemimpin efektif atau gaya kepemimpinan terbaik. Keefektifan pemimpin menggunakan gaya khusus untuk memimpin perorangan dan kelompok dalam mencapai tujuan tertentu akan menghasilkan moral dan produktivitas yang tinggi. Sedangkan teori kontinjensi menyatakan bahwa keefektifan personalitas, gaya, atau perilaku pemimpin tergantung pada sejauhmana pemimpin mampu menyesuaikan dengan situasi yang dihadapi (George R. Terry : 2006)

2.2.2. Klasifikasi Kepemimpinan

Klasifikasi secara tradisional atas fungsi-fungsi manajemen menggambarkan bagaimana manajer mengerjakan apa yang mereka harus kerjakan (aktivitas yang dilaksanakan) untuk mencapai tujuan (hasil kerja) melalui sumber daya manusia serta pemanfaatan sumber daya lainnya (Kast 1991, Rakich 1992 , Shortell & Kaluzny, 1983). Walaupun cara pendekatan, gaya dan metode yang digunakan akan berbeda, karena adanya perbedaan sifat dan ruang lingkup tanggung jawab masing- masing tingkat terlihat pada gambar 2.2.



Gambar 2.2. Skema Arah Manajer Rumah Sakit

Tiga tingkatan pada level manajemen yakni level eksekutif, manajer/pimpinan dan karyawan.

1. Tingkat Tinggi (*executive*) atau disebut Manajer Puncak

Kompetensi apa yang dibutuhkan, hal ini sangat tergantung pada organisasi apa mereka bergerak dengan melakukan analisis terhadap kebutuhan dan dinamika perubahan lingkungan. Tapi pada umumnya pada tingkat pimpinan/eksekutif diperlukan beberapa kompetensi, yakni:

a. Pemikiran strategis (*strategic thinking*);

Pemikiran strategis adalah kompetensi untuk memahami kecenderungan ancaman, kekuatan dan kelemahan organisasi agar dapat mengidentifikasi reaksi strategis (*strategic respons*) secara optimum.

b. Pemimpin perubahan (*change leadership*)

Dari aspek pemimpin perubahan kompetensi untuk mengkomunikasikan visi dan strategi perusahaan dapat ditransformasikan kepada pegawai atau karyawan terkait. Pemahaman atas visi organisasi oleh para karyawan akan mengakibatkan motivasi dan komitmen sehingga karyawan dapat bertindak sebagai sponsor inovasi dan “*entrepreneurship*” terutama dalam mengalokasikan sumber daya organisasi sebaik mungkin untuk menuju kepada proses perubahan.

c. Manajer Pelanggan (*relationship management*)

Sedangkan kompetensi *relationship management* adalah kemampuan untuk meningkatkan hubungan dan jaringan dengan semua pihak terkait baik dengan unsur pemerintah, masyarakat, maupun stakeholder lainnya. Kerjasama dengan negara lain sangat dibutuhkan bagi keberhasilan organisasi.

2. Tingkat Manajer

Pada tingkat manajer, paling tidak diperlukan aspek-aspek kompetensi seperti: fleksibilitas, *change implementation*, *interpersonal understanding and empowering*. Aspek fleksibilitas adalah kemampuan merubah struktur dan proses manajerial; apabila strategi perubahan organisasi diperlukan untuk efektivitas pelaksanaan tugas organisasi.

3. Tingkat Tingkat Pelaksana

Pada tingkat karyawan diperlukan kualitas kompetensi seperti fleksibelitas; kompetensi motivasi dan kemampuan untuk belajar, motivasi berprestasi, motivasi kerja di bawah tekanan waktu; kolaborasi, dan orientasi pelayanan kepada pelanggan.

2.2.3. Visi dan Kompetensi Kepemimpinan Organisasi Masa Depan

Dengan landasan penalaran yang tajam, Widayat (2009) memberikan ramalan bahwa organisasi masa depan yang akan mampu bersaing harus memiliki visi yang jelas dan terarah. Visi adalah suatu pernyataan yang berisi arahan yang jelas tentang apa yang harus diperbuat organisasi di masa yang akan datang (Kouzes 2006). Visi yang jelas dan tepat sesuai dengan kebutuhan organisasi akan mampu menumbuhkan komitmen karyawan terhadap pekerjaan dan mampu memupuk semangat kerja karyawan. Pemimpin dapat menumbuhkan rasa kebermaknaan di dalam kehidupan kerja karyawan dan menumbuhkan standar kerja yang prima serta menjembatani keadaan organisasi masa sekarang dan masa depan (Ng John, 2008).

Survei yang dilaksanakan terhadap pimpinan senior perusahaan, mengungkapkan ciri-ciri atau kemampuan paling dominan yang harus dimiliki pimpinan di era globalisasi adalah kemampuan merumuskan visi masa depan (Stuart, 2008). Visi organisasi merupakan tanggung jawab pemimpin organisasi. Visi adalah komponen sentral dari kepemimpinan yang hebat (*great leadership*) (Blanchard, 2003). Dengan visinya seorang pemimpin memberikan jaminan kepastian/keamanan kepada anak buahnya dalam menyesuaikan diri dengan perubahan karena pengaruh perubahan lingkungan (Chen: 2011).

Sudah jelas bahwa pekerjaan yang tidak ringan dan menjadi keharusan bagi seorang pemimpin untuk dapat merumuskan visi kepemimpinannya (visi organisasi) dengan jelas dan terarah. Untuk dapat merumuskan visi yang jelas, kepemimpinan organisasi harus mempertanyakan visi dan tujuan organisasi saat ini, apa manfaat organisasi bagi masyarakat, apa ciri wilayah kerja dan kerangka kerja institusional dimana organisasi beroperasi, apa keunikan organisasi di dalam wilayah garapan atau di dalam struktur yang dimasuki, dan hal-hal apa yang harus dilakukan agar organisasi maju dan berkembang (Ulrich, 2010).

Penjelasan sebelumnya bahwa pemimpin harus memiliki dimensi kompetensi yang mendasarkan pada fenomena perubahan yang terus menerus terjadi, di samping harus memiliki visi yang jelas dan terarah, pemimpin organisasi masa depan harus memiliki kompetensi yang menonjol sesuai lingkungan perubahan.

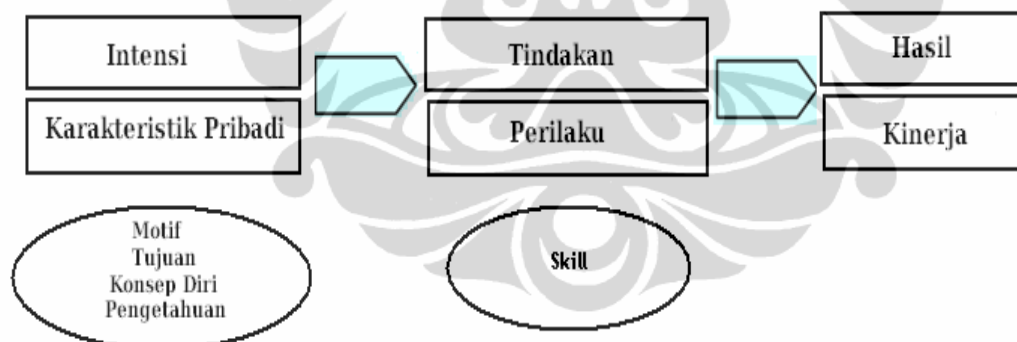
Spencer, et al. (1993) mengidentifikasi beberapa kompetensi yang akan semakin penting bagi pemimpin organisasi masa depan yang meliputi kemampuan berpikir strategis, yaitu kemampuan untuk memahami kecenderungan perubahan lingkungan yang berlangsung cepat, peluang pasar, ancaman kompetisi, kekuatan dan kelemahan organisasi yang dipimpinnya, serta mampu mengidentifikasi tanggapan-tanggapan strategis. Menurutnya kompetensi adalah karakteristik dasar seorang yang ada hubungan sebab akibat dengan prestasi kerja yang luar biasa atau dengan efektivitas kerja. Hubungan Kausal (sebab-akibat) mengindikasikan bahwa keberadaan suatu kompetensi (*Competency*) dan pendemonstrasiannya memprediksi atau menyebabkan suatu kinerja unggul.

- a. Sejumlah *competency* (seperti *motive, traits, dan self concept*) memprediksikan *skill* (ketrampilan) dan *action* (tindakan).
- b. Ketrampilan dan tindakan ini pada gilirannya memprediksi kinerja (*performacnce*) dan hasil (*outcome*) pekerjaan.

Competency selalu mencakup maksud (*intent*), maksud/niat adalah motif yang mengakibatkan sebuah tindakan (perilaku) yang membuahkan hasil. Model alur kausal dapat digunakan untuk menganalisis resiko jika suatu kompetensi penting tidak diakuisisi atau dikembangkan dalam diri karyawan. Karakteristik dasar yang tidak tampak dan yang tampak seperti motif, sifat, konsep diri, nilai-nilai, pengetahuan dan keterampilan yang menghasilkan kinerja sesuai standar yang ditentukan sebelumnya.

Karakteristik dasar merujuk pada karakteristik fisik dan konsistensi tanggapan terhadap situasi atau informasi. Penglihatan yang baik merupakan karakteristik pribadi yang diperlukan ahli bedah, seperti juga pengendalian diri dan tetap tenang dibawah tekanan. Motif adalah merupakan emosi, hasrat kebutuhan psikologis atau dorongan-dorongan yang lain yang memicu tindakan. Konsep diri dan nilai-nilai merujuk pada sikap, nilai-nilai dan citra diri pada seseorang. Kepercayaan seseorang bahwa ia berhasil disituasi tertentu.

Pengetahuan merujuk pada informasi dan hasil pembelajaran, misalnya pengetahuan dasar bedah syaraf. Keterampilan keahlian merujuk pada kemampuan seseorang untuk melakukan suatu kegiatan, misalnya keahlian ahli bedah melakukan operasi. Bila dituangkan dalam gambar 2.3, sebuah kompetensi secara garis besar. Kepemimpinan dalam perubahan, yaitu kemampuan untuk mengkomunikasikan visi strategis organisasi kepada seluruh pihak yang terkait, menciptakan komitmen dan motivasi, penggerak inovasi dan semangat kewirausahaan, serta mampu mengalokasikan sumber daya organisasi secara optimal untuk mengantisipasi perubahan yang akan terjadi. Pengelolaan hubungan, yaitu kemampuan untuk membina hubungan di tengah-tengah jaringan kerja yang kompleks, baik dengan partner usaha maupun pihak lain yang memiliki pengaruh terhadap keberlangsungan organisasi. Diyakini banyak pihak bahwa organisasi masa depan menghadapi perubahan-perubahan yang akan mempengaruhi kehidupan organisasi.



Gambar 2.3. Definisi Kompetensi (Lyle M. Spencer @ Signe M. Spencer)

Apapun gaya kepemimpinan yang akan dipilih, dalam kondisi seperti itu organisasi membutuhkan kepemimpinan yang efektif sehingga bisa mengantarkan organisasi mencapai tujuannya. Pada Tabel 2.2. disajikan berbagai ide atau gagasan dari sejumlah tokoh mengenai kepemimpinan yang efektif.

Tabel 2.2. Pendapat Para Tokoh Mengenai Kepemimpinan Efektif

Tokoh	Pemimpin Yang efektif (<i>Effective Leaders</i>)
Plato	Rajanya ahli filsafat (<i>philosopher-king</i>)
Machavelli	Sebagai pemegang kekuatan (<i>power-wielders</i>), seseorang yang menggunakan dan memanipulasi, eksploitasi, dan tidak berbelit belit untuk mencapai tujuan mereka sendiri.
Weber	Memiliki karisma – daya spiritual khusus pribadi yang berkualitas yang dapat memberikan pengaruh individu atas sejumlah besar orang.
Taylor	Melihat manajemen sebagai ilmu
DePree	Melihat manajemen sebagai seni
Drucker	Mampu melaksanakan fungsi manajemen : perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan mengukur.
Appley	Menguasai seni mendapatkan sesuatu melalui orang lain.
McGregor	Memahami manusia dari sudut pandang perusahaan
Likert	Mampu membangun sistem manajemen yang efektif
Blake and Mouton	Pemimpin yang efektif memilih gaya kepemimpinan yang mencerminkan kepedulian terhadap produksi dan orang.
Iacocca Bradford and Cohen	Para pemimpin yang efektif berfokus pada tiga "P", orang (<i>people</i>), produk (<i>product</i>), dan keuntungan (<i>profit</i>).
Block	Pemimpin efektif yang bisa mengembangkan orang (<i>develop people</i>)
Kanter	Pemimpin yang bisa memberdayakan (<i>empower others</i>).
Bennis and Nanus	Pemimpin yang bisa menjadi ahli dalam perubahan (<i>change masters</i>)
Burns	Pemimpin yang mempunyai visi dan mampu menterjemahkan kepada tindakan.
Deming	Effective leaders are able to <i>lift followers into their better selves, and help others do quality work.</i>

Sumber: Hitt, William D. (1993)

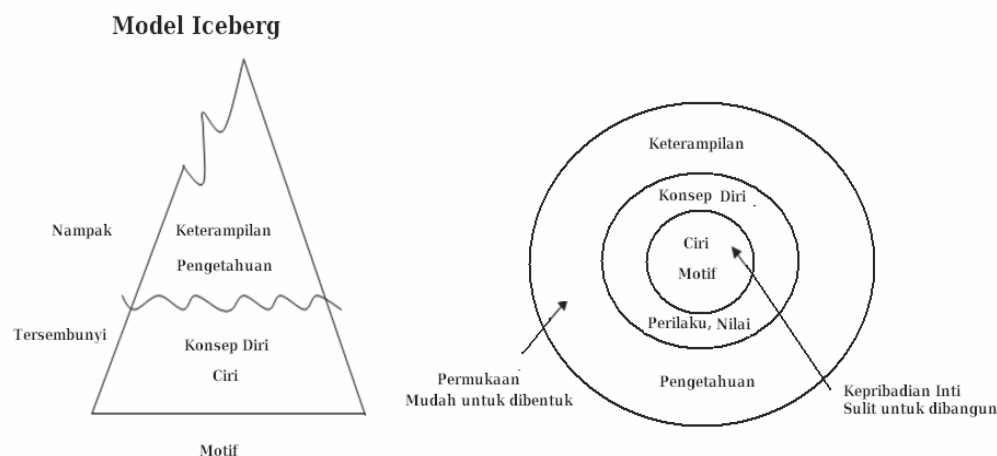
2.3. Pengertian Kompetensi

2.3.1. Definisi Kompetensi

Beberapa tahun terakhir ini istilah kompetensi menjadi populer dikalangan praktisi manajemen sumber daya manusia. Kompetensi, dipercaya sebagai faktor yang memegang faktor kunci dalam keberhasilan seseorang dalam pekerjaannya. Identifikasi kompetensi yang tepat dianggap memiliki nilai prediksi yang cukup valid terhadap kinerja seorang karyawan. Kamus LOMA (1998), kompetensi didefinisikan sebagai aspek-aspek pribadi dari seorang pekerja yang memungkinkan dia untuk mencapai kinerja yang superior. Aspek-aspek pribadi ini termasuk sifat, motif-motif, sistem nilai, sikap, pengetahuan dan keterampilan. Kompetensi-kompetensi akan mengarahkan tingkah mengarahkan tingkah laku. Sedangkan tingkah laku akan menghasilkan kinerja.

2.4. Faktor-Faktor Pembentuk Kompetensi

Menurut McClelland, kompetensi biasa dianalogikan seperti "gunung es" pada gambar 2.4 tergambaran sebuah ilustrasi dimana ketrampilan dan pengetahuan membentuk puncaknya yang berada di atas air. Bagian yang dibawah permukaan air tidak terlihat dengan mata terlanjang, namun menjadi fondasi dan memiliki pengaruh terhadap bentuk bagian yang berada di atas air. Peran sosial dan citra diri berada di bagian "sadar" seseorang, sedangkan *trait* dan *motive* seseorang berada pada alam "bawah sadar"nya.



Gambar 2.4. Gunung Es McClelland (Spenser:1999)

Dengan mengambil ilustrasi pada Gambar 2.4. dari David McClelland bahwa setiap kompetensi memiliki ujung titik "*tipping point*" yang menunjukkan kemahiran yang memisahkan setiap individu dalam memprediksikan secara efektif kinerja unggul (*superior performance*) yang dicapai dalam pekerjaan atau di dalam situasi yang biasa dianalogikan seperti "gunung es" (Spenser 1999). Kompetensi mencakup maksud, niat atau tujuan yang mengakibatkan sebuah tindakan membuahkan hasil.

Mc. Clelland (1997) sebagai penggali awal masalah kompetensi, saat ini sudah menghasilkan perkembangan sejumlah model kompetensi generik (umum) terutama fungsi manajerial. Kompetensi dasar merupakan karakteristik penting seperti pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan seseorang untuk mencapai standar minimum dalam sebuah pekerjaan. Kompetensi dasar ini tidak membedakan karyawan yang berkinerja-unggul dan karyawan biasa.

Kompetensi pembeda merujuk pada sejumlah fakta seperti motif, karakteristik pribadi, konsep diri, serta nilai-nilai yang membedakan karyawan yang berkinerja-unggul dan karyawan biasa. Kompetensi juga dapat dibedakan berdasarkan pada tingkatan bagaimana kompetensi itu dapat diajarkan. Standar kompetensi merupakan sebuah kebutuhan bagi individu untuk benar melakukan pekerjaan tertentu. Itu meliputi kombinasi pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang digunakan untuk meningkatkan kinerja, lebih umumnya, adalah kompetensi atau berkualitas, memiliki kemampuan untuk melakukan peran tertentu (Spencer Lyle, 1993), atau dengan kata lain dapatlah dirumuskan bahwa kompetensi diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup atas pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas sesuai dengan standar unjuk kerja yang ditetapkan dan tidak semua aspek-aspek pribadi dari seseorang pekerja itu merupakan kompetensi.

Keterampilan dan pengetahuan lebih mudah untuk dikenali. Dua kompetensi ini juga relatif lebih mudah dibentuk dan dikembangkan melalui proses belajar dan pelatihan yang relatif singkat. Sebaliknya, peran sosial, citra diri dan motif tidak mudah untuk diidentifikasi, dan lebih sulit, serta membutuhkan waktu lebih lama untuk memperbaiki atau mengembangkannya. Kompetensi berkembang dan lahir di Amerika

Serikat, dan pemberi kontribusi dalam pengembangan kompetensi adalah Prof. McClelland (1973) dari *Harvard University* dan dilanjutkan oleh Boyatzis (1982), Woodruffe (2000) dan Spenser (1993). Sejumlah pengertian kompetensi diperkenalkan dari berbagai peneliti dan diterjemahkan di dalam Tabel 2.3.

Tabel 2.3. Definisi Kompetensi Berdasarkan Beberapa Peneliti

Ronald Zamkee (1982)	Perbedaan makna perilaku bukan berasal dari kebodohan atau ketamakan pasar, tetapi berasal dari prosedur mendasar dan perbedaan filosofis di antara mereka yang berlomba mendefinisikan dan membentuk sebuah kompetensi.
Boyatzis (1982)	Sebuah kompetensi kerja adalah karakteristik yang mendasari karyawan (yaitu motif, sifat, peran, atau badan pengetahuan, keterampilan, aspek dari satu citra diri, peran sosial,), yang menghasilkan efektif dan atau kinerja unggul dalam pekerjaan.
Spenser & Spenser (1994)	Kompetensi adalah karakteristik dasar seorang yang ada hubungan sebab akibat dengan prestasi kerja yang luar biasa atau dengan efektivitas kerja. Hubungan kausal (sebab-akibat) mengindikasikan bahwa keberadaan kompetensi, mendemonstrasikan, memprediksi atau menyebabkan kan suatu kinerja unggul. <ul style="list-style-type: none"> a. Sejumlah kompetensi (<i>motive, traits, dan self concept</i>) memprediksikan skill (keterampilan) dan action (tindakan). b. Keterampilan dan tindakan ini pada gilirannya memprediksi kinerja (<i>performacnce</i>) dan hasil (<i>outcome</i>) pekerjaan.
Rowe (1995)	Kompetensi sebagai "keterampilan atau standar kinerja. Saat 'kompetensi' mengacu pada perilaku yang dicapai, menggambarkan apa yang orang lakukan, sementara yang lain berfokus pada bagaimana mereka melakukannya"
Stuart dan Lindsay (1997)	Pernyataan nilai yang diberikan kepada yang lain dalam organisasi tertentu. Nilai yang ditempatkan pada seorang manajer yang mampu melakukan dan "menjadi" dengan cara yang sangat dihargai dan dibutuhkan oleh organisasi. "

Tabel 2.3. Definisi (lanjutan)

Sparrow (1997)	Kompetensi adalah repetoar perilaku orang, yaitu mereka menetapkan pola-pola perilaku, yang terkait dengan prestasi kerja dan membedakan yang baik dari kinerja rata rata.
Wynne dan Stringer (1997)	Kompetensi sebagai "hal-hal yang harus diketahui oleh dan dilakukan oleh seseorang untuk untuk mencapai output yang dibutuhkan dalam pekerjaan mereka. "
Kamus LOMA (1998)	Kompetensi sebagai aspek pribadi pekerja yang memungkinkan pekerja mencapai kinerja superior. Aspek pribadi termasuk sifat, motif, sistem nilai, sikap , pengetahuan, dan keterampilan. Kompetensi akan mengarahkan tingkah laku. Sedangkan tingkah laku akan menghasilkan kinerja.
IASPD (1998)	<p>1) Menurut Konsep Inggris</p> <p>Kompetensi adalah uraian sesuatu yang harus dapat dilakukan seseorang dalam lingkup jabatan yang diembannya. Uraian tersebut menjelaskan tentang tindakan, perilaku atau hasil akhir yang harus dapat ditunjukkan oleh orang tersebut (NCVQ, 1995).</p> <p>Kompetensi merupakan kemampuan melaksanakan kegiatan kerja terhadap standar yang dibutuhkan dalam pekerjaan (MSC, 1988).</p> <p>2) Menurut Konsep Amerika</p> <p>Kompetensi merupakan karakteristik pokok yang akibatnya berhubungan dengan kinerja atasan dalam pekerjaan (Boyatzis, McBer dan Schroder). Aspek-aspek berharga yang ada pada contoh konsep Amerika yang patut dipertimbangkan antara lain orientasi efisiensi, pro-aktifitas, objektivitas serta cara berpersepsi positif yang berkenaan dengan standar yang ditentukan.</p> <p>3) Menurut Standar Nasional</p> <p>Kompetensi adalah apa yang dibutuhkan oleh seorang individu untuk kinerja yang efektif dalam melaksanakan pekerjaan atau tugas perusahaan , di mana secara umum merupakan:</p>

Tabel 2.3. Definisi (lanjutan)

IASPD (1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Sikap, keterampilan, pengetahuan pribadi yang merupakan apa yang dibawa orang untuk bekerja, meliputi kualitas pribadi, keterampilan dan pengetahuan, sikap, pengalaman, dan pertanggung jawaban. • Keterampilan mengelola tugas, cara bersikap dan berorganiasi yang merupakan apa yang dilakukan orang di tempat kerja, meliputi tugas, proses dan perilaku yang menyangkut perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengadaan mesin-mesin, pengelasan, pemasangan, dan sebagainya. • Pencapaian tingkat standar hasil akhir yang merupakan apa yang telah dicapai oleh tiap individu, meliputi hasil akhir sesuai standar yang diharapkan untuk selanjutnya dapat diraih oleh individu yang berkompeten.
Woodruffe (2000)	Seperangkat pola perilaku pemegang jabatan yang perlu membawa ke posisi dalam rangka melakukan tugas dan fungsinya dengan kompetensi.
Heffernan dan Banjir (2000)	Kompetensi SDM berbasis proses didasarkan pada kepercayaan yang mungkin untuk mengidentifikasi, mengisolasi perilaku yang ditunjukkan lebih konsisten dengan karyawan berkinerja baik daripada karyawan yang melakukan rata-rata. "
Miller, Rankin and Neathey (2001)	Kompetensi diartikan sebagai kecakapan, keterampilan kemampuan. Sedang kompeten, berarti cakap, mampu atau trampil. Pada konteks manajemen SDM, istilah kompetensi mengacu kepada atribut karakteristik seseorang yang membuatnya berhasil dalam pekerjaannya.
A.D. Lucia (2003)	Kompetensi mengidentifikasi keterampilan, pengetahuan, dan karakteristik yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan
Ashour (2004)	Kompetensi mengacu pada (<i>Knowledge, Skill, Attitude disingkat KSA</i>) sebagai kinerja standar tertentu. Kompetensi yang diamati, perilaku tindakan yang memerlukan kombinasi KSAs untuk melaksanakan kegiatan dengan ditunjukkan dalam konteks pekerjaannya dan dipengaruhi oleh budaya organisasi dan lingkungan kerja.

Tabel 2.3. Definisi (lanjutan)

R Palan (2007)	Kompetensi adalah deskripsi mengenai perilaku biasanya ditempat kerja merujuk pada pengertian kecocokan seseorang dengan pekerjaannya.
Rust.Eft (2008)	Kompetensi yang mencakup faktor teknis dan non teknis, kepribadian dan tingkah laku, <i>soft skills</i> dan <i>hard skills</i> kemudian banyak dipergunakan sebagai aspek yang dinilai banyak perusahaan untuk merekrut karyawan ke dalam organisasinya.
Van Beirendonck (2009)	Kompetensi, adalah karakteristik diamati dalam bentuk pengetahuan terapan atau perilaku actual yang dalam satu atau lain cara, berkontribusi untuk sukses berfungsi dalam peran tertentu atau fungsi.
PERMENKES RI No.971 /MENKES/PER/XI/2009 Tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan.	<p>Kompetensi adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh seorang pegawai berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan pada tugas jabatannya sehingga pegawai tersebut dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, efektif dan efisien.</p> <p>Kompetensi Dasar adalah kompetensi yang wajib dimiliki oleh setiap pejabat struktural.</p> <p>Kompetensi Bidang adalah kompetensi yang diperlukan oleh setiap pejabat struktural sesuai dengan bidang pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya.</p> <p>Kompetensi Khusus adalah kompetensi yang harus dimiliki oleh pejabat struktural dalam mengemban tugas pokok dan fungsinya sesuai dengan jabatan dan kedudukannya.</p>

Peneliti mengambil pemahaman definisi kompetensi berbagai peneliti yang dijelaskan pada Tabel 2.3.

adalah pemahaman yang mendalam tentang kompetensi yang dibutuhkan sebagai karakteristik-karakteristik keahlian yang mendasari keberhasilan atau kinerja yang dicapai seseorang manajer puncak RS swasta di Indonesia. Dengan kata lain kepentingan kompetensi sebagai dimensi pengukuran kinerja keberadaan manajer puncak RS. Swasta.

2.4.1. Dimensi Kompetensi

Northouse (2004) mengatakan bahwa SDM yang strategis bersumber pada SDM yang menghasilkan kompetensi haruslah langka, unik, khusus, tak berwujud, sulit ditiru diganti dan sulit ditiru. Meyer dan Utterback (1993) menekankan peran penting kompetensi teknologi, penelitian dan pengembangan, kompetensi produksi dan manufaktur, serta kompetensi pemasaran. Selanjutnya membagi kompetensi menjadi kompetensi akses pasar, kompetensi yang berkaitan dengan integrasi, dan kompetensi dikaitkan dengan fungsionalitas. Oliver (1997) percaya bahwa kemampuan fungsional, budaya, posisi, dan pengaturan sebagai pembentuk dan penentu keunggulan perusahaan secara keseluruhan.

Barney (1991) mengatakan bahwa pentingnya kompetensi untuk memperoleh keunggulan bersaing yang berkesinambungan dan membagi empat indikator kompetensi yang dimiliki oleh sebuah perusahaan dapat menjadi sumber keunggulan bersaing yang berkesinambungan, yakni: bernilai (*valuable*), merupakan kompetensi langka diantara perusahaan-perusahaan yang ada dan pesaing potensial (*rare*), tidak mudah ditiru (*inimitability*), dan tidak mudah digantikan (*nonsubstitutability*).

1. Bernilai (*valuable*)

Kompetensi bernilai (*valuable competencies*) adalah kompetensi yang menciptakan nilai bagi suatu perusahaan dengan mengeksploitasi peluang-peluang atau menetralsir ancaman-ancaman dalam lingkungan eksternal perusahaan. Kompetensi dapat menjadi sumber keunggulan bersaing yang berkesinambungan hanya ketika kompetensi tersebut bernilai (*valuable*). Kompetensi dikatakan bernilai ketika kompetensi tersebut menyebabkan perusahaan mampu menyusun dan mengimplementasikan strategi-strategi yang dapat meningkatkan nilai bagi pelanggan khususnya.

2. Langka (*rareness*)

Kompetensi langka adalah kompetensi yang dimiliki oleh sedikit, jika ada, pesaing saat ini atau potensial. Kompetensi perusahaan yang bernilai namun dimiliki oleh sebagian besar pesaing yang ada atau pesaing potensial tidak dapat menjadi sumber keunggulan bersaing yang berkesinambungan. Sebuah

perusahaan dikatakan menikmati keunggulan bersaing ketika perusahaan tersebut dapat mengimplementasikan strategi penciptaan nilai yang tidak dapat dilakukan oleh sebagian besar perusahaan lainnya. Dengan kata lain, keunggulan bersaing dihasilkan hanya ketika perusahaan mengembangkan dan mengeksploitasi kompetensi yang berbeda dari pesaingnya. Jika kompetensi yang bernilai tadi dimiliki oleh sebagian besar perusahaan, dan tiap-tiap perusahaan memiliki kemampuan untuk menggunakannya dengan cara dan teknik yang sama, dan selanjutnya mengimplementasikan strategi yang hampir sama maka dapat dikatakan tidak ada satupun perusahaan yang memiliki keunggulan bersaing.

3. Sulit Ditiru (*Inimitability*)

Kompetensi yang bernilai dan langka tersebut hanya dapat menjadi sumber keunggulan bersaing yang berkesinambungan jika perusahaan lain yang tidak memilikinya, tidak dapat memperoleh kompetensi tersebut. Dalam istilah yang dibangun oleh Lippman *and* Rumelt (1982) kompetensi ini disebut sangat sulit ditiru (*imperfectly imitable*). Kompetensi dapat dikatakan sulit ditiru karena satu atau kombinasi dari tiga alasan berikut:

- a. Kemampuan perusahaan untuk memperoleh kompetensi tergantung pada kondisi historis yang unik. Ketika perusahaan berevolusi, mereka mengambil keahlian, kemampuan, dan sumberdaya yang unik bagi mereka, mencerminkan jalan setapak yang dilalui dalam sejarah. Cara lain untuk mengatakan ini adalah bahwa kadang-kadang perusahaan mampu mengembangkan kompetensi karena berada pada tempat yang tepat dan saat yang tepat (Barney, 1995).
- b. Hubungan antara kompetensi yang dimiliki oleh perusahaan dengan keunggulan bersaing yang berkesinambungan bersifat ambigu (*causally ambiguous*). Para pesaing tidak mampu memahami dengan jelas bagaimana suatu perusahaan menggunakan kompetensi intinya sebagai dasar dari keunggulan bersaingnya. Akibatnya para pesaing tidak pasti tentang kompetensi-kompetensi yang harus mereka kembangkan untuk meniru

manfaat dari strategi penciptaan nilai perusahaan yang disainginya itu (Barney, 1999).

- c. Kompetensi yang menghasilkan keunggulan perusahaan tersebut bersifat kompleksitas sosial (*socially complex*). Kompleksitas sosial berarti bahwa setidaknya beberapa, dan sering kali banyak, kompetensi perusahaan adalah produk dari fenomena sosial yang kompleks. Contoh kompetensi yang kompleks secara sosial meliputi relasi antar pribadi, kepercayaan, dan persahabatan di antara manajer dan antar manajer dengan pegawai serta reputasi perusahaan dengan pemasok dan pelanggan (Barney, 1995).

4. Sulit Digantikan (*Insubstitutability*)

Kompetensi yang sulit digantikan adalah kompetensi yang tidak memiliki ekuivalen strategis. Dua sumber daya perusahaan yang bernilai (atau dua kumpulan sumberdaya perusahaan) ekuivalen secara strategis ketika tiap sumberdaya itu dapat dieksploitasi secara terpisah untuk mengimplementasikan strategi-strategi yang sama. Secara umum, nilai strategis dari kompetensi meningkatkan kesulitan untuk menggantikannya. Semakin tidak terlihat suatu kompetensi, semakin sulit bagi perusahaan untuk mencari penggantinya dan semakin besar tantangan bagi para pesaing untuk meniru strategi penciptaan nilai perusahaan.

Keunggulan bersaing sebuah perusahaan harus didasarkan pada sumberdaya khusus yang menjadi penghalang (*barriers*) aktivitas peniruan dan ancaman pengganti (*imitation and substitution*) produk atau jasa perusahaan. Meningkatnya tekanan persaingan dapat menurunkan keunggulan bersaing perusahaan. Hal ini mengindikasikan bahwa bagi sebuah perusahaan, agar tetap bertahan hidup (*survive*) di tengah tekanan persaingan yang semakin tajam, perusahaan harus mengambil tindakan yang dapat mempertahankan dan memperkuat kompetensinya yang unik (Winter, 2006).

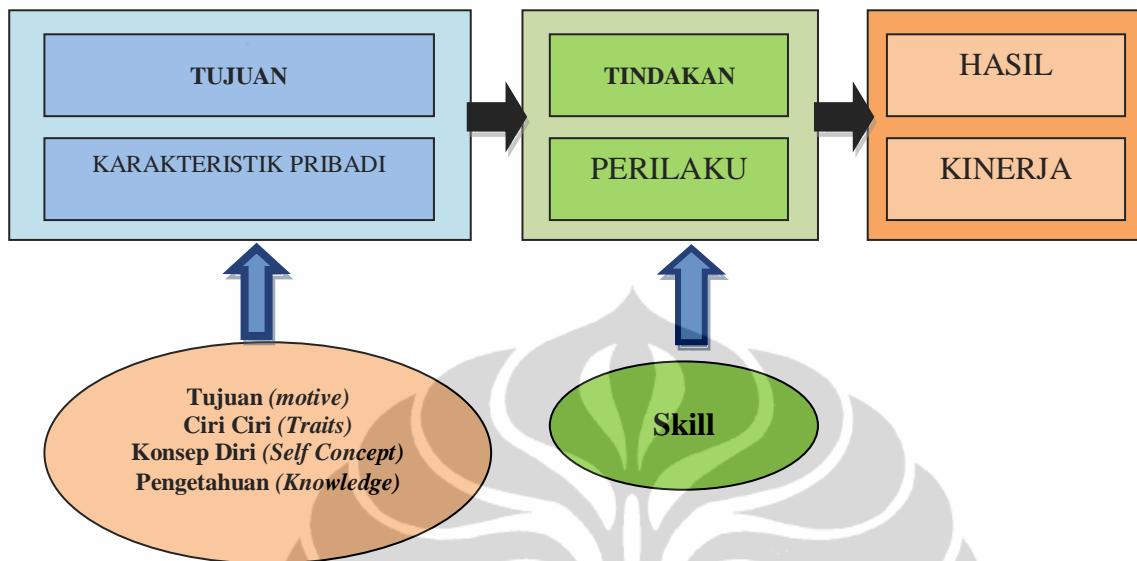
Mc. Clelland (1997) sebagai penggali awal masalah kompetensi, saat ini sudah menghasilkan perkembangan sejumlah model kompetensi generik (umum) terutama fungsi manajerial. Kompetensi dasar merupakan karakteristik penting seperti

pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan seseorang untuk mencapai standar minimum dalam sebuah pekerjaan. Kompetensi dasar ini tidak membedakan karyawan yang berkinerja-unggul dan karyawan biasa. Kompetensi pembeda merujuk pada sejumlah fakta seperti motif, karakteristik pribadi, konsep diri, serta nilai-nilai yang membedakan karyawan yang berkinerja-unggul dan karyawan biasa.

Kompetensi juga dapat dibedakan berdasarkan pada tingkatan bagaimana kompetensi itu dapat diajarkan. Standar kompetensi merupakan sebuah kebutuhan bagi individu untuk benar melakukan pekerjaan tertentu. Itu meliputi kombinasi pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang digunakan untuk meningkatkan kinerja, lebih umumnya, adalah kompetensi atau berkualitas, memiliki kemampuan untuk melakukan peran tertentu atau dengan kata lain dapatlah dirumuskan bahwa kompetensi diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup atas pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas sesuai dengan standar unjuk kerja yang ditetapkan dan tidak semua aspek-aspek pribadi dari seseorang pekerja itu merupakan kompetensi. (Spencer Lyle, 1993).

Model alur kausal dapat digunakan untuk menganalisis resiko jika suatu kompetensi penting tidak diakuisisi atau dikembangkan dalam diri karyawan. Karakteristik dasar yang tidak tampak dan yang tampak seperti motif, sifat, konsep diri, nilai-nilai, pengetahuan dan keterampilan yang menghasilkan kinerja sesuai standar yang ditentukan sebelumnya. Karakteristik dasar merujuk pada karakteristik fisik dan konsistensi tanggapan terhadap situasi atau informasi. Penglihatan yang baik merupakan karakteristik pribadi yang diperlukan ahli bedah, seperti juga pengendalian diri dan tetap tenang dibawah tekanan. Motif adalah merupakan emosi, hasrat kebutuhan psikologis atau dorongan-dorongan yang lain yang memicu tindakan.

Konsep diri dan nilai-nilai merujuk pada sikap, nilai-nilai dan citra diri pada seseorang. Kepercayaan seseorang bahwa ia berhasil disituasi tertentu. Pengetahuan merujuk pada informasi dan hasil pembelajaran, misalnya pengetahuan dasar bedah syaraf. Keterampilan keahlian merujuk pada kemampuan seseorang untuk melakukan suatu kegiatan, misalnya keahlian ahli bedah melakukan operasi. (Spencer, 2006). Bila dituangkan dalam gambar 2.5, sebuah kompetensi secara garis besar.



Gambar 2.5. Gambaran Kompetensi

Karakteristik kompetensi dikembangkan kembali oleh (Spenser, 2006) dan diuraikan sebagai berikut:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merujuk pada informasi yang dimiliki atau dikuasai seseorang dalam bidang tertentu, dan hasil pembelajaran seperti pengetahuan ahli bedah tentang anatomi manusia, mengerti ilmu keuangan.

2. Keterampilan (*Skill*)

Keahlian, keterampilan atau kecakapan merujuk pada kemampuan seseorang untuk melakukan suatu kegiatan, seperti keahlian Ahli Bedah untuk mengoperasi, kemampuan mengemudi.

3. Konsep Diri (*self concept*)

Merujuk pada sikap, nilai-nilai dan Citra-diri seseorang seperti Kepercayaan diri Ahlibedah dalam melakukan Operasi (Pembedahan) yang sulit.

a. Citra yang diproyeksikan seseorang kepada orang lain (the outer self).

Contoh : menjadi seorang pengikut, atau seorang oposan

b. Citra Diri (*the innerself*) Persepsi individu tentang dirinya (*the inner self*).

Contoh : melihat memposisikan sebagai seorang pemimpin.

4. Karakteristik pribadi (*traits*)

Merujuk pada karakteristik fisik dan konsistensi tanggapan terhadap situasi atau informasi seperti penglihatan ahli bedah, atau disebut pula sebagai karakteristik yang relatif konstan pada tingkah laku seseorang. Contoh: seorang pendengar yang baik.

5. Tujuan (*Motive*)

Merupakan emosi, hasrat, kebutuhan psikologis atau dorongan lain yang memicu tindakan bisa juga diartikan sebagai pemikiran atau niat dasar yang konstan yang mendorong individu untuk bertindak atau berperilaku. Contoh: ingin selalu dihargai, dorongan untuk mempengaruhi orang lain.

Ketrampilan dan pengetahuan lebih mudah untuk dikenali, karena keduanya relatif lebih mudah dibentuk dan dikembangkan melalui proses belajar dan pelatihan yang relatif singkat. Sebaliknya, peran sosial, citra diri dan motif tidak mudah untuk diidentifikasi, dan lebih sulit, serta membutuhkan waktu lebih lama untuk memperbaiki atau mengembangkannya.

Pada tahun 1973 David McClelland, seorang profesor dari Harvard University, (yang sangat terkenal dengan teori *achievement motive*-nya) dalam artikelnya yang berjudul "*testing for competence rather for intelligence*" menyimpulkan sejumlah studi/atau penelitian yang menunjukkan bahwa tes potensi akademik yang pada saat itu banyak digunakan untuk memprediksi kinerja ternyata tidak memiliki korelasi yang signifikan terhadap unjuk kerja seseorang. Tes-tes semacam ini juga seringkali bias terhadap aspek budaya, jenis kelamin dan strata sosial ekonomi. Pengukuran lain seperti tes ketrampilan dan referensi juga menunjukkan hasil yang sama.

Dengan adanya karakteristik dasar seseorang yang memiliki hubungan kausal dengan kriteria referensi dan keefektifan dan keunggulan dalam pekerjaan atau situasi tertentu. Sementara karakter dasar (*underlying character*) diartikan sebagai seorang yang cukup dalam (*deep*) dan berlangsung lama dari karakter dasar mengarah pada *motif, traits, self concepts* dan *values* seseorang. Kompetensi berdasarkan kriteria

referensi (*criteria – referenced*) dapat diukur berdasarkan criteria atau standar tertentu karyawan berkerja unggul, biasa dan rendah hati diamati dengan mempelajari secara sistematis untuk mengetahui apa yang membentuk kompetensi seorang manajer puncak.

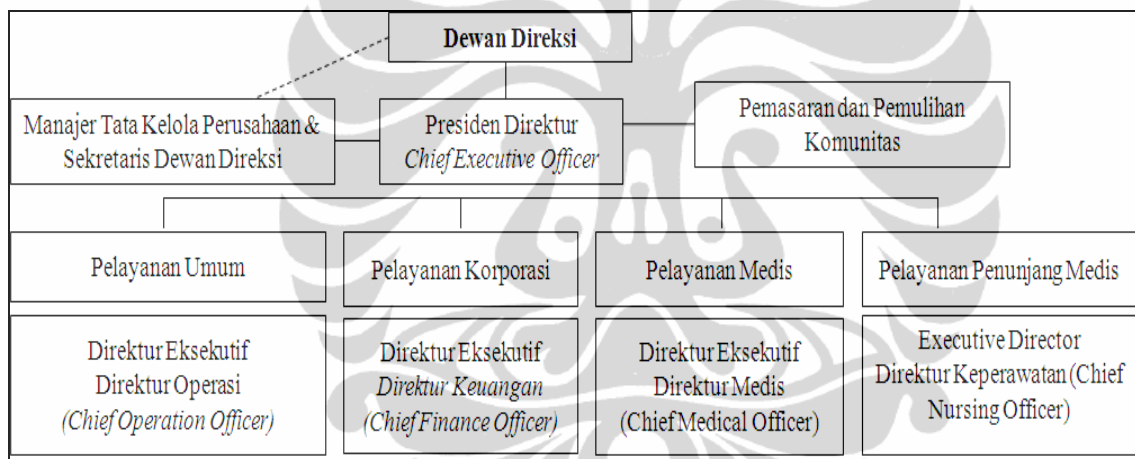
2.4.2. Dimensi Kompetensi Kepemimpinan

Berbicara masalah kompetensi manajer puncak rumah sakit swasta se JABODETABEK, tidak lepas dari persyaratan yang telah di atur berdasarkan peraturan perundangan-undangan di bidang rumah sakit yaitu Peraturan Menteri Kesehatan RI No.971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan: yaitu:

1. Direktur RS adalah kepala atau pejabat tertinggi di RS.
2. Pemimpin di RS adalah tenaga medis, Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitkan yang didapatkan melalui pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang perumahsakitkan.
3. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
4. Kompetensi dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) meliputi: a. Integritas; b. Kepemimpinan; c. Perencanaan; d. Penganggaran; e. Pengorganisasian; f. Kerjasama; dan f. Fleksibel.
5. Kompetensi Bidang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) meliputi: a. Orientasi pada pelayanan; b. Orientasi pada kualitas; c. Berpikir analitis; d. Berpikir konseptual; e.Keahlian tehnikal, manajerial, dan profesional; dan f.Inovasi.
6. Kompetensi Khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (3) meliputi: a. Pendidikan; b.Pelatihan; dan/atau ;c.Pengalaman jabatan.
7. Kompetensi pejabat struktural kesehatan yang diatur dalam peraturan ini adalah kompetensi khusus. Pejabat struktural kesehatan Rumah Sakit meliputi: a. Direktur; b.Wakil Direktur Pelayanan Medis, Administrasi Umum, Keuangan,

Sumber Daya Manusia, Pendidikan; c. Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian; dan d. Kepala Seksi dan/atau Kepala Sub-bagian.

Bagi RS swasta istilah pemimpin atau pejabat bisa bermacam macam istilah, contohnya adalah CEO (*Chief Executive Officer*), CFO (*Chief Finance Officer*) atau COO (*Chief Operation Officer*) sering dikenal kata direktur (*director*) yang artinya sedemikian luas dan biasa diterjemahkan dengan istilah "kepala" atau "pimpinan". Hanya dalam dunia bisnis murni, kata direktur (*director*) dipakai lebih pasti secara teknis, seperti misalnya "*board of directors*" (Stuart, 2007; Barry, 2006), dan ini ditunjukkan pada gambar 2.6. tentang pembagian tingkatan manajemen RS di Indonesia.



Gambar 2.6. Struktur Organisasi Umum RS.

2.4.3. Uraian Pemimpin RS Pemerintah

Pimpinan puncak RS Indonesia sesuai dengan UU RI No. 44, 2009 tentang RS, menunjukkan struktur organisasi, sering disebut direktur rumah sakit atau kepala rumah sakit, dan yang lainnya biasanya disesuaikan dengan pemakaiannya seperti direktur medis, direktur keuangan, direktur keperawatan ataupun direktur umum, direktur adalah sebutan pimpinan puncak sebuah RS dengan berbagai strata dan bentuk kelembagaan RS. Tabel 2.4. menunjukkan kompetensi yang harus dipunyai oleh seorang pemimpin puncak RS Pemerintah.

Tabel 2.4. Kompetensi Manajer Puncak RS Pemerintah

Kompetensi	Uraian
Direktur RS Pemerintah	
Pengetahuan	Tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian
Pengalaman Kerja	(1tahun menjabat struktural):
Pelatihan	Mengikuti pelatihan perumahsakitian: <ul style="list-style-type: none"> • Meliputi Kepemimpinan, • Kewirausahaan, • Rencana Strategis Bisnis, Aksi Strategis, Implementasi dan Rencana Tahunan, • Tatakelola RS • Standar Pelayanan Minimal, • Sistem Akuntabilitas, • Sistem Remunerasi RS, • Pengelolaan SDM
Syarat Berdasarkan Kelas RS	<ol style="list-style-type: none"> a. Direktur RS Kelas A pernah memimpin RS Kelas B dan/atau pernah menjabat sebagai Wakil Direktur RS Kelas A paling singkat selama 3 (tiga) tahun. b. Direktur RS Kelas B pernah memimpin RS Kelas C dan/atau pernah menjabat sebagai Wakil Direktur RS Kelas B paling singkat selama 3 (tiga) tahun. c. Direktur RS Kelas C pernah memimpin RS Kelas D dan/atau pernah menjabat sebagai Kepala Bidang RS Kelas C paling singkat selama 1 (satu) tahun. d. Direktur RS Kelas D pernah memimpin Puskesmas paling singkat selama 1 (satu) tahun
Wakil Direktur Pelayanan Medis	
Pengetahuan	Mempunyai Pengetahuan di bidang pelayanan medis RS yang menyelenggarakan pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya berlatar belakang pendidikan

Tabel 2.4 Lanjutan Kompetensi Manajer Puncak RS Pemerintah

Kompetensi	Uraian
Wakil Direktur Pelayanan Medis	
Pengetahuan	<p>Dokter Spesialis atau Dokter dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang kesehatan.</p>
Persyaratan	<ul style="list-style-type: none"> • 1 tahun jabatan struktural • diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang pelayanan medik/ kesehatan
Pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak menyelenggarakan pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya • Berlatar belakang pendidikan tenaga medis dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang kesehatan. <p>Mengikuti pelatihan perumahsakitian:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meliputi Kepemimpinan, • Kewirausahaan, • Rencana Strategis Bisnis, Aksi Strategis, Implementasi dan Rencana Tahunan, • Tatakelola RS • Standar Pelayanan Minimal, • Sistem Akuntabilitas, • Sistem Remunerasi RS • Pengelolaan SDM
Wakil Direktur Umum	
Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> • Berlatar belakang pendidikan Sarjana dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang Kesehatan, dan harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural. • Diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya
Pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, • Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, • Sistem Rekrutment Pegawai, • Sistem Remunerasi.

Tabel 2.4. Lanjutan Kompetensi Manajer Puncak RS Pemerintah

Kompetensi	Uraian
Wakil Direktur Keuangan	
Pendidikan	Berlatar belakang pendidikan paling sedikit Sarjana Ekonomi atau Akuntansi.
Pengalaman Kerja	pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang keuangan.
Pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah mengikuti pelatihan rencana aksi strategi, rencana Implementation dan rencana tahunan, • Laporan Pokok Keuangan, Akuntansi, Rencana Bisnis Anggaran, • dan Sistem Informasi. • Pelatihan harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.
Wakil Direktur Sumber Daya Manusia (SDM)	
Pendidikan	Berlatar belakang pendidikan Sarjana dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang kesehatan.
Pengalaman Kerja	Diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang Sumber Daya Manusia.
Pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi. • Pelatihan harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.
Wakil Direktur Pendidikan	
Pendidikan	Pendidikan tenaga medis dengan pendidikan Sarjana Strata 2 bidang kesehatan.
Pengalaman	Pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang pendidikan dan penelitian.
Pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi. • Pelatihan harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.

Kompetensi seterusnya dikaji secara analitis menurut Kligler (2007) dan Gaudet (2004), kompetensi ini melibatkan dimensi-dimensi dalam bentuk pemikiran kreatif, pengetahuan pengajaran, pembinaan, menyelesaikan masalah, penyelidikan dan pemikiran system. Orang yang berfungsi sepenuhnya adalah orang yang menggunakan semua kemampuan yang telah dibentuk menjadi suatu kesatuan. Untuk menjadi orang yang berfungsi sepenuhnya, menurut paradigma kepemimpinan, setiap manusia memiliki potensi untuk mendaki empat tingkatan potensi manusia, yaitu:

1. *Empirical existence* (eksistensi empiris)
Pada tingkatan ini seseorang akan mampu menciptakan peta untuk mengatasi persoalan kehidupan maupun pekerjaan sehari-hari.
2. *Consciousness at large* (kesadaran yang luas)
Memperoleh pengetahuan obyektif, pengetahuan yang valid dan universal, sehingga seseorang bisa menciptakan peta pengetahuan obyektif, valid, dan universal.
3. *Spirit* (semangat)
Mengidentifikasi gagasan-gagasan yang menonjol dalam gerakan, partai politik, lembaga atau organisasi. Pada tingkatan ini seseorang akan mampu menciptakan peta untuk memandu mengidentifikasi gagasan dan keyakinan.
4. *Existency* (eksistensi)
Menemukan jati diri secara otentik. Pada tingkatan ini seseorang akan sadar bahwa dia memiliki kebebasan untuk menciptakan peta diri sendiri.

Untuk menjadi pemimpin atau disebut menjadi orang yang berfungsi sepenuhnya, seorang pemimpin harus melewati 4 tingkatan seperti disinggung di atas (eksistensi empiris, kesadaran yang luas, semangat, dan eksistensi). Tingkatan tersebut bersifat hirarkis, setiap tingkatan yang lebih tinggi mencakup dan memberi arahan tingkatan-tingkatan sebelumnya. Pemimpin yang efektif akan selalu berusaha mengembangkan diri dan bergerak mendaki tangga hirarki. Pemimpin tidak punya batas untuk mendaki puncak. Untuk mendaki tingkatan-tingkatan dalam tangga potensi manusia, seorang pemimpin harus memiliki kompetensi.

Kompetensi adalah karakter mendasar yang harus dimiliki seseorang yang menyebabkan dia sanggup menunjukkan kinerja yang efektif atau superior di dalam suatu pekerjaan, atau karakter mendasar yang memberikan kontribusi terhadap kinerja menonjol dalam suatu pekerjaan (Spencer dan Spencer: 1993). Menurut Hitt (1993) terdapat 25 kompetensi penting yang harus dimiliki seorang pemimpin yang terangkum dalam 5 dimensi, yaitu: nalar (*reason*), Sumber Kekuatan (*sources of power*), Pengetahuan (*knowledge*), fungsi kepemimpinan inti (*core leadership functions*), dan karakter (*character*) dan terlihat pada Tabel 2.5.

1. *Reason* (Nalar)

Setiap pemikiran manusia dipenuhi oleh konsep dan fakta. Nalar bisa mengkonsolidasikan fakta dan konsep yang berlainan menjadi satu kesatuan yang bermakna. Nalar selalu mempertanyakan, menguji, dan menjawab fakta. Nalar menghubungkan semua orang dan memungkinan berhubungan dengan orang lain dengan berbagai budaya, bahasa, yang mungkin bertentangan. Perwujudan nalar meliputi:

Tabel 2.5. Dimensi Kompetensi Kepemimpinan

Dimensi Kepemimpinan	Kompetensi Kepemimpinan
1. Nalar	<ul style="list-style-type: none"> • Keterampilan berkonsep (<i>conceptual skills</i>) yaitu kemampuan untuk melakukan abstraksi dan generalisasi, • Berpikir Logis (<i>logical thinking</i>) yaitu kemampuan menerapkan pendekatan sistematis dalam pemecahan masalah • Berpikir kreatif (<i>creative thinking</i>) yaitu kemampuan untuk membawa gagasan menjadi kenyataan • Berpikir Holistik (<i>holistic thinking</i>) yaitu kemampuan mengangkat situasi total • Komunikasi yaitu kemampuan berdialog dengan orang lain, beradu nalar dengan orang lain untuk mencari kebenaran yang bisa diterima dua pihak.

Sumber: Hitt, William D. (1993)

Tabel 2.5. Dimensi Kompetensi Kepemimpinan (lanjutan)

Dimensi Kepemimpinan	Kompetensi Kepemimpinan
2. Sumber kekuatan (<i>source of strength</i>)	<p>Saat ini kekuasaan dianggap sesuatu yang penting dalam kepemimpinan yang efektif. Pemimpin yang efektif harus memiliki sumber-sumber kekuasaan yang utama, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf yaitu tim yang terdiri orang-orang yang punya kesiapan, bersedia bekerja, dan memiliki kemampuan melaksanakan pekerjaan • Informasi, yaitu pengetahuan yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan • Jejaring, yaitu kontak pribadi, dengan siapa gagasan, informasi maupun sumber daya bisa dibagi
3. <i>Knowledge</i> (pengetahuan)	<p>Pemimpin yang efektif harus memiliki pengetahuan. Meskipun tidak semua informasi bisa dikuasai, mereka harus bisa menyaring informasi yang penting. Pemimpin yang efektif memiliki 5 karakteristik pengetahuan, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mengetahui diri sendiri mengetahui kekuatan dan kelemahan diri sendiri dan secara aktif mencari umpan balik untuk pertumbuhan, b. mengetahui pekerjaan–memahami persyaratan kerja dan bagaimana pekerjaan memberi kontribusi pada organisasi, c. mengetahui organisasi–memahami budaya organisasi dan bagaimana melakukan segala sesuatu secara efektif dan efisien, d. mengetahui bisnis yang dimasuki– memahami lingkungan eksternal dengan baik untuk mengetahui kebutuhan klien dan apa yang bernilai bagi klien, dan e. mengetahui dunia –memahami komunitas dunia dan bagaimana komunitas yang kecil berhubungan dengan yang besar.

Sumber: **Hitt, William D. (1993)**

Tabel 2.5. Dimensi Kompetensi Kepemimpinan (lanjutan)

Dimensi Kepemimpinan	Kompetensi Kepemimpinan
4. <i>Core leadership function</i> (fungsi kepemimpinan inti)	<p>Pemimpin yang efektif harus mampu mengangkat nilai-nilai pengikutnya dengan terus mendorong para pengikut untuk mendaki hirarki sehingga muncul “nilai baru”. Pemimpin yang efektif melaksanakan 6 fungsi inti, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. menilai–mengetahui nilai-nilai organisasi dan mampu menterjemahkan nilai-nilai tersebut dalam praktek, b. membuat–memiliki gambaran mental yang jelas tentang masa depan yang dikehendaki organisasi, c. memandu–membantu orang lain mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk mencapai visi tersebut, d. memberdayakan–membantu orang lain bergerak mencapai misi tersebut, e. membangun tim–membangun koalisi dengan orang yang membangun komitmen pada diri mereka sendiri untuk mencapai visi tersebut, dan f. mempromosikan kualitas–mencapai reputasi untuk selalu memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.
5. <i>Character</i> (karakter)	<p>Pemimpin yang baik harus memiliki 6 karakteristik berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. identitas – mengetahui dia siapa dan dia bukan siapa, memiliki keutuhan dan integrasi, b. kemandirian –menjadi orang yang bisa mengarahkan dirinya sendiri c. keaslian –menunjukkan jati diri yang sesungguhnya pada orang lain, mempertahankan kesesuaian antara nilai diri sendiri dengan nilai yang ada di luarnya. d. tanggung jawab terhadap tindakan dan keputusan yang dilakukan e. keberanian untuk terus melangkah meskipun ada hambatan, f. integritas –dipandu oleh sejumlah prinsip-prinsip moral dan diakui oleh orang lain sebagai orang yang berintegritas.

Sumber: Hitt, William D. (1993)

Handy (1996) menyebutkan tiga atribut yang perlu dimiliki oleh pemimpin agar ia memperoleh kekuasaan dari pengikutnya, yaitu dengan memiliki keyakinan diri yang kuat yang diimbangi dengan mempertanyakan kembali keyakinan tersebut dengan memiliki kegairahan terhadap pekerjaan. Hal ini diimbangi dengan kesadaran terhadap dunia lain, dan mencintai orang yang diimbangi dengan keberanian untuk berjalan dalam kesendirian. Pemimpin harus mendapat kredibilitas dan kepercayaan para bawahan untuk. Dan untuk memperoleh kredibilitas, seorang pemimpin harus jujur, melihat jauh ke depan, memberi inspirasi, dan cikap. (Nocera: 2011).

Di samping sebagai pemimpin yang efektif bagi organisasi seseorang harus memiliki sejumlah ketrampilan khusus. White, et al. (1997) menyebutkan ketrampilan khusus yang harus dimiliki meliputi:

1. Kesulitan dalam pembelajaran (*difficult learning*)

Pembelajaran organisasi, pemimpin harus mampu mendorong seluruh anggota organisasi mengidentifikasi hal-hal yang belum diketahui dan segala sesuatu permasalahan yang belum ditemukan cara pemecahannya.

2. Memaksimalkan energy (*Maximing energy*)

Pemimpin harus bisa memaksimalkan segala daya yang dapat membuat keputusan bisnis yang berkualitas, memiliki dorongan yang kuat untuk keluar dari *status quo* masa kini atau dari suatu pemecahan yang kompromistis.

3. Resonansi Kesederhanaan (*Resonant simplicity*)

Pemimpin organisasi harus mempunyai ketrampilan berpikir dan berlogika secara sederhana untuk mendukung kelancaran proses komunikasi.

4. Fokus yang beragam (*Multiple focuses*)

Pemimpin organisasi harus bisa menyatukan fokus cara berpikir dan bertindak anggota organisasi yang berbeda menyangkut rencana strategis dan kegiatan, melalui metode *persuasif* dan *advocacy*.

5. Kemampuan dari dalam (*Mastering inner sense*)

Dalam kondisi yang diwarnai berbagai perubahan, keputusan yang harus dibuat cepat, pemimpin organisasi di samping mampu berlogika dan menggunakan rasio juga dituntut memiliki *inner sense* (kemampuan ilmu dalam).

2.4.4. Permodelan Kompetensi Manajer Puncak

Model kompetensi adalah kumpulan beberapa kompetensi yang bersama-sama mendefinisikan kinerja yang sukses dalam suatu lingkungan kerja yang ditetapkan. Sebuah model memberikan gambaran yang jelas tentang seseorang perlu tahu dan mampu melakukan - pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan - untuk tampil baik di pekerjaan tertentu, pekerjaan, atau industri. Rangkaian kompetensi yang penting bagi kinerja yang superior dari sebuah pekerjaan atau sekelompok pekerjaan ini memberikan sebuah peta yang membantu seseorang memahami cara terbaik mencapai keberhasilan dalam pekerjaan atau memahami cara mengatasi suatu situasi tertentu (LOMA, 1998).

Model adalah suatu pola (contoh, acuan, ragam) dari sesuatu yang akan dibuat atau dihasilkan. Sebuah penggambaran atau pernyataan sebuah sistem yang memungkinkan untuk mencari sifat dari sistem dan, dalam beberapa kasus, hasil prediksi di masa depan. Model adalah suatu obyek atau konsep, digunakan untuk menyajikan sesuatu yang lain, merupakan suatu realitas dalam skala kecil dan dikonversi ke bentuk yang dapat dipahami secara komprehensif. Model yang sering digunakan dalam analisis kuantitatif dan analisis teknis dan kadang-kadang juga digunakan dalam analisa fundamental. (Meyer, 1990).

Model kompetensi adalah daftar kompetensi, sering terorganisir menjadi lima atau lebih kelompok atau rangkaian, dianggap sebagai kepuasan atau kelebihan kinerja karyawan untuk suatu pekerjaan (misalnya direktur, manajer, auditor, dan lainnya) atau kelompok yang bergelar (Gardner, 1993; Delamer, 2005; Goldstein, 2006). Penggalan dimensi berdasarkan tinjauan literatur berfokus kepada kompetensi manajer puncak di RS swasta di luar negeri dengan RS pemerintah yang ada di luar negeri. Hal ini mengakibatkan identifikasi sejumlah referensi potensial. Sumber *online* di akses dari ACME, *National Health Service* dari negara Amerika, Kanada dan Inggris.

Tabel 2.6. difokuskan pada hal-hal penting dalam kompetensi dasar yang diambil dari berbagai model para pakar setelah dieksplorasi pada tinjauan pustaka, kemudian, dirumuskan serta disintesis menjadi instrumen guna memperoleh model kompetensi yang diharapkan untuk rumah sakit swasta di Indonesia sejalan dengan analisa tematik.

Tabel 2.6. Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti.

VARIABEL	KETERANGAN
Loma Competency Dictionary (1997)	
Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	Kemampuan berpikir analisis, konseptual, dalam memahami pekerjaan dengan baik. Mempunyai keahlian teknis dan mengetahui sejarah dan adat istiadat dan kebiasaan masyarakat.
Ketrampilan (<i>Skills</i>)	Kemampuan merencanakan dan memimpin serta bekerja sama dalam kelompok (teamwork)
Sikap (<i>Attitude</i>)	Kemampuan melayani dengan berorientasi kepada pelanggan, berempati terhadap orang lain, mengendalikan diri, fleksibilitas dalam bekerja dan berinisiatif, dan komitmen terhadap pekerjaan.
Pillay; <i>Human Resources for Health</i> 2008, 6:4 doi:10.1186/1478-4491-6-4 Februari 2008	
Penggunaan media sebagai sarana	Penggunaan media cetak dalam pemberian informasi. Update informasi dengan media audio visual atau media elektronik (<i>internet</i> , radio, TV lokal)
Respon dalam menanggapi keluhan staf, pelanggan & pemilik RS	Kemampuan untuk mendengar keluhan masyarakat, kemampuan memberikan respons terhadap keluhan pelanggan RS dan kecepatan dalam memberikan solusi terhadap keluhan
Kemampuan untuk memahami kebutuhan (empathy)	Kemampuan individu dalam memahami kebutuhan, kepedulian dan Perhatian
ACHE Healthcare Executive, <i>Competencies Assessment Tool</i> 2010	
Kecakapan berkomunikasi, Komunikasi Interpersonal	Kemampuan untuk secara efektif melalui pertukaran informasi yang aktif dan pasif yang berarti , mampu untuk bertindak relatif cepat, tergantung pada keadaan tanpa berlebihan dalam pengambilan kualitas keputusan. Kesigapan petugas dalam memberikan informasi, Kesederhanaan bahasa aparat dalam memberikan informasi.

Tabel 2.6. Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti (lanjutan)

VARIABEL	KETERANGAN
ACHE Healthcare Executive, <i>Competencies Assessment Tool 2010</i>	
Kecakapan Sosial	Kemampuan untuk berinteraksi secara efektif dalam pengaturan dan sosial untuk memahami dan produktif “human right” memenangkan satu dari kepribadian dan struktur penggunaannya yang sebenarnya
Kecakapan Analitis dan Mempengaruhi	Kemampuan analitis dan dapat menangani masalah yang kompleks, mempengaruhi sumber daya melalui strategi perilaku yang kuat.
Kecakapan Teknis	Dasar profesional dan organisasi pengetahuan dan praktek yang terkait dengan bidang pekerjaan
Pembelajaran berkelanjutan	Selalu ingin belajar dan bertanggung jawab untuk memperoleh informasi baru, melihat informasi lama dalam cara-cara baru, dan menemukan cara baru untuk menggunakan informasi lama dan kreatif
Percaya diri dan Keuletan	Mempunyai rasa percaya diri yang positif untuk mencapai apa yang harus dicapai, mampu mengembalikan keadaan aman setelah mengalami berbagai masalah
Ghafarian (2008) – Pemimpin yang Visioner	
Fungsi evaluasi dan memperbaiki	Bertugas memantau dan menilai kerja, merencanakan operasi, dengan memberikan, perencanaan dan mengorganisir personil serta mengorganisasikan pemindaian lingkungan, perencanaan strategis
Fungsi implementasi	Menjelaskan peran dan objektif, informasi, pendelegasian, pengembangan staf, memotivasi dan manajemen tim dan dapat mengartikulasikan misi dan visi jaringan dan bermitra, kinerja manajemen umum, fungsi
Pemimpin Perubahan	Bertanggung jawab dalam memimpin, mengarahkan dan mengelola perubahan organisasi. Pemecahan masalah dan mengelola penuh inovasi dan kreatifitas., mengelola konflik dan perubahan pribadi dan pengambilan keputusan dan mengelola perubahan organisasi

Tabel 2.6. Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti (lanjutan)

VARIABEL	KETERANGAN
Ghafarian (2008) – Pemimpin yang Visioner	
Fokus dalam Membangun RS	Membangun aliansi personil dan sumber daya lainnya di RS dengan cara yang konsisten dengan visi dan tujuan organisasi
Manajemen Pengetahuan	Menetapkan dan memberikan dukungan terus-menerus dari proses manajemen pengetahuan untuk menjamin kelangsungan hidup organisasi dan terus berkembang menuju visi
Menavigasi RS	Memahami pekerjaan dari pemilik RS dan bagaimana untuk mencapai hasil ini dalam lingkungan RS
Visi	Membangun dan membagi hal hal yang menarik melihat dari arah, atau rasa tujuan organisasi, untuk terlibat dan mendorong orang lain untuk tujuan yang umum
Pillay (1998)	
Pelatihan (<i>Coaching</i>)	Dibutuhkan untuk memandu untuk membuat menjadi tenaga terampil
Resolusi konflik (Conflict Resolution)	Menggunakan berbagai pendekatan untuk mengelola perhatian sebuah perselisihan dan konflik
Pembangunan Berkelanjutan (Continues Development)	Membangun keahlian dan kompetensi diri dan serta lainnya
Leveraging keanekaragaman (Delegation Leveraging Diversity)	Memimpin dan mengelola lingkungan kerja yang dapat memaksimalkan talenta setiap orang untuk mencapai visi dan misi organisasi, penyampaian dan pemberian tanggung jawab sebagaimana mestinya
AONE (2005)	
Kemampuan Berbisnis	Mengerti pembiayaan kesehatan dan keuangan, mengatur pengembangan sumber daya manusia, strategi manajemen, pemasaran, informasi manajemen dan teknologi

Tabel 2.6. Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti (lanjutan)

VARIABEL	KETERANGAN
AONE (2005) lanjutan	
Komunikasi dan Membangun Hubungan Relasi	Komunikasi efektif, hubungan manajemen, pengaruh perilaku dan kemampuan bekerja secara luas dan membagi pengalaman dan memberikan keputusan sesuai dengan keterlibatan komunitas, staf medis dan hubungan secara akademis.
Pengetahuan Kesehatan dan Lingkungannya	Mempunyai praktis klinis, pelayanan pasien dan disain model pelayanan kesehatan, pengetahuan mengenai ekonomi kesehatan, kebijakan kesehatan dari pemerintah, praktek berbasis bukti, hasil pengukuran pengetahuan dan dedikasi untuk keselamatan pasien, dan memahami bagaimana memanfaatkan dan mengelola kasus dengan kualitas pelayanan dan berhubungan dengan manajemen risiko.
Kepemimpinan	Disiplin, mampu untuk berpikir secara sistematis, perencanaan suksesi, perubahan manajemen
Profesionalisme	Akuntabilitas pribadi dan profesional, perencanaan karir, etika, berbasis bukti praktek klinis dan manajemen. Advokasi untuk praktek klinis, pelayanan kesehatan dan aktif dalam organisasi profesi
Wallick W.G, JHM 47 – (2002) – Pemimpin yang Visioner	
Pemimpin Perubahan	Bertanggung jawab dalam memimpin, mengarahkan dan mengelola perubahan organisasi
Fokus dalam Membangun RS	Membangun aliansi personil dan sumber daya lainnya di RS dengan cara yang konsisten dengan visi dan tujuan organisasi
Manajemen Pengetahuan	Menetapkan dan memberikan dukungan terus-menerus dari proses manajemen pengetahuan dan alat-alat untuk menjamin kelangsungan hidup organisasi dan terus berkembang menuju visi
Menavigasi RS	Memahami pekerjaan dari pemilik RS dan bagaimana untuk mencapai hasil ini dalam lingkungan RS
Visi	Membangun dan membagi hal hal yang menarik melihat dari arah, atau rasa tujuan organisasi, untuk terlibat dan mendorong orang lain untuk tujuan yang umum

Tabel 2.6. Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti (lanjutan)

VARIABEL	KETERANGAN
Schroder (2006) di bidang kompetensi RS; ACHE Healthcare Executive, <i>Competencies Assessment Tool 2010</i>	
Kualitas pengambilan keputusan	Menyuarakan keputusan dengan memper-timbangkan tujuan, risiko, implikasi, sesuai dengan aturan yang berlaku di RS. Bertindak cepat, tanpa berlebihan dalam pengambilan kualitas keputusan sesuai keadaan tanpa berlebihan dalam pengambilan kualitas keputusan
Kecerdasan Financial	Memelihara dan berlaku pemahaman yang luas manajemen keuangan untuk memastikan keputusan yang bertanggung jawab.
Manajemen Resiko	Perencanaan dan pengukuran pelaksanaan sesuai langkah-langkah yang akan menghindari atau mengatasi kompensasi dari sebuah risiko
Energi	Mempunyai energi baik fisik dan psikologis kemampuan untuk melakukan sebuah kegiatan
Percaya diri, Keuletan, Kematangan emosi	Mempunyai rasa percaya diri yang positif untuk mencapai apa yang harus dicapai. Kemampuan mengembalikan masalah pada ke keadaan semula dan gabungan karakteristik menunjukkan bahwa orang yang seimbang baik dalam jumlah psikis dan dimensi perilaku
Peningkatan Kebutuhan	Membutuhkan hasil dengan yang sangat memuaskan dalam melakukan sesuatu pekerjaan
Kemampuan tuntuk bertanggung jawab	Mengambil posisi yang lebih luas memerlukan keputusan - membuat tugas dan kewenangan yang lebih besar
Fleksibel	Kemampuan yang sangat fleksibel untuk melakukan segala sesuatu dengan tanpa tanpa melanggar untuk menyesuaikan dan mengubah nya.
Tangguh secara mental	Mempertimbangkan etika yang lain perspektif kepentingan, dan prihatin
Integritas pribadi	Tidak dapat disuap dalam menghadapi seluruh dan atau berhubungan dengan diri, satu profesi dan masyarakat yang merupakan salah satu anggota, sekaligus sebagai tdk dpt disuap

Tabel 2.6 Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti (lanjutan)

VARIABEL	KETERANGAN
Daniel Goleman (2001) – <i>Emotional Intelligence</i> berkaitan dengan ciri pembawaan sikap	
Percaya diri	Mempunyai rasa percaya diri yang positif untuk mencapai apa yang harus dicapai
Pembuat keputusan	Kemampuan untuk bertindak relatif cepat, tergantung pada keadaan tanpa berlebihan dalam pengambilan kualitas keputusan
Keuletan	Kemampuan untuk kembali dapat mengembalikan ke keadaan semula setelah mengalami berbagai masalah
Energi	Mempunyai energy baik fisik dan psikologis kemampuan untuk melakukan sebuah kegiatan
Peningkatan Kebutuhan	Membutuhkan hasil dengan yang sangat memuaskan dalam melakukan sesuatu pekerjaan
Kemampuan untuk bertanggung jawab	Mengambil posisi yang lebih luas memerlukan keputusan - membuat tugas dan kewenangan yang lebih besar
Fleksibel	Kemampuan yang sangat fleksibel untuk melakukan segala sesuatu dengan tanpa tanpa melanggar untuk menyesuaikan dan mengubah nya.
Tangguh secara mental	Mempertimbangkan etika yang lain perspektif kepentingan, dan prihatin
Integritas pribadi	Tidak dapat disuap dalam menghadapi seluruh dan atau berhubungan dengan diri, satu profesi dan masyarakat yang merupakan salah satu anggota, sekaligus sebagai tdk dpt disuap
Kematangan emosi	Gabungan dari karakteristik yang menunjukkan bahwa orang yang seimbang baik dalam jumlah psikis dan dimensi perilaku
Goleman, Harvard Business Review, 76 (6) 93 – 102 – (1998)	
Fungsi evaluasi dan memperbaiki	Tugas. Pemantauan dan penilaian kerja, perencanaan operasi Orang. Konsultasi, perencanaan dan mengorganisir personil Organisasi Pemindaian lingkungan, perencanaan strategis

Tabel 2. 6 Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti (lanjutan)

VARIABEL	KETERANGAN
Goleman, Harvard Business Review, 76 (6) 93 – 102 – (1998) (lanjutan)	
	Tugas. Menjelaskan peran dan objektif, informasi, delegating
Fungsi implementasi	Orang Pengembangan staf, memotivasi dan manajemen tim
	Organisasi Articulating misi dan visi jaringan dan bermitra, kinerja manajemen umum, fungsi
	Tugas. Pemecahan masalah dan mengelola penuh inovasi dan kreatifitas.
Perubahan fungsi	Orang Mengelola konflik dan perubahan pribadi
	Organisasi Pengambilan keputusan dan mengelola perubahan organisasi
Model for Effective Performance oleh Robert E Boyazits	
Pelatihan (<i>Coaching</i>)	Memandu orang lain untuk membuat mereka menjadi tenaga terampil yang sangat dibutuhkan
Resolusi konflik (<i>Conflict Resolution</i>)	Menggunakan berbagai pendekatan untuk mengelola perhatian sebuah perselisihan dan konflik
Pembangunan Berkelanjutan (<i>Continues Development</i>)	Membangun keahlian dan kompetensi diri dan serta lainnya
Delegasi	Penyampaian dan pemberian tanggung jawab sebagaimana mestinya
Leveraging keanekaragaman (<i>Delegation Leveraging Diversity</i>)	Memimpin dan mengelola lingkungan kerja yang dapat memaksimalkan talenta setiap orang untuk mencapai visi dan misi organisasi
Mentoring	Membantu orang lain, tanpa hubungan pelaporan, untuk memperoleh kesadaran, keyakinan dan sumber daya yang diperlukan untuk memenuhi mereka potensial
Memotifasi sesama	Menginspirasi orang lain untuk melakukan dan melaksanakan pekerjaan mereka di dalam organisasi secara prima
Kinerja Manajemen	Mengembangkan dan menerapkan strategi yang mengoptimalkan kinerja individu dalam organisasi

Tabel 2. 6 Variabel Kompetensi Berbagai Peneliti (lanjutan)

VARIABEL	KETERANGAN
Hutton & Moulton Phoenix, Business Journal, Survey, 2001, di bidang kompetensi RS	
Kualitas pengambilan keputusan	Menyuarakan sebuah keputusan dengan mempertimbangkan tujuan, risiko, implikasi, sesuai dengan aturan yang berlaku baik di RS maupun Perundangan undangan RS
Kecerdasan Financial	Memelihara dan berlaku pemahaman yang luas manajemen keuangan untuk memastikan keputusan yang bertanggung jawab
Manajemen Resiko	Perencanaan dan pengukuran pelaksanaan sesuai langkah-langkah yang akan menghindari atau mengatasi kompensasi dari sebuah risiko

Selain pendefinisian model pada Tabel 2.6 kemudian diambil untuk mengidentifikasi bahan yang dianggap relevan dengan topik kompetensi dari pencarian elektronik, melalui *Med-Line*, *PubMed* dari artikel yang muncul dalam dekade terakhir yang berkaitan dengan topik kompetensi. Kata-kata kunci dari kompetensi manajemen, kepemimpinan, kemampuan, pengetahuan ciri, gaya kepemimpinan, tujuan dari model, untuk mengarahkan pencarian. Sebelum penulis masuk ke dalam penelitian yang sebenarnya maka ringkasan yang diperoleh menurut peneliti menjadi penting dalam penelitian manajer puncak RS swasta ini dimensi kompetensi yang bisa masuk ke dalam permodelan nanti adalah:

1. Dimensi fleksibilitas adalah kemampuan untuk melihat perubahan sebagai suatu kesempatan yang mengembirakan ketimbang sebagai ancaman. Aspek mencari informasi, motivasi dan kemampuan belajar adalah kompetensi tentang antusiasme untuk mencari kesempatan belajar tentang keahlian teknis dan interpersonal.
2. Dimensi motivasi berprestasi adalah kemampuan untuk mendorong inovasi; perbaikan berkelanjutan dalam kualitas dan produktivitas yang dibutuhkan untuk memenuhi sebuah kompetensi tayangan kompetensi. Aspek motivasi kerja dalam tekanan waktu merupakan kombinasi fleksibilitas, motivasi berprestasi, menahan stres dan komitmen organisasi yang membuat individu bekerja dengan

- baik di bawah permintaan produk-produk baru walaupun dalam waktu yang terbatas.
3. Dimensi kolaborasi adalah kemampuan bekerja secara kooperatif di dalam kelompok yang multi disiplin; menaruh harapan positif kepada yang lain, pemahaman interpersonal dan komitmen organisasi.
 4. Dimensi hubungan pribadi yaitu keinginan yang besar untuk melayani pelanggan dengan baik; dan inisiatif untuk mengatasi hambatan-hambatan di dalam organisasi agar dapat mengatasi masalah-masalah yang dihadapi pelanggan.
 5. Dalam kaitan dengan kualitas sumberdaya birokrasi yang berkembang dalam organisasi publik dalam mendukung konsep *good governance*, diperlukan bagi seorang pimpinan RS swasta mencakup antara lain:
 - a. Memiliki sensitivitas dan responsivitas terhadap peluang dan tantangan baru yang timbul di dalam pasar;
 - b. Mempunyai wawasan pengetahuan (*knowledge*), ketarampilan (*skill*) dan sikap perilaku (*attitude*) yang relevan dengan visi, misi dan budaya kerja organisasi;
 6. Mempunyai kemampuan untuk mengoptimalkan sumberdaya yang tersedia, dengan menggeser sumber kegiatan yang berproduksi rendah menuju kegiatan yang berproduksi tinggi;
 7. Tidak terpaku pada kegiatan rutin yang terkait dengan fungsi instrumental birokrasi, tetapi harus mampu melakukan terobosan (*break through*) melalui pemikiran yang kreatif dan inovatif;
 8. Dapat bekerja secara profesional dan komitmen pada prestasi, loyalitas,dedikasi pada pekerjaan dan organisasi;
 9. Memiliki jiwa entrepreneurship yang tinggi dan konsisten kompetensi yang dimiliki oleh pegawai /karyawan ini tentu tidak begitu saja muncul, tentu diperlukan perencanaan pengembangan SDM, komitmen Pimpinan dan seluruh unit atau divisi terkait, kearah kemajuan dan daya dukung instrumen lainnya, termasuk soal *rewards* dan *punishment*.

10. Penerapan SDM yang disesuaikan dengan kemampuan, iklim organisasi dan budaya kerja yang tengah dikembangkan.

Pendekatan yang paling umum digunakan oleh universitas di New York dan Michigan adalah untuk mengembangkan daftar kompetensi dari menu kompetensi diambil dari sumber-sumber swasta dan atau publik dan melalui diskusi kelompok-kelompok, survei atau wawancara, menentukan yang berlaku. Variabel-variabel yang perlu dipertimbangkan dalam pengembangan model kompetensi meliputi sejauh mana anda membangun kompetensi dari awal atau menggambar dari model yang ada. Sementara metode untuk menggunakan misalnya, kelompok fokus (*focus group*), survei, atau wawancara mendalam untuk mengidentifikasi, menimbang pentingnya kompetensi dan memverifikasi. Pengembangan model yang dimaksud dalam penelitian ini termasuk model normatif atau simulatif yang optimum yaitu model yang memberikan jawaban terbaik bagi suatu persoalan, dalam hal ini berkenaan dengan masalah pengembangan model penilaian manajer puncak rumah sakit dalam hal ini RS swasta se-JABODETABEK secara spesifik.

2.5. Tahapan Permodelan

2.5.1. Aplikasi Menurut LOMA (1998)

Aplikasi dari model kompetensi pada sistem manajemen SDM muncul pada area-area berikut :

- 1) *Staffing*

Strategi-strategi rekrutmen dan tes-tes yang digunakan untuk seleksi didasarkan atas kompetensi-kompetesi kritikal dari pekerjaan.

- 2) *Evaluasi Kinerja*

Penilaian kinerja dari pekerja didasarkan atas kompetensi-kompetensi yang dikaitkan dengan target –target yang penting dari organisasi.

- 3) *Pelatihan*

Program-program pelatihan dirancang untuk menjembatani kesenjangan antara kompetensi yang dimiliki pekerja dan kompetensi yang diharapkan dimiliki pekerja.

4) Pengembangan

Para pekerja pertama kali diukur untuk mengenali kesenjangan kompetensinya; kemudian mereka dibimbing untuk membuat rencana-rencana pengembangan untuk menutupi kesenjangan yang ada.

5) *Reward & Recognition*

Para pekerja diberikan kompensasi untuk prestasi-prestasi dan tingkah laku-tingkah laku yang mencerminkan tingkat ketrampilan mereka pada kompetensi-kompetensi kunci.

Hal tersebut di atas sejalan dengan pendapat dari Michael Armstrong dalam *Handbook of Human Resources Management Practice* (2001) dan Scott (2002) mengidentifikasi enam peran (model peran, penantang, perencana dan pelaku, pendukung, penjaga perdamaian, dan sebagai pemandu) eksekutif senior dalam membela layanan pelanggan alasan untuk meningkatkan kepuasan. Sebagai manajer mengambil peran ini, mereka melakukan beberapa atau semua fungsi, seperti perencanaan, pengorganisasian, memimpin, koordinasi, pengendalian, peramalan, penyelidikan.

Untuk memahami peran manajer, kegiatan, dan kompetensi secara lebih rinci, Wu, Chen, dan Lin (2004) mengusulkan kegiatan model kompetensi (*ACM*), berasal dari teori karakteristik pekerjaan (*JCT*, Hackman & Oldham 1980), untuk menyelidiki manajer kegiatan manajerial dan kompetensi seperti ini mempunyai peran lebih lanjut peran dan atau fungsi-fungsi ke dalam spesifik kegiatan manajerial bahwa seorang manajer puncak mungkin akan tampil di perjalanan penataan sebuah SDM RS. Sementara untuk memenuhi kebutuhan SDM RS dan proses administrasi sejumlah program universitas telah dikembangkan seperangkat kompetensi model (Shewchuk, O'Connor, 2005).

Pada umumnya di dalam merancang model kompetensi setiap perusahaan hendaknya lebih dahulu menarik garis pemisah yang jelas antara apa yang dianggap spesifik dan apa yang dianggap terlalu umum sehingga cenderung rancu. Rumah sakit sebaiknya mengidentifikasi kompetensi berdasarkan pada pemahaman tentang apa saja yang dapat menciptakan atau mewujudkan kesempurnaan di dalam RS yang bersangkutan.

2.5.2. Tahapan Berdasarkan Tyler & Garman, (2007)

Tyler and Garman membagi kompetensi ke dalam empat katagori yaitu kompetensi pertama disebut sebagai kompetensi Inti, digunakan untuk “mencakup” kompetensi-kompetensi yang dikaitkan erat dengan misi, visi dan nilai-nilai suatu organisasi atau perusahaan. Kompetensi ini diaplikasikan untuk semua tingkatan organisasi dan untuk semua fungsi kerja (*job function*). Kompetensi ini sangat bermanfaat untuk mengidentifikasi dan memperjelas perilaku-perilaku yang memiliki kaitan erat dengan nilai-nilai inti yang dimiliki oleh suatu organisasi atau perusahaan. Kompetensi inti seperti ini adalah model yang paling tepat diterapkan dan digunakan untuk memperkenalkan perubahan-perubahan budaya yang luas yang dapat berkecenderungan untuk berpengaruh terhadap perusahaan secara keseluruhan. Misalnya dalam upayanya untuk menciptakan satu visi untuk perusahaannya.

Kompetensi kedua disebut sebagai kompetensi fungsional dikembangkan dalam lingkup serta tingkatan bisnis atau kegiatan yang ada di dalam suatu perusahaan (keuangan, pemasaran, teknologi informasi, industri RS). Keberhasilan model ini di setiap satu perusahaan atau bisnis tertentu berbeda beda sesuai dengan perilaku-perilaku yang diperlukan oleh perusahaan tersebut.

Pada RS kompetensi-kompetensi yang diperlukan untuk bisa berhasil sebagai pimpinan dimana kecepatan, kepekaan dan fleksibilitas memiliki arti yang sangat penting dan sangat berbeda-beda dengan kompetensi-kompetensi yang diperlukan untuk bisa berhasil sebagai seorang insinyur atau ilmuwan yang sangat membutuhkan reliabilitas dan ketelitian terhadap hal-hal detail. Sebagai kompetensi fungsional pendekatan ini adalah sangat terfokus artinya pendekatan ini memungkinkan suatu perusahaan untuk sangat teliti dan spesifik merubah perilaku karyawan terutama terhadap jenis perilaku yang diharapkan.

Kompetensi ke tiga adalah kompetensi peran, yang diaplikasikan untuk peran-peran tertentu yang dimainkan oleh individu-individu di dalam perusahaan (misalnya sebagai teknisi, manajer, dan sebagainya), bukan berdasarkan fungsi yang mereka mainkan. Karena model ini bersifat lintas fungsional, maka kompetensi peran sangat bermanfaat di dalam suatu perusahaan yang berbasis pada tim. Pemimpin-pemimpin tim

di perusahaan-perusahaan seperti ini biasanya sangat ‘dikendalikan’ oleh serangkaian kompetensi tertentu, sedangkan anggota-anggota timnya oleh serangkaian serangkaian kompetensi lain, namun biasanya di antara keduanya sering terjadi tumpang tindih.

Kompetensi keempat disebut sebagai kompetensi kerja yang merupakan kompetensi yang paling sempit ruang lingkungannya dibandingkan dengan keempat model yang lain karena model ini hanya diaplikasikan untuk satu tugas atau satu pekerjaan saja. Penerapan kompetensi ini tidak dapat dipisahkan dari kemampuan seseorang menggunakan pemikiran intelektual (*cognitive*) dan mengendalikan emosinya. Kompetensi pimpinan rumah sakit adalah karakteristik yang mendorong kinerja luar biasa dalam peran, pekerjaan dan fungsi tertentu. Kompetensi mengacu pada kelompok kompetensi yang dibutuhkan dalam pekerjaan tertentu dan biasanya kompetensi manajemen, kompetensi yang spesifik berhubungan dengan pekerjaan dan spesifik secara teknis.

2.5.3. Tahapan Berdasarkan Collen (2008).

Menurut Collen, (2008), meskipun terdapat kecenderungan bahwa pada rumah sakit tertentu memiliki komponen-komponen yang sama dalam jenis kompetensinya dengan perusahaan lain tapi tidak satu perusahaan pun yang memiliki hak paten atas hal itu, sehingga berdasarkan pada perilaku yang membentuk kompetensi tersebut (yang merupakan penggerak sesungguhnya dari suatu model kompetensi) seharusnya jenis kompetensi pada perusahaan atau dalam hal ini rumah sakit akan berbeda satu dengan yang lain. Suatu model kompetensi dapat dirancang untuk suatu perusahaan atau rumah sakit secara keseluruhan, maupun untuk segmen-segmen tertentu di dalam organisasi seperti misalnya, peran, fungsi atau tugas tertentu. Jenis model kompetensi seperti apa yang akan digunakan oleh rumah sakit, perusahaan atau organisasi, sangat bergantung dan ditentukan oleh kebutuhan-kebutuhan serta sasaran-sasaran RS tersebut.

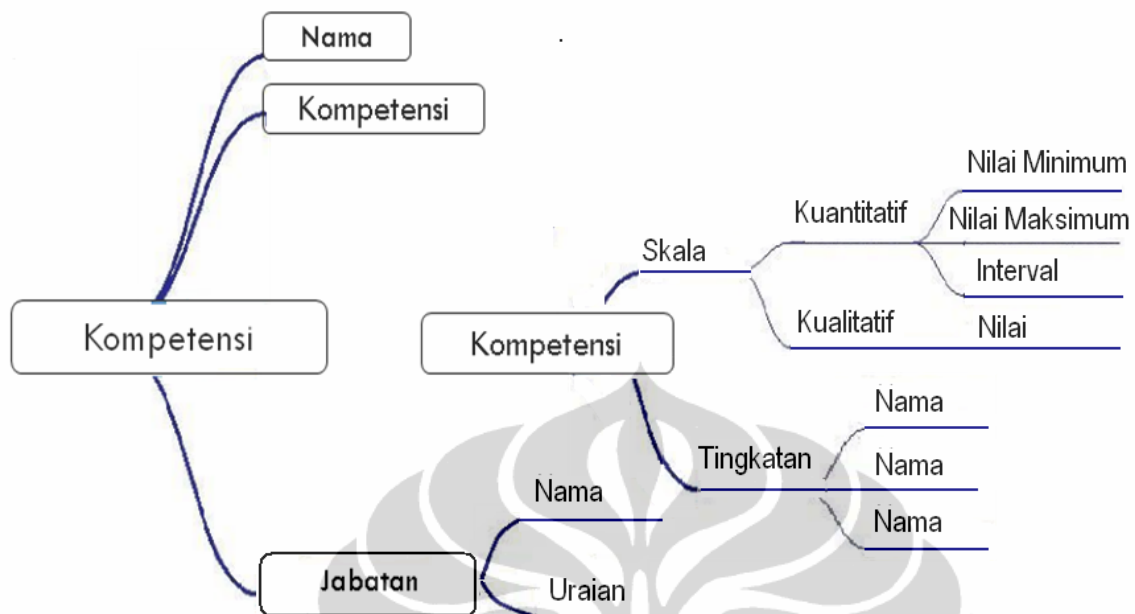
2.5.4. Tahapan Berdasarkan Sampson & Fytros (2008)

Sampson dan Fytros (2008) mengidentifikasi 3 dimensi inti dalam istilah kompetensi dimensi pertama adalah karakteristik yaitu pengetahuan (*knowledge*), Keahlian (*skill*), perilaku (*attitude*), Kemampuan (*ability*), perangai (*behavior*), sifat

(*trait*), nilai (*value*), motif (*motives*), Konsep diri (*self concepts*), Aspek pencitraan (*aspects of one's self-image*), peran sosial (*social role*) dan atau pengendalian diri (*self control*). Dimensi ke dua adalah kompetensi tingkat kemahiran. Tingkat kemahiran digunakan untuk mengklasifikasikan kompetensi seseorang pada tingkat tertentu sesuai dengan kinerjanya ketika menunjukkan kompetensi berdasarkan tindakan. Berdasarkan contoh definisinya tingkat kemahiran termasuk kinerja yang unggul, dan rata rata efektif, kinerja yang unggul berkisar pada tingkat dasar ke tingkat kemahiran tertinggi keunggulan kinerja suatu kegiatan. Dimensi ketiga adalah konteks di mana kompetensi individu diterapkan. Konteks dapat merujuk pada wilayah tertentu dari pekerjaan, untuk suatu pekerjaan atau fungsi, untuk hasil yang hidup, untuk bekerja pada situasi terkait , pada situasi tertentu, atau untuk suatu tugas tertentu.

2.5.5. Tahapan Berdasarkan ACHE

Secara umum, model adalah pemindahan dari konsep untuk suatu tujuan pemahaman sebelum membentuk sebuah model kompetensi. Oleh karena itu model kompetensi dapat dianggap sebagai struktur generik yang berlaku di luar profesi membangun lingkungan ACHE (2008, mendefinisikan model kompetensi sebagai alat deskriptif yang mengidentifikasi kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan peran efektif dalam organisasi dan membantu bisnis memenuhi tujuan strategisnya. Untuk itu unsur penelitian model kompetensi yang telah di uraikan terdahulu dimasukkan kedalam model atau elemen model kompetensi tujuannya adalah model kompetensi terkait teridentifikasi termasuk nama elemen yang memberikan singkat kompetensi. Uraian jabatan adalah elemen ini memberikan gambaran lengkap mengenai kompetensi. Tingkat Keahlian adalah elemen yang bertujuan untuk menggambarkan tingkat kemampuan kompetensi terdiri dari sub-elemen yaitu “tingkat” dan “skala”. Elemen sub-"tingkat" bertujuan untuk menggambarkan berbagai jenis tingkat kemahiran berdasarkan aspek dimensi ‘per karakteristik musiman’ (misalnya keterampilan, pengetahuan, sikap). Untuk setiap karakteristik karakteristik nama tingkat kemahiran di tempatnya, jenis dan deskripsi karakteristik harus diberikan. yaitu, "nama" dan "deskripsi" dapat di lihat pada Gambar 2.7. Elemen Model Kompetensi.



Gambar 2.7. Elemen Model Kompetensi.

2.5.6. Tahapan Berdasarkan Masyarakat Akademis Eropa

Masyarakat Akademis Eropa (*European Academic Business in Society*): Bisnis (2006) membangun model kompetensi secara bertingkat setiap tingkat menyiratkan semua tingkatan yang lebih rendah harus dicapai sebelum menangani kompetensi pada tingkat atas dari permodelan. Keselarasan strategis tersedia untuk membangun kompetensi dari sejumlah besar aktivitas kompetensi pemodelan yang digunakan oleh para periset dalam beberapa tahun terakhir. Tingkatan tersebut diatur dalam suatu hirarki. Pada bagian dasar model berlaku sejumlah besar kompetensi pekerjaan dan industri. Sembilan tingkatan model dibagi menjadi bagian yang mewakili keterampilan, pengetahuan dan kemampuan penting untuk kinerja yang sukses di industri atau pekerjaan yang diwakili oleh model dan tergambar pada Gambar 2.8. Tingkatan dalam Kompetensi.



Gambar 2.8. Tingkatan dalam Kompetensi

2.5.7. Kompetensi Dasar

Kompetensi dasar di dasar model, tingkatan 1 (satu) sampai 3 (tiga) merupakan kompetensi-kompetensi yang menyediakan dasar untuk sukses di sekolah dan di dunia kerja. Pemilik atau pengusaha sebuah industri awalnya telah mengidentifikasi hubungan antara keterampilan dasar dan kinerja kerja, serta fakta bahwa keterampilan mendasar merupakan prasyarat yang diperlukan bagi pekerja untuk mempelajari industri-spesifik keterampilan baru. Kompetensi ini mendasar ini penting untuk sejumlah besar pekerjaan dan industri yang akan di jual.

1) Tingkat 1 – Efektivitas Pribadi

Kompetensi Efektivitas Pribadi ditampilkan pada piramida dasar ini penting untuk semua kehidupan peran-peran mereka sebagai anggota keluarga, masyarakat, dan masyarakat yang lebih luas. Mereka tidak eksklusif untuk kompetensi yang dibutuhkan untuk karier yang sukses atau peran di tempat kerja. Mereka dimasukkan karena kompetensi ini juga dihargai oleh majikan, dan sering disebut sebagai "*soft skill*."

Kompetensi efektivitas pribadi umumnya dipelajari di rumah atau masyarakat dan diperkuat dan diasah di sekolah dan di tempat kerja. Termasuk efektivitas keterampilan Interpersonal, integritas, profesionalisme, inisiatif, keteguhan dan ketangguhan, kesediaan untuk belajar.

2) Tingkat 2 – Kompetensi Akademik

Dasar model kompetensi akademik ini berisi kompetensi penting terutama belajar dalam suasana akademik, serta fungsi kognitif dan gaya berpikir. Kompetensi ini mungkin berlaku untuk semua organisasi diwakili oleh satu industri atau asosiasi industri nasional.

3) Mereka melayani sebagai dasar untuk pekerjaan dan kompetensi industri tertentu. Kompetensi ini meliputi membaca, menulis, matematika, sains & teknologi, komunikasi, mendengarkan & berbicara, berpikir kritis dan analitis, pembelajaran aktif, keterampilan dasar komputer.

4)

5) Tingkat 3 – Kompetensi Kerja

Kompetensi petensi tempat kerja ini termasuk keterampilan dan kemampuan yang memungkinkan individu untuk berfungsi dalam pengaturan organisasi. Seperti halnya kompetensi akademik, ini umumnya berlaku untuk sejumlah besar pekerjaan dan industri pada tingkat nasional. Di tingkat ini meliputi *teamwork*, *adaptabilitas* atau fleksibilitas, fokus pada pelanggan, perencanaan dan pengorganisasian, berpikir kreatif, pemecahan masalah dan pengambilan keputusan, bekerja dengan alat atau teknologi computer aplikasi, tempat kerja, penjadwalan dan koordinasi, memeriksa, menguji dan mencatat, mempunyai fundamental bisnis. Hubungan Industri Terkait ditampilkan pada tingkat 4 dan 5 dikelompokkan dan disebut sebagai Kompetensi Industri. *Cross-cutting* industri-lebar kompetensi teknis memungkinkan untuk menampilkan kisi karir dalam suatu industri dimana seorang pekerja dapat bergerak dengan mudah di seluruh industri sub-sektor. Model ini mendukung pengembangan tenaga kerja terampil tidak mengikuti jenjang karir kerja tunggal.

6) Tingkat 4: Kompetensi Teknis untuk Industri Luas

Kompetensi teknis untuk industri yang lebih luas mewakili domain berikutnya dalam hirarki "membangun blok" termasuk didalamnya mewakili pengetahuan, keterampilan dan kemampuan yang dibutuhkan oleh semua pekerjaan dalam industri. Kompetensi ini tetap tidak terdefinisi dalam model ini, oleh karenanya industry (rumah sakit) harus menentukan dan mendefinisikan kompetensi untuk setiap bagian dari proses pengembangan model kompetensi.

7) Tingkat 5: Industri-Spesifik Kompetensi Teknis

Sumber referensi ini terdiri dari satu set "blok bangunan" untuk pengembangan kompetensi model. Blok bangunan ini diatur dalam sembilan tingkatan termasuk dalam model adalah industri spesifik kompetensi teknis. Kompetensi termasuk dalam domain ini mewakili pengetahuan, keterampilan, kemampuan dan karakteristik lainnya yang dibutuhkan oleh semua pekerjaan dalam suatu segmen industry (misalnya, rumah sakit dengan bagian farmasi, radiologi dll).

8) Pekerjaan Terkait

Model kompetensi kerja sering dikembangkan untuk menentukan kinerja di tempat kerja, untuk merancang kurikulum berbasis kompetensi atau untuk mengartikulasikan persyaratan untuk kredensial pekerjaan seperti lisensi atau sertifikasi. Pekerjaan terkait kompetensi pada tingkat 6, 7 dan 8 dikelompokkan dikelompokkan dan disebut sebagai Kompetensi Kerja. Model kompetensi kerja sering dikembangkan untuk menentukan kinerja di tempat kerja, untuk merancang kurikulum berbasis kompetensi, atau untuk mengartikulasikan persyaratan untuk credential pekerjaan seperti lisensi atau sertifikasi.

9) Tingkat 6: Pekerjaan-Daerah Tertentu Pengetahuan

Semua pekerjaan membutuhkan dasar pengetahuan khusus, sebagai pimpinan puncak rumah sakit. Banyak informasi tentang pengetahuan yang diperlukan

dalam berbagai pekerjaan dapat diperoleh dari sumber daya yang ada seperti kurikulum perguruan tinggi. Pengetahuan bidang: administrasi & manajemen; kedokteran dan kedokteran gigi; personalia dan sumber daya manusia; filsafat, teologi dan fisika; produksi dan pengolahan; psikologi; keselamatan publik & keamanan; penjualan dan pemasaran; sosiologi dan antropologi; telekomunikasi; terapi dan konseling; transportasi.

10) Tingkat 7: Pekerjaan Khusus Kompetensi Teknis

Membangun blok ini memerlukan kompetensi teknis tertentu. Seringkali, kompetensi ini khusus untuk pekerjaan tertentu, organisasi, atau bagian tertentu, dan perlu didefinisikan oleh mitra dan pemegang saham.

11) Tingkat 8: Pekerjaan Persyaratan Khusus

Tingkat ini mencakup persyaratan seperti sertifikasi, lisensi, dan derajat pendidikan khusus, atau persyaratan fisik dan pelatihan. Sekali lagi, kompetensi ini khusus untuk pekerjaan tertentu. Model pengembang perlu menentukan persyaratan-persyaratan yang khusus untuk pendudukan kunci di sektor industri tertentu.

12) Tingkat 9: Manajemen Kompetensi

Kompetensi ini adalah khusus untuk pekerjaan pengawasan dan manajerial meliputi kepegawaian, menginformasikan, mendelegasikan, pemantauan kerja, melakukan jejaring, pemantaun kerja, kewirausahaan, mendukung lainnya dengan memotivasi dan menginspirasi, mengembangkan dan mentoring. Melakukan perencanaan strategis, mempersiapkan dan evaluasi anggaran serta memperjelas peran dan tujuan mengelola konflik, membangun tim serta mengembangkan visi organisasi; monitoring dan pengendalian sumber daya.

2.5.8. Tahapan Model Kompetensi Berdasarkan BNSP

Sesuai dengan lampiran keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia No. KEP.196/MEN/IV/2007 Tentang standar kompetensi Kerja Nasional Indonesia Sektor Jasa Pendidikan dan Pelatihan maka Standar Kompetensi Kerja Nasional Indonesia yang selanjutnya disingkat SKKNI, adalah rumusan kemampuan kerja yang mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan/atau keahlian serta sikap kerja yang relevan dengan pelaksanaan tugas dan syarat jabatan yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku. Dengan dikuasainya standar kompetensi tersebut oleh seseorang, maka yang bersangkutan akan mampu **mengerjakan** suatu tugas atau pekerjaan, **mengorganisasikan** agar pekerjaan tersebut dapat dilaksanakan, **apa yang harus dilakukan** bilamana terjadi sesuatu yang berbeda dengan rencana semula, **menggunakan kemampuan** yang dimilikinya untuk memecahkan masalah atau melaksanakan tugas dengan kondisi yang berbeda.

Standar kompetensi kerja sebagaimana dimaksud dalam deskripsi tersebut di atas, diformulasikan dengan menggunakan format *Regional Model of Competency Standard (RMCS)*. Standard RMCS ini dikembangkan berdasar pada fungsi-fungsi dan tugas-tugas (Konvensi ILO, 2008) yang ada pada bidang pekerjaan dan bukan berdasar pada jabatan. Model RMCS distandarkan pada cakupan bidang pekerjaan dan bukan jabatan atau jabatan yang ada pada bidang pekerjaan yang dimaksud. Pada penyusunan standar kompetensi dengan adalah pendekatan RMCS dimulai dari identifikasi pekerjaan pada bidang tertentu di pengguna (dalam hal ini industri jasa RS Dalam penyusunannya, manajer puncak membentuk *project reference group (PRG)* yang dibentuk untuk melakukan evaluasi terhadap standar kompetensi yang tersusun sebelum divalidasi dan dilakukan consensus dengan pemangku kebijakan (*stake-holder*). Penggunaan asosiasi profesi dan pendidikan pada penelitian ini, hasil akhir nantinya disepakati standar kompetensi manajer puncak RS swasta, terdiri dari beberapa unit kompetensi. Standar kompetensi ini akan diproses kembali dan akhirnya dianalisa. Kode unit terdiri dari atas beberapa huruf dan angka dengan pola pengisian merujuk Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor KEP-227/MEN/2003. Tabel 2.7 menggambarkan uraian unit kompetensi:

Tabel 2.7. Tabel Unit Kompetensi .

<i>Kode Unit</i>	
Terdiri dari berapa huruf dan angka yang disepakati oleh para pengembang dan industri terkait (merujuk Kepmenaker No. KEP-227/MEN/2003 tanggal 13 Oktober 2003)	
<i>Judul Unit</i>	
Merupakan fungsi tugas/pekerjaan suatu unit kompetensi yang mendukung sebagian atau keseluruhan standar kompetensi. Judul unit biasanya menggunakan kalimat aktif yang diawali dengan kata kerja aktif yang dapat terobservasi.	
<i>Deskripsi Unit</i>	
Penjelasan singkat tentang unit tersebut berkaitan dengan pekerjaan yang akan dilakukan	
Pernyataan-pernyataan tentang hasil atau output yang diharapkan untuk setiap Elemen kompetensi yang dinyatakan dalam kalimat pasif dan terukur.	
Untuk setiap elemen kompetensi sebaiknya mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap (KSA)	
<i>Elemen Kompetensi</i>	<i>Kompetensi</i>
<i>Kriteria Unjuk Kerja</i>	
<i>Batasan Variabel</i>	
Menjelaskan konteks unit kompetensi dengan kondisi pekerjaan unit yang akan dilakukan, prosedur atau kebijakan yang harus dipatuhi pada saat melakukan pekerjaan tersebut serta informasi tentang peralatan dan fasilitas yang diperlukan	
<i>Panduan Penilaian</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan prosedur penilaian yang harus dilakukan • Persyaratan awal yang mungkin diperlukan sebelum menguasai unit yang dimaksud tersebut • Informasi tentang pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan terkait dan mendukung tercapainya kompetensi dimaksud • Aspek-aspek kritis yang sangat berpengaruh atas tercapainya kompetensi yang dimaksud 	

1. Judul Unit

Judul memberikan penjelasan umum tentang pekerjaan yang harus dilakukan, atau menjelaskan suatu pekerjaan yang akan dilakukan. Judul ditulis dengan mengarahkan pada hasil yang ingin dicapai dan harus singkat, jelas dan menggunakan kata kerja aktif.

2. Deskripsi Unit

Uraian unit kompetensi memberikan penjelasan singkat mengenai kegunaan kompetensi tersebut dan kemungkinan berhubungan dengan kompetensi lain bila ada.

3. Elemen Kompetensi

Elemen kompetensi merupakan dasar pembentukan bangunan standar kompetensi atau merupakan elemen aspek utama yang dibutuhkan untuk tercapainya unit kompetensi, atau merupakan elemen aspek utama yang dibutuhkan untuk tercapainya unit kompetensi unit.

4. Kriteria Unjuk Kerja

Pernyataan yang mengidentifikasi hasil akhir yang perlu dinilai bila kompetensi tersebut telah tercapai. Kriteria unjuk kerja menunjukkan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang dituangkan dalam kalimat pasif yang mengarah pada pembendaan (pembentukan kata benda). Kriteria unjuk kerja ini merupakan standar unjuk kerja untuk setiap elemen kompetensi.

5. Batasan Variabel

Menunjukkan sejumlah fungsi yang berbeda, antara lain menunjukkan hubungan antara pekerjaan yang dilakukan, mengkaitkan unit kompetensi dengan pengetahuan dan kebutuhan perusahaan perusahaan, memfokuskan kepada apa yang dinilai. Peraturan, prosedur yang berlaku digunakan sebagai referensi.

6. Panduan Penilaian

Panduan penilaian sebagai indikator kompetensi berhubungan dengan unit kompetensi secara terpadu dan memberikan panduan tentang interpretasi standar kompetensi dan penilaian terhadap standar kompetensi. Panduan penilaian sebagai indikator kompetensi dapat memberikan aspek dan kompetensi yang

perlu diberikan tekanan pada saat penilaian, penilaian apa yang perlu dilakukan bersamaan, pengetahuan yang diperlukan, dan mendukung tercapainya kompetensi terkait, serta penjelasan tentang metode penilaian.

7. Kompetensi Kunci

Pengelompokan tingkat kemampuan dalam menyelesaikan suatu tugas atau pekerjaan berdasarkan pada derajat kesulitan atau kompleksitas tugas atau pekerjaan.

2.6. Langkah-langkah Pengembangan Model Kompetensi

Standar pengukuran kompetensi adalah rumusan tentang kemampuan dan kinerja minimal yang harus dicapai pada satu kompetensi tertentu yang diantaranya meliputi apa yang diharapkan dapat dikerjakan oleh seseorang, seberapa jauh kinerja yang diharapkan tersebut dapat dicapai oleh seseorang, bagaimana pengukuran membuktikan bahwa seseorang telah mencapai kinerja yang diharapkan. (Sullivan: 2007).

Sebuah organisasi yang kompleks seperti halnya RS bisa dikatakan penuh birokrasi, dalam hirarki administrasi dengan segala resiko klinis, keterlibatan antar disiplin ilmu serta menghadapi pasar bebas harus dapat menanggulangi masalah organisasi. Untuk merancang sebuah pelayanan kesehatan yang menghasilkan efektivitas dan efisiensi dalam meningkatkan keselamatan pasien, organisasi harus mendefinisikan sebuah paradigma baru dalam kepemimpinan yang mendorong inovasi pengembangan dan berjuang untuk mengatasi bagaimana untuk mengintegrasikan berbagai kompetensi bagi dokter serta para manajemen dalam mememanajemi pasien dan sistem kesehatan umumnya (Barry, 2006). Dalam persaingan pelayanan kesehatan yang semakin kompetitif dan disertai dengan perubahan lingkungan bisnis perumahsakitannya yang sangat dinamis, mengharuskan setiap rumah sakit memiliki kemampuan sumber daya yang handal dalam berperilaku memenejemeni RS harus mempunyai kriteria dasar kompetensi sesuai dengan perilaku yang diharapkan. Model diagnostik dari American Healthcare Manager Association, 2010 yang disadur secara bebas menunjukkan penentuan kompetensi dimana dipisahkan antara perilaku yang berlaku saat ini, dan bagaimana perilaku yang diharapkan. Untuk berhasil mencapai

hasil yang baik dalam penerapan model kompetensi, maka rumah sakit harus mempunyai alasan yang dari sisi layanan memaksa rumah sakit untuk menerapkan model ini. Alasan-alasan yang mengarahkan organisasi untuk menerapkan model ini perlu dikenali dengan baik. sasaran-sasaran organisasi yang akan menjadi dasar bagi pengembangan model kompetensi. Tabel 2.8. menjelaskan tahapan para peneliti dalam langkah-langkah untuk mengembangkan model-model kompetensi.

2.6.1. Mendefinisi Strategi Organisasi

Sebuah model kompetensi akan efektif bila diselaraskan dengan strategi, sistem nilai, dan sasaran-sasaran dari organisasi. Untuk itulah, sebelum membuat keputusan yang berkaitan dengan pengembangan model kompetensi, maka para perancang model kompetensi harus secara mendalam melakukan kajian terhadap strategi, sistem nilai, dan juga sasaran-sasaran dari perusahaan.

2.6.2. Mengenali Cara Mengaplikasikan Model Kompetensi

Pada langkah ini, para perancang model kompetensi harus melakukan evaluasi terhadap segala kemungkinan penggunaan model kompetensi di dalam organisasi dan menetapkan aplikasi-aplikasi yang mempunyai potensi terbesar, misalnya untuk proses rekrutmen dan seleksi atau pelatihan dan pengembangan. Untuk aplikasi pertama, sebaiknya dipilih aplikasi model kompetensi yang akan memenuhi kebutuhan mendasar dari organisasi, mudah dilaksanakan, dan yang dapat menunjukkan hasil yang cepat.

2.6.3. Menetapkan “Scope” dari model

Sebuah model kompetensi dapat dikembangkan untuk sebuah pekerjaan, sekelompok pekerjaan, sebuah unit bisnis atau untuk keseluruhan organisasi. Para perancang model kompetensi harus menetapkan cakupan dari pengembangan model kompetensi di dalam organisasi. Beberapa organisasi mengembangkan “*Core Competency Model*” berdasarkan sasaran-sasaran organisasi yang berlaku bagi semua jabatan atau sebagian besar porsi dari pekerjaan dan kemudian menambahkan “*Job Specific Competencies*” pada sekelompok kecil pekerjaan.

Tabel 2.8 Tahapan Penelitian Beberapa Model Kompetensi

Negara Tahun	Peneliti	Fokus Penelitian	Target Penelitian	Metode Penelitian
Australia 1991	Harris & Bleakley	Untuk menguji kompetensi Manajer Pelayanan Kesehatan di yang dibutuhkan di Australia tahun 1990-an	Tahap satu ditargetkan tiga puluh berlatih manajer pelayanan kesehatan di South Australia	<ul style="list-style-type: none"> • Tahap 1: fokus pada tiga puluh manajer pelayanan kesehatan untuk menghasilkan daftar kompetensi. • Tahap 2: sampel survei kuesioner dikirimkan. Untuk pengingat dikirim sampel dalam waktu empat belas dari kuesioner pertama.
Kanada 1993	Kazanijan & Pagliocia	Karakteristik demografi dan pengalaman kerja manajer kesehatan dan kompetensi yang dibutuhkan untuk masa depan peran manajerial.	761 organisasi layak diidentifikasi mencari korporasi mereka, dan tingkat responden adalah 51,4% (n = 391).	<ul style="list-style-type: none"> • Tahap satu: 761 organisasi layak diidentifikasi • Tahap kedua: 1982 manajer kesehatan teridentifikasi dari 391 organisasi menanggapi survei kuesioner yang dikirimkan. • Tahap tiga: bagian tambahan dari survei kuesioner juga dikirimkan kepada sampel yang dipilih secara acak dari 468 di antara manajer kesehatan tahun 1982 diidentifikasi

Tabel 28. Tahapan Penelitian Beberapa Model Kompetensi (lanjutan)

Negara Tahun	Peneliti	Fokus Penelitian	Target Penelitian	Metode Penelitian
Amerika 1995	Daiston & Bishop	Menentukan kebutuhan pembelajaran dan pertumbuhan RS, CEO, dan untuk menjajaki pandangan mereka tentang keberhasilan untuk memeriksa area yang perlu perbaikan.	547 CEO RS di AS yang dipilih secara acak dari panduan AHA. Sampel berlapis oleh geografis kota dan negara. Responden menilai tidak disebutkan dalam artikel jurnal.	Survei skala likert Instrumen survei ini pretested pada kelompok pilih responden dan diedit berdasarkan tinjauan.
Amerika 1996	Wallace, P.E.	Untuk memeriksa cara yang penuh keragaman dirasakan dan diterapkan di antara eksekutif RS	CEO atau Presiden 580 rumah sakit perawatan akut short term dari daerah tiga dari AS seperti yang tercantum dalam RS Amerika Association's Guide to Health Care Field (1989). Totally 202 (35%) survei kembali.	Pos survei kuesioner
Amerika 1996	Ende & Tucker	Untuk mempelajari persamaan, perbedaan antara kesehatan dan CEO dalam kaitannya dengan pola kepribadian mereka yang termasuk usia, jenis kelamin, pendidikan, tahun berada di industri, waktu di posisi CEO sekarang, ciri-ciri kepribadian, peran dan kebutuhan.	73 CEO perusahaan di kota besar AS Barat daya dan 47 CEO dari RS di seluruh AS 500 atau lebih karyawan yang menjadi sasaran. 32 CEO dari bisnis (44%) dan 30 rumah sakit CEO (63,8%) setuju untuk berpartisipasi menghasilkan gabungan tingkat pengembalian 52%	Pos survei menggunakan Kostick Persepsi dan Preferensi Inventory (PAPI) mengukur kepribadian.

Tabel 28. Tahapan Penelitian Beberapa Model Kompetensi (lanjutan)

Negara Tahun	Peneliti	Fokus Penelitian	Target Penelitian	Metode Penelitian
Australia dan New Zealand 1998	Harris et al	Untuk menguji dampak perubahan (antara 1992-1998) pada peran dan karir subset dari Australia dan Selandia Baru memajukan prospek karir manajer ini.	443 senior dan manajer kesehatan menengah, yang merupakan anggota dari Australian College of Health Service Executives (ACHSE) atau Selandia Baru Institute of Health Management (HYZIHM) dengan tingkat responden 30,7% (n = 135)	Pos survei kuesioner
Amerika 2002	Griffith et al	Uji pilot metode mengidentifikasi alternatif kompetensi dan kinerja eksekutif kesehatan. Hasil, diidentifikasi prioritas eksekutif kesehatan penting keterampilan teknis, keahlian interpersonal dan keterampilan strategis	31 CEO dari tidak besar nirlaba akut organisasi kesehatan di AS yang anggota aktif Healthcare Research and Development Institute (HRDI), dan juga dicalonkan potensi tinggi 3 dari 15 lulusan terbaik program sarjana .	<ul style="list-style-type: none"> • Survey melalui telepon. • Tahap 1: mengidentifikasi responden hadir pada acara tertentu pada acara dan dievaluasi. • Tahap 2: Daftar responden aktif diminta mengidentifikasi keterampilan relatif penting dari yang disediakan
Australia 2003	Farrell M.	Fokus pada praktek kepemimpinan jaringan dan administrator RS	15 administrator Metro Victoria, dari 7 jaringan kesehatan dan RS (dengan 500 TT atau lebih) dalam jejaring.	Wawancara semi-terstruktur. di tempat kerja peserta dan direkam untuk transkripsi.
Amerika 2007	Getha-Taylor	Pengembangan kompetensi kepemimpinan pada akademi administrasi nasional. Penelitian tahun 2002	20 Presidential Rank Awards of the Senior Executive Service dibanding dengan 23 manajer senior dari pejabat pemerintah	Wawancara semi-terstruktur dan melalui telepon

Tabel 2.8. Tahapan Penelitian Beberapa Model Kompetensi (lanjutan)

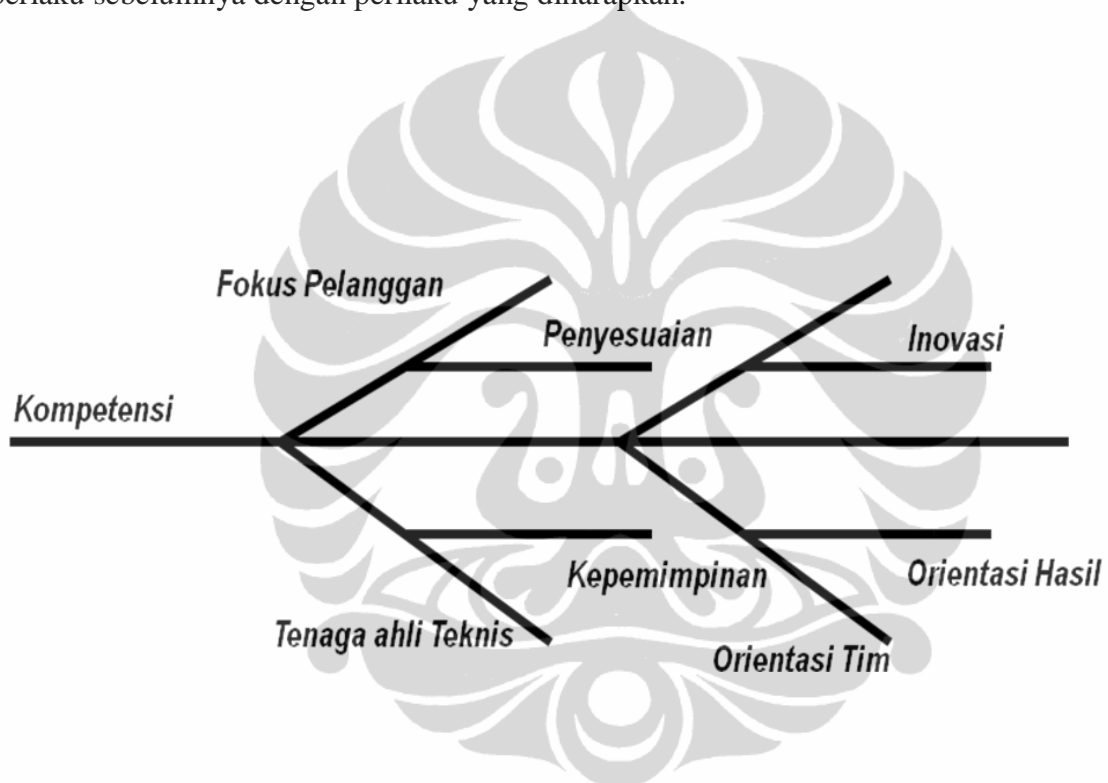
Negara Tahun	Peneliti	Fokus Penelitian	Target Penelitian	Metode Penelitian
Amerika 2003	Guo K. L.	Pengembangkan alat penilaian kinerja manajer kesehatan senior untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan, pengembangan promosi daerah yang kekurangan kompetensi di segala bidang seperti pasar dan kebutuhan organisasi	10 senior manajer kesehatan dari industri kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Tahap I: ukuran model peran paling penting manajer senior dikembangkan berdasarkan kerangka Mintsberg's (1973) • Tahap 2: wawancara semi-terstruktur.

Tabel 2.9 Tahapan Penelitian Model Kompetensi Digunakan Penulis

Negara Tahun	Peneliti	Fokus Penelitian	Target Penelitian	Metode Penelitian
Indonesia 2011	Pradnya Paramita	Untuk mendapatkan model kompetensi yang dibutuhkan bagi manajer puncak RS Swasta se JABODETABEK 2011.	600 manajer puncak dari 165 RS Swasta se-JABODETABEK.	<ul style="list-style-type: none"> • Survei skala likert • Tahap I, pretes WM pada kelompok ahli dan diedit berdasarkan tinjauan. • Tahap II: survey pada staf RS, pretes PERMAPKIN, Pakar RS untuk menghasilkan daftar kompetensi. • Tahap III, Survei kuesioner ke 600 responden kuesioner kedua.

2.6.4. Merancang Rencana Pembuatan Model

Pada tahap ini, para perancang model kompetensi akan mengambil langkah-langkah awal untuk mengembangkan kompetensi-kompetensi yang akan dimasukkan dalam model yang akan diaplikasikan di dalam organisasi dengan mendiagnosa keadaan perilaku sekarang maupun yang akan datang. Biasanya dengan menggunakan diagram *Fish Bone* dilakukan diagnostik pada gambar 2.9, dimana diambil dari perilaku yang berlaku sebelumnya dengan perilaku yang diharapkan.



Gambar 2.9. Model Diagnostik Untuk Menentukan Kompetensi

Tahapan rancangan dimensi model kompetensi ini biasanya dikembangkan dan disesuaikan dengan kompetensi yang diharapkan. Pada Tabel 2.10 contoh dalam memperoleh kompetensi disesuaikan dengan perilaku.

Tabel 2.10 Rancangan Pencarian Dimensi Model

Perilaku yang Berlaku		Perilaku Diharapkan
FOKUS TERHADAP PELANGGAN		
<ul style="list-style-type: none"> • Berpulang kepada orientasi keuangan • Bericara kepada kebutuhan perusahaan primer bukan kebutuhan pelanggan dan perspektif jangka pendek 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientasi pelanggan diutamakan dalam menghasilkan peningkatan keuangan. • Berbicara kepuasan pelanggan, sebagai keseimbangan perusahaan dan kebutuhan pelanggan perspektif jangka panjang. 	
KOMUNIKASI		
<ul style="list-style-type: none"> • Atas- Bawah (Top-Down) • Terbatas berbagi Orang “Berkata” • Penekanan hanya pada alat komunikasi, batasan pada informasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiarah • Extensif berbagi dan Orang ‘terlibat’ mendengarkan orang lain • Penekanan pada pesan dan alat komunikasi dengan cara berbagi informasi 	
ORIENTASI TIM		
<ul style="list-style-type: none"> • Prinsip kerjasama • Akuntabilitas terletak di tempat lain • Pada prinsipn masing-masing • Kerja tim 	<ul style="list-style-type: none"> • Prinsip kolaborasi • Akuntabilitas dan nasib bersama terletak pada tim • Berbasis Tim, Tim Informasi 	
TENAGA AHLI TEKNIS		
Pekerjaan sebagai Spesialis, Teknologi tertentu atau keahlian tertentu	Fleksibilitas Peran berlaku, Multi terampil Teknologi dan keseimbangan strategi	
ORIENTASI PADA HASIL		
<ul style="list-style-type: none"> • Tunggu orang lain untuk bertindak • Studi baku dan sesuai dengan teknologi berlaku • Aplikasikan dasar keterampilan • Menghindari kesimpulan atau hasil akhir terbatas aturan • Menggunakan keadaan yang lalu sebagai standar • Hindari pengambilan risiko • Hanya individu • Langkah-langkah Strategi Keuangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Membuat sesuatu terjadi dan mengambil tindakan • Setiap orang membuat perbedaan • Aplikasikan keterampilan menyeluruh • Selalu berorientasi kepada produk dan hasil akhir • Menggunakan tujuan berdasar standar yang lebih tinggi • Mengambil resiko lebih bijaksana • Berbagi nasib • Keuangan disertai dengan strategis pengukurannya. 	

Tabel 2.10 Rancangan Pencarian Dimensi Model (lanjutan)

Perilaku yang Berlaku	Perilaku Diharapkan
KEPEMIMPINAN	
<ul style="list-style-type: none"> • Komando dan Pengendalian • Mengelola dan mengawasi • Kinerja individu • "Lakukan apa yang saya katakan • Tindakan Unilateral • Teknik 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengilhami pencapaian tujuan • Pelatih dan panutan • Tim ditambah kinerja individu • "Ikuti contoh saya" • Tegas consensus • Strategi
PENYESUAIAN	
<ul style="list-style-type: none"> • "Ini adalah cara kita selalu melakukannya" • Fokus pada tugas / tugas • Produksi massal, kepastian system • Kekakuan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kejelasan diperlukan • Mempromosikan dan memulai perubahan yang berguna • Siap untuk mengubah • Ketidakpastian adalah kesempatan • Fleksibilitas, mentoleransi dan efektif dengan ambiguitas
INOVASI	
<ul style="list-style-type: none"> • "Aku pekerjaan saya " • Hanya Spesialis • Teknologi 	<ul style="list-style-type: none"> • Berlaku Fleksibilitas Peran berlaku • Multi terampil • Teknologi dan keseimbangan strategi

2.6.5. Penentuan pihak yang terlibat dalam proses pengembangan model

Melibatkan orang-orang yang tepat dalam mengembangkan model merupakan sesuatu hal yang sangat penting. Pada umumnya orang-orang yang membantu pengembangan model adalah mereka-mereka yang pada akhirnya menggunakan model kompetensi dengan sukses. Pertimbangkanlah untuk melibatkan pihak-pihak berikut ini dalam proses pengembangan model kompetensi di perusahaan: pimpinan puncak perusahaan, para manajer yang terkait, para pemegang jabatan yang mempunyai prestasi yang sangat baik, staf departemen SDM, dan ahli-ahli kompetensi.

2.6.6. Pemilihan dengan Pendekatan yang tepat mengenali kompetensi kritikal

Ada beberapa pendekatan atau metode yang dapat dipakai untuk mengenali *Core Competencies* atau *Job Specific Competencies*. Untuk mengenali *core competencies*, metode yang paling efektif adalah dengan melakukan pertemuan dengan para pimpinan

puncak perusahaan untuk membahas dibahas secara mendalam tantangan-tantangan yang dihadapi organisasi, misi, dan juga sasaran-sasaran organisasi dan kompetensi-kompetensi inti yang diperlukan untuk menghadapi tantangan-tantangan, untuk mencapai misi dan sasaran-sasaran tersebut. Untuk mengenali *job specific competencies*, dapat digunakan beberapa metode seperti : *Focus Group Discussion* dan survey dengan para *job expert* atau *Behavioral Event Interview* dengan para pemegang jabatan , baik yang prestasinya sedang-sedang saja, maupun yang prestasinya superior (Jacobson, King, 2010)

2.6.7. Pengumpulan Data

Setelah menetapkan pihak-pihak yang akan terlibat dalam pengembangan model kompetensi, sumber data atau informasi dan metode pengumpulan data, maka langkah selanjutnya yang harus dilakukan oleh para perancang model kompetensi adalah mengumpulkan semua data yang berkaitan dengan *Core Competencies* (kompetensi inti) dan *Job Specific Competencies* (kompetensi khusus untuk pekerjaan tertentu) dengan cara:

- 1) *Focus Group Discussion (FGD)*.

Dalam proses ini data atau informasi yang luas mengenai tantangan-tantangan dan persyaratan-persyaratan jabatan dikumpulkan melalui proses diskusi yang terstruktur dengan para *job expert*. Dari hasil FGD ini, maka kompetensi-kompetensi yang secara jelas tidak kritikal untuk pekerjaan dapat dihilangkan lebih awal sebelum diproses lebih lanjut. Alternatif yang lain, munculnya tambahan-tambahan kompetensi, khususnya kompetensi yang sifatnya teknik.

- 2) Penyebaran Angket (Kuesioner)

Berdasarkan hasil *focus group discussion (FGD)*, sebuah survey dapat dirancang untuk disebarakan kepada sejumlah besar *job expert* untuk mendapatkan fakta, sikap dan pernyataan subjektif lainnya. Isi dari survei adalah kompetensi-komptensi yang dipilih di dalam diskusi kelompok.

Hasil dari survey kemudian disimpulkan dan dianggap sebagai persepsi dari para pekerja tentang kompetensi-kompetensi yang dibutuhkan bagi pekerjaan yang sedang dinilai.

3) *Behavioral Event Interview (BEI)*.

Proses pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara secara mendalam dengan sejumlah pemegang jabatan yang mempunyai prestasi kerja rata-rata dan superior. Tujuan dari wawancara ini adalah untuk mendapatkan informasi yang lengkap mengenai cara mereka menangani situasi-situasi kritis di dalam pekerjaan mereka. Mengingat pendekatan ini memerlukan waktu yang cukup lama dan biaya yang cukup besar, maka sebaiknya digunakan hanya bila pekerjaan yang akan dibuat model kompetensinya relatif sedikit, dan organisasi dapat memperoleh *interviewer* yang terlatih (BellSouth, 2002)

2.6.8. Menganalisis Data dan Membuat Kesimpulan

Untuk melakukan analisis terhadap data-data yang diperoleh dari survey dengan mengaplikasi KJ Analysis (Affinity Diagram), yaitu suatu teknik dalam menggali dan mengorganisasi informasi verbal ke dalam bentuk visual terstruktur Metode yang dikembangkan oleh Jiro Kawakita tahun 1960 melakukan perhitungan respon-respon yang masuk dari masing-masing kelompok pekerjaan yang model kompetensinya akan dibuat secara terpisah. Dibuat penilaian rata rata nilai minimum dan maksimum dari tingkat keterampilan yang diperlukan dari masing masing kompetensi. Diurutkan tingkat kepentingan dan keterampilan yang dibutuhkan masing masing dari yang paling rendah hingga paling rendah.

KJ analisis ini merupakan suatu alat yang sangat bagus digunakan untuk mengajak peserta diskusi untuk lebih kreatif dalam mencari solusi suatu permasalahan. Metode ini sangat baik digunakan dalam suatu kelompok yang memiliki latar belakang dan keahlian yang berbeda-beda, atau situasi yang cukup rumit dan membingungkan di mana situasi yang dihadapi belum tergalai atau diketahui secara baik oleh peserta diskusi. Beberapa hal yang unik dari metode KJ analisis ini adalah: (David L. Hallowell, 2010).

2.6.8.1. Penggabungan Pemikiran tanpa Perdebatan (*Affinity silently*)

Cara yang efektif dalam menyampaikan ide dalam sebuah kelompok dengan menampilkan secara tertulis tanpa bicara. Hal ini untuk memiliki hal yang positif untuk mendorong cara berpikir yang tidak konvensional dan mengurangi pertengkaran dan pertentangan. (NHS Leadership, 2003)

2.6.8.2. Penelitian Mendalam (*Go For Gut Reaction*)

Mendorong kelompok diskusi bereaksi cepat terhadap apa yang dilihat atau dipikirkan dan menyampaikan apa yang ada di dalam pikirannya.

2.6.8.3. Penyederhanaan Penangan Ketidaksepakatan

Penyederhanaan dalam penanganan ketidaksepakatan (*Handle Disagreement Simply*) dalam cara pandang terhadap suatu ide. Jika seseorang atau anggota kelompok tidak setuju terhadap suatu ide pada kategori tertentu, dengan memindahkan ke dalam kategori yang lebih tepat hingga ditemukan suatu kesepakatan, apabila tidak ditemukan kesepakatan maka dapat dibuatkan penggabungan ide untuk kedua kategori. Pembuatan simpulan hasil analisis kedalam format yang dipresentasikan kepada para ahli pencari pekerjaan dengan diperhitungkan respon-respon yang masuk dari masing-masing kelompok pimpinan rumah sakit yang akan dibuat secara terpisah. Sasaran dari proses ini adalah untuk mencapai konsensus mengenai sebuah model bersama yang aplikatif dan didukung oleh setiap orang.

Semua perbedaan substansial yang muncul harus didiskusikan secara mendalam dan diselesaikan, bila semuanya memungkinkan yang pada akhirnya membatasi jumlah kompetensi bagi setiap model. Untuk setiap model jumlah kompetensi yang sebaiknya ada adalah antara 8-10 kompetensi. Besar-kecilnya jumlah akan tergantung juga pada kompleksitas pekerjaan. Semakin kompleks pekerjaan, umumnya memerlukan kompetensi yang lebih banyak (Bass, B.M. & Bass, R. 2008).

BAB III

MATERI DAN KERANGKA KONSEP PERMODELAN

Penelitian adalah berjenjang dan sistematis dalam pelaksanaannya, tujuannya adalah untuk memvalidasi dan / atau memperoleh model dan pengetahuan yang ada dan untuk menghasilkan model kompetensi baru khususnya bagi manajer puncak RS Swasta se Indonesia. Pada tinjauan kepustakaan, peneliti melihat adanya kesenjangan yang akan diidentifikasi dan pertanyaan penelitian telah dikembangkan setelah pencarian literatur yang luas dan analisis kritis dari empat belas studi yang paling relevan pada aspek kompetensi manajer puncak RS.

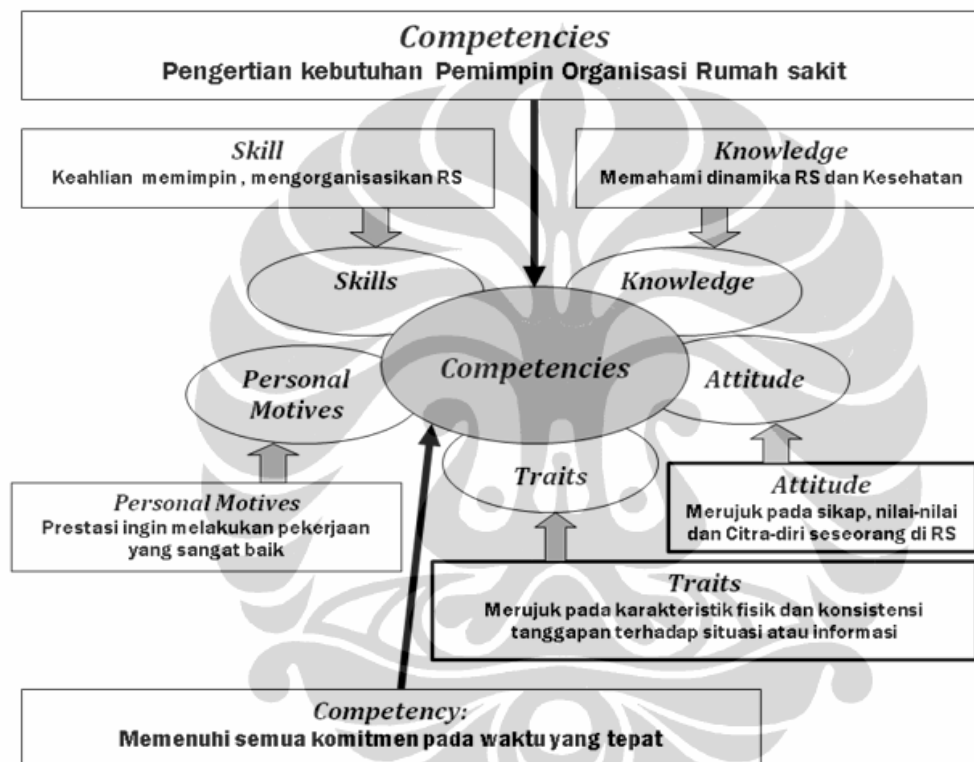
3.1. Studi Permodelan Kepustakaan

Berdasarkan tinjauan kepustakaan, pengembangan model yang dirancang untuk manajer puncak RS Swasta se-JABODETABEK disesuaikan dengan tujuan dari penelitian. Bidang kompetensi beserta indikator-indikatornya misalnya, peran, fungsi atau tugas tertentu yang sangat bergantung dan ditentukan oleh kebutuhan-kebutuhan serta sasaran-sasaran RS swasta tersebut. Aspek-aspek pribadi juga dimasukkan seperti sifat, motif-motif, sistem nilai, sikap, pengetahuan, dan keterampilan didasari pada teori psikologi belajar yang dikembangkan oleh Bloom (1956) dimasukkan ke dalam model dalam rangka merumuskan standar kompetensi yang akan dipergunakan.

3.2. Kerangka Konsep

Dari kerangka teori yang telah diuraikan, penelitian yang berhubungan dengan SDM, setiap kegiatan pengamatan yang melibatkan lebih dari satu variabel peneliti perlu melibatkan lebih satu variabel (Pillay 2008, ACHE 2010 dan Loma 1997). Setelah dilakukan penentuan batasan variabelnya terlebih dahulu, kemudian ditentukan kriteria kompetensi yang akan digunakan peneliti disesuaikan dengan hasil di lapangan pada saat dilakukan studi kualitatif dengan para pakar dan pemilik RS.

Kompetensi yang sudah dijelaskan oleh LOMA (1998), dalam menggolongkan peran seorang manajer puncak berdasar pada fungsi-fungsi peran manajerial umum untuk semua pekerjaan, apapun fungsional atau tingkat hirarkinya maka sesuai dengan teori dari berbagai konsep permodelan para peneliti Gambar 3.1 kerangka teori kompetensi seorang manajer puncak dalam melaksanakan tugas di RS.

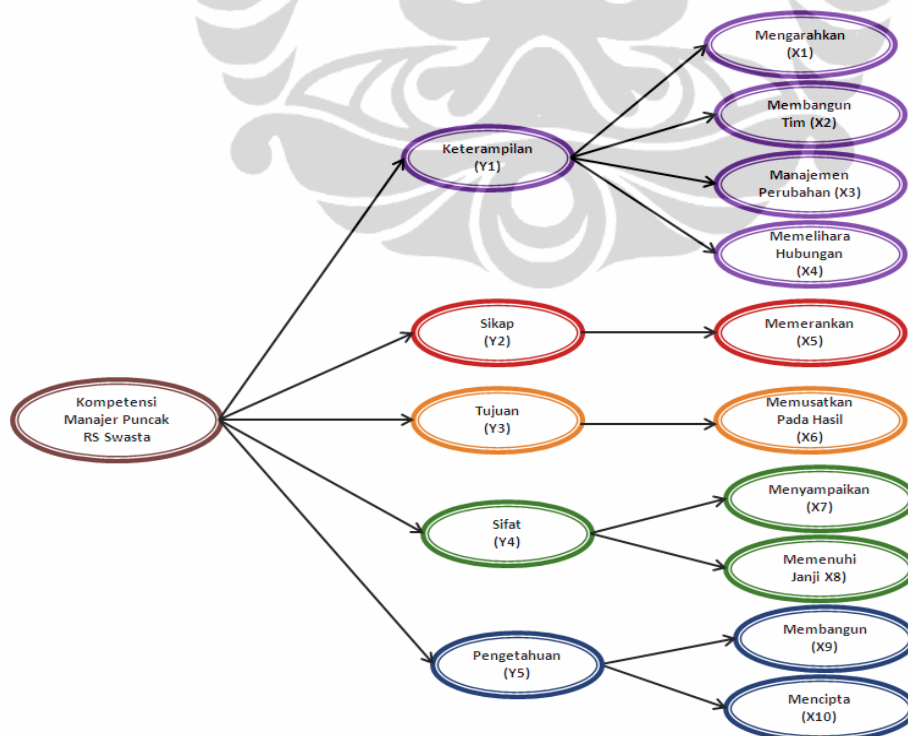


Gambar 3.1 Kerangka Teori Permodelan Kompetensi Manajer Puncak RS

Hasil yang diperoleh terdapat elemen elemen kompetensi yang diturunkan sebagai unit unit dasar dari kompetensinya sehingga tersusun sebuah model dasar atau awal dalam melakukan penelitian kuantitatif. Dalam melakukan penelitian kuantitatif diharapkan dengan menunjukkan setiap perolehan elemen-elemen kompetensi yang diturunkan sebagai unit unit dasar dari kompetensinya tersusun sebuah model dasar atau awal dari teori karakteristik pekerjaan (JCT, Hackman & Oldham, 1980).

Menurut Iceberg (Spencer, 1994) untuk menyelidiki aktivitas manajerial dan gambaran dasar lebih lanjut peran dan atau fungsi-fungsi ke dalam kegiatan manajerial spesifik, seorang manajer puncak mungkin akan tampil dalam perjalanannya pada saat

penataan sumber daya yang ada. Dalam pengukuran kompetensi manajer puncak RS maka kerangka konsep penelitian yang akan dianalisis dengan *statistic multivariate* (Hair et.all 2006) dengan model persamaan struktural gabungan antara model ekonometrik yang ingin melihat hubungan antar variable laten yang disebut dengan model struktural serta model psikometrik yang mengukur variable laten berdasarkan indikator-indikator pembentuk varibel laten. Variabel-variabel akan diukur berdasarkan berbagai teori ini mencakup dari beberapa penelitian dilambangkan sesuai dengan lambang notasi Untuk mempermudah penelitian dan berdasarkan kerangka teori, maka Gambar 3.2 menunjukkan kerangka konsep model persamaan struktural untuk diagram jalur yaitu kompetensi manajer puncak RS swasta diambil dari beberapa persamaan struktural diantaranya generasi kedua teknik analisis multivariate (Bagozzi, 1992) yang memungkinkan peneliti untuk menguji hubungan antara variabel yang kompleks baik *recursive* maupun *non-recursive* untuk memperoleh gambaran menyeluruh mengenai keseluruhan model dengan berbagai variabelnya.



Gambar 3.2 Variabel Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta

Tidak seperti analisis multivariate biasa (regresi berganda), analisis factor dapat menguji bersama sama (Bollen, 1989). Model struktural merupakan hubungan antara konstruk *independen* dan *dependen* dan model pengukurannya menghubungkan antar indikator konstruk (*variable latent*). Dari hasil penggabungan ini memungkinkan peneliti untuk menguji kesalahan (measurement error) sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari SEM (*Structural Equation Modelling*), dan peneliti dapat menganalisis faktor bersamaan dengan pengujian hipotesis. Penggunaan penelitian kuantitatif, dengan metode SEM, dapat mengantisipasi berbagai masalah, sehingga modifikasi model dan penyebab tidak fit atau buruknya sebuah model dapat dengan mudah diketahui. Penggunaan variabel moderator dan non linearitas pada SEM bisa dilakukan dan dapat menjelaskan suatu fenomena dalam hal yang dapat dihitung atau dinyatakan secara statistik (Wijanto 2008; Ridwan 2011).

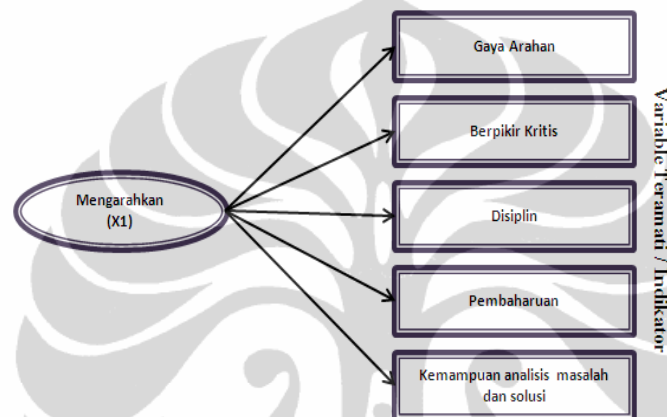
Model dengan konsep SEM mampu untuk menghubungkan antara kompetensi dan motif, konsep diri, sikap, pengetahuan dan kemampuan dalam melakukan sebuah kegiatan. Dari kerangka teori yang telah diuraikan sebelumnya, maka kerangka konsep penelitian yang akan dilakukan dengan salah satu hal yang mempengaruhi hasil dari kompetensi yang akan diteliti akan terpengaruhi oleh kemampuan berinteraksi dan hasil kedekatan dari peneliti.

Dalam penelitian ini dimiliki beberapa konstruk yang harus diukur . Untuk variabel yang disebut sebagai *variable laten* adalah variabel yang tidak bisa diukur langsung dan memerlukan indikator atau variabel teramati atau disebut dengan konstruk laten. (Wijanto, 2008). Kompetensi disebut sebagai Y. Variabel endogen (*dependent*) adalah variabel yang dipengaruhi variable lain dalam suatu model dan dapat menjadi variabel independen pada persamaan lain.

Data yang direduksi melalui analisis komponen utama ini adalah variabel kompetensi eksternal yang terdiri dari motif, konsep diri, pengetahuan, sikap dan kemampuan. Hasilnya adalah keterampilan (Y1), sikap (Y2), tujuan (Y3), sifat (Y4), pengetahuan (Y5). Lebih jelasnya maka digambarkan diagram jalur untuk model struktural sebagai yang digambarkan pada gambar 3.3. dan dilanjutkan dengan mengikuti pola model struktural, sehingga langkah awal untuk mengerjakan atau penerapan model *path analysis* yaitu dengan merumuskan persamaan struktural dan

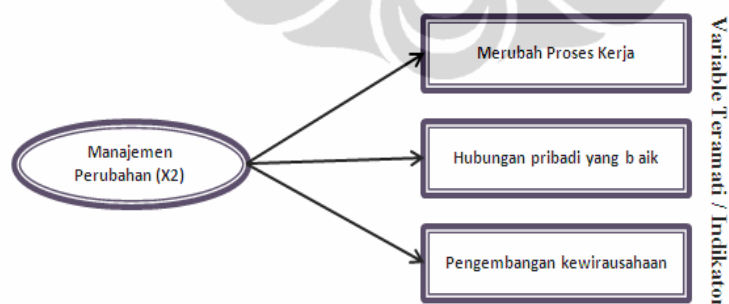
diagram jalur yang berdasarkan kajian teori tertentu yang telah diuraikan, untuk mendapatkan model untuk kepentingan prediksi model yang diharapkan. Berdasarkan Gambar 3.2 dikonversikan ke dalam permodelan kompetensi model manajer puncak RS swasta se-JABODETABEK adalah:

3.2.1. Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta dalam Mengarahkan



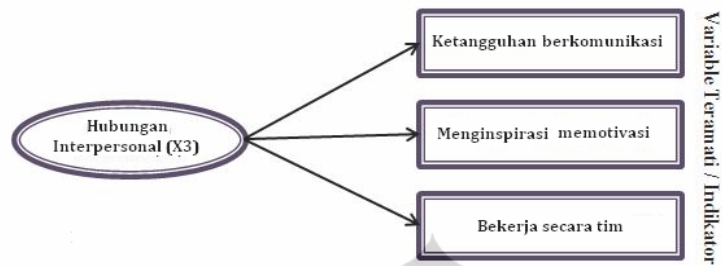
Gambar 3.3 Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta dalam Mengarahkan

3.2.2. Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta Dalam Manajemen Perubahan



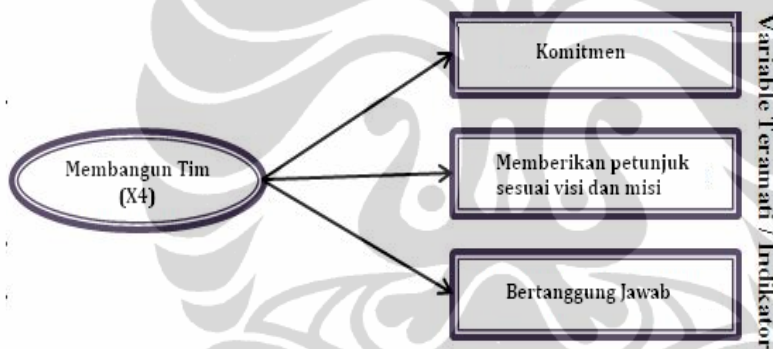
Gambar 3.4 Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta dalam Manajemen Perubahan

3.2.3. Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta Dalam Faktor Interpersonal



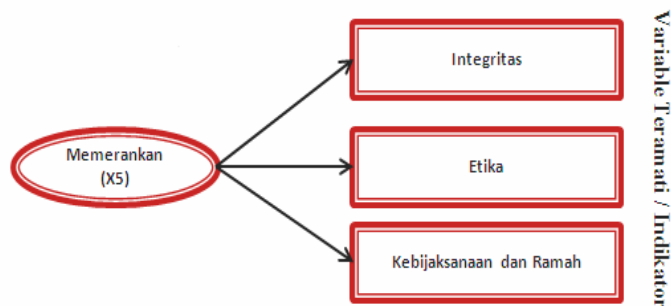
Gambar 3.5 Indikator Hubungan *Interpersonal*

3.2.4. Keterampilan Manajer Puncak RS Swasta Dalam Membangun Tim



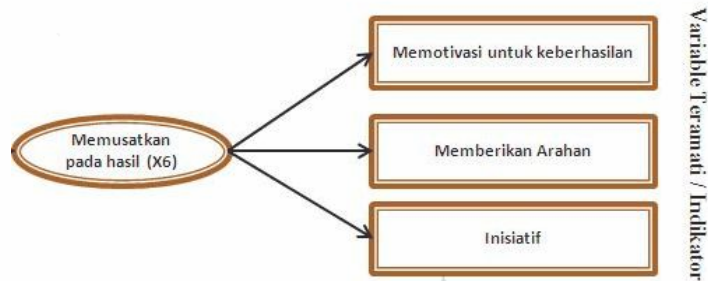
Gambar 3.6 Keterampilan Membangun Tim

3.2.5. Sikap Manajer Puncak RS Swasta memerankan sebagai pemimpin



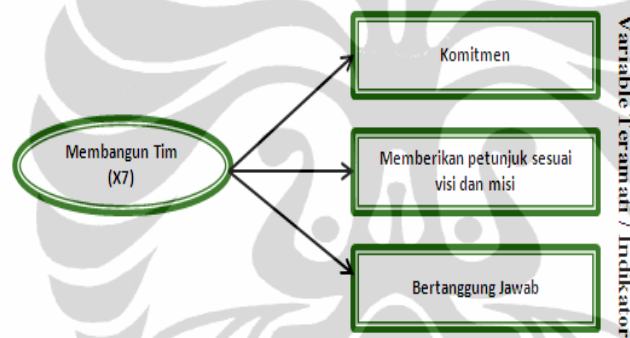
Gambar 3.7 Sikap Manajer Puncak RS Swasta memerankan kepemimpinan

3.2.6. Tujuan dari Manajer Puncak RS Swasta dan Memusatkan pada Hasil



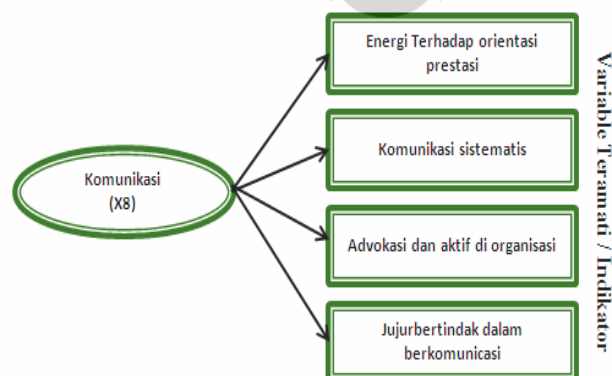
Gambar 3.8 Sub-variabel Fokus Pada Hasil

3.2.7. Sifat Manajer Puncak RS Swasta Membangun dan Berkomunikasi



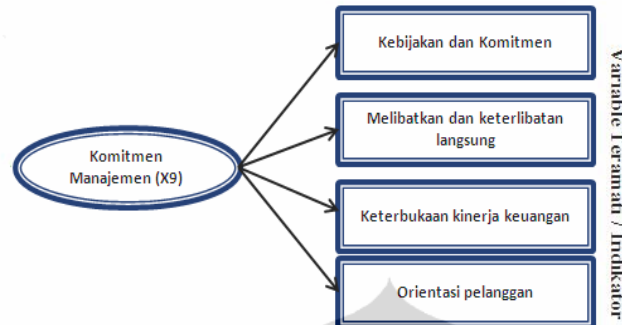
Gambar 3.9 Sub-variabel Membangun Tim

3.2.8. Sifat Manajer Puncak RS Swasta Berkomunikasi



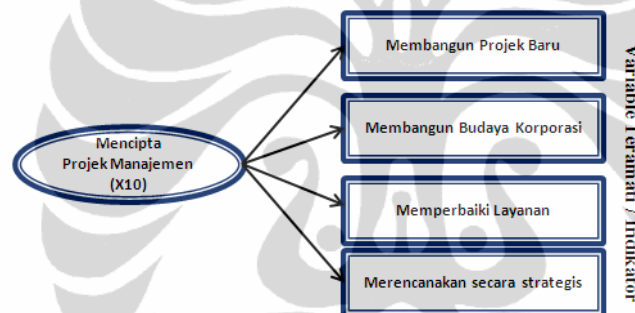
Gambar 3.10 Sifat Manajer Puncak RS Swasta Komunikasi

3.2.9. Pengetahuan dari Manajer Puncak RS Swasta teramati sebagai:



Gambar 3.11 Sifat Manajer Puncak RS Swasta Komitmen Manajemen

3.2.10. Pengetahuan dari Manajer Puncak RS Swasta Mencipta Proyek Manajemen:



Gambar 3.12 Indikator Mencipta Proyek Manajemen Manajer Puncak RS Swasta.

3.3. Hipotesis

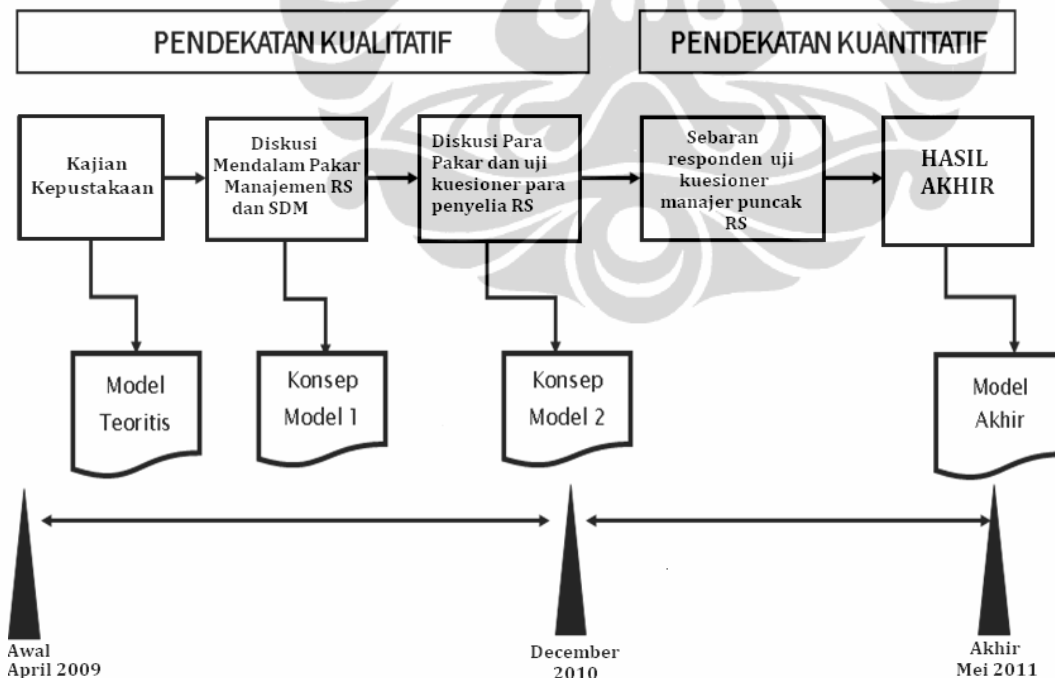
Hipotesis dan pertanyaan dari penelitian adalah:

1. Terpilih sub variabel kepemimpinan, hubungan antar personal, membangun tim, manajemen perubahan, karakter, fokus pada hasil, komunikasi, komitmen manajemen, kemampuan diri, manajemen proyek sebagai kompetensi manajer puncak RS swasta se JABODETABEK.
2. Terpilih Variabel Kompetensi adalah keterampilan, sikap, sifat, tujuan dan pengetahuan sebagai kompetensi manajer puncak RS swasta se JABODETABEK.
3. Kompetensi beserta variabel dan subvariabel terpilih dan dijadikan model untuk melakukan tugas-tugas utama manajer puncak RS swasta se JABODETABEK?

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1. Pendekatan Studi Kualitatif

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian metode gabungan dengan memadukan pendekatan kualitatif dan kuantitatif untuk membuat permodelan sebuah kompetensi manajer puncak RS Swasta. Penelitian ini menggunakan metode *Delphi* untuk memvalidasi model kompetensi yang dikembangkan oleh peneliti. Metode ini telah terbukti sebagai instrumen populer dalam penelitian mengenai pengelolaan SDM untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah-masalah yang penting. (Skulmoski, Hartman, dan Krahn (2007) . Proses dari model teoritis penelitian yang terpilih ini dilakukan suatu sistematika langkah langkah penelitian yang tergambarkan setiap tahapan berdasarkan gambar 4.23



Gambar 4.1 Langkah Penelitian

4.1.1. Kajian Kepustakaan (*Review Literature*).

Kajian kepustakaan dilakukan untuk mengidentifikasi pendekatan yang paling penting untuk pengembangan model kompetensi, dan seperti sudah dijelas pada tinjauan kepustakaan dalam Tabel 2.4 menunjukkan berbagai kajian variabel kompetensi berbagai peneliti. Kajian model teori ini untuk memperoleh konsep model awal yang mendasari wawancara mendalam bagi para pakar di bidang manajemen rumah sakit dan sumber daya manusia.

Komponen model yang diekstrak yaitu dari berbagai sumber seperti beberapa organisasi yang dikenal di Inggris, Amerika Serikat dan Kanada konsep teoritis dari buku yang relevan, dan beberapa temuan dari penelitian sebelumnya kemudian ditinjau kembali. Kunjungan situs internet, memilih model kompetensi manajer puncak didasarkan pada rekomendasi dari para ahli menggunakan kriteria model akademisi yang telah diterapkan dan dijadikan kurikulum kompetensi pendidikan formal dengan komponen evaluasinya.

4.1.2. Kajian Penunjang Kepustakaan

Model dari BNSP (Badan Nasional Sertifikasi Profesi) pemerintah telah menerapkan kompetensi model para ahli dan atau kebijakan di tingkat daerah atau nasional dengan komponen evaluasi mencakup pendanaan dan kualitas dari para profesi dan penilaiannya.

Model kompetensi manajer puncak RS di Indonesia sendiri masih belum banyak dibahas namun demikian beberapa situs para pemerhati RS saja yang memasukkan kedalam blognya sudah banyak memberikan pendapatnya mengenai kompetensi secara umum. Sebuah analisis yang dilakukan peneliti terhadap pemasangan iklan lowongan pekerjaan untuk posisi manajerial di RS diambil sebagai contoh dalam pendekatan akhir sebuah model.

Akhir dari pencarian berdasarkan beberapa sumber, dikumpulkan dan model dikembangkan dan dilakukan perbandingan seperti misalnya ACHE, (2010), Schroder (2001), Loma's dan Pillay (2009), kesamaan serta perbedaan mereka diidentifikasi pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Model Pengembangan Dimensi Kompetensi

Ukuran Model	Pengetahuan	Kemampuan	Motif	Nilai	Kepemimpinan Gaya	Keterampilan	Atribut Kepribadian	Sikap	Sosial dan profesional Kredit	Pemahaman Dari Lingkungan	Menggunakan Lingkungan masukan
ACHME, AONE	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Schroder	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Pillay & Loma	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	-
Golleman	+	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-

(+) = Kehadiran dimensi untuk model tertentu, (-) = Kurang dari dimensi

Dalam tabel 4.1 (+) positif menunjukkan "kehadiran" dan (-) negatif menunjukkan "tidak terdapat" dari dimensi yang dinyatakan dalam masing-masing model. Dengan meringkas informasi dari tabel ini dapat dikurangi beberapa dimensi didalam model awal, sehingga diperoleh model yang terintegrasi dengan lima dimensi (pengetahuan, kemampuan, keterampilan, sikap dan kepribadian). Model yang diekstraksi untuk digunakan sebagai kerangka global untuk mengembangkan kompetensi manajer puncak RS. Pada tahapan ini diperoleh sebuah **draft awal** dari instrumen penelitian untuk **permodelan pertama**

4.1.3. Penggalan Dimensi Kompetensi

Model kompetensi yang sesuai dengan teori dan konsep kompetensi kemudian dilakukan pengembangan untuk memperoleh model awal yang sesuai dengan kembali. Penggabungan dari kelompok direktur rumah sakit, direktur medis, direktur keperawatan dan direktur umum dalam rangka untuk menangkap pandangan perspektif kelompok-kelompok pada kompetensi yang dibutuhkan para manajer puncak di RS Swasta se JABODETABEK. Tidak hanya menggunakan sumber informan tunggal, tetapi menggunakan beberapa informan yang berbeda sehingga *cross check* data bisa dilakukan, misalnya informan terdiri dari pemilik RS atau dan *board of director* RS dan kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan kegiatan pimpinan puncak dari berbagai

RS yang dilaksanakan dalam masa penelitian. Pengumpulan data sesuai dengan permintaan ijin dan dan kesediaan dari informan dengan menggunakan lembaran *inform concern* dan surat pengantar dari institusi peneliti. Tabel 4.2 menggambarkan latar belakang responden.

Tabel 4. 2 Latar Belakang Responden

Latar Belakang Jabatan	Jumlah Responden	Gambaran Pendidikan
Pimpinan Organisasi & ahli Perumhaskitan	10 orang	Bergelar professor, doktor dan dengan lama bekerja maupun berkecimpung dibidang perumhaskitan lebih dari 15 tahun di bidang perumhaskitan
Pemilik Rumah Sakit	5 orang	Bergelar yang Magister Manajemen (MM), Magister RS (MARS),Spesialis maupun Manajemen dan Bisnis Umum.

Catatan: total responden adalah 15 orang

Sumber data kualitatif penelitian ini menjelaskan pendekatan untuk melakukan eksplorasi permodelan kedua kompetensi manajer puncak dengan teknik dan kebutuhan informasi dan tujuan dari wawancara untuk mendapatkan persepsi dan definisi manajer puncak RS. Diharapkan informasi yang diperoleh untuk mendapatkan pandangan sosok seorang manajer puncak RS Swasta di Indonesia. Para praktisi dilibatkan pula di sini untuk bisa mengkaji silang dalam mengidentifikasi variabel kompetensi manajer puncak RS. Selain itu model kompetensi yang dibuat oleh peneliti bisa dimasukkan ke dalam penelitian sesuai dengan keinginan pemangku kebijakan dan pemilik RS.

Informan kunci dipilih dari organisasi-organisasi yang terlibat dalam perekrutan dalam mempersiapkan manajer ataupun pimpinan perusahaan. Pendapat para informan lainnya yang memiliki pengetahuan yang luas tentang isu-isu manajemen baik dalam manajemen jasa maupun perumhaskitan dilakukan untuk memastikan apakah pemetaan kompetensi berjalan seperti pengalaman yang mereka sudah lakukan. Mereka didatangi satu persatu ditempat kerja masing masing. Bahkan untuk memudahkan proses, pemilik rumah sakit dan diundang maupun diajak berdiskusi secara individu di kafe kafe bahkan di RS saat berkunjung.

Saat diwawancarai responden diminta untuk mengidentifikasi lima sampai sepuluh kompetensi yang mereka percaya paling penting bagi manajer puncak RS. Disamping meminta untuk menentukan kompetensi dasar dari yang biasa mereka kerjakan di RS dan dalam domain kompetensi. Mengidentifikasi komponen-komponen ditindak-lanjuti dengan kunci dari model kompetensi, yang diberikan oleh para pakar dalam menjelaskan hal-hal yang paling berpengaruh terhadap model kompetensi yang sesuai. Mereka juga diminta untuk mengidentifikasi hambatan yang mungkin terjadi pada permodelan yang akan dibangun. Pada akhir kegiatan ini diperoleh sebuah **konsep model ke dua** yang akan diproses kepada tahapan berikutnya.

4.1.4. Validasi dari Model Para Ahli

Pada tahap berikutnya, model direvisi dengan jumlah komponen yang terpilih dan dilakukan evaluasi akhir. Daftar yang dihasilkan dari 68 kompetensi membentuk dasar dari survei berbasis kuesioner, surat elektronik dan diskusi kelompok terarah. Daftar ini kemudian disampaikan kepada sejumlah sumber informasi kunci untuk memverifikasi hubungan kompetensi dengan tuntutan kompetensi para manajer puncak saat konteks pemenuhan persyaratan kebutuhan saat ini.

Daftar kompetensi yang dibutuhkan terlampir dari penelitian ini tidak satu pun dari kompetensi yang berasal dari literatur dihilangkan. Dimensi pengetahuan memiliki, sikap memiliki 14 komponen dengan tiga subkategori, dimensi kemampuan memiliki 9 komponen dengan tiga subkategori: mental, fisik dan psikologis (3 komponen masing-masing). Keterampilan Profesional dimensi telah 10 komponen dengan 36 subkategori.

4.1.5. Langkah 3: Pengujian Lapangan

Survei dilanjutkan dan pertanyaan diujicobakan secara sukarela ada 64 para penyelia dan manajer tingkat menengah yang memberikan masukan dalam survei ini pada pertemuan seminar yang diadakan di Surabaya. Mengingat pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner, maka kesungguhan responden dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan merupakan hal yang sangat penting dalam penelitian. Kuesioner dilengkapi secara terinci uraian model (misalnya diagram dari model, variabel dan penjelasan lengkap), dan survei berisi satu persatu pada setiap

variabelnya. Kriteria dibuat sejauh masing-masing komponen itu dipandang menjadi penting untuk mendapatkan kebutuhan dari variabel kompetensi. Dengan menggunakan skala *Likert*, lima validitas dari kuesioner ditentukan melalui penilaian para ahli pada tahapan sebelumnya.

Pada tahap ke dua ini, kita tidak hanya ingin memvalidasi model dari titik pandang para manajer untuk menyesuaikan dengan kebutuhan profesional mereka dan pekerjaan tuntutan dalam organisasi dimaksudkan pengaturan. Untuk membandingkan tingkat berpengaruh komponen dengan menghormati satu sama lain, bagaimanapun, nilai rata-rata yang diperoleh dikonversi ke persentase (misalnya diperoleh skor rata-rata atau total skor mungkin).

4.1.6. Uji Validitas (*Test of Validity*)

Dalam penelitian ini uji validitas dilakukan dengan mengkorelasikan masing-masing pertanyaan dengan jumlah skor untuk masing-masing variabel. Angka korelasi yang diperoleh secara statistik harus dibandingkan dengan angka kritik tabel korelasi nilai r . Bila r hitung $>$ r tabel berarti data tersebut signifikan (*valid*) dan layak digunakan dalam pengujian hipotesis penelitian. Dan sebaliknya bila r hitung $<$ dari r tabel berarti data tersebut tidak signifikan (*tidak valid*) dan tidak akan diikutsertakan dalam pengujian hipotesis penelitian.

Dari hasil survei ini setiap pertanyaan diuji realibilitas kuesionernya dengan memastikan bahwa skala pengukuran yang digunakan mengukur apa yang seharusnya diukur dengan berdiskusi kepada para ahli dan profesional dan diperoleh masukkan dan kesimpulan beberapa kalimat pertanyaan agar lebih disederhanakan dan mudah dipahami oleh responden mengingat para manajer puncak rumah sakit mempunyai keterbatasan waktu dengan kesibukannya di rumah sakit. Duplikasi terhadap pertanyaan yang berhubungan dengan kompetensi, perlu perbaikan dalam hal variabel dan uraian dari indikatornya. Bahasa terjemahan lebih dipermudah sehingga lebih bisa dimengerti.

4.1.7. Uji Reliabilitas (*Test of Reliability*)

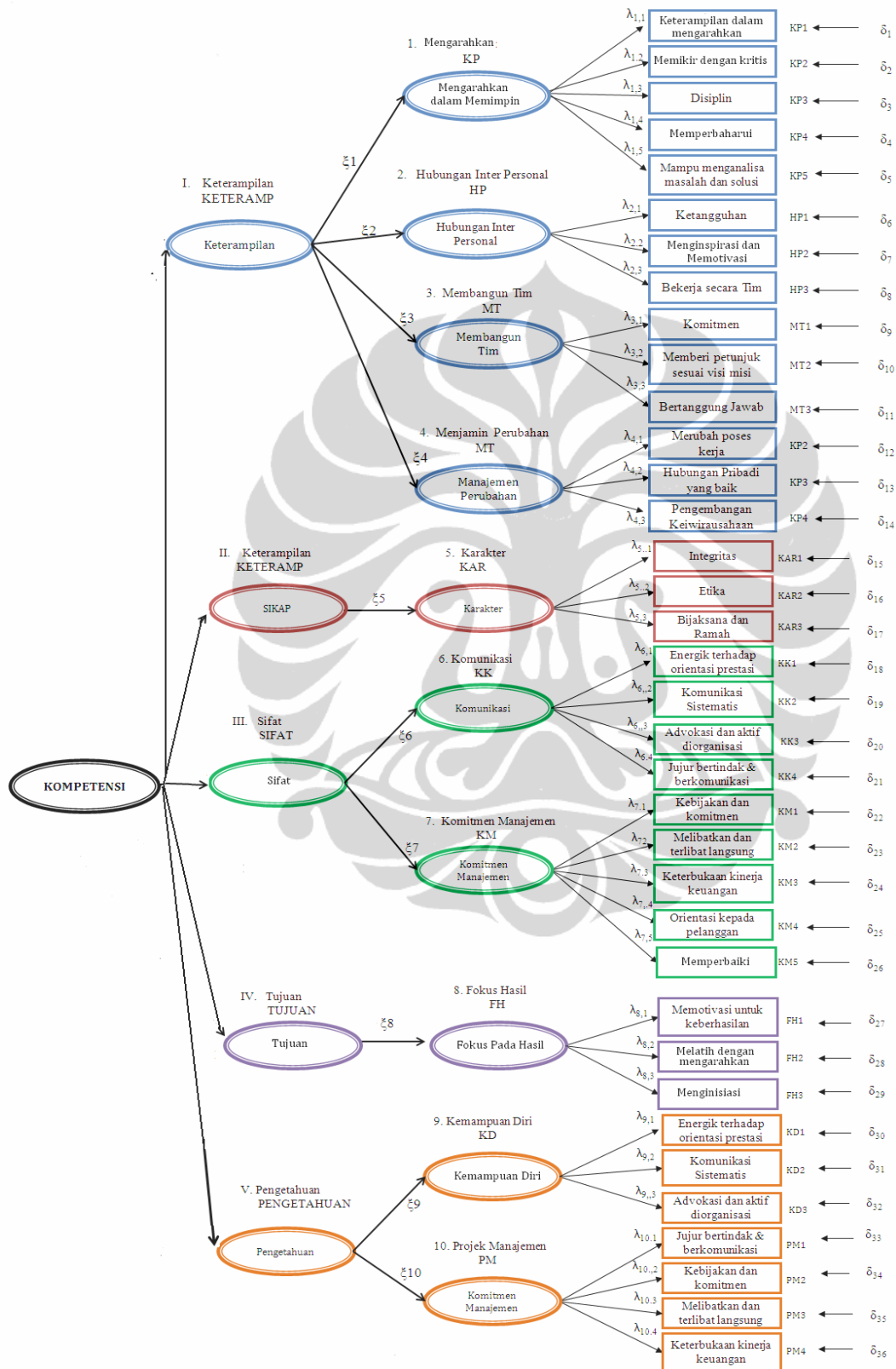
Setelah dilakukan uji validitas atas pertanyaan atau pernyataan yang digunakan dalam penelitian ini, selanjutnya dilakukan uji reliabilitas. Uji reliabilitas bertujuan untuk mengetahui apakah alat pengumpul data pada dasarnya menunjukkan tingkat ketepatan, keakuratan, kestabilan atau konsistensi alat tersebut dalam mengungkapkan gejala tertentu dari sekelompok individu, walaupun dilakukan pada waktu yang berbeda. Pengujian reliabilitas instrumen dengan menggunakan teknik alpha cronbach untuk menguji skala instrumen yang masing-masing butirnya mempunyai lebih dari satu alternatif jawaban. Tingkat realibitasnya baik dan atau dapat diterima dimana terdapat 10 variabel dengan 36 indikatornya.

Uji keandalan dilakukan terhadap pertanyaan atau pernyataan yang sudah valid. Sepuluh kompetensi ini berfungsi sebagai variabel minat dalam penelitian ini pada tabel ini masing-masing dimensi, skor dapat dikaitkan dengan individu, berdasarkan ada atau tidaknya kompetensi yang dimiliki oleh seorang manajer puncak dan dapat terlihat pada Gambar 4.2. Model Hibrid Pengukuran Kompetensi Manajer Puncak RS.

4.2. Pendekatan Analisa Kuantitatif

4.2.1. Pengujian akhir Permodelan

Dasar pengembangan kuesioner pada penelitian ini adalah hasil kajian kualitatif dan kuantitatif permodelan ke dua, hasil curah pendapat yang sudah dilakukan sebelumnya. Pada langkah ini, peneliti akan melakukan evaluasi terhadap segala kemungkinan penggunaan model kompetensi di dalam organisasi dan menetapkan aplikasi-aplikasi yang mempunyai potensi terbesar sesuai dengan hasil kajian kualitatif dan , misalnya untuk proses rekrutmen dan seleksi atau pelatihan dan pengembangan seorang manajer puncak. Sebuah daftar final dari 36 variabel kompetensi yang digunakan untuk membentuk kuesioner survei dimana kompetensi masing-masing untuk dinilai pada skala Likert untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Dengan skala ini variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel.sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrumen yang dapat berupa pertanyaan atau pernyataan. Gambar 4.2 menunjukkan model hybrid pengukuran kompetensi model manajer puncak RS Swasta.



Gambar 4.2 Model Hybrid Pengukuran Kompetensi Manajer Puncak RS

4.2.2. Definisi Operasional

Seperti yang tertera di dalam tabel pendekatan penelitian berdasar teori yang telah diuraikan dalam tinjauan kepustakaan bahwa seorang manajer puncak mempunyai beberapa kriteria penilaian kompetensi ditinjau dari tanggung jawab manajemen. Tabel 4.3 menguraikan matriks kerangka konsep model kompetensi manajer puncak RS Swasta berdasarkan teori.

4.2.3. Pengambilan Data Melalui Kuesioner

Akhirnya, survei termasuk bagian tentang informasi demografis responden manajer puncak RS swasta JABODETABEK tersusun sesuai rancangan klasifikasi data responden RS yang dapat dilihat pada Tabel 4.3 menunjukkan katagori responden dalam usia, pendidikan, katagori jabatan, lama bekerja, lokasi RS, status RS dan kepemilikan RS, Tipe RS dan jenis layanan di RS. Sesuai ketentuan dari Kementerian Kesehatan dan UU RS, No 44, tahun 2009. Kuesioner survei berbasis pada model itu diuji coba di pertemuan berkala PERMAPKIN dan diskusi manajer dan kepala RS. Populasi dalam penelitian ini adalah RS ada di Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi sampai tahun 2010 ini berjumlah 165 RS. Sementara populasi sasaran yang digunakan adalah manajer puncak yang memimpin RS tidak termasuk RS pemerintah. Populasi hanya pada level manajemen puncak mengingat mempertimbangkan kemampuan peneliti yang dipandang dari segi dana, waktu dan fasilitas serta dukungan lainnya, maka tidak mungkin pula untuk dilakukan sensus.

Salinan survei terlampir sebagai lampiran dan terdiri dari skala variabel-variabel berasal dari literatur dan dari wawancara informan kunci.

Tabel 4.3. Matrik Variabel Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta

VARIABEL	DEFINISI – PENJELASAN OPERASIONAL	PENGUKURAN				
		SKALA	ALAT	CARA	HASIL	
Keterampilan (Skill) , Kemampuan merencanakan, ketelitian, kemampuan memimpin, kemampuan bekerja sama dalam kelompok (<i>teamwork</i>) disertai dengan kemampuan sesuai dengan kecerdasan intelektual, emosi dan sosial dalam merencanakan, memimpin dengan ketelitian, kemampuan bekerja sama dalam kelompok (<i>teamwork</i>). (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956; Tanner 2001; Hudak 2009; Pralahad & Hamel 1990; McNeerney & Briggins 1995).						
KP1	Memberikan arahan (Bloom 1956, Kirschner 1997: Spencer & Spencer, 1993)	Memimpin dan memberikan arahan yang dapat dipahami karyawan. Sesuai dengan gaya seseorang dalam memimpin dapat memberikan arahan yang dapat dipahami oleh seluruh karyawan.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Arahan dalam memimpin sebuah rumah sakit.
KP2	Berpikir Kritis (Spencer & Spencer, 1993; Pillay 2008)	Kemampuan pemimpin menggunakan sistem berpikir secara kritis dalam menghadapi masalah	Ordinal	Kuesioner	Survei	Memimpin RS dan memikirkan secara kritis
KP3	Disiplin (Kirby 1988, AONE 2006)	Mengharapkan yang dipimpinnya mempunyai kedisiplinan yang tangguh	Ordinal	Kuesioner	Survei	Memimpin dengan penuh disiplin
KP4	Pembaruan (Hudak 2009; Spencer & Spencer 1993)	Mempunyai ketajaman dalam berusaha dan mau melakukan pembaruan	Ordinal	Kuesioner	Survei	Melakukan pembaharuan penuh emotional Intelegensia
KP5	Kemampuan analisis masalah dan solusi (McNeerney & Briggins 1995; Evers 1998; Loma 1997)	Keterampilan menganalisa dalam pemecahan masalah dan memberikan solusinya.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Memcahkan masalah dengan kemampuan intelegensia mampu menahan

Tabel 4.3 Matrik Variabel Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI – PENJELASAN OPERASIONAL	PENGUKURAN				
		SKALA	ALAT	CARA	HASIL	
Hubungan Antar Personal (<i>Intepersonal Relationship</i>) Sosial intelegensia manajer puncak dalam menghadapi hubungan antar karyawan dan staf yang bersifat tangguh, menginspirasi dan motivasi serta membangun tim. (Hudak 2009; Tanner 2001; ACHE 2010).						
HP1	Ketangguhan (Spenser 1993; Basserllier and Hooner 2000; Pascarella & Ternzini 1991)	Berkomunikasi secara tangguh dan konsiten	Ordinal	Kuesioner	Survei	Menghadapi masalah dengan tangguh.
HP2	Menginspirasi dan memotivasi (Kirby, 1988, ACHE 2009)	Mampu memberikan dan memotivasi orang lain dengan kinerja yang lebih baik	Ordinal	Kuesioner	Survei	Menginspirasi dan memotivasi
HP3	Bekerja secara tim (Hudak 2009; Spencer & Spencer 1993)	Mengembangkan sebuah hubungan atau mampu berkolaborasi bekerja secara tim	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengerjakan dengan kebersamaan
Membangun Tim (Kirby, 1988, ACHE 2009), melaksanakan ide yang diinginkan dan untuk membangun sebuah kekuatan.						
MT1	Komitmen (Hudak 2009; Spencer & Spencer 1993)	Memberikan pendapat dan berpegang kepada pendapatnya	Ordinal	Kuesioner	Survei	Membangun dengan komitmen
MT2	Memberi petunjuk sesuai visi misi (McNerney & Briggins 1995)	Pengetahuan tentang tujuan tim dan kecocokan tujuan dengan strategi perusahaan	Ordinal	Kuesioner	Survei	Menyatukan antar visi dan misi
MT3	Bertanggung Jawab (Bloom 1956; Astin 1991; Kirby)	Bertanggung jawab dan selalu saling mengingatkan sesama tim.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengingatnkan rasa tanggung jawab

Tabel 4.3 Matrik Variabel Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI – PENJELASAN OPERASIONAL	PENGUKURAN				
		SKALA	ALAT	CARA	HASIL	
Manajemen Perubahan Pendekatan terstruktur dalam membawa sebuah organisasi dari kondisi saat ini (current state) ke masa depan yang diinginkan (desired future state) dan merupakan proses yang ditujukan untuk memberdayakan karyawan supaya bisa menerima dan menjalankan perubahan dari kondisi saat ini. (ACHE 2009; AONE 2006; Kirby 1998; Ghafarian 2008)						
MP1	Merubah proses kerja (AONE 2006; Hudak 2009)	Dalam rangka meningkatkan profit mampu melakukan perubahan proses kerja	Ordinal	Kuesioner	Survei	Merubah proses kerja
MP2	Hubungan Pribadi yang baik (Astin 1991; Basserllier and Hooner 2000)	Bertanggung jawab dalam memimpin, mengarahkan dan mengelola perubahan organisasi.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Menghubungkan dengan sesama perorangan
MP3	Pengembangan Kewiraswataan (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Ghafarian 2008)	Mengidentifikasi dan memanfaatkan peluang untuk produk baru produk baru, layanan, dan pasar.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengembangkan kewirausahaan
Sikap (Attitude) , Kemampuan melayani dengan berorientasi kepada pelanggan, pemangku, kemampuan berempati, kejujuran, kemampuan, pengendalian diri dan fleksibilitas dalam bekerja. Komitmen terhadap pekerjaan, inisiatif dan motivasi internal. (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956).						
KAR1	Integritas (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956)	Mendemonstrasikan komitmen terhadap pekerjaan, disiplin dengan pendekatan terstruktur untuk membuat keputusan, mengendalikan, mengelola diri sendiri dan orang lain.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengendalikan kejujuran dan integritas
KAR2	Etika (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956)	Mempertahankan kerja yang tinggi dan standar etika, jujur dan berempati dalam segala tindakan	Ordinal	Kuesioner	Survei	Memahami dan melaksanakan etika

Tabel 4.3 Matrik Variabel Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI – PENJELASAN OPERASIONAL	PENGUKURAN			
		SKALA	ALAT	CARA	HASIL
KAR3 Bijaksana dan ramah (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993)	Mendukung pandangan positif mendekati tantangan dengan optimisme realistis. Fleksibilitas dalam bekerja	Ordinal	Kuesioner	Survei	Menyikapi dengan bijaksana dan ramah
Sifat (Trait) ; Karakteristik pribadi seorang individu menunjukkan perilaku kasar, arogan, agresif bisa bersikap sopan, adil, banyak waktu tegas, tidak dapat diamati atau rata-rata / terukur. (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).					
Komunikasi , Kesigapan individu dalam memberikan informasi, dengan kesederhanaan bahasa, walaupun sebagai pimpinan dalam memberikan informasi, kepada masyarakat, bawahan, dan rekan sejawat. (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).					
KK1 Energik terhadap orientasi prestasi (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).	Pemimpin memiliki orientasi prestasi, energik dan mendorong menuju sukses dan harus fokus usaha kepuasan pelanggan	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengomunikasikan penuh energik berorientasi prestasi
KK2 Komunikasi sistematis (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).	Komunikasi sistematis antar department, subordinat, juga para pemangku kebijakan (stakeholder)	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengkomunikasi secara sistematis
KK3 Advokasi dan aktif diorganisasi (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).	Advokasi dan aktif bersosialisasi baik di pekerjaan maupun keanggotaan dalam organisasi profesi	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mensosialisasikan secara aktif diberbagai kegiatan

Tabel 4.3 Matrik Variabel Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI – PENJELASAN OPERASIONAL	PENGUKURAN				
		SKALA	ALAT	CARA	HASIL	
KK4	Jujur dalam Tindakan dan Komunikasi, (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993)	Menginformasikan hal baru dalam bekerja dan mengungkapkan apa adanya terhadap isu dan masalah	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengkomunikasikan dengan jujur
Komitmen Manajemen adalah kemampuan manajer puncak dalam melakukan dan memelihara perilaku yang membantu orang lain mencapai suatu tujuan (Daniel Goleman 2001; ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956).						
KM1	Kebijakan dan Komitmen (ACHE 2010; AONE 2005)	Memiliki kebijakan dan komitmen terhadap pekerjaan	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengatur dengan kebijakan dan komitmen
KM2	Melibatkan dan terlibat Langsung (ACHE 2010; AONE 2005)	Memiliki kebijakan dan komitmen terhadap pekerjaan	Ordinal	Kuesioner	Survei	Melibatkan langsung
KM3	Keterbukaan kinerja keuangan (ACHE 2010; AONE 2005)	Mengilhami, melibatkant secara aktif dalam kegiatan RS dan bekerja dengan baik dengan orang lain.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengilhami menunjukkan transparansi
KM4	Orientasi kepada pelanggan (Pillay 2008, ACHE 2010)	Memberikan keterbukaan dalam kinerja keuangan dari RS	Ordinal	Kuesioner	Survei	Memberikan orientasi kepada pelanggan
KM5	Perbaikan Proses (Gharian 2008; Schroder 2006)	Mengkomunikasikan setiap bisnis proses fokus pada hubungan yang tidak terstruktur	Ordinal	Kuesioner	Survei	Memperbaiki proses

Tabel 4.3 Matrik Variabel Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI – PENJELASAN OPERASIONAL	PENGUKURAN				
		SKALA	ALAT	CARA	HASIL	
<p>Tujuan (<i>motive</i>) Respon dalam menanggapi keluhan staf, pelanggan dan pemilik RS, kemampuan untuk mendengarkan keluhan dari pasien, masyarakat maupun pemerintah, dan mampu memberikan respons terhadap keluhan pelanggan rumah sakit dan cepat memberikan solusi terhadap keluhan dan kreatifitas dalam pemecahan masalah (Pillay 1998, Schroder 2006, ACHE 2010)</p>						
<p>Fokus terhadap Hasil, Dalam melakukan arahan maupun pekerjaan selalu berpulang kepada hasil yang harus dicapai (Boyazits 2008; Schroder 2006)</p>						
FH1	Memotivasi untuk keberhasilan (ACHE 2010; AONE 2005)	Kreatif, menghasilkan ide-ide dan memotifasi kepada karyawan	Ordinal	Kuesioner	Survei	Memotivasi pegawai
FH2	Melatih dan mengarahkan (ACHE 2010; AONE 2005)	Melihat peluang, mengenalkan serta mengarahkan ke jalan pelaksanaan pelatihannya.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Melatih dan mengarahkan pada staf dan karyawan
FH3	Inisiatif (Goleman 2001; Wallick 2002;	Mengambil inisiatif dan dapat melihat peristiwa dari perspektif yang unik dan mengembangkan ide-ide yang tidak pernah terpikirkan	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengawasi dan mengembangkan
<p>Pengetahuan (<i>Knowledge</i>), Kemampuan berpikir (berpikir analisis, berpikir konseptual), Memahami pekerjaan dengan baik, Mempunyai keahlian teknis, Mengetahui sejarah dan adat istiadat dan kebiasaan masyarakat. (Tyler 2001; McClelland 1973; ACHE 2010)</p>						
<p>Kemampuan diri yaitu kesanggupan; kecakapan; kekuatan seorang manajer puncak dalam berusaha sesuai dengan kemampuan dirinya. (Scott 2002; Wu Chen 2004; Schewchuk 2005)</p>						
KD1	Teknik dan Ahli di bidangnya (AONE 2005; Shewchuk 2005; Spenser 1993)	Keterampilan teknis dan profesional berbasis bukti klinis dan praktik manajemen	Ordinal	Kuesioner	Survei	Menguasai teknik di bidang perumahsakit dan medis praktis

Tabel 4.3 Matrik Variabel Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI – PENJELASAN OPERASIONAL	PENGUKURAN				
		SKALA	ALAT	CARA	HASIL	
KD2	Analisis dan Pemecahan Masalah (Wu 2004, Wallick 2002)	Pengetahuan proses bisnis dan pemahaman berkontribusi untuk keberhasilan tim dan kelompok kerja	Ordinal	Kuesioner	Survei	Memecahkan masalah
KD3	Praktek Pengembangan diri (Wallick 2002; Liang 1993)	Menginspirasi keyakinan dan memunculkan kepercayaan dalam laporan langsung.	Ordinal	Kuesioner	Survei	Mengembangkan diri
Manajemen Proyek (<i>Project Management</i>) Manajemen proyek adalah penerapan dari pengetahuan, ketrampilan, 'tools and techniques' pada aktivitas-aktivitas proyek di RS supaya persyaratan dan kebutuhan dari RS terpenuhi. Proses-proses dari manajemen proyek dapat dikelompokkan dalam lima kelompok yaitu: 'initiating process, planning process, executing process, controlling process dan closing process'.						
PM1	Konstruksi Proyek (Yuki 1990; Robin 2001)	Memahami rancangan sebuah proyek manajemen	Ordinal	Kuesioner	Survei	Membangun proyek
PM2	Membangun Budaya Korporasi (ACHE 2010; Pillay 2008)	Membangun budaya korporasi	Ordinal	Kuesioner	Survei	Membudaya korporasi
PM3	Membangun perbaikan layanan baru (Stoddard & Wyckoff 2009; Trochim 2006; Spencer 1993)	Sebagai navigator untuk layanan baru dan membuat keputusan yang mendorong organisasi menuju visi	Ordinal	Kuesioner	Survei	Membangun pelayanan baru
PM4	Perencanaan Strategis (AONE 2005; ACHE 2010, Schewchuck 2005)	Fokus terhadap strategi menciptakan rencana untuk masa depan menyelaraskan dengan visi organisasi	Ordinal	Kuesioner	Survei	Merencanakan sesuai strategis

Tabel 4.4. Kriteria Responden Model Kompetensi Pimpinan Puncak RS Swasta

S/N	KATAGORI - SINGKATAN	URAIAN	NILAI
I	Usia		
	Responden 1	Umur 1 >40 Tahun	1
	Responden 2	Umur 2 41 – 50 Tahun	2
	Responden 3	Umur 3 50-59 Tahun	3
	Responden 4	Umur 4 60 > Tahun	4
II	Pendidikan Terakhir		
	Medis Manajemen RS	Didik 1 Bergelar dokter/dokter gigi dengan Magister Administrasi atau Magister Manajemen setara	4
	Medis Manajemen Umum	Didik 2 Bergelar dokter/dokter gigi dengan Magister Manajemen atau setara	3
	Medis	Didik 3 Bergelar dokter/dokter gigi spesialis tanpa berlatar belakang manajemen rumah sakit	2
	Non Medis dan lainnya	Didik 4 Bergelar sarjana manajemen umum, tidak berlatar belakang medis.	1
III	Lama Kerja Di Rumah Sakit		
	1 - 5 thn	Lamker1 Baru bekerja hingga 5 tahun di RS	1
	6 - 10 thn	Lamker2 Berpengalaman maksimal 6 – 10 tahun	2
	10 -15 thn	Lamker3 Berpengalaman 11 hingga 10 tahun	3
	>15 - 20 thn	Laker4 Berpengalaman lebihd dari 15 tahun	4
IV	Jabatan atau Posisi di Rumah Sakit		
	Posisi 1	Jab 1 Direktur Utama- Presiden Direktur, CEO (Chief Executive Officer	4
	Posisi 2	Jab 2 Direktur Operasional – COO Dir. Umum dan Penunjang Medis	3
	Posisi 3	Jab 3 Dir. Medis atau Dir Keperawatan	2
	Posisi 4	Jab4 Dir. Keuangan atau administrasi atau lainnya.	1
V	Lokasi RS		
	Lokasi 1	Jak Jakarta	5
	Lokasi 2	Bgr Bogor	4
	Lokasi 3	Dpk Depok	3
	Lokasi 4	Tgr Tangerang	2
	Lokasi 5	Bks Bekasi	1

Tabel 4.4. Kriteria Responden Model Kompetensi Pimpinan Puncak RS Swasta (lanjutan)

S/N	KATAGORI - SINGKATAN	URAIAN	NILAI	
VI	Status Akreditasi RS			
	Tidak Terakreditasi	AKR1	Belum atau sedang proses	1
	Akreditasi 5 Pelayanan	AKR2	Bersertifikat 5 pelayanan	2
	Akreditasi12 Pelayanan	AKR3	Bersertifikat 12 pelayanan	3
	Akreditasi16 Pelayanan	AKR4	Bersertifikat 16 pelayanan	4
VIII	Tipe Rumah Sakit Swasta Umum (RSU)			
	RSU Swasta Khusus	RSUK	RS dengan spesialis dan subspesialis terbatas	1
	RSU Swasta Pratama	RSUSP	RSUSP dengan jumlah TT (100 - 150 TT) layanan umum, layanan primer dan sekunder dan minimal 4 sub-subspesialis	2
	RSU Swasta Madia	RSUSM	RSUSP dengan jumlah TT (200 - 300 TT) layanan umum, layanan primer dan sekunder dan minimal 4 sub-subspesialis	3
	RSU Swasta Utama	RSUSU	RSUSU dengan Jumlah TT di atas 500 TT dengan layanan tertier (subspesialis dan sub-subspesilis)	4

4.2.4. Pengolahan dan Pengembangan SEM dalam Permodelan Kompetensi

Untuk itu dalam penelitian ini dilakukan penarikan sampel yang dapat mewakili seluruh unit populasi. SEM mensyaratkan jumlah sampel yang relatif lebih besar jika dibandingkan dengan metode analisis multivariate yang lain. Makin besar jumlah sampel maka model yang dihasilkan akan semakin dapat dipercaya, namun jumlah sampel yang terlalu besar akan memerlukan biaya dan waktu yang besar.

Menurut Hair et.al (2006) bahwa aturan umum yang diterima mengenai minimal jumlah sampel adalah lima kali dari jumlah variabel yang diukur 5:1 dan yang lebih dapat diterima dan realistis adalah 10:1 dan beberapa peneliti lain menyarankan untuk mengambil dengan perbandingan 20:1.

Metode penarikan sampel yang dipakai yaitu *Stratified Random Sampling Method*. diambil secara random tiap-tiap kelompok rumah sakit secara proposional yaitu, sesuai dengan jumlah RS. Terdapat 165 RS dengan asumsi masing masing rata rata rumah sakit mempunyai 4 (empat) pimpinan puncak sehingga jumlah responden yang diperkirakan masuk adalah 495 responden. Berdasarkan kuesioner yang dibagikan sebanyak 500 responden yang terkirim, maka diperoleh kembali dengan pengisian data yang lengkap berjumlah 213 responden Mengingat metoda analisis data dalam penelitian ini menggunakan *Structural Equation model* (SEM), yang dioperasikan melalui program LISREL maka sampel penelitian ini diambil dari rumah sakit swasta se JABODETABEK dengan berdasar RS terdaftar pada buku anggota PERSI, daftar RS berdasarkan Kementerian Kesehatan *Online*, dan daftar dari IRSJAM (Ikatan Rumah Sakit Jakarta Metropolitan).

Langkah ini sesuai dengan pengembangan gambar permodelan analisa kualitatif dengan model rekursif. Suatu model disebut rekursif jika semua anak panah menuju satu arah, tidak ada pembalikan umpan balik (*feedback looping*), dan faktor gangguan (*disturbance terms*) atau kesalahan sisaan (*residual error*) untuk variabel-variabel *endogenous* yang tidak dikorelasikan. Dengan kata lain, model-model recursive merupakan model-model dimana semua anak panah mempunyai satu arah tanpa putaran umpan balik dan peneliti dapat membuat asumsi kovarian – kovarian gangguan kesalahan semua 0, yang berarti bahwa semua variabel yang tidak diukur yang merupakan determinan dari variabel-variabel *endogenous* tidak dikorelasikan satu dengan lainnya sehingga tidak membentuk putaran umpan balik (*feedback loops*).

Model – model dengan gangguan kesalahan yang berkorelasi dapat diperlakukan sebagai model recursive hanya jika tidak ada pengaruh-pengaruh langsung diantara variabel-variabel endogen. Model kompetensi akan efektif bila diselaraskan dengan strategi, sistem nilai, dan sasaran-sasaran dari organisasi RS yang diperoleh dari para pemilik rumah sakit dan para pakar. Untuk itulah, sebelum membuat keputusan yang berkaitan dengan pengembangan model kompetensi, maka para pakar dan pemilik RS dikembangkan sebuah bentuk pertanyaan tertutup dipilih untuk mempermudah mengarahkan jawaban responden dan memudahkan sistem tabulasi.

4.3. Keterbatasan Penelitian:

Setiap RS memiliki sistem manajemen, dan kepemilikan masing-masing rumah sakit berbeda. Juga keterbatasan waktu dan dana dari peneliti sehingga yang diambil disesuaikan dengan kriteria penelitian, selain itu membatasi jumlah kompetensi bagi setiap model yang minimal diambil yaitu membatasi jumlah kompetensi bagi setiap model yaitu setiap model jumlah kompetensi yang sebaiknya ada adalah antara 8-10 kompetensi. Besar-kecilnya jumlah akan tergantung juga pada kompleksitas pekerjaan. Semakin kompleks pekerjaan, umumnya memerlukan kompetensi yang lebih banyak.

4.4. Etika Penelitian:

Penelitian ini dilakukan pada 165 RS Swasta se-JABODETABEK yang memiliki peraturan dan kebijakan yang berbeda-beda dalam memberikan informasi dan data kepada pihak luar, terutama informasi mengenai kebijakan dan organisasi RS berkaitan dengan kompetensi para direktur atau manajer puncak rumah sakit. Untuk ini peneliti terlebih dahulu menjelaskan tujuan, ruang lingkup dan manfaat penelitian ini kepada para pemilik RS, para ahli dibidang perumahsakititan dan kemudian mengajukan proposal dan jaminan kerahasiaan informasi kepada pihak manajemen dan pemilik RS. Persetujuan ini ditandatangani oleh peneliti dan perwakilan manajemen RS.

BAB V

HASIL PENELITIAN

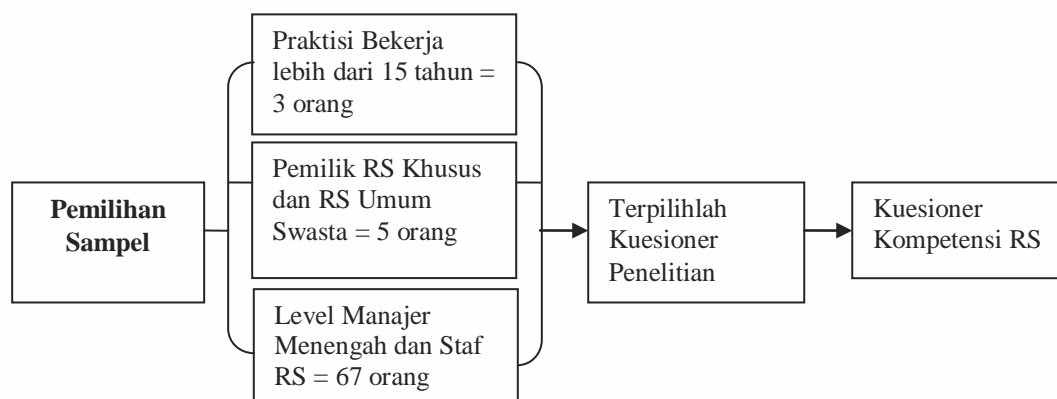
5.1. Pengumpulan Data

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dimulai sejak tanggal 28 Mei, 2009, setelah diuji kaji etik, dari permodelan dan kuesioner kualitatif, agar data yang dikumpulkan objektif dan meminimalisasi bias, peneliti langsung datang ke RS, dan mengikuti berkali kali dalam seminar baik organisasi PERMAPKIN maupun beberapa seminar manajemen RS.

5.2. Pendekatan Kualitatif Model Pertama Kompetensi Manajer Puncak RS

5.2.1. Profil Deskriptif Para Praktisi Manajemen Jasa dan Ahli di bidang RS

Jumlah yang terdaftar baik dari data sumber Kementrian Kesehatan, PERSI, maupun Irsjam total responden dari beberapa RS di daerah Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi. Responden tidak memasukkan RS Pemerintah maupun RS vertikal. Berdasarkan gambar 5.1 peneliti mencoba menggambarkan alur dari pemilihan sampel untuk diperoleh hasil yang menjadi dasar variabel yang dapat digunakan sebagai kuesioner model kompetensi manajer puncak RS di mana para respondennya terdiri dari kalangan praktisi RS dan pengurus RS diambil dari variabel beberapa peneliti yang sudah melakukan peneliitan di bidang kompetensi.



Gambar 5.1 Gambaran Umum Responden Analisa Kualitatif

Data yang dikumpulkan dalam bentuk catatan lapangan dilengkapi dikelompokkan berdasarkan topik yang akan diteliti. Pada Tabel 5.1 menunjukkan jumlah responden berdasarkan kedudukan masing-masing pengakuan responden dan kebutuhan informasi apa saja yang diperlukan bagi permodelan. Ada beberapa manajer yang sudah hampir beberapa kali atau lama menduduki sebagai direksi maupun sebagai pimpinan organisasi. Dan pimpinan organisasi atau perusahaan multinasional yang berpengalaman memimpin perusahaan dibidang jasa pelayanan.

Tabel 5. 1 Profil Latar Belakang Responden Praktisi Tahapan Permodelan

Latar Belakang Jabatan	N	Tujuan Khusus	Kebutuhan Informasi
Pemilik RS, pemegang saham RS, jajaran direksi RS	6	<ul style="list-style-type: none"> • Persepsi Manajer puncak RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Pandangan sosok seorang manajer puncak RS yang diharapkan. • Pandangan mengenai model Kompetensi yang akan diteliti.
Direktur Persahaan Multi-nasional, Pimpinan Organisasi, para cendikiawan yang peduli RS	3	<ul style="list-style-type: none"> • Pandangan model kompetensi manajer puncak 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengetahuan dan kemampuan, • Komunikasi manajer puncak terhadap pemilik usaha dan perusahaan.
Konsultan dan perekrut CEO dan tingkat manajer ke atas untuk tenaga bank dan industry jasa.	3	<ul style="list-style-type: none"> • Menggali tahapan dilakukan dalam merekrut manajer puncak perusahaan yang meminta jasa 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi alur proses penerimaan pegawai • Identifikasi variabel kompetensi yang ada pada setiap permintaan dari perusahaan.

Catatan: total responden adalah 12 orang

Dengan selalu menggunakan analisis tematik data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak awal penelitian, sebaran dari kuesioner dilakukan dengan berkunjung di beberapa RS, media elektronik, dan beberapa pertemuan ilmiah bulanan Persatuan Manajer Pelayanan Kesehatan Indonesia (PERMAPKIN).

Data yang dikumpulkan dan masih dalam bentuk catatan lapangan dilengkapi dikelompokkan berdasarkan topik yang akan diteliti. Setelah dikelompokkan maka peneliti meringkas data untuk menentukan mana yang dijadikan tema dan kemudian dibuat dalam bentuk matriks. Beberapa rangkuman hasil wawancara mendalam terkait kompetensi:

.....Mbak, kalau RS bisa mengembangkan hard competency dan soft competency dengan menumbuhkan sikap dan perilaku positif pada semua karyawannya, menciptakan lingkungan yang kondusif dan memacu motivasi semua karyawannya untuk berkembang dan maju, maka ini merupakan sesuatu keunggulan yang bisa bersaing dengan RS lain..... (informan 1)

.....kompetensi dan keterampilan kombinasi yang diharapkan oleh Pemilik RS harusnya dapat mengelola para dokter, menganalisa dan dapat memecahkan masalah praktek mereka.....(informan 2)

.....yang penting dalam mengelolah RS itu, harusnya pemilik bisa berkomunikasi dengan para jajaran manajernya....., selain itu para pimpinan juga bisa dan mampu lah menyimak, mendengarkan juga membujuk para pemilik agar mereka tidak terlalu bercampur tangan..... (Informan 3)

.....Kultur dan mindset para dokter itulah yang kadang menjadi halangan seorang manajer untuk mengelola orang terutama dalam pengambilan keputusan dan menyelesaikan konflik, biasanya para dokter spesialis itu lebih tidak bisa mendengarkan kita kita ini yang utamanya bukan dokter..... (Informan 4)

.....boro- boro berubah para dokter itu....memobilisas, punya inovasi dan disuruh berubah aja repot sekali, mungkin saat ini memang masih harus seorang dokter lah untuk jadi seorang pemimpin RS.....(informan 5)

.....seharusnya seorang manajer atau direktur itu.... ya harus mampu bersaing, dan selalu berpikir kreatif dan mau mengambil resiko..... kalau gak ada itu ya jangan jadi direktur lah.... (Informan 6)

.....sebagai seorang pimpinan tentunya mau deh bagi-bagi ilmu juga bisa memberikan tidak hanyake pasien aja tapi mau turunlihat keadaan pegawainya dan bisa menghubungkan sistem organisasi per instalasi.....(Informan 7)

.....kita ini masih kurang sekali deh orang orang yang mampu berpikir kritis dan mendobrak, apalagi mau bicara kepada dokter-dokter terutama spesialis, yang akhirnya persoalan kembali lagi ke pemilik yang biasanya ya juga spesialis sih..... (Informan 8).

.....seorang pimpinan RS yang terpenting dia bisa mengelola dan mengatur orang.... itu yang paling susah, apalagi kalau kitanya masih baru belajar manajemen.....(informan 9)

5.2.2. Kajian Analisa Model Awal Praktisi dan Ahli RS dan Ahli bidang Jasa Layanan.

Untuk mendapatkan bentuk permodelan dari berbagai praktisi dan hasil wawancara mendalam digabungkan dengan metode KJ analisis (affinity diagram), dimana dikelompokkan hasil-hasil wawancara sejenis. Tabel 5.2 ini menunjukkan hasil rangkuman variabel dari para praktisi manajemen jasa dan RS.

Tabel 5. 2 Rangkuman Variabel Kompetensi Tahapan Permodelan

Variabel	Komponen
A. Pemimpin Perubahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kreativitas 2. Pembaharuan (innovation) 3. Kesadaran terhadap eksternal 4. Mudah menyesuaikan 5. Ketahanan yang handal 6. Berpikir strategis 7. Mempunyai visi 8. Kepedulian terhadap Kualitas dan selalu tertib dalam melaksanakan tugas 9. Inisiatif (memprakarsai kegiatan)
B. Memimpin dan Mengelola Karyawan dan Orang, masyarakat dan umat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen konflik 2. Memanfaatkan keanekaragaman 3. Mengembangkan para karyawan 4. Membangun Tim 5. Menunjuk langsung
C. Mendorong kearah hasil, Berorientasi kepada hasil, Pemikiran kognitif	<ol style="list-style-type: none"> 6. Bertanggung jawab 7. Layanan pelanggan (customer service) 8. Ketegasan 9. Kewirausahaan 10. Berpikir dan memecahkan masalah 11. Pencapaian keahlian teknis dapat dipercaya 12. Mencari informasi 13. Berorientasi pada prestasi 14. Berpikir analistis 15. Berdampak dan berpengaruh
D. Ketajaman bisnis	<ol style="list-style-type: none"> 16. Manajemen Keuangan 17. Manajemen Sumber Daya 18. Manajemen Teknologi
E. Membangun Koalisi Komunikasi	<ol style="list-style-type: none"> 19. Bermitra dan membangun hubungan 20. Kecerdasan berpolitik 21. Mempengaruhi, bernegosiasi 22. Kesadaran berorganisasi

Tabel 5. 2. Rangkuman Variabel Kompetensi Tahapan Permodelan (lanjutan)

Variabel	Komponen
F. Kompetensi Dasar, Pribadi yang menggambarkan kemandirian dan mampu membuat organisasi efektif, membantu dan melayani	23. Keterampilan memahami antar pribadi Interpersonal 24. Motivasi 25. Komunikasi lisan 26. Belajar terus menerus 27. Komunikasi secara tertulis 28. Ketulusan (Integritas), kejujuran 29. Layanan publik dan pelanggan 30. Pengendalian diri 31. Percayaan diri 32. Komitmen organisasi

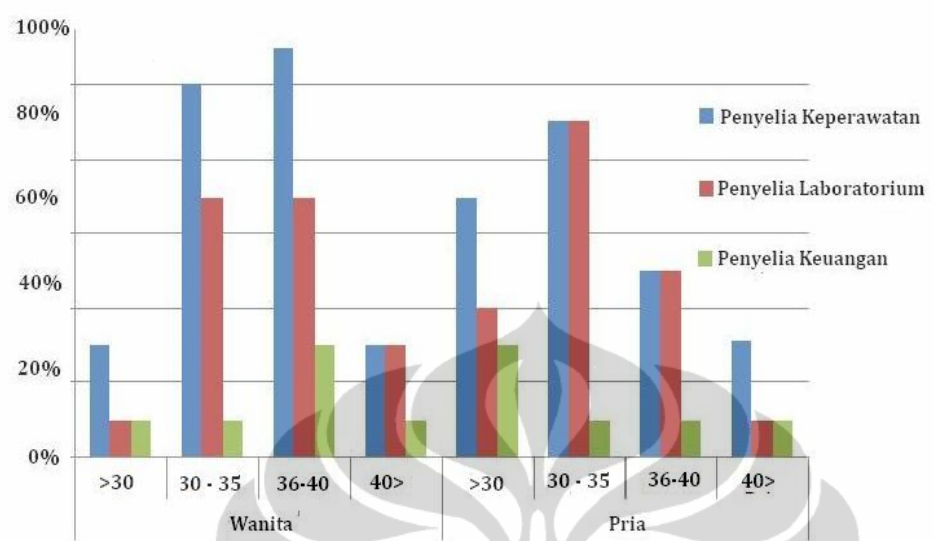
5.3. Pendekatan Kualitatif Model Kedua Kompetensi Manajer Puncak RS

5.3.1. Analisis Deskriptif Permodelan Tahap Dua Manajer Pelaksana di Rumah Sakit

Selain dari beberapa pakar dan praktisi di bidang manajemen dan perumahsakitan. Pengambilan sampel untuk penentuan variabel kompetensi diperoleh dari juga dari data responden manajer menengah dan penyelia RS. Responden yang terpilih sesuai dengan rancangan penelitian untuk memperoleh permodelan pertama dari 150 kuesioner yang disebar maka dikembalikan berjumlah 64 orang. Profil dari responden tergambarkan pada tabel 5.3, terlihat 51% responden adalah wanita, dan 49% adalah pria dengan sebaran berlatar belakang keperawatan adalah wanita 27%, dan perawat pria 24% . Laboratorium wanita 18% dan laboratorium pria adalah 19% dan berasal dari keuangan dimana wanita 6% sementara responden berasal dari keuangan adalah pria 5%.

Tabel 5. 3 Profil Departemen Responden Permodelan Pertama

Responden	Wanita								Pria							
	>30		30 - 35		36- 40		40>		>30		30 - 35		36- 40		40>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Keperawatan	2	3%	6	10%	7	11%	2	3%	4	7%	5	9%	3	5%	2	3%
Laboratorium	1	1%	4	7%	4	7%	2	3%	3	4%	5	9%	3	5%	1	1%
Keuangan	1	1%	1	1%	2	3%	1	1%	2	3%	1	1%	1	1%	1	1%
Total	4	5%	11	18%	13	21%	5	7%	9	14%	11	19%	7	11%	4	5%



Sumber: Hasil analisis penelitian 2010

Grafik 5.2 Profil Responden Permodelan Pertama

5.3.2. Penggalan Komponen Dimensi Permodelan Pertama

Setelah dikelompokkan maka peneliti akan meringkas data untuk menentukan mana yang akan dijadikan tema dan kemudian dibuat dalam bentuk matriks. Rangkuman hasil wawancara mendalam terkait kompetensi beberapa pemilik RS dan dilakukan umpan balik terhadap para pakar di bidang perumahsakitkan kemudian di rangkum pada tabel 5.4 Daftar Harapan Responden pada Permodelan Pertama.

Tabel 5. 4 Daftar Harapan Responden Permodelan Pertama

A. Kompetensi yang berhubungan dengan Kepemimpinan

1. Cepat dan tanggap mengidentifikasi kekuatan struktur, kekuasaan organisasi atau sistem di RS dan mengenal dengan baik yang diinginkan oleh pemilik RS maupun pemangku kebijakan.
2. Melihat masalah sebelum orang lain melakukannya.
3. Cepat mengidentifikasi 'perintah dan larangan dari organisasi atau sistemnya.

Tabel 5.4 Hasil Gambaran Harapan Responden Permodelan Pertama (lanjutan)

A. Kompetensi yang berhubungan dengan Kepemimpinan (lanjutan)	
4.	Selalu berhubungan dengan beragam orang dan secara sadar mengembangkan sejumlah kontak atau hubungan dengan orang yang berpengaruh dan memberikan informasi.
5.	Memiliki kemampuan untuk melakukan hal yang benar pada waktu yang tepat dalam menyelesaikan pekerjaan
6.	Baik di penilaian orang yang berpengaruh dalam organisasi untuk mendukung idenya
7.	Membuka mata dan telinga terhadap apa yang terjadi di sekitarnya.
B. Mengelola dan memprakarsai tugas	
8.	Menyukai tugas-tugas baru dan bisa membawa kenyamanan membawa diri dalam pengaturan baru dan dengan orang-orang baru. Mendapat proyek baru dengan mudah dan cepat
9.	Membuat presentasi persuasif proposal untuk proyek-proyek baru / kegiatan
10.	Memberikan kebebasan kepada orang yang telah membantu dalam kegiatan mendapatkan proyek kegiatan maupun yang akan diperoleh
11.	Menyukai tugas-tugas baru dan bisa membawa kenyamanan membawa diri dalam pengaturan baru dan dengan orang-orang baru. Mendapat proyek baru dengan mudah dan cepat
12.	Membuat presentasi persuasif proposal untuk proyek-proyek baru / kegiatan
13.	Memberikan kebebasan kepada orang yang telah membantu dalam kegiatan mendapatkan proyek kegiatan maupun yang akan diperoleh
14.	Mampu melihat dan menangkap peluang yang bermanfaat bagi organisasi
15.	Membangun tim yang efektif untuk menerapkan proyek baru / kegiatan
C. Kompetensi interpersonal dan kepemimpinan	
16.	Dapat bertanggung jawab bila ada sesuatu yang salah dan memberikan bimbingan kepada orang lain
17.	Mudah berempati dengan orang lain
18.	Langsung dan terbuka dalam berhubungan dengan orang lain

Tabel 5. 4 Hasil Gambaran Harapan Responden Permodelan Pertama (lanjutan)

C.Kompetensi interpersonal dan kepemimpinan (lanjutan)	
19.	Orang lain dapat beralih kedirimya pada saat-saat mereka stres emosional
20.	Sudut pandangnya jelas dan persuasif
21.	Pendengar yang sabar dan menjadi penentu setelah sepenuhnya memahami orang lain
22.	Dengan tenang memberikan gambaran kepada orang lain yang benar kepada pikiran dan perasaannya
23.	Di tempat kerja, mencari saran dan pendapat dari rekan-rekan
24.	Apakah nyaman dengan orang lain dan menikmati hubungan kerja
25.	Bisa menginspirasi orang lain dan infus dengan nya /semangatnya untuk tugas berat
26.	Memvisualisasikan tujuan besar dan membuat orang-orang merasa senang dengan semangatnya untuk tugas berat
D. Sebagai manajer puncak RS harus mempunyai kepemimpinan dalam hal	
27.	Memilik dasar yang jelas mengenai tujuan atau misi organisasi
28.	Memiliki visi jelas mengenai visi organisasi di masa depan
29.	Menunjukkan dan memberikan contoh yang menonjol sebagai pemimpin dan terampil serta memberikan energi dan semangat untuk mewujudkan visi, misi menjadi kenyataan
30.	Memimpin sebuah proses perencanaan tahunan yang menetapkan tujuan, strategi dan rencana aksi yang konsisten dengan visi dan misi
31.	Memimpin proses manajemen kinerja yang menjamin akuntabilitas pada semua tingkat organisasi dan pada saat dipersimpangan jalan dapat membuat koreksi pada tujuan dan strategi yang diperlukan
32.	Konsisten membuat keputusan dan yang memungkinkan organisasi untuk mencapai tujuan yang lebih baik

Tabel 5. 4 Hasil Gambaran Harapan Responden Permodelan Pertama (lanjutan)

E. Berhubungan dengan Inovasi	
33.	Teratur menunjukkan kreativitas dalam mengidentifikasi peluang baru dan memecahkan masalah yang dihadapi organisasi.
34.	Berkomunikasi secara efektif dengan para pemangku kepentingan internal dan eksternal untuk membangun dukungan untuk misi, visi sasaran dan arah organisasi.
35.	Selalu menjalin hubungan dan membangun jejaring dengan bidang dan peluang dalam menginovasi organisasi
36.	Sering mendatangkan solusi yang asli untuk permasalahan yang sulit, dan mencari solusi baru atau mengalah untuk kemenangan walaupun dalam masalah berat.
37.	Ketidak sabaran dengan solusi sederhana atau secara konvensional dalam pemecahan masalah
38.	Mempunyai kepekaan dalam memperkenalkan perubahan atau inovasi
F. Kemampuan dan keuletan manajer puncak dalam memecahkan masalah	
39.	Tidak berkecil hati bila tersudutkan dan dengan ketat dan cepat mencoba untuk menemukan jalan keluar dan tidak gentar pada saat menghadapi situasi pilihan tersulit.
40.	Membawa kritik atau kegagalan positif
41.	Mampu memobilisasi sumber daya untuk tugas bahkan ketika menghadapi sumber daya yang langka. Hati-hati memetakan semua langkah dari setiap tindakan.
42.	Secara umum dapat menghasilkan alternatif pertama sebelum mengevaluasi salah satu dari mereka
43.	Dapat menertibkan bahkan untuk situasi yang tersulit dan berantakan dengan analisis yang sistematis. Berpikir melalui program kegiatan alternatif sebelum mengambil keputusan.
G. Dalam menyelesaikan tugas manajer puncak RS bisa diharapkan	
44.	Menjadikan dirinya yang terbaik untuk memberikan jalan keluar bagi orang lain dan dapat memberikan jalan keluar di depan orang lain

Tabel 5. 4 Hasil Gambaran Harapan Responden Permodelan Pertama (lanjutan)

Dalam menyelesaikan tugas manajer puncak RS bisa diharapkan (lanjutan)	
45.	Menjadikan dirinya yang terbaik untuk memberikan jalan keluar bagi orang lain dan dapat memberikan jalan keluar di depan orang lain Menjadikan dirinya yang terbaik untuk memberikan jalan keluar bagi orang lain dan dapat memberikan jalan keluar di depan orang lain
46.	Dapat diandalkan untuk memainkan perannya menyelesaikan pekerjaan, suka mengambil tantangan yang datang pada dirinya pada saat memimpin, dan dapat menetapkan tujuan dan memberikan target pada waktu tertentu.
47.	Mencari dan menerima tanggung jawab pribadi untuk menghasilkan pekerjaan dilakukan. Ingin menjadi diatas segalanya.
48.	Dapat menindaklanjuti tugas-tugas untuk mengeksekusi secara efektif.
H. Manajer puncak RS dalam mengatur atau mengelola RS harus mempunyai	
49.	Sifat yang menonjol dan dapat membentuk struktur organisasi yang efektif, memastikan bahwa ada dalam pengelolaannya berfokus pada fungsi-fungsi utama yang diperlukan bagi organisasi untuk memenuhi misinya.
50.	Sifat pendelegasian dalam memenuhi pesyaratan kewenangan yang efektif kepada anggota tim manajemen senior dan staf lain
51.	Sifat yang menonjol dan dapat membentuk struktur organisasi yang efektif, memastikan bahwa ada dalam pengelolaannya berfokus pada fungsi-fungsi utama yang diperlukan bagi organisasi untuk memenuhi misinya.
52.	Sifat pendelegasian dalam memenuhi pesyaratan kewenangan yang efektif kepada anggota tim manajemen senior dan staf lain
53.	Kewajiban mengartikulasikan dengan jelas prioritas dan memastikan fokus manajemen dan akuntabilitas dalam menangani prioritas.
54.	Kewajiban mengumpulkan umpan balik dari pemangku kebijakan (stakeholder) organisasi termasuk karyawan di semua tingkatan sebagai masukan untuk arah dan operasional organisasi.
55.	Persyaratan dalam pemenuhan secara teratur memberikan pesan yang konsisten kepada semua pemangku kepentingan (stakeholder) tentang visi, misi dan prioritas organisasi

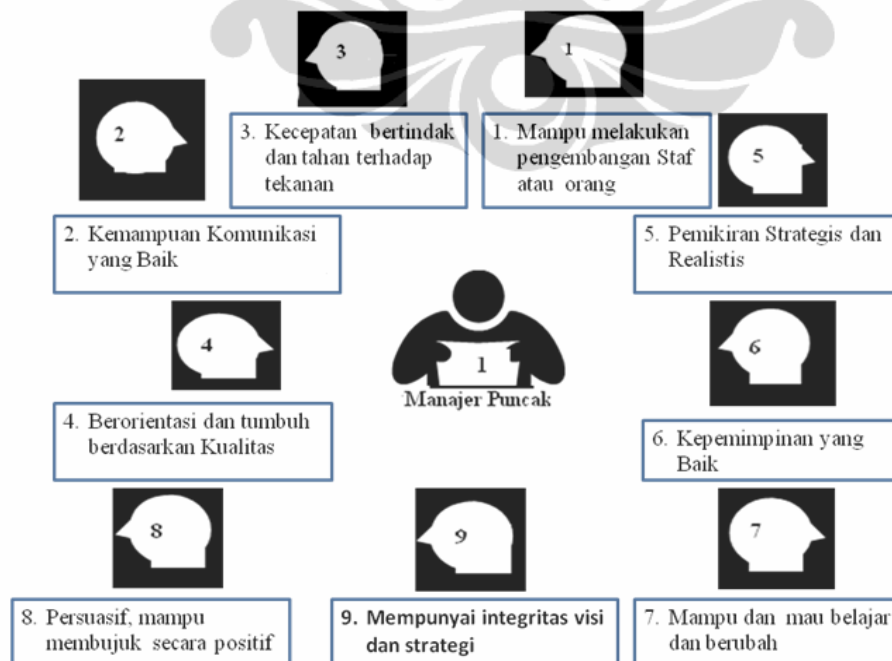
Tabel 5. 4 Hasil Gambaran Harapan Responden Permodelan Pertama (lanjutan).

Manajer puncak RS dalam mengatur atau mengelola RS harus mempunyai (lanjutan)	
56.	Kewajiban untuk memastikan ada kebijakan yang jelas didirikan untuk bagaimana organisasi dan para karyawannya akan beroperasi
57.	Kewajiban untuk menjamin pekerjaan organisasi didukung oleh proses-proses yang efektif untuk perencanaan, berkomunikasi, mengukur, mengatur, memberikan kualitas dan menyediakan lingkungan kerja yang aman
58.	Pemahaman dalam melihat kebutuhan organisasi untuk praktek-praktek tata kelola dan mendukung dewan direksi dalam tugas-tugas perusahaan, berhubungan dengan menyediakan informasi yang diperlukan dan akses kepada masyarakat
59.	Kewajiban memiliki hubungan kerja yang kuat dengan jajaran direksi dan pemilik RS
60.	Kewajiban memiliki hubungan kerja yang kuat dengan dewan direksi
61.	Kewajiban melakukan pembaruan dewan direksi sesuai perencanaan secara teratur, kinerja, isu dan kesempatan
62.	Kewajiban untuk memastikan dewan direksi menerima informasi yang ditujukan untuk para pemangku kepentingan di luar sebelum dikomunikasikan kepada mereka
63.	Kemampuan dalam memenuhi, membantu mendidik dewan pada organisasi
64.	Kemampuan dalam mengeksekusi arah yang diharapkan oleh dewan direksi
65.	Manajer puncak RS berkewajiban membantu direksi mengidentifikasi aset organisasi dan untuk memastikan bahwa aset-aset ini dilindungi secara hukum dan fisik dari ancaman luar
I. Dalam mengelola keuangan harapan terhadap manajer puncak RS	
66.	Seorang manajer puncak wajib untuk selalu memperbaharui pemahaman kepada para pemangku kebijakan tentang laba, rugi, neraca, arus kas dan ukuran keuangan lainnya yang relevan dengan bisnis dan situasi keuangan.
67.	Seorang manajer puncak sesuai dengan kualifikasi kemampuannya wajib mendukung dan kompeten dibidang keuangan lainnya yang hari ke hari akuntabilitas untuk mengelola dan mamantau keuangan organisasi

Tabel 5. 4 Hasil Gambaran Harapan Responden Permodelan Pertama (lanjutan).

J. Dalam mengelola keuangan harapan terhadap manajer puncak RS (lanjutan)	
68.	Seorang manajer puncak wajib memahami konsep penciptaan nilai dan membuat keputusan di mana untuk mengalokasikan sumber daya yang didasarkan pada memaksimalkan nilai bagi organisasi
69.	Seorang manajer puncak wajib memastikan bahwa catatan keuangan organisasi adalah akurat dan terkini (<i>up-to-date</i>)

Dari harapan yang dikelompokkan, diambil sebuah kesamaan dan menghasilkan sepuluh kompetensi ini berfungsi sebagai variabel inti sesuai dengan peminatan para pakar. Dalam penelitian ini dan masing-masing dimensi, dikaitkan dengan para pakar yang diwawancarai, meliputi, inisiatif, mencari, memahami, kesadaran organisasi, kerjasama tim, kepemimpinan, berpikir analitis, berpikir konseptual, komitmen organisasi dan percaya diri, dan fleksibilitas. perilaku terkait dan dari hasil tersebut dilihat mana yang paling sering dikemukakan dan akhirnya diuji kembali kepada para manajer menengah dan penyelia RS. Pada gambar-gambar 5.3 memperlihatkan rangkuman beberapa hasil pendapat dari para pakar dan pemilik RS.



Gambar 5.3 Rangkuman Pendapat Pakar Analisa Kualitatif

Deskripsi variabel penelitian terdiri dari : variabel kompetensi komunikasi, variabel kompetensi kerjasama kelompok, variabel kompetensi kepemimpinan, variabel kompetensi pengambilan keputusan secara analitik dan variabel kinerja, yang terbagi menjadi 4 golongan, dengan diambil presentasi terbesar yaitu pilihan yang berasal dari kuesioner dengan skala (5) artinya amat sangat setuju, (4) adalah sangat setuju, (3) sepenuhnya dapat dicapai sedang (2) adalah kurang menyetujui dan (1) adalah tidak menyetujui sementara N/A adalah tidak mengetahui dan tidak memenuhi persyaratan kompetensi.

Deskripsi jawaban responden pada tabel 5.5 didapatkan data bahwa responden memberikan beberapa penegasan apabila mereka mendapatkan seorang pimpinan dan diharapkan pemimpin ada komunikasi, kepemimpinan dan pengambilan keputusan bekerja secara Tim dalam meningkatkan fasilitas disertai dengan keputusan yang bijak.

Tabel 5. 5 Domain, Komponen dan Indikator Permodelan Manajer Puncak RS Swasta Permodelan Kedua Para Manajer dan Penyelia RS

A. Karakter Manajer Puncak RS Swasta dalam memimpin	
1.	Diharapkan selalu konsisten dan jelas sesuai dengan misi, visi dan tujuan yang ditetapkan
2.	Mampu bekerja sama dengan semua karyawan dan dapat meningkatkan pelayanan di RS terutama rawat inap, kamar operasi, rawat jalan dan UGD
3.	Mempunyai sifat terbuka dan mau menerima kritikan dan saran dari karyawan
4.	Dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang umumnya perawatan dari realisasi dari rencana kerja yang sudah disusun
5.	Mampu membuat rencana kerja sesuai dengan kebutuhan unit
6.	Prestasi dan identifikasi ciri bahwa manajer puncak mempunyai keterampilan ditunjukkan dengan kegiatan pendidikan berkelanjutan jadi artinya manajer puncak harus bisa menciptakan inovasi baru
7.	Mampu melakukan perubahan sistem dan mempunyai keberanian

Tabel 5. 5 Domain, Komponen dan Indikator Permodelan Manajer Puncak RS Swasta Permodelan Kedua Para Manajer dan Penyelia RS(lanjutan)

B. Dalam tujuan mengelola RS harapan manajer puncak RS Swasta sukses dalam
<ol style="list-style-type: none"> 8. Memberikan pembagian <i>insentive</i> yang sebelumnya dibagi rata menjadi pembagian secara profesional 9. Memperjuangkan untuk kesejahteraan banyak orang dan mempunyai keberanian dalam mempertahankan. 10. Meningkatkan SDM dan meningkatkan kesejahteraan karyawan 11. Memberikan income bertambah 12. Menambah ruangan perawatan dan alat alat medis
C. Dalam hal memberikan pelayanan manajer puncak RS Swasta dapat memberikan
<ol style="list-style-type: none"> 13. Kepuasan pelanggan harus ditingkatkan dengan sifat mengelola dengan bijak dan tanggap (<i>smart</i>) 14. Kepuasan pada pelanggan dan dapat mengatur sistem organisasi perinstalasi sesuai dengan ISO 9002 – 2008 dan menjalankan akreditasi RS. <ol style="list-style-type: none"> 1. Arahkan dalam pembentukan tim yang baik dan dapat bekerja secara tim 2. Kemampuannya berkomunikasi dengan efektif. 3. Pesan secara baik agar dapat menyelesaikan masalah. 4. Contoh dalam beraktifitas sehari hari dengan baik. 5. Sifat disiplin tidak sewenang wenang, mampu sebagai ketua tim dalam bekerja sama sesuai dengan tujuan. 6. Kondisikan kerja tim bekerja sesuai dengan tujuan. 7. Penyelamat bagi pegawai dan hal yang dipimpinya. 8. Kesejajaran bahkan bisa memfasilitasi setiap bagian di RS 9. Menjadikan sebuah rumah sakit yang berakreditasi diperlukan usaha dari pemimpin yang mampu mendobrak keputusan pemilik 10. Arahkan dalam meningkatkan sistem komputerisasi dan <i>billing</i> sistem di RS.

Tabel 5.5 Domain, Komponen dan Indikator Permodelan Manajer Puncak RS Swasta Permodelan Kedua Para Manajer dan Penyelia RS(lanjutan)

D. Dalam hal memberikan pelayanan manajer puncak RS Swasta dapat memberikan (lanjutan)
<ol style="list-style-type: none"> 11. Peningkatan pelatihan SDM dan bekerja sama dengan berbagai pihak 12. Kebebasan terbatas dalam pengembangan ruma sakit untuk meningkatkan omzet melalui pelayanan satelit satelit di luar 13. Rasa memiliki sendiri 14. Pengertian dalam pengembangan RS harus disertai dengan pengetahuan manajer di area yang akan ditingkat 15. Pemahaman dalam hal peremajaan RS yang lama baik gedung dan peralatan baru diperlukan. 16. Kebijakan yang lebih konsisten
E. Dalam tanggung jawab professional pengembangan RS manajer puncak RS Swasta
<ol style="list-style-type: none"> 17. Manajer puncak harus bisa mengusahakan pengadaan alat dan instrumentasi yang baik 18. Manajer harus mempunyai kerja sama yang baik, dan menggambarkan terjadinya komunikasi dengan pihak eksternal, penguatan partisipasi eksternal, partisipasi dalam kegiatan profesional, pengembangan profesionalisme, berkepribadian sebagai pemimpin dan mengelola RS. 19. Manajer puncak mampu menampung aspirasi pelanggan dan karyawan RS 20. Manajer puncak dapat memutuskan masalah dengan mempertimbangkan atau mendengarkan aspirasi pelaksana 21. Untuk pencapaian Keuntungan perusahaan sepenuhnya harus dikonfirmasi kepada karyawan dan menyampaikan target target pencapaiannya 22. Manajer puncak dapat malancarkan aliran dana dalam pembelian alat alat yang dibutuhkan yang diperlukan agar tidak menghambat proses produksi 23. Manajer puncak dapat memberikan layanan terbaik bagi pelanggannya 24. Manajer puncak mampu memperbaiki sistem remunerasi, pengelolaan proses peningkatan kepegawaian

5.4. Analisis Deskriptif Permodelan Tahap Tiga Manajer Puncak Rumah Sakit

Tinjauan kepustakaan telah diteliti dibagi menjadi tiga kategori utama yaitu berhubungan dengan masalah kompetensi pemimpin atau manajer dari perusahaan bisnis jasa terutama yang terfokus pada bidang kesehatan dan kepustakaan yang membahas topik kompetensi pada tingkat kepemimpinan manajerial profesi dalam kesehatan dan RS. Fokus peneliti mengungkapkan tiga topik utama: uraian, permodelan serta pembahasan kompetensi sebagai yang terkait dengan bidang yang diteliti, bagaimana pengembangan dan keberkelanjutan dari kompetensi dan berfokus pada penilaian kompetensi yang terlihat pada tabel 2.1 tinjauan kepustakaan. Dari penggunaan skala pengukuran ordinal dengan alat ukurnya adalah kuesioner dan setiap kuesioner survey dilakukan dengan wawancara mendalam. Beberapa hasil permodelan ke dua maka permodelan dari manajer puncak yang ke tiga menghasilkan matrik model kompetensi dari kepustakaan diringkas pada tabel 5.6

Tabel 5.6. Daftar Acuan Kompetensi Pimpinan Puncak RS Swasta

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	HASIL PENGUKURAN
Keterampilan (<i>Skill</i>) (Tanner 2001; Hudak 2009; Pralahad & Hamel 1990; McNeerney & Briggins 1995). Keterampilan kemampuan sesuai dengan kecerdasan intelektual, emosi dan sosial dalam merencanakan, memimpin dengan ketelitian, kemampuan bekerja sama dalam kelompok (<i>teamwork</i>). (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956)		
KP1 Memberikan Pengarahan (Bloom 1956, Kirschner 1997: Spencer & Spencer, 1993)	Sebagai seorang pemimpin dapat memberikan arahan yang dapat dipahami oleh seluruh karyawan. Sesuai dengan gaya seseorang dalam memimpin dapat memberikan arahan yang dapat dipahami oleh seluruh karyawan.	Arahan dalam memimpin sebuah rumah sakit.
KP2 Berpikir Kritis (Spencer & Spencer, 1993; Pillay 2008)	Kemampuan pemimpin menggunakan sistem berpikir secara kritis dalam menghadapi masalah	Berpikir kritis dalam memimpin rumah sakit
KP3 Disiplin (Kirby 1988, AONE 2006)	Mengharapkan yang dipimpinnya mempunyai kedisiplinan yang tangguh	Disiplin dalam memimpin

Tabel 3.6 Definisi Operasional Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (Lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	HASIL PENGUKURAN
KP4 Pembaruan (Hudak 2009; Spencer & Spencer 1993)	Mempunyai ketajaman dalam berusaha dan mau melakukan pembaruan	Emotional Intelegensia dalam melakukan pembaharuan
KP5 Kemampuan analisis masalah dan solusi (McNerney & Briggins 1995; Evers 1998; Loma 1997)	Keterampilan menganalisa dalam pemecahan masalah dan memberikan solusinya.	Dengan kemampuan intelegensia emosi mampu memecahkan masalah
HP Hubungan antar personal (<i>Interpersonal Relationship</i>) ACHE (2010)	.	Sosial Intelegensia dalam berhubungan antar karyawan dan staf
Hubungan Antar Personal (<i>Intepersonal Relationship</i>) (Hudak 2009; Tanner 2001). Sosial intelegensia manajer puncak dalam menghadapi hubungan antar karyawan dan staf yang bersifat tangguh, menginspirasi dan motivasi serta membangun tim		
HP1 Ketangguhan (Spenser 1993; Basserllier and Hooner 2000; Pascarella & Ternzini 1991)	Berkomunikasi secara tangguh dan konsiten	Tangguh dalam menghadapi masalah
HP2 Menginspirasi dan memotivasi (Kirby, 1988, ACHE 2009)	Mampu memberikan dan memotivasi orang lain dengan kinerja yang lebih baik	Inspirasi dan motivasi
HP3 Bekerja secara tim (Hudak 2009; Spencer & Spencer 1993)	Mengembangkan sebuah hubungan atau mampu berkolaborasi bekerja secara tim	Kerja tim
Membangun Tim (Kirby, 1988, ACHE 2009). Dalam melaksanakan ide yang diinginkan dan diimplementasikan untuk membangun sebuah kekuatan		
MT1 Komitmen (Hudak 2009; Spencer & Spencer 1993)	Memberikan pendapat dan berpegang kepada pendapatnya	Komitmen
MT2 Memberi petunjuk sesuai visi misi (McNerney & Briggins 1995)	Pengetahuan tentang tujuan tim dan kecocokan tujuan dengan strategi perusahaan	Tanggap dalam menyatukan antar visi dan misi
MT3 Bertanggung Jawab (Bloom 1956; Astin 1991; Kirby)	Bertanggung jawab dan selalu saling mengingatkan sesama tim.	Tanggung jawab

Tabel 3.6 Definisi Operasional Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (Lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	HASIL PENGUKURAN	
<p>Manajemen Perubahan Pendekatan terstruktur dalam membawa sebuah organisasi dari kondisi saat ini (<i>current state</i>) ke masa depan yang diinginkan (<i>desired future state</i>) dan merupakan proses yang ditujukan untuk memberdayakan karyawan supaya bisa menerima dan menjalankan perubahan dari kondisi saat ini. (ACHE 2009; AONE 2006; Kirby 1998; Ghafarian 2008)</p>			
MP1	Merubah proses kerja (AONE 2006; Hudak 2009)	Dalam rangka meningkatkan profit mampu melakukan perubahan proses kerja	Proses Kerja
MP2	Hubungan Pribadi yang baik (Astin 1991; Basserllier and Hooner 2000)	Bertanggung jawab dalam memimpin, mengarahkan dan mengelola perubahan organisasi.	Hubungan pribadi
MP3	Pengembangan Kewiraswataan (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Ghafarian 2008)	Mengidentifikasi dan memanfaatkan peluang untuk produk baru produk baru, layanan, dan pasar.	Pengembangan produk
<p>Sikap (Attitude), Kemampuan melayani dengan berorientasi kepada pelanggan, pemangku, kemampuan berempati, kejujuran, kemampuan, mengendalikan diri dan fleksibilitas dalam bekerja. Komitmen terhadap pekerjaan, inisiatif dan motivasi internal. (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956).</p>			
KAR1	Integritas (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956)	Mendemonstrasikan komitmen terhadap pekerjaan, disiplin dengan pendekatan terstruktur untuk membuat keputusan, mengendalikan, mengelola diri sendiri dan orang lain.	Integritas
KAR2	Etika (ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956)	Mempertahankan kerja yang tinggi dan standar etika, jujur dan berempati dalam segala tindakan	Etika kerja
KAR3	Bijaksana dan ramah (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993)	Mendukung pandangan positif mendekati tantangan dengan optimisme realistis. Fleksibilitas dalam bekerja	Bijaksan dan ramah

Tabel 3.6. Definisi Operasional Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (Lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	HASIL PENGUKURAN	
<p>Sifat (Trait) ; Karakteristik pribadi seorang individu menunjukkan perilaku kasar, arogan, agresif bisa bersikap sopan, adil, banyak waktu tegas, tidak dapat diamati atau ratable / terukur. (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).</p>			
<p>Komunikasi, Kesigapan individu dalam memberikan informasi, dengan kesederhanaan bahasa, walaupun sebagai pimpinan dalam memberikan informasi, kepada masyarakat, bawahan, dan rekan sejawat. (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).</p>			
KK1	Energik terhadap orientasi prestasi (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).	Pemimpin memiliki orientasi prestasi, energik dan mendorong menuju sukses dan harus fokus usaha kepuasan pelanggan	Energik dalam berproses
KK2	Komunikasi sistematis (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).	Komunikasi sistematis antar department, subordinat, juga para pemangku kebijakan (stakeholder)	Komunikasi sistematis
KK3	Advokasi dan aktif diorganisasi (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993).	Advokasi dan aktif bersosialisasi baik di pekerjaan maupun keanggotaan dalam organisasi profesi	Advokasi dan berorganisasi
KK4	Jujur dalam Tindakan dan Komunikasi, (Bloom 1956; Spenser & Spenser 1993)	Menginformasikan hal baru dalam bekerja dan mengungkapkan apa adanya terhadap isu dan masalah	Jujur bertindak dan berkomunikasi
<p>Komitmen Manajemen adalah kemampuan manajer puncak dalam melakukan dan memelihara perilaku yang membantu orang lain mencapai suatu tujuan (Daniel Goleman 2001; ACHE 2009; AONE 2006, Spenser & Spenser 1996, Bloom 1956).</p>			
KM1	Kebijakan dan Komitmen (ACHE 2010; AONE 2005)	Memiliki kebijakan dan komitmen terhadap pekerjaan	Kebijakan dan komitmen
KM2	Melibatkan dan terlibat Langsung (ACHE 2010; AONE 2005)	Memiliki kebijakan dan komitmen terhadap pekerjaan	Keterlibatan langsung

Tabel 3.6. Definisi Operasional Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (Lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	HASIL PENGUKURAN
KM3 Keterbukaan kinerja keuangan (ACHE 2010; AONE 2005)	Mengilhami, melibatkant secara aktif dalam kegiatan RS dan bekerja dengan baik dengan orang lain.	Keterbukaan dan transparansi
KM4 Orientasi kepada pelanggan (Pillay 2008, ACHE 2010)	Memberikan keterbukaan dalam kinerja keuangan dari RS	Orientasi pelanggan
KM5 Perbaikan Proses (Gharian 2008; Schroder 2006)	Mengkomunikasikan setiap bisnis proses fokus pada hubungan yang tidak terstruktur	Perbaikan proses
Tujuan (motive) Respon dalam menanggapi keluhan staf, pelanggan dan pemilik RS, kemampuan untuk mendengarkan keluhan dari pasien, masyarakat maupun pemerintah, dan mampu memberikan respons terhadap keluhan pelanggan rumah sakit dan cepat memberikan solusi terhadap keluhan dan kreatif itas dalam pemecahan masalah (Pillay 1998, Schroder 2006, ACHE 2010)		
Fokus terhadap Hasil, Dalam melakukan arahan maupun pekerjaan selalu berpulang kepada hasil yang harus dicapai (Boyazits 2008; Schroder 2006)		
FH1 Memotivasi untuk keberhasilan (ACHE 2010; AONE 2005)	Kreatif, menghasilkan ide-ide dan memotifasi kepada karyawan	Memotivasi pegawai
FH2 Melatih dan mengarahkan (ACHE 2010; AONE 2005)	Melihat peluang, mengenalkan serta mengarahkan ke jalan pelaksanaan pelatihannya.	Melatih dan mengarahkan pada staf dan karyawan
FH3 Inisiatif (Goleman 2001; Wallick 2002;	Mengambil inisiatif dan dapat melihat peristiwa dari perspektif yang unik dan mengembangkan ide-ide yang tidak pernah terpikirkan	Berinisiatif
Pengetahuan (Knowledge) , Kemampuan berpikir (berpikir analisis, berpikir konseptual), Memahami pekerjaan dengan baik, Mempunyai keahlian teknis, Mengetahui sejarah dan adat istiadat dan kebiasaan masyarakat. (Tyler 2001; McClelland 1973; ACHE 2010)		
Kemampuan diri yaitu kesanggupan; kecakapan; kekuatan seorang manajer puncak dalam berusaha sesuai dengan kemampuan dirinya. (Scott 2002; Wu Chen 2004; Schewchuk 2005)		

Tabel 3.6. Definisi Operasional Model Kompetensi Manajer Puncak RS Swasta (Lanjutan)

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	HASIL PENGUKURAN
KD1 Teknik dan Ahli di bidangnya (AONE 2005; Shewchuk 2005; Spenser 1993)	Keterampilan teknis dan profesional berbasis bukti klinis dan praktik manajemen	Terampil bidang perumaha-sakitan dan berlatar belakang medis
KD2 Analisis dan Pemecahan Masalah (Wu 2004, Wallick 2002)	Pengetahuan proses bisnis dan pemahaman berkontribusi untuk keberhasilan tim dan kelompok kerja	Memecahkan masalah
KD3 Praktek Pengembangan diri (Wallick 2002; Liang 1993)	Menginspirasi keyakinan dan memunculkan kepercayaan dalam laporan langsung.	Pengembangan diri
Manajemen Projek (<i>Project Management</i>)		
PM1 Konstruksi Projek (Yuki 1990; Robin 2001)	Memahami rancangan sebuah proyek manajemen	Membangun proyek
PM2 Membangun Budaya Korporasi (ACHE 2010; Pillay 2008)	Membangun budaya korporasi	Budaya korporasi
PM3 Membangun perbaikan layanan baru (Stoddard & Wyckoff 2009; Trochim 2006; Spencer 1993)	Sebagai navigator untuk layanan baru dan membuat keputusan yang mendorong organisasi menuju visi	Membangun pelayanan baru
PM4 Perencanaan Strategis (AONE 2005; ACHE 2010, Schewchuck 2005)	Fokus terhadap strategi menciptakan rencana untuk masa depan menyelaraskan dengan visi organisasi	Perencanaan strategis

5.5. Pendekatan Kuantitatif Model Ketiga Kompetensi Manajer Puncak RS

5.5.1. Profil Deskriptif Manajer Puncak Rumah Sakit

Jumlah yang terdaftar baik dari data sumber Kementerian Kesehatan, PERSI, maupun Irsjam total sebanyak 169 RS tidak termasuk rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit vertikal. Pengiriman melalui email dan pos hanya 5% dari 300 surat yang kembali melalui pos. Sementara melalui email banyak terjadi tidak sampai (*bounce*

back) dikarenakan umumnya email yang ada adalah email rumah sakit, bukan individu dari masing masing pimpinan puncak rumah sakit, sehingga tidak mengenai atau tepat sasaran. Survei berbasis web ditujukan untuk manajer puncak, pemilik rumah sakit dan para lulusan pasca sarjana magister administrasi rumah sakit. Tingkat respons untuk lulusan ($n=15$) dan manajer ($n=5$). Tingkat respon dari pemilik rumah sakit mengecewakan dengan berbagai alasan karena mereka tidak mendapatkan email, masuk ke dalam surat sampah (*junk mail*). Survei diarahkan dengan cara penggabungan dalam acara pertemuan ilmiah, telepon dan diskusi kelompok, sehingga menghasilkan data yang lebih banyak untuk memperbaiki data dalam penelitian ini dan dihasilkan menjadi ($n=213$).

5.5.2. Demografi Wilayah Lokasi dari Responden

Responden yang telah diteliti pada umumnya berasal dari Jakarta baik berupa Yayasan maupun PT di mana dan pengelola yayasan yang saat ini banyak berlokasi di Jakarta, Bogor dan Bekasi dengan Jumlah RS Swasta dari Tipe A hingga D, dan Tipe Khusus dengan jumlah tempat tidur rata rata 50 hingga 500 tempat tidur. Seperti digambarkan pada tabel 5.7 responden survei yang terletak di hampir semua provinsi Banten, Jawa Barat dan DKI Jakarta. Dari 213 responden daerah DKI Jakarta menduduki persentasi tertinggi (71,36%), sementara Tangerang, (12,21%), Bekasi (8,92%), Depok (4,69% dan yang memiliki tingkat partisipasi rendah adalah Bogor (2,82%). Secara keseluruhan, distribusi responden jelas sudah mewakili se JABODETABEK.

Tabel 5.7. Demografi, Lokasi, Pengelola dan Tipe Rumah Sakit

Tipe Rumah Sakit	Lokasi RS					(n)	%
	Bekasi	Tangerang	Depok	Bogor	Jakarta		
RS Tipe D & Khusus	1	2	1	0	40	52	24,4%
RS Umum Swasta Tipe C	6	5	2	0	30	69	32,3%
RS Umum Swasta Tipe B	10	11	2	4	46	73	34,2%
RS Umum Swasta Tipe A	2	8	5	2	12	19	8,9%
Total	19	26	10	6	152	213	100%
Persentase	8,9%	12,2%	4,6%	2,8%	71,3%	100%	

5.5.3. Akreditasi Rumah Sakit se JABODETABEK

Tabel 5.8 menunjukkan dari total RS dikelola secara Swasta berbentuk PT 165 RS dan yayasan 48 RS, RS yang belum atau dalam proses akreditasi (n=143) 67,1%, sementara yang mempunyai sertifikasi 5 layanan (n=29) adalah 13,6%, dan bersertifikasi 12 layanan (n=4) 7,5% dan sudah terakreditasi sebanyak 16 layanan adalah n=37 (17,3%).

Tabel 5.8. Profil RS ditinjau dari Akreditasi dan Tipe RS

Tipe Rumah Sakit	Akreditasi				N	%
	1	2	3	4		
RS Khusus Swasta	42	8	0	2	52	24,4%
RS Umum Swasta Pratama	51	15	0	0	66	30,9%
RS Umum Swasta Madia	45	6	4	21	76	35,6%
RS Umum Swasta Utama	5	0	0	14	19	8,9%
Total	143	29	4	37	213	100%

1. = RS dengan status tidak terakreditasi atau dalam proses akreditasi

2. = RS dengan status terakreditasi 5 pelayanan.

3. = RS dengan status terakreditasi 12 pelayanan.

4. = RS dengan status terakreditasi 16 pelayanan.

5.5.4. Data Responden Umur, Jenis Kelamin dan Jabatan di RS

Tabel 5.9 menggambarkan jenis kelamin dari para responden yang menduduki kepemimpinan puncak RS didominasi hampir 65% dipimpin oleh pria sementara 35% nya dipimpin oleh wanita, sementara responden yang berusia diantara 50 hingga 59 tahun (n=99) 46,5% yang paling mendominasi penelitian ini di usia dan 40 hingga 49 tahun (n=66) 31%, dan umur di atas 60 tahun (n=42) 19,7% dan sedikit sekali pimpinan di bawah usia 40 tahun (n=6) 2,8% . Pimpinan puncak didominasi oleh pria di usia diantara 50 hingga 59 tahun dan 40 hingga 49 tahun dan jarang terlihat pimpinan di bawah usia 30 tahun. Wanita menduduki rata rata sebagai direktur operasional 14,5% bila dibandingkan pria yang menduduki manajer puncak 31,9% yang berusia rata rata 50 – 59 tahun.

Tabel 5.9. Profil Responden
Dilihat dari Jenis Kelamin, Umur, dan Jabatan Responden

		Frequency	%	Valid %	Cumulative %						
Valid	Wanita	75	34,9	35,2	35,2						
	Pria	138	64,2	64,8	100,0						
	Total	213	99,1	100,0							
		Wanita				Pria				Total	
Jabatan	>40	40-49	50-59	60>	>40	40-49	50-59	60>	n	%	
1	1	6	4	2	0	1	2	1	17	7,9%	
2	1	7	8	1	1	7	18	4	47	22%	
3	0	9	4	1	0	7	14	3	38	17,8%	
4	1	13	15	2	2	16	34	28	111	52,1%	
Total	3 (1,4%)	35 (16,4%)	31 (14,5%)	6 (2,8%)	3 (1,4%)	31 (14,5%)	68 (31,9%)	36 (16,9%)	213	100%	

1 = Lainnya (Dir. Keuangan, Keperawatan, Administrasi), 2 = Dir. Medis; & Keperawatan
3 = Dir. Ops, COO, Dir. Umum, Dir Penunjang, 4 = Pemilik RS / BOD/ Komisaris/Dir. Utama / Pres Dir, CEO

5.6. Hasil Analisis Permodelan Dengan Metode SEM

5.6.1. Rerata Variabel Penelitian

Setelah diuraikan tentang profil responden, pada bagian ini akan diuraikan rerata jawaban responden mengikuti variabel-variabel penelitian dan juga perbedaan rerata variabel-variabel penelitian menurut pengelompokan tertentu. Rerata, deviasi standar, maximum dan minimum jawaban responden dapat dilihat pada Tabel 5.10.

Tabel 5.10. Rerata, Deviasi Standar, Minimum dan Maximum Variabel Penelitian

Nama Variabel	Minimum	Maximum	Rerata	Deviasi Standar
Kepemimpinan (KP)	3,40	4,60	3,873	0,302
Hubungan Personal (HP)	3,66	4,66	4,100	0,178
Manajemen Tim (MT)	3,66	5,00	4,145	0,384
Manajemen Perubahan (MP)	3,33	5,00	4,269	0,463
Karakter (KAR)	3,33	4,33	3,667	0,336
Fokus pada Hasil (FH)	3,33	4,66	3,928	0,360
Komunikasi (KK)	3,75	4,25	3,962	0,176
Komitmen Manajemen (KM)	3,20	4,80	4,219	0,368
Konsep Diri (KD)	3,33	5,00	4,026	0,265
Projek Manajemen (PM)	3,25	5,00	4,229	0,391
N(Jml. Responden)	213			

5.6.1.1. ANOVA dari Variabel Penelitian berdasarkan Pendidikan Responden

Responden penelitian dikelompokkan ke dalam 4 kelompok sesuai dengan latar belakang pendidikan, dan rerata perkelompok dari variabel penelitian ditunjukkan pada Tabel 5.11. Uji beda rerata dari variabel menurut kelompok berdasarkan latar belakang pendidikan dilakukan menggunakan *Analysis of Variance* (ANOVA).

Tabel 5.11. Rerata Variabel Penelitian Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

Variabel	Rerata Kelompok Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan			
	MU	MD	MMU	MMR
Kepemimpinan (KP)	3,822	3,880	3,900	3,913
Hubungan Personal (HP)	4,074	4,111	4,108	4,118
Manajemen Tim (MT)	4,106	4,185	4,196	4,134
Manajemen Perubahan (MP)	4,315	4,193	4,245	4,285
Karakter (KA)	3,722	3,600	3,657	3,656
Fokus pada Hasil (FH)	3,935	3,889	3,892	3,968
Komunikasi (KK)	3,976	3,983	3,956	3,935
Komitmen Manajemen (KM)	4,244	4,209	4,171	4,226
Konsep Diri (KD)	3,977	4,096	3,980	4,059
Projek Manajemen (PM)	4,219	4,183	4,191	4,294
N(Jml. Responden)	72	62	45	34

Non Medis dan lainnya (MU) 1, Medis Spesialis (MDS) 2, Medis Manajemen Umum (MMU) 3, Medis Manajemen RS (MMR) 4

Hasil dari ANOVA ditunjukkan pada Tabel 5.11, terlihat bahwa hanya variabel KD yang mempunyai perbedaan rerata kelompok, sedangkan variabel yang lain tidak ada perbedaan. Khusus unyuk variabel KD dilakukan analisis lebih lanjut untuk melihat rerata kelompok mana yang berbeda. Analisis tersebut dilakukan melalui *post-hoc analysis* yang hasilnya ditunjukkan pada Tabel 5.12.

Tabel 5.12. Hasil ANOVA berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

Variabel	Signifikansi (t-value <0.05)	Kesimpulan
Kepemimpinan (KP)	0,33	Tidak ada perbedaan
Hubungan Personal (HP)	0,49	Tidak ada perbedaan
Manajemen Tim (MT)	0,61	Tidak ada perbedaan
Manajemen Perubahan (MP)	0,56	Tidak ada perbedaan
Karakter (KA)	0,28	Tidak ada perbedaan
Fokus pada Hasil (FH)	0,65	Tidak ada perbedaan
Komunikasi (KK)	0,47	Tidak ada perbedaan
Komitmen Manajemen (KM)	0,81	Tidak ada perbedaan
Konsep Diri (KD)	0,05	Ada perbedaan
Projek Manajemen (PM)	0,44	Tidak ada perbedaan

Dari hasil post-hoc pada Tabel 5.13 dapat dilihat bahwa terjadi perbedaan rerata jawaban responden untuk variabel Kemampuan Diri antara kelompok pendidikan yang berlatar belakang manajemen umum dengan kelompok medis spesialis dan antara kelompok medis manajemen umum dan kelompok medis magister administrasi RS.

Tabel 5.13. Hasil Post-Hoc berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

Kelompok i	Kelompok j	Perbedaan Rerata (i - j)	Signifikansi (t-value < 0,05)	Kesimpulan
NMU	MDS	-0,082	0,07	Tdk ada Perbedaan
NMU	MMU	-0,119	0,02	Ada Perbedaan
NMU	MMR	-0,003	0,95	Tdk ada Perbedaan
MDS	MMU	-0,037	0,47	Tdk ada Perbedaan
MDS	MMR	0,078	0,16	Tdk ada Perbedaan
MMU	MMR	0,115	0,05	Ada Perbedaan

Non Medis dan lainnya (NMU) 1, Medis Spesialis (MDS) 2, Medis Manajemen Umum (MMU) 3, Medis Manajemen RS (MMR) 4

5.6.1.2. ANOVA dari Variabel Penelitian berdasarkan Jabatan Responden

Responden penelitian dikelompokkan ke dalam 4 kelompok sesuai dengan Jabatan responden, yaitu. kelompok 1 yang mempunyai jabatan manajemen umum; kelompok 2 medis spesialis; kelompok 3 medis manajemen umum; kelompok 4 medis magister rumah sakit. Rerata perkelompok dari variabel penelitian ditunjukkan pada Tabel 5.14.

Uji beda rerata dari variabel menurut kelompok berdasarkan latar belakang pendidikan dilakukan menggunakan *Analysis of Variance* (ANOVA). Hasil dari ANOVA ditunjukkan pada Tabel 5.15. dan dari tabel ini dapat dilihat bahwa semua variabel penelitian tidak mempunyai perbedaan rerata kelompok.

Tabel 5.14. Rerata Variabel Penelitian Berdasarkan Jabatan Responden

Variabel	Rerata Berdasarkan Kelompok Jabatan Responden			
	1	2	3	4
Kepemimpinan (KP)	3,842	3,864	3,885	3,894
Hubungan Personal (HP)	4,059	4,102	4,105	4,106
Manajemen Tim (MT)	4,078	4,096	4,113	4,186
Manajemen Perubahan (MP)	4,176	4,263	4,273	4,298
Karakter (KA)	3,608	3,688	3,667	3,667
Fokus pada Hasil (FH)	3,922	3,929	3,921	3,931
Komunikasi (KK)	3,926	3,941	3,974	3,973
Komitmen Manajemen (KM)	4,118	4,191	4,247	4,238
Konsep Diri (KD)	3,980	4,021	4,035	4,033
Projek Manajemen (PM)	4,250	4,218	4,197	4,241
N(Jml. Responden)	17	47	38	111

1 = Lainnya (Dir. Keuangan, Keperawatan, Administrasi)

2 = Dir. Medis; & Keperawatan

3 = Dir. Ops, COO, Dir. Umum, Dir Penunjang

4 = Pemilik RS / BOD/ Komisaris/Dir. Utama / Pres Dir, CEO

Tabel 5.15. Hasil ANOVA berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

Variabel	Signifikansi (t-value <0.05)	Kesimpulan
Kepemimpinan (KP)	0,88	Tidak ada perbedaan
Hubungan Personal (HP)	0,80	Tidak ada perbedaan
Manajemen Tim (MT)	0,44	Tidak ada perbedaan
Manajemen Perubahan (MP)	0,83	Tidak ada perbedaan
Karakter (KA)	0,87	Tidak ada perbedaan
Fokus pada Hasil (FH)	1,00	Tidak ada perbedaan
Komunikasi (KK)	0,59	Tidak ada perbedaan
Komitmen Manajemen (KM)	0,56	Tidak ada perbedaan
Konsep Diri (KD)	0,89	Tidak ada perbedaan
Projek Manajemen (PM)	0,93	Tidak ada perbedaan

5.6.2. ANOVA dari Variabel Penelitian berdasarkan Type RS

Responden penelitian dikelompokkan ke dalam 4 kelompok sesuai dengan tipe RS yaitu. kelompok 1 yang berdasarkan tipe dari RS umum swasta khusus; kelompok 2 RS umum swasta pratama; kelompok 3 RS umum swasta media; kelompok 4 RS umum swasta utama. Rerata perkelompok dari variabel penelitian ditunjukkan pada Tabel 5.16.

Tabel 5.16. Rerata Variabel Penelitian Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

Variabel	Rerata Kelompok Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan			
	NMU	MDS	MMU	MMR
Kepemimpinan (KP)	3,835	3,855	3,913	3,844
Hubungan Personal (HP)	4,103	4,101	4,110	4,053
Manajemen Tim (MT)	4,147	4,141	4,154	4,123
Manajemen Perubahan (MP)	4,237	4,308	4,259	4,263
Karakter (KA)	3,667	3,677	3,662	3,649
Fokus pada Hasil (FH)	3,969	3,894	3,939	3,947
Komunikasi (KK)	3,995	3,913	3,987	3,967
Komitmen Manajemen (KM)	4,215	4,200	4,245	4,200
Konsep Diri (KD)	3,974	4,025	4,053	4,070
Projek Manajemen (PM)	4,178	4,201	4,283	4,250
N(Jml. Responden)	52	65	76	19

Non Medis dan lainnya (NMU) 1, Medis Spesialis (MDS) 2, Medis Manajemen Umum (MMU) 3, Medis Manajemen RS (MMR) 4

Uji beda rerata dari variabel menurut kelompok berdasarkan type dari RS dilakukan menggunakan *Analysis of Variance* (ANOVA). Hasil dari ANOVA ditunjukkan pada Tabel 5.17.

Tabel 5.17. Hasil ANOVA berdasarkan Tipe RS

Variabel	Signifikansi (t-value <0.05)	Kesimpulan
Kepemimpinan (KP)	0,49	Tidak ada perbedaan
Hubungan Personal (HP)	0,67	Tidak ada perbedaan
Manajemen Tim (MT)	0,99	Tidak ada perbedaan
Manajemen Perubahan (MP)	0,86	Tidak ada perbedaan
Karakter (KA)	0,99	Tidak ada perbedaan
Fokus pada Hasil (FH)	0,83	Tidak ada perbedaan
Komunikasi (KK)	0,03	Ada perbedaan
Komitmen Manajemen (KM)	0,90	Tidak ada perbedaan
Konsep Diri (KD)	0,35	Tidak ada perbedaan
Projek Manajemen (PM)	0,44	Tidak ada perbedaan

Dari Tabel 5.18 dapat dilihat bahwa hanya variabel KK (komunikasi) yang mempunyai perbedaan rerata kelompok, sedangkan variabel yang lain tidak ada perbedaan. Khusus untuk variabel KK (komunikasi) dilakukan analisis lebih lanjut untuk melihat rerata kelompok mana yang berbeda. Analisis tersebut dilakukan melalui *post-hoc analysis* yang hasilnya ditunjukkan apada Tabel 5.18.

Tabel 5.18. Hasil Post-Hoc berdasarkan Type RS

Kelompok i	Kelompok j	Perbedaan Rerata (i - j)	Signifikansi (t-value < 0,05)	Kesimpulan
NMU	MDS	0,082	0,01	Ada Perbedaan
NMU	MMU	0,008	0,79	Tdk ada Perbedaan
NMU	MMR	0,048	0,31	Tdk ada Perbedaan
MDS	MMU	-0,074	0,01	Ada Perbedaan
MDS	MMR	-0,034	0,45	Tdk ada Perbedaan
MMU	MMR	0,039	0,38	Tdk ada Perbedaan

Non Medis dan lainnya (NMU) 1, Medis Spesialis (MDS) 2, Medis Manajemen Umum (MMU) 3, Medis Manajemen RS (MMR) 4

Dari hasil post-hoc pada Tabel 5.18 dapat dilihat bahwa terjadi perbedaan rerata jawaban responden untuk variabel KK (komunikasi) antara kelompok 1 RS Umum Swasta Khusus dengan kelompok 2 RS Umum swasta Tipe C dan antara kelompok 2 RS Umum swasta Tipe B dan kelompok 3. RS Umum swasta Tipe A.

5.7. Analisis Model Penelitian Dengan *Confirmatory Faktor Anaylysis*

Model Penelitian yang ditunjukkan pada Gambar 4.3 merupakan suatu model pengukuran yang dikenal sebagai *third order Confirmatory Factor Analysis* atau disingkat dengan 3rdCFA. Variabel laten Kompetensi diukur oleh 5 dimensi atau variabel laten yang merupakan *second order Confirmatory Factor Analysis* (2ndCFA), yaitu Ketrampilan (KETRAMP), Sikap (SIKAP), Tujuan (TUJUAN), Sifat (SIFAT), dan Pengetahuan (PENGET).

Kelima variabel laten 2ndCFA tersebut diukur oleh 10 subdimensi atau variabel laten *first order Confirmatory Factor Analysis* (1stCFA). Variabel laten Ketrampilan diukur oleh 4 variabel laten 1stCFA yaitu Kepemimpinan (KP), Membangun Tim (MT), Manajemen Perubahan (MP), dan Hubungan antar Personil (HP). Variabel laten Sikap diukur oleh 1 variabel laten 1st CFA yaitu Karakter (KAR). Variabel laten Tujuan diukur oleh 1 variabel laten 1stCFA yaitu Fokus pad Hasil (FH). Variabel laten Sifat diukur oleh 2 variabel laten 1stCFA yaitu Komunikasi (KK) dan Komitmen Manajemen (KM). Variabel laten Pengetahuan diukur oleh 2 variabel laten 1stCFA yaitu Manajemen Proyek (PM) dan Kemampuan Diri (KD).

Akhirnya kesepuluh variabel laten 1stCFA diukur oleh 36 variabel teramati atau indikator. Analisis model pengukuran variabel-variabel laten penelitian akan mencakup: uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*), uji validitas dan uji reliabilitas model pengukuran. Uji kecocokan keseluruhan model digunakan untuk melihat seberapa cocok (*fit*) data terhadap model.

Derajat kecocokan data dan model ini dapat diketahui melalui *Goodness Of Fit Index* (GOFI) yang ada di *output* LISREL. Uji validitas ditujukan untuk melihat apakah sebuah variabel teramati (indikator) merupakan pengukur atau refleksi dari variabel laten terkait. Uji validitas ini dilakukan dengan melihat nilai *Standardized Loading Factor* (SLF) indikator tersebut terhadap variabel latennya. Uji reliabilitas ditujukan

untuk melihat konsistensi model pengukuran dari variabel laten penelitian. Uji reliabilitas model pengukuran variabel penelitian dilakukan dengan menghitung *Construct Reliability* (CR) dan *Variance Extracted* (VE) seperti yang diuraikan pada Bab 4. Analisis model penelitian akan dilakukan secara bertahap. Tahap pertama dari analisis model penelitian adalah analisis terhadap 10 variabel laten 1stCFA, mulai dari estimasi terhadap model variabel laten 1stCFA dan diakhiri dengan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel laten tersebut. Tahap kedua adalah analisis terhadap variabel laten 3rdCFA. LVS dari 10 variabel laten 1stCFA digunakan untuk mentransformasikan model 3rdCFA menjadi 2ndCFA, kemudian dilakukan estimasi terhadap model 2ndCFA tersebut.

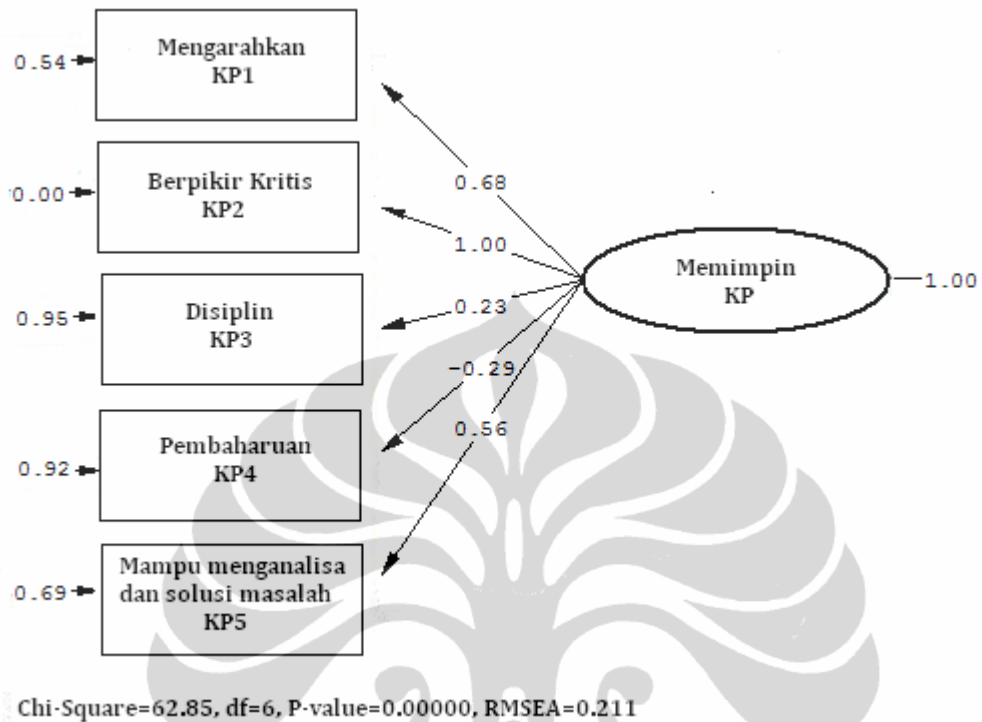
5.7.1. Analisis model 1stCFA

Analisis terhadap model 1stCFA mencakup analisis terhadap variabel laten Kepemimpinan (KP), Membangun Tim (MT), Manajemen Perubahan (MP), Hubungan antar Personil (HP), Karakter (KAR), Fokus pada Hasil (FH), Komunikasi (KK), Komitmen Manajemen (KM), Manajemen Proyek (PM), dan Kemampuan Diri (KD). Seperti disebutkan sebelumnya analisis ini akan mencakup estimasi terhadap model dan perhitungan LVS.

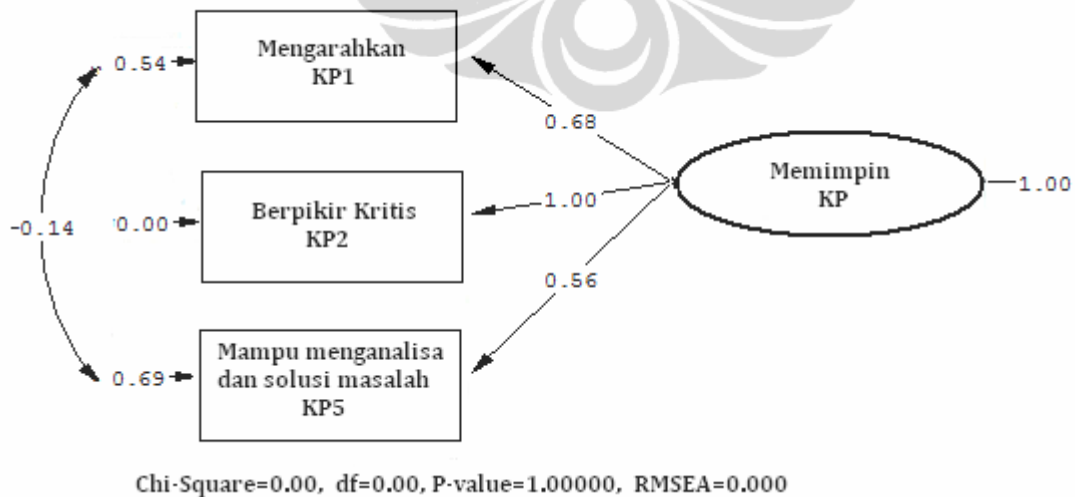
5.7.1.1. Variabel Laten Kepemimpinan

Variabel laten Kepemimpinan (KP) diukur oleh 5 variabel teramati KP1 – KP5. Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten KP ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.4. Dari gambar ini dapat dilihat bahwa ada 2 variabel yang nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) $< 0,50$, yaitu KP3 dan KP4. Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati KP3 dan KP4 mempunyai validitas yang kurang baik atau dengan perkataan lain bahwa kedua variabel tersebut bukan ukuran yang valid bagi variabel laten KP.

Oleh karena itu kedua variabel tersebut dikeluarkan dari model, dan kemudian dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten KP. Hasil estimasi ulang ditunjukkan melalui diagram lintasan pada Gambar 5.5.



Gambar 5.4 Model Pengukuran Variabel Kepemimpinan Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)



Gambar 5.5 Model Pengukuran Variabel Kepemimpinan Diagram Lintasan Akhir (Solusi Standar)

Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.19.

Tabel 5.19. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Kepemimpinan

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai GOFI (*Goodness Of Fit Index*) yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.19 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten Kepemimpinan mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten Kepemimpinan dapat dilihat di Tabel 5.20.

Tabel 5.20. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Kepemimpinan

Variabel	*SLF $\geq 0,5$	Error	*CR $\geq 0,7$	*VE $\geq 0,5$	Kesimpulan
Kepemimpinan (KP)			0,80	0,59	Reliabilitas baik
Gaya Kepemimpinan (KP1)	0,68	0,54			Validitas baik
Berpikir Kritis (KP2)	1,00	0,00			Validitas baik
Kemampuan analisis masalah dan solusi (KP5)	0,56	0,68			Validitas baik

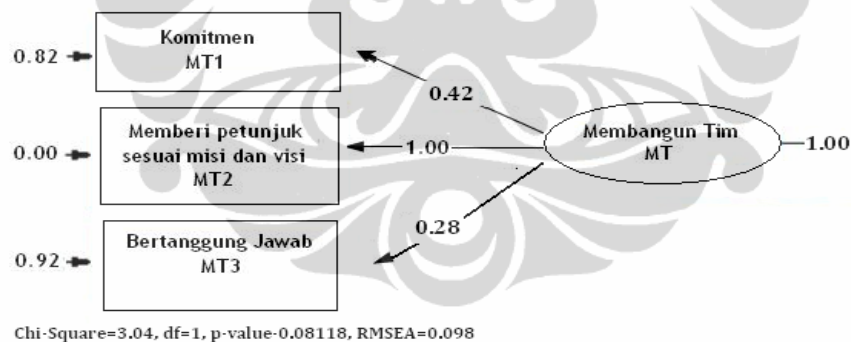
Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.20 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten Kepemimpinan adalah *valid* karena memiliki $SLF \geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai $CR > 0,7$ dan nilai $VE > 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten Kepemimpinan adalah *reliable*. Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel Kepemimpinan. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Kepemimpinan dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Kepemimpinan.

5.7.1.2. Variabel Laten Membangun Tim

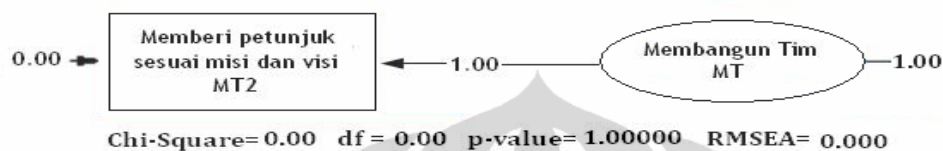
Variabel laten Membangun Tim (MT) diukur oleh 3 variabel teramati MT1 (Komitmen), MT2 (Memberi petunjuk sesuai misi dan visi) dan MT3 (bertanggung jawab). Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten MT ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.6.



Gambar 5.6 Model Pengukuran Variabel Membangun Tim
Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)

Dari Gambar 5.6 dapat dilihat bahwa ada 2 variabel yang nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) $< 0,50$, yaitu MT1 (komitmen) dan MT3 (bertanggung jawab). Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati MT1 dan MT3 mempunyai validitas yang kurang baik atau dengan perkataan lain bahwa kedua variabel tersebut bukan ukuran yang valid bagi variabel laten Membangun Tim.

Oleh karena itu kedua variabel tersebut dikeluarkan dari model, dan kemudian dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten Membangun Tim. Hasil estimasi ulang ditunjukkan melalui diagram lintasan pada Gambar 5.7.



Gambar 5.7 Model Pengukuran Variabel Membangun Tim Diagram Lintasan Akhir (Solusi Standar)

Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.21

Tabel 5.21. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Membangun Tim

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai GOFI (*Goodness of Fit Indices*) yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.21 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten Membangun Tim mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten Membangun Tim dapat dilihat di Tabel 5.22

Tabel 5.22. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Membangun Tim

Variabel	*SLF \geq 0,5	Error	*CR \geq 0,7	*VE \geq 0,5	Kesimpulan
Membangun Tim (MT)			1,00	1,00	Reliabilitas baik
Memberi petunjuk sesuai dengan visi dan misi (MT2)	1,00	0,00			Validitas baik

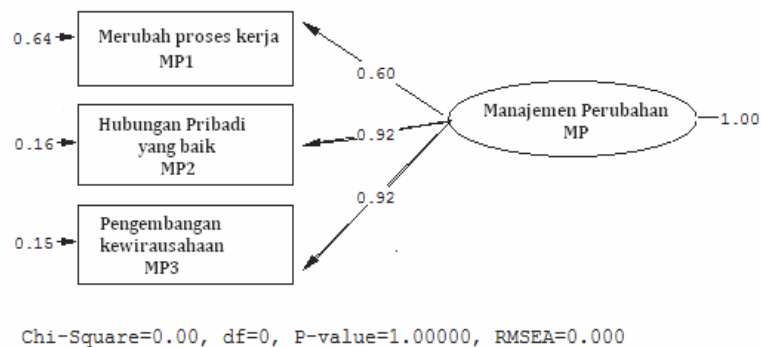
Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.36 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten MT adalah *valid* karena memiliki $SLF \geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai $CR > 0,7$ dan nilai $VE > 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten Membangun Tim adalah *reliable*. Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel Membangun Tim. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Membangun Tim dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Membangun Tim.

5.7.1.3. Variabel Laten Manajemen Perubahan

Variabel laten Manajemen Perubahan (MP) diukur oleh 3 variabel teramati MP1 (merubah proses kerja), MP2 (hubungan pribadi yang baik) dan MP3 (pengembangan kewirausahaan). Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten MP ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.8. dan dari gambar ini dapat dilihat bahwa semua variabel mempunyai nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) $> 0,50$. Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati MP1 (merubah proses kerja), MP2 (hubungan pribadi yang baik) dan MP3 (pengembangan kewirausahaan) mempunyai validitas yang baik atau dengan perkataan lain bahwa ketiga variabel tersebut merupakan ukuran yang valid bagi variabel laten Manajemen Perubahan. Oleh karena itu tidak dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten Manajemen Perubahan.



Gambar 5.8 Model Pengukuran Variabel Manajemen Perubahan Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)

Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.23.

Tabel 5.23. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Manajemen Perubahan

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.23 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten MP mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten Manajemen Perubahan dapat dilihat di Tabel 5.24

Tabel 5.24. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Manajemen Perubahan

Variabel	*SLF \geq 0,5	Error	*CR \geq 0,7	*VE \geq 0,5	Kesimpulan
MP			0,86	0,68	Reliabilitas baik
MP1	0,60	0,64			Validitas baik
MP2	0,92	0,16			Validitas baik
MP3	0,92	0,15			Validitas baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

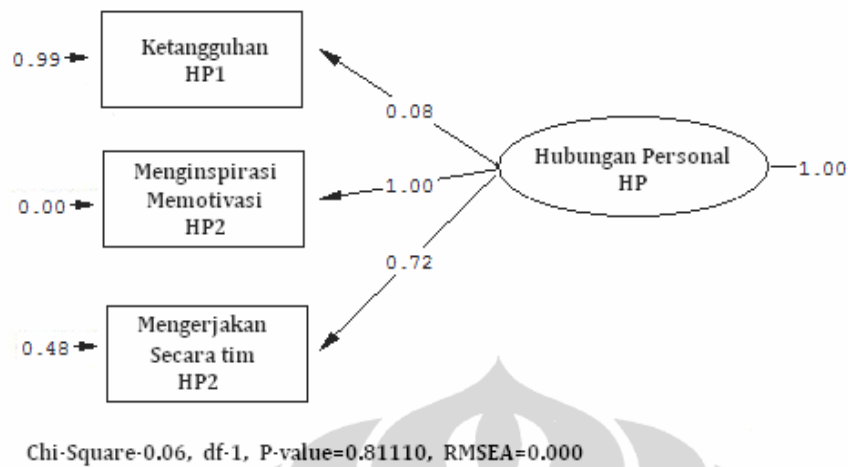
*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.24 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten MP adalah *valid* karena memiliki $SLF \geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai $CR > 0,7$ dan nilai $VE > 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten Manajemen Perubahan adalah *reliable*. Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel Manajemen Perubahan. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Manajemen Perubahan dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Manajemen Perubahan.

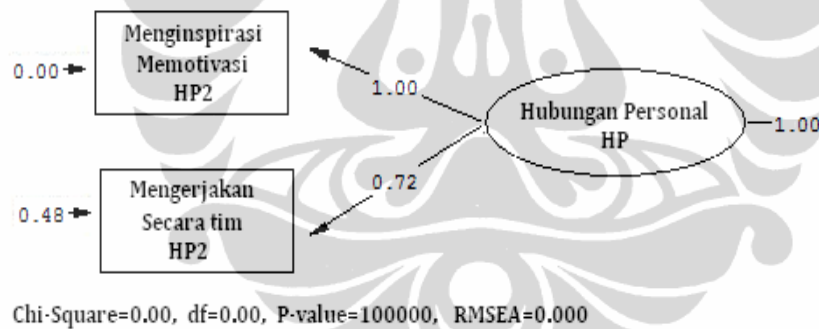
5.7.1.4. Variabel laten Hubungan antar Personil

Variabel laten Hubungan antar Personil (HP) diukur oleh 3 variabel teramati HP1(ketangguhan), HP2 (mengaspirasi dan memotivasi) dan HP3 (bekerja secara tim). Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten HP ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.9. Dari gambar ini dapat dilihat bahwa ada 1 variabel yang nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya ($SLF < 0,50$), yaitu HP1 (ketangguhan).

Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati HP1 (ketangguhan) mempunyai validitas yang kurang baik atau dengan perkataan lain bahwa variabel tersebut bukan ukuran yang valid bagi variabel laten Hubungan Personal. Oleh karena itu variabel tersebut dikeluarkan dari model, dan kemudian dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten Hubungan Personal. Hasil estimasi ulang ditunjukkan melalui diagram lintasan pada Gambar 5.10.



Gambar 5.9 Model Pengukuran Variabel Hubungan Personal Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)



Gambar 5.10 Model Pengukuran Variabel Hubungan Personal Diagram Lintasan Akhir (Solusi Standar)

Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.25.

Tabel 5.25. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Hubungan Personal

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai *Goodness Of Fit Index* (GOFI) yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.25 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten KP mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten HP dapat dilihat di Tabel 5.26.

Tabel 5.26. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Hubungan Personal

Variabel	*SLF $\geq 0,5$	Error	*CR $\geq 0,7$	*VE $\geq 0,5$	Kesimpulan
Hubungan Personal (HP)			0,86	0,76	Reliabilitas baik
Menginspirasi dan memotivasi (HP2)	1,00	0,00			Validitas baik
Bekerja secara tim (HP3)	0,72	0,48			Validitas baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

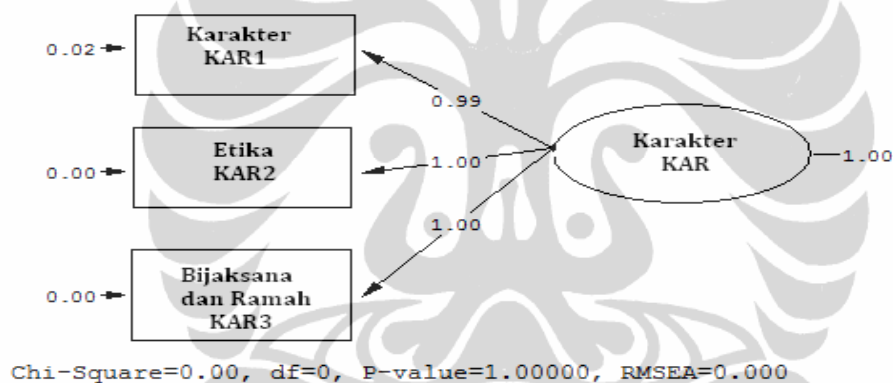
*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.26 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten Hubungan Personal adalah *valid* karena memiliki nilai absolut SLF $\geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai CR $> 0,7$ dan nilai VE $> 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten Hubungan Personal adalah *reliable*.

Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel Hubungan Personal. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Hubungan Personal dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Hubungan Personal.

5.7.1.5. Variabel laten Karakter

Variabel laten Karakter (KAR) diukur oleh 3 variabel teramati KAR1 (integritas), KAR2 (Etika), dan KAR3 (bijaksana dan ramah). Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten Karakter ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.11.



Gambar 5.11 Model Pengukuran Variabel Karakter Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)

Dari Gambar 5. 11 dapat dilihat bahwa semua variabel mempunyai nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) > 0,50. Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati KAR1, KAR2 dan KAR3 mempunyai validitas yang baik atau dengan perkataan lain bahwa ketiga variabel tersebut merupakan ukuran yang valid bagi variabel laten KAR. Oleh karena itu tidak dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten KAR. Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.27.

Tabel 5.27. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Karakter

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.27 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten KAR mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten KAR dapat dilihat di Tabel 5.28.

Tabel 5.28. Validitas dan Reliabilitas Model Pengukuran Variabel Laten KAR

Variabel	*SLF $\geq 0,5$	Error	*CR $\geq 0,7$	*VE $\geq 0,5$	Kesimpulan
Karakter (KAR)			1,00	0,99	Reliabilitas baik
Integritas (KAR1)	0,99	0,02			Validitas baik
Etika (KAR2)	1,00	0,00			Validitas baik
Bijaksana dan Ramah (KAR3)	1,00	0,00			Validitas baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

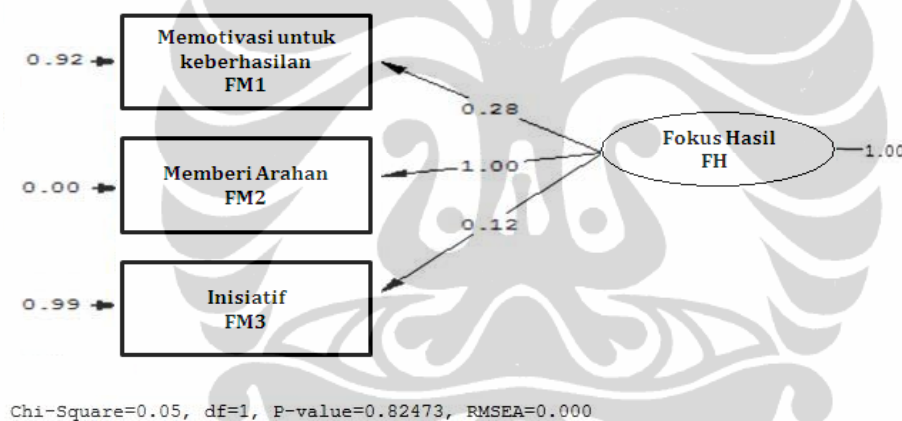
*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.28 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten KAR adalah *valid* karena memiliki nilai absolut SLF $\geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai CR $> 0,7$ dan nilai VE $> 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten KAR adalah *reliable*.

Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel KAR. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Karakter dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Karakter.

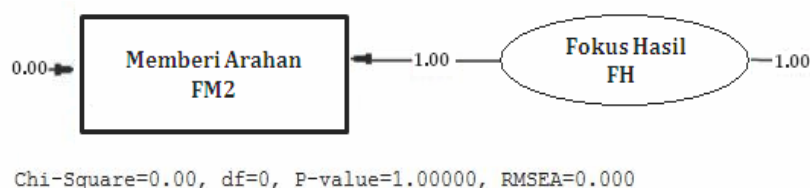
5.7.1.6. Variabel Laten Fokus Hasil

Variabel laten Fokus pada Hasil (FH) diukur oleh 3 variabel teramati FH1 (motivasi kepada keberhasilan), FH2 (memberikan arahan) dan FH3 (inisiatif). Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten FH ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.12.



Gambar 5.12 Diagram Lintasan Model Pengukuran Variabel Fokus Pada Hasil Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)

Dari Gambar 5.12 dapat dilihat bahwa ada 2 variabel yang nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) $< 0,50$, yaitu FH1 dan FH3. Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati FH1 dan FH3 mempunyai validitas yang kurang baik atau dengan perkataan lain bahwa kedua variabel tersebut bukan ukuran yang valid bagi variabel laten Fokus pada Hasil. Oleh karena itu kedua variabel tersebut dikeluarkan dari model, dan kemudian dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten Fokus pada Hasil. Hasil estimasi ulang ditunjukkan melalui diagram lintasan pada Gambar 5.13.



Gambar 5.13 Model Pengukuran Variabel Fokus pada Hasil Diagram Lintasan Akhir (Solusi Standar)

Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.29.

Tabel 5.29. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Fokus Hasil

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.29 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten FH mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten Fokus Hasil dapat dilihat di Tabel 5.29.

Tabel 5.30 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten FH adalah *valid* karena memiliki $SLF \geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai $CR > 0,7$ dan nilai $VE > 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten FH adalah *reliable*.

Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel Fokus Hasil. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Fokus Hasil dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Fokus Hasil.

Tabel 5.30. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Fokus Hasil

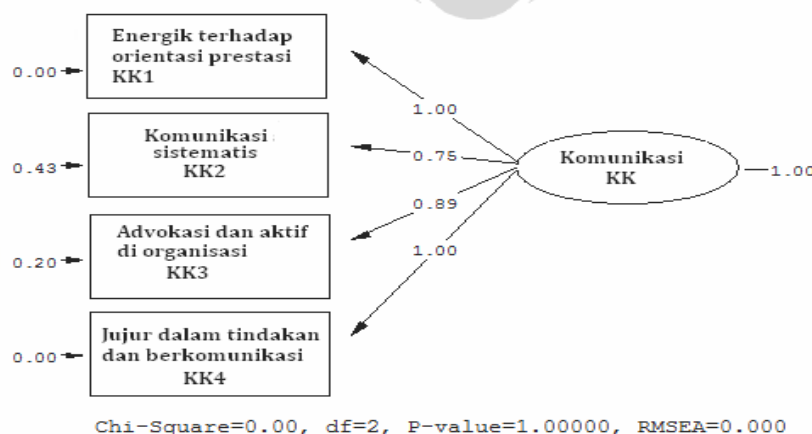
Variabel	*SLF \geq 0,5	Error	*CR \geq 0,7	*VE \geq 0,5	Kesimpulan
Fokus Hasil (FH)			1,00	1,00	Reliabilitas baik
Memberikan asArahanFH2	1,00	0,00			Validitas baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

5.7.1.7. Variabel Laten Komunikasi

Variabel laten Komunikasi (KK) diukur oleh 4 variabel teramati KK1 (energik terhadap orientasi prestasi), KK2 (komunikasi sistematis), KK3 (advokasi dan aktif di organisasi dan KK4 (jujur dalam tindakan dan komunikasi). Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten KK ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.14. terlihat bahwa semua variabel mempunyai nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) $> 0,50$.



Gambar 5.14 Model Pengukuran Variabel KK Awal (Solusi Standar)
Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)

Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati KK1, KK2, KK3 dan KK4 mempunyai validitas yang baik atau dengan perkataan lain bahwa ketiga variabel tersebut merupakan ukuran yang valid bagi variabel laten Komunikasi. Oleh karena itu tidak dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten KK. Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 31

Tabel 5.31. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Komunikasi

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai GOFI yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.31 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten KK mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten Komunikasi dapat dilihat di Tabel 5.32. Tabel ini menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten KK adalah *valid* karena memiliki nilai absolut SLF $\geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai CR $> 0,7$ dan nilai VE $> 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten Komunikasi adalah *reliable*. Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel KK. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Komunikasi dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Komunikasi.

Tabel 5.32. Validitas dan Reliabilitas Model Pengukuran Variabel Laten KK

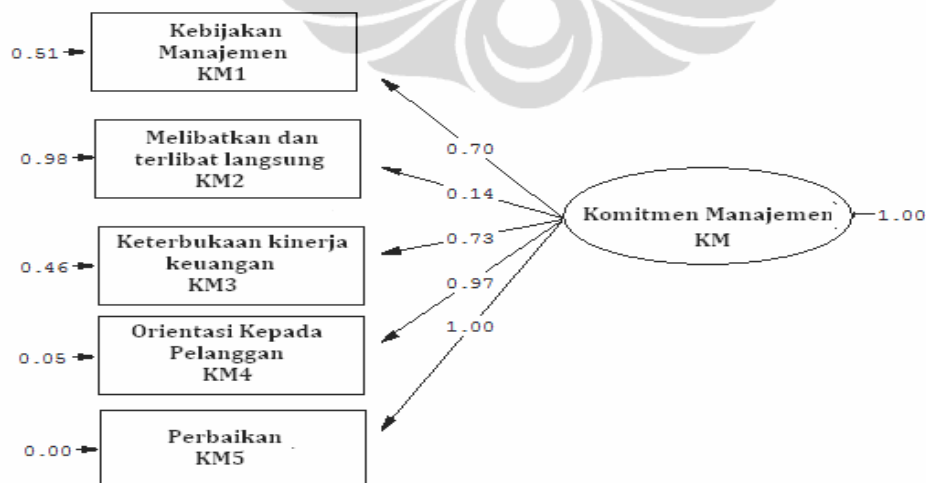
Variabel	*SLF \geq	Error	*CR \geq 0,7	*VE \geq 0,5	Kesimpulan
Komunikasi (KK)			0,95	0,84	Reliabilitas
Energik dalam orientasi prestasi (KK1)	1,00	0,00			Validitas baik
Komunikasi secara sistematis (KK2)	0,75	0,43			Validitas baik
Advokasi dan aktif di organisasi (KK3)	0,89	0,20			Validitas baik
Jujur dalam tindakan dan komunikasi (KK4)	1,00	0,00			Validitas baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

5.7.1.8. Variabel Laten Komitmen Manajemen

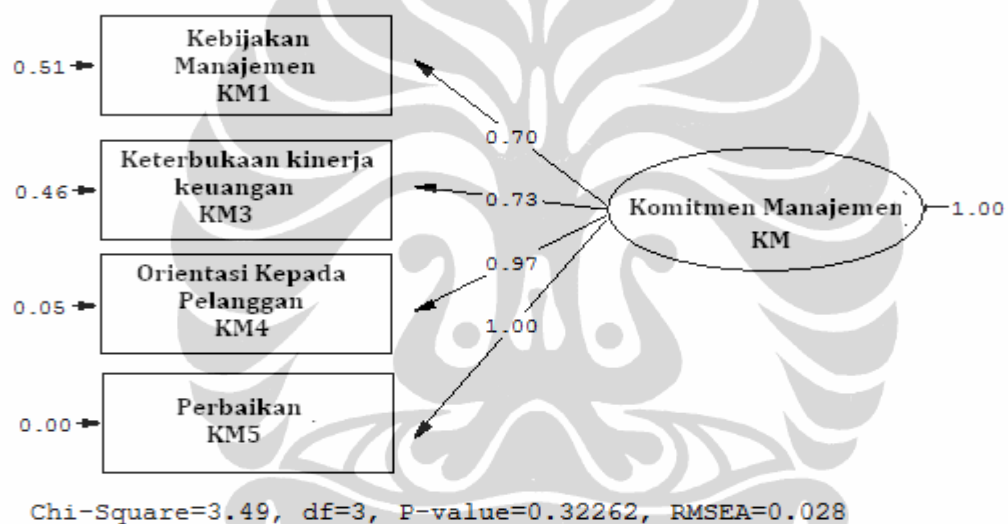
Variabel laten Komitmen Manajemen (KM) diukur oleh 5 variabel teramati KM1 (Kebijakan dan Komitmen), KM2 (Terlibat Langsung), KM3 (Keterbukaan Kinerja Keuangan), KM4 (Orientasi Pelanggan) dan KM5 (komitmen perbaikan). Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten Komitmen Manajemen ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.15.



Chi-Square=8.72, df=6, P-value=0.18978, RMSEA=0.046

Gambar 5.15 Model Pengukuran Variabel Komitmen Manajemen Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)

Dari Gambar 5.15 ini dapat dilihat bahwa ada 1 variabel yang nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) $< 0,50$, yaitu KM2 (keterlibatan langsung). Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati KM2 mempunyai validitas yang kurang baik atau dengan perkataan lain bahwa variabel tersebut bukan ukuran yang valid bagi variabel laten Komitmen Manajemen. Oleh karena itu variabel tersebut dikeluarkan dari model, dan kemudian dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten Komitmen Manajemen. Hasil estimasi ulang ditunjukkan melalui diagram lintasan pada Gambar 5.16.



Gambar 5.16 Model Pengukuran Variabel Komitmen Manajemen Diagram Lintasan Akhir (Solusi Standar)

Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.33. Pada tabel ini dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten Komitmen Manajemen mempunyai kecocokan keseluruhan model yang baik. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten Komitmen Manajemen dapat dilihat di Tabel 5.34.

Tabel 5.33. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Komitmen Manajemen

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-Value	0,32	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0,028	≤ 0.08	Kecocokan baik
NFI	0,99	≥ 0.90	Kecocokan baik
NNFI	1,00	≥ 0.90	Kecocokan baik
CFI	1,00	≥ 0.90	Kecocokan baik
IFI	1,00	≥ 0.90	Kecocokan baik
RFI	0,99	≥ 0.90	Kecocokan baik
GFI	1,00	≥ 0.90	Kecocokan baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Tabel 5.34. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Komitmen Manajemen

Variabel	*SLF $\geq 0,5$	Error	*CR $\geq 0,7$	*VE $\geq 0,5$	Kesimpulan
Komitmen Manajemen (KM)			0,92	0,74	Reliabilitas baik
Kebijakan dan Komitmen (KM1)	0,70	0,51			Validitas baik
Terlibat langsung (KM2)	0,73	0,46			Validitas baik
Keterbukaan Kinerja Keuangan (KM3)	0,97	0,05			Validitas baik
Orientasi Pelanggan (KM4)	1,00	0,00			Validitas baik

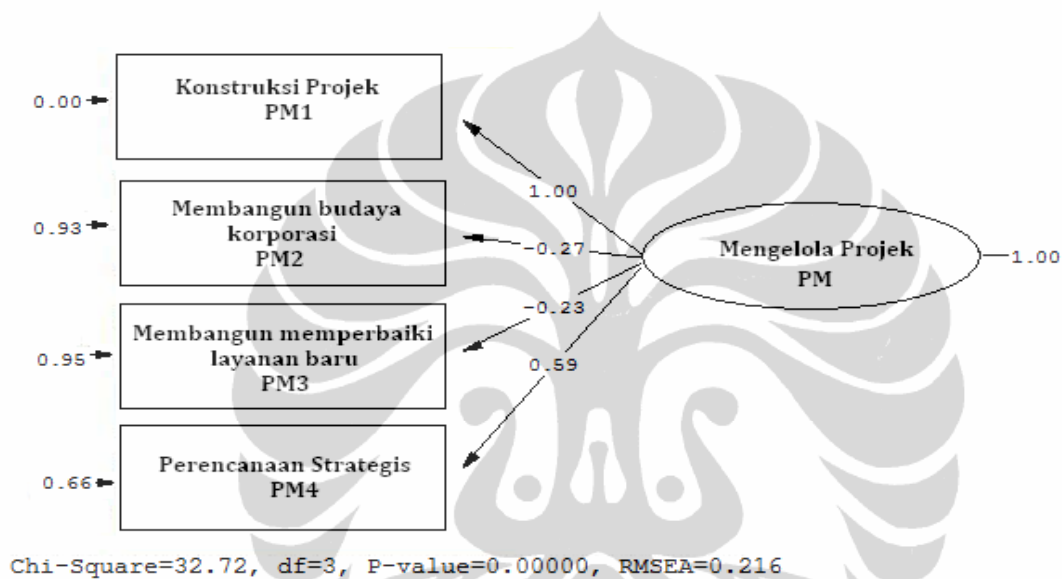
Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.34 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten KM adalah *valid* karena memiliki $SLF \geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai $CR > 0,7$ dan nilai $VE > 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten Komitmen Manajemen adalah *reliable*. Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel Komitmen Manajemen. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten KM dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Komitmen Manajemen.

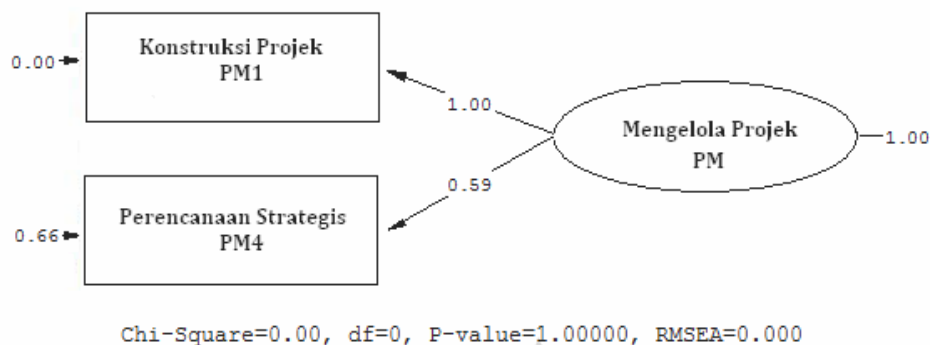
5.7.1.9. Variabel Laten Manajemen Proyek

Variabel laten Manajemen Proyek (PM) diukur oleh 4 variabel teramati PM1 (konstruksi proyek), PM2 (membangun budaya korporasi), PM3 (membangun dan memperbaiki layanan baru) dan PM4 (perencanaan strategis). Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten PM ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.17.



Gambar 5.17 Model Pengukuran Variabel Proyek Manajemen Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)

Dari Gambar 5.17 ini dapat dilihat bahwa ada 2 variabel yang nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) $< 0,50$, yaitu PM2 dan PM3. Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati PM2 dan PM3 mempunyai validitas yang kurang baik atau dengan perkataan lain bahwa kedua variabel tersebut bukan ukuran yang valid bagi variabel laten Proyek Manajemen. Oleh karena itu kedua variabel tersebut dikeluarkan dari model, dan kemudian dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten Proyek Manajemen. Hasil estimasi ulang ditunjukkan melalui diagram lintasan pada Gambar 5.18.



Gambar 5.18 Diagram Lintasan Model Pengukuran Variabel Laten Proyek Manajemen
Diagram Lintasan Akhir (Solusi Standar)

Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.35.

Tabel 5.35. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten Proyek Manajemen

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai *Goodness Of Fit Index* GOFI yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.35 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten Proyek Manajemen mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten Proyek Manajemen dapat dilihat di Tabel 5.36.

Tabel 5.36 Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Proyek Manajemen

Variabel	*SLF \geq 0,5	Error	*CR \geq 0,7	*VE \geq 0,5	Kesimpulan
Proyek Manajemen (PM)			0,80	0,67	Reliabilitas baik
Konstruksi Proyek (PM1)	1,00	0,00			Validitas baik
Perencanaan Strategis (PM4)	0,59	0,65			Validitas baik

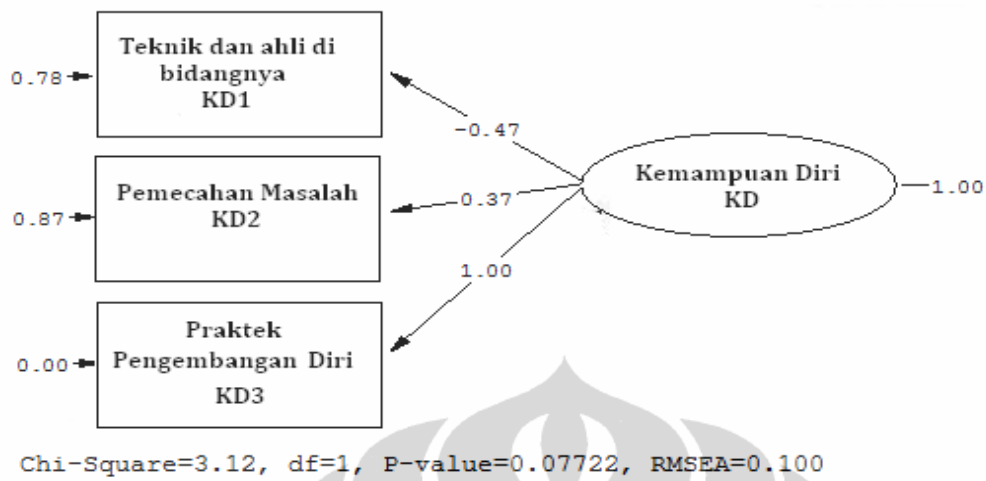
Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.36 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten Proyek Manajemen adalah *valid* karena memiliki $SLF \geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai $CR > 0,7$ dan nilai $VE > 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten Proyek Manajemen adalah *reliable*. Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel Proyek Manajemen. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Proyek Manajemen dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Proyek Manajemen.

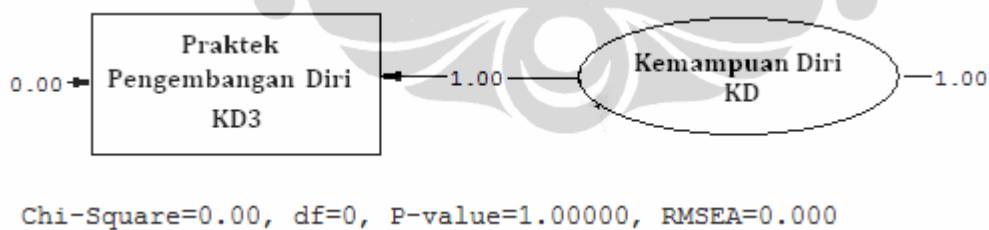
5.7.1.10. Variabel Laten Kemampuan Diri

Variabel laten Kemampuan Diri (KD) diukur oleh 3 variabel teramati KD1 – KD3. Estimasi awal terhadap model pengukuran variabel laten KD ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.19. Dari gambar ini dapat dilihat bahwa ada 2 variabel yang nilai absolut *Standardized Loading Factor*-nya (SLF) $< 0,50$, yaitu KD1 dan KD2. Hal ini menunjukkan bahwa variabel teramati KD1 dan KD2 mempunyai validitas yang kurang baik atau dengan perkataan lain bahwa kedua variabel tersebut bukan ukuran yang valid bagi variabel laten Kemampuan Diri.



Gambar 5.19 Model Pengukuran Variabel Kemampuan Diri Diagram Lintasan Awal (Solusi Standar)

Oleh karena itu kedua variabel tersebut dikeluarkan dari model, dan kemudian dilakukan estimasi ulang terhadap model pengukuran variabel laten Kemampuan Diri. Hasil estimasi ulang ditunjukkan melalui diagram lintasan pada Gambar 5.20.



Gambar 5.20 Model Pengukuran Variabel Kemampuan Diri Diagram Lintasan Akhir (Solusi Standar)

Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.37.

Tabel 5.37. GOFI Model Pengukuran Variabel Laten KD

GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-value	1.00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0.0	≤ 0.08	Kecocokan baik

Catatan: ketika p-value = 1 dan RMSEA = 0 diikuti dengan *chi-square* = 0 atau *degree of freedom* = 0, maka kecocokan model disebut sangat baik atau *perfect fit*. Nilai *Goodness Of Fit Index* (GOFI) yang lain tidak ditampilkan.

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.37 dapat dilihat bahwa model pengukuran variabel laten Konsep Diri mempunyai kecocokan keseluruhan model yang sangat baik atau *perfect fit*. Dengan demikian analisis model pengukuran dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model pengukuran variabel laten Konsep Diri dapat dilihat di Tabel 5.38.

Tabel 5.38. Validitas dan Reliabilitas Variabel Laten Konsep Diri

Variabel	*SLF $\geq 0,5$	Error	*CR $\geq 0,7$	*VE $\geq 0,5$	Kesimpulan
Konsep Diri (KD)			1,00	1,00	Reliabilitas baik
Praktek Pengembangan Diri (KD3)	1,00	0,00			Validitas baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

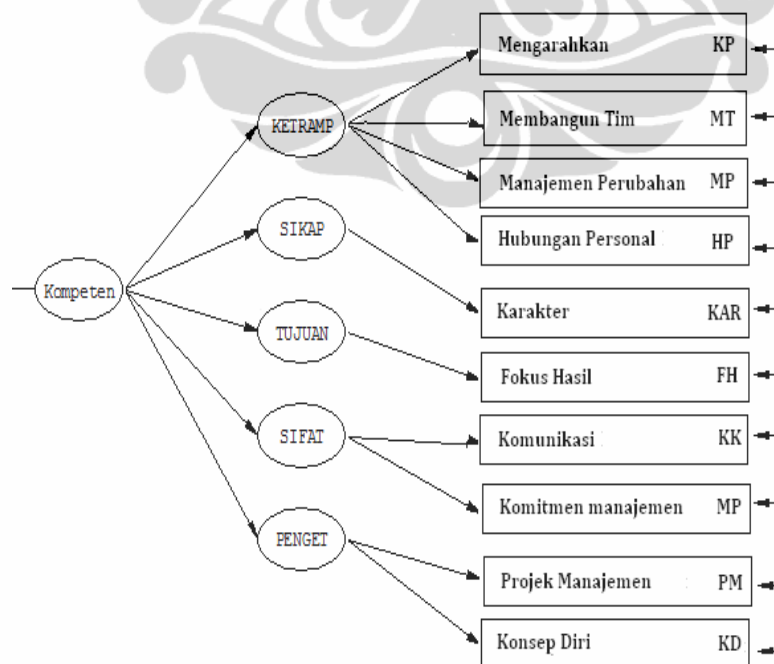
*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.38 menunjukkan bahwa semua variabel teramati dari model pengukuran variabel laten KD adalah *valid* karena memiliki $SLF \geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai $CR > 0,7$ dan nilai $VE > 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten Konsep Diri adalah *reliable*. Setelah diperoleh model pengukuran yang *valid* dan *reliable*, kemudian dilakukan perhitungan *Latent Variable Score* (LVS) dari variabel Konsep Diri. Dengan adanya LVS ini, maka variabel laten Konsep Diri dapat ditransformasikan menjadi variabel teramati Konsep Diri.

5.7.2. Analisis model 3rdCFA dan 2ndCFA

5.7.2.1. Transformasi model penelitian 3rdCFA menjadi 2ndCFA

Pada bagian sebelumnya telah dilakukan analisis terhadap model variabel laten 1stCFA sehingga diperoleh variabel teramati yang *valid* dan model pengukuran variabel laten yang *reliable*. Selain itu juga telah dilakukan perhitungan LVS (*Latent Variable Score*) dari variabel-variabel laten 1stCFA. Hasil LVS ini digunakan untuk mentransformasikan variabel-variabel laten 1stCFA menjadi variabel-variabel teramati. Dengan transformasi ini variabel-variabel laten KP (Kepemimpinan), MT (Membangun Tim), MP (Manajemen Perubahan), HP (Hubungan Personal), KAR (Karakter), FH (Fokus pada Hasil), KK (Komunikasi), KM (Komitmen Manajemen), PM (Projek Manajemen) dan KD (Konsep Diri) berubah menjadi variabel-variabel teramati dengan nama yang sama. Perubahan ini digunakan untuk menyederhanakan atau mentransformasikan model penelitian yang sebelumnya merupakan model 3rdCFA yang ditunjukkan pada Gambar 5.23 menjadi model 2ndCFA yang secara konseptual digambarkan pada Gambar 5.21.



Gambar 5.21 Diagram Lintasan Model Penelitian Konseptual Setelah ditransformasikan

5.7.2.2. Estimasi model penelitian setelah ditransformasikan

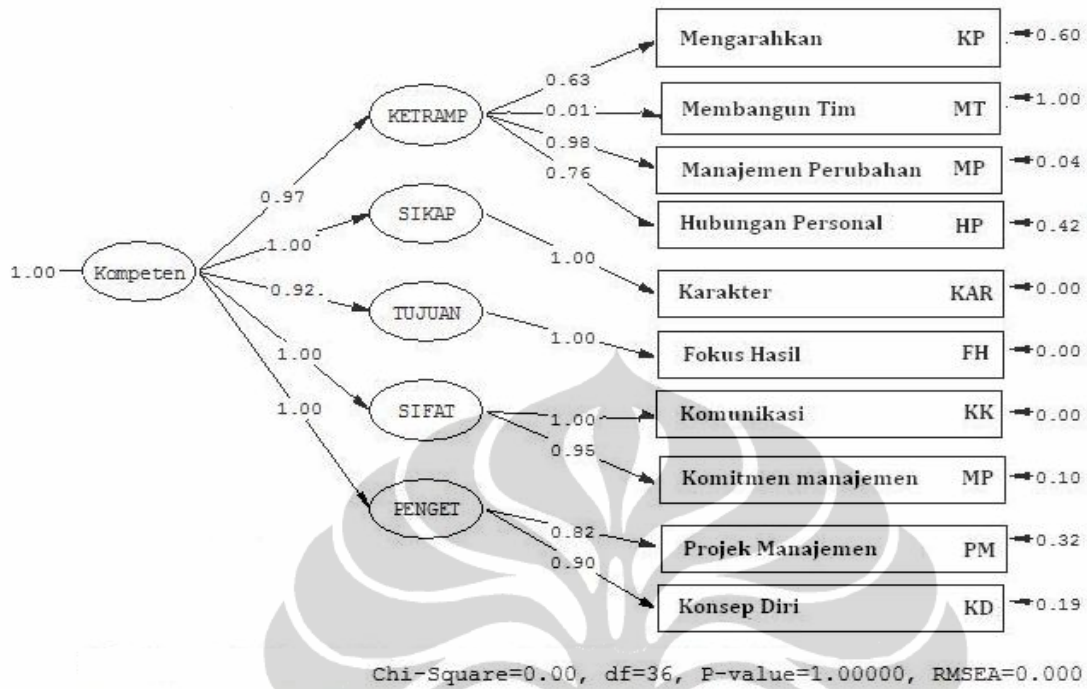
Estimasi awal terhadap model penelitian setelah ditransformasikan ditunjukkan melalui diagram lintasan (*path diagram*) pada Gambar 5.22. Dari gambar tersebut dapat dilihat bahwa variabel-variabel laten KP (Kepemimpinan), MT (Membangun Tim), MP (Manajemen Perubahan), HP (Hubungan Personal), KAR (Karakter), FH (Fokus pada Hasil), KK (Komunikasi), KM (Komitmen Manajemen), PM (Projek Manajemen) dan KD (Konsep Diri) berubah menjadi variabel-variabel teramati dengan nama yang sama. Dari gambar tersebut juga dapat dilihat bahwa *standardized loading factor* (SLF) dari variabel MT adalah $0,01 < 0,50$. Hal ini berarti bahwa variabel MT bukan ukuran yang valid bagi variabel laten KETRAMPILAN. Oleh karena itu, variabel MT dikeluarkan dari model, kemudian dilakukan estimasi ulang sehingga diperoleh diagram lintasan seperti pada Gambar 5.23. Uji kecocokan keseluruhan model (*overall model fit*) dilakukan dengan memeriksa nilai *Goodness of Fit Indices* (GOFI) hasil estimasi akhir dan dibandingkan dengan nilai GOFI standar untuk kecocokan yang baik. Hasil uji kecocokan tersebut ditunjukkan pada Tabel 5.39.

Tabel 5.39. *Goodness Of Fit Index* (GOFI) Model Penelitian

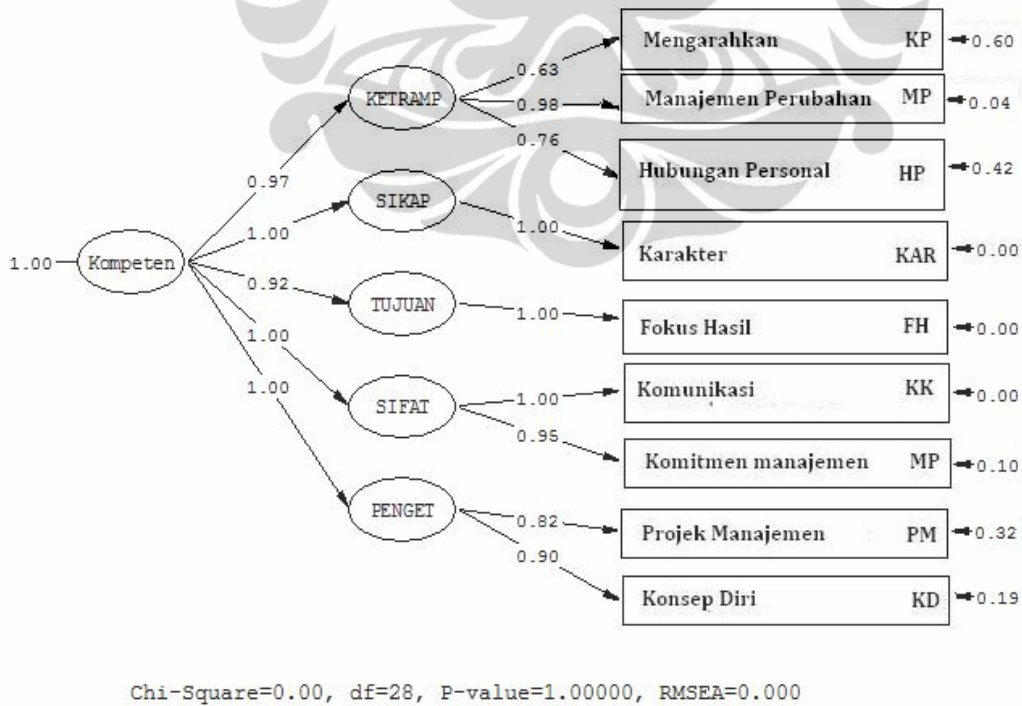
GOFI	Nilai Hasil Estimasi	Nilai Standar untuk Kecocokan Baik	Kesimpulan
p-Value	1,00	≥ 0.05	Kecocokan baik
RMSEA	0,00	≤ 0.08	Kecocokan baik
NFI	1,01	≥ 0.90	Kecocokan baik
NNFI	1,00	≥ 0.90	Kecocokan baik
CFI	1,00	≥ 0.90	Kecocokan baik
IFI	1,01	≥ 0.90	Kecocokan baik
RFI	1,00	≥ 0.90	Kecocokan baik
GFI	1,00	≥ 0.90	Kecocokan baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

Berdasarkan Tabel 5.39 dapat dilihat bahwa semua nilai GOFI menunjukkan kecocokan yang baik, sehingga dapat disimpulkan bahwa model penelitian mempunyai kecocokan keseluruhan model yang baik. Dengan demikian analisis model penelitian dapat dilanjutkan dengan menguji validitas dan reliabilitas dari model tersebut.



Gambar 5.22 Hasil Estimasi Awal Model Penelitian (Solusi Standar)



Gambar 5.23 Hasil Estimasi Akhir Model Penelitian (Solusi Standar)

Hasil uji validitas dan reliabilitas dari model penelitian dapat dilihat di Tabel 5.40 ditunjukkan semua variabel teramati dari model penelitian 1stCFA adalah *valid* karena memiliki nilai absolut SLF $\geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai CR $> 0,7$ dan nilai VE $> 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model pengukuran variabel laten KETRAMP, SIKAP, TUJUAN, SIFAT, dan PENGET adalah *reliable*. Demikian juga untuk model penelitian 2ndCFA, variabel-variabel KETRAMP, SIKAP, TUJUAN, SIFAT, dan PENGET adalah *valid* karena memiliki nilai absolut SLF $\geq 0,5$. Jika dilihat dari Nilai CR dan VE, dapat dilihat bahwa nilai CR $> 0,7$ dan nilai VE $> 0,5$, maka dapat disimpulkan bahwa reliabilitas model penelitian (KOMPETEN) adalah *reliable*.

Tabel 5.40. Validitas dan Reliabilitas Model Penelitian

Variabel	*SLF $\geq 0,5$	Error	*CR $\geq 0,7$	*VE $\geq 0,5$	Kesimpulan
1stCFA					
KETRAMPILAN			0,84	0,65	Reliabilitas baik
KEPEMIMPINAN (KP)	0,63	0,60			Validitas baik
MANAJEMEN PERUBAHAN (MP)	0,98	0,04			Validitas baik
HUBUNGAN PERSONAL (HP)	0,76	0,42			Validitas baik
SIKAP			1,00	1,00	Reliabilitas baik
KARAKTER	1,00	0,00			Validitas baik
TUJUAN			1,00	1,00	Reliabilitas baik
FOKUS HASIL (FH)	1,00	0,00			Validitas baik
SIFAT			1,00	0,99	Reliabilitas baik
KOMUNIKASI (KK)	1,00	0,00			Validitas baik
KOMITMEN MANAJEMEN (KM)	0,95	0,01			Validitas baik
PENGETAHUAN			0,85	0,74	Reliabilitas baik
PROJEK MANAJEMEN (PM)	0,82	0,32			Validitas baik
KONSEP DIRI (KD)	0,90	0,19			Validitas baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

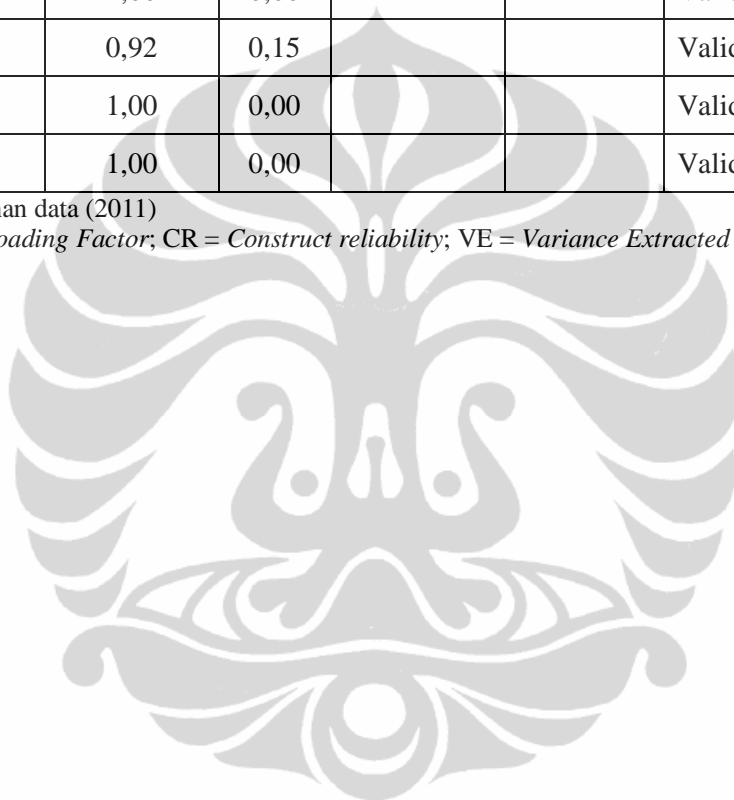
*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*

Tabel 5.40. Validitas dan Reliabilitas Model Penelitian (lanjutan)

Variabel	*SLF \geq 0,5	Error	*CR \geq 0,7	*VE \geq 0,5	Kesimpulan
2ndCFA					
KOMPETENSI			0,99	0,96	Reliabilitas baik
KETRAMPILAN	0,97	0,06			Validitas baik
SIKAP	1,00	0,00			Validitas baik
TUJUAN	0,92	0,15			Validitas baik
SIFAT	1,00	0,00			Validitas baik
PENGETAHUAN	1,00	0,00			Validitas baik

Sumber: Hasil pengolahan data (2011)

*SLF = *Standardized Loading Factor*; CR = *Construct reliability*; VE = *Variance Extracted*



BAB VI PEMBAHASAN

6.1. Gambaran Umum

Kehandalan responden terbukti dengan mencerminkan berperilaku bisnis mengelola serta mengajar di bidang perumahsakit. Hasil dalam pengembangan konsensus permodelan diperoleh kesepakatan proporsional, ditandai dengan berbagai fenomena sosial, organisasi perumahsakit, dimana kepercayaan, nilai-nilai, asumsi, simbol status dan kekuasaan, mitos, rasa hormat dan subversi; semua yang membantu untuk menentukan karakter dan norma-norma sebuah rumah sakit yang akan dipimpin.

Hasil fokus diskusi kelompok dan wawancara mendalam dapat ditangkap salah satu tantangan yang dihadapi pembuatan permodelan dengan dasar apapun harus ditekan peran pengaruh kepercayaan dan perilaku budaya organisasi menunjukkan permodelan yang ditetapkan sesuai dari sudut pandang dari berbagai responden.

.....Rumah sakit sebagai sebuah organisasi dipengaruhi oleh perubahan budaya..... dan ini dapat dilihat sebagai suatu interaksi antar bagian di rumah sakit.

.....Globalisasi akan berinteraksi dengan berbagai budaya. budaya organisasi di rumah sakit sangat perlu dikembangkan..... ini membutuhkan suatu model yang dapat mempengaruhi kompetensi manusia manusia yang ada di rumah sakit untuk beradaptasi sehingga orang benar memandang, berpikir, dan merasa dalam kaitannya kemampuan mengelola rumah sakit..... (informan1)

“Mereka (dalam hal ini pimpinan rumah sakit) menjalankan rumah sakit dalam berproses masih rapuh, dan sangat tepat untuk melakukan evaluasi kompetensi pemimpin rumah sakit.....kajiannya masih rapuh... dan memang kinerja organisasi yang besar berdampak untuk senior eksekutif,.....

..... ini yang menyebabkan rumah sakit kurang bertenaga dalam mengevaluasi proses. Banyak manajer atau direktur rumah sakit terlalu ketat atau bahkan tidak menerapkan hospital by law.... (informan 6)

6.1.1. Definisi Kompetensi Pakar Indonesia

Dalam pandangan beragam ada kesepakatan definisi yang tepat mengenai kompetensi, bagaimana harus diamati atau diukur, bagaimana metodologi yang berbeda dapat digunakan untuk memberitahu suatu perubahan kebutuhan manajer puncak berdasarkan perubahan organisasi dan administrasi rutin. Sementara beberapa komentar

para pakar dalam mengemukakan semua yang berhubungan dengan kompetensi dilihat dari perkembangan perumahsakit di Indonesia saat ini dan peraturan perundangan yang berlaku di negara Indonesia serta sebuah tantangan global untuk menangkap bentuk kompetensi di rumah sakit.

Sebuah studi dilakukan oleh Llyod (2003), melaporkan pandangan luas bahwa rumah sakit memiliki seperangkat kompetensi inti yang relevan dengan praktik kesehatan dan rumah sakit berhubungan dengan inter-kultural dimana akan diterapkan beberapa kemampuan, kualifikasi yang akan diterapkan tergantung pada perbedaan pekerjaan masing masing rumah sakit, ini diperkuat lagi oleh Dubois, 2004 yang menafsirkan bahwa ada tiga cara dalam melihat kompetensi seseorang yaitu kemampuan, kecenderungan dan kualifikasi dalam arti sempit mengacu beberapa keterampilan saja, sedang dalam arti luas dapat mendemonstrasikan pengetahuan, dan pemahaman untuk konteks baru atau pekerjaan baru.

Ditekankan bahwa kompetensi sebagai seperangkat pengetahuan, sikap dan keterampilan, yang dapat memberikan pengaruh pada prestasi kerja tertentu, dan juga melambangkan kinerja didasarkan pada apa yang dapat dirasakan dan apa yang bisa dilakukan dengan kemampuannya.

Seorang pimpinan atau manajer puncak di rumah sakit umum khusus (RSUK) tidak sama dengan rumah sakit umum swasta pratama (RSUSP) walaupun dari segi tempat tidur kadang berjumlah sama. Berdasarkan hasil dari penelitian ini ternyata pemimpin sangat mendukung konsep kompetensi. Dan perlunya disepakati kompetensi inti bagi setiap jenis rumah sakit. Walaupun orang-orang yang bekerja di wilayah hukum dan dalam konteks yang berbeda, kemiripan dalam praktek dan pengelolaan rumah sakit inilah permodelan kompetensi manajer puncak berkaitan dengan evaluasi kinerja disarankan permodelan yang baik sesuai dengan pengalaman kerja di rumah sakit masing masing.

“Manusia sangat dipengaruhi oleh dimensi untuk proses, potensi ketidakcocokan dari ego dan minat yang datang dan pergi sehingga hal ini bergantung pada perubahan dan pergeseran keseimbangan antara kekuatan para pimpinan rumah sakit”.(informan 5).

Direksi atau mereka yang berada dalam jajaran puncak rumah sakit harus menghadapi tantangan dari luar maupun pemilik rumah sakit.

"Peran pengawasan tidak memerlukan perhatian apakah pemimpin rumah sakit memiliki visi, strategi, dan kemampuan pribadi untuk mencapai kinerja objektif. Catatan: Ini perlu perhatian yang membuat perbedaan apakah pemimpin rumah sakit swasta baik dan berhasil di jajaran papan atas dibandingkan pimpinan rumah sakit termasuk di daerah dalam melakukan evaluasi kegiatan". (informan6)

"...Permodelan sebuah direktur rumah sakit tergantung kepada peranannya di rumah sakit sehingga tidak ada model khusus untuk struktur yang mengevaluasi proses para direktur dan bahwa ada kebutuhan mutlak tertentu dari dewan komisaris (salah satu ketua dari komite kompensasi, yang mengarah direktur, atau ketua non-eksekutif) untuk jelas bahwa peran untuk memimpin proses penilaian dan bahwa seluruh jajaran manajer harus memberikan kontribusi..... (informan4)

"... The CEO formulates awal set target kinerja pribadi, menentukan bagaimana kemajuan terhadap setiap target akan diukur, dan yang mengajukan rencana kedepan ". Pada assessment yang sedang berlangsung, ia menyebutkan, antara lain hal penting, bahwa: "Paling tidak kompensasi komite dan dewan harus duduk enam bulan menjadi tahun dan mengambil waktu untuk meninjau kemajuan terhadap sasaran dan mereka. "- (informan2)

" Pentingnya memilih orang yang tepat untuk menyampaikan pesan dari pemilik RS, dan komisaris memiliki umpan balik yang baik untuk disampaikan.... ", dan bahwa "Satu akhir kekhawatiran dibangkitkan oleh sejumlah anggota Komisaris adalah perlu memastikan bahwa pemberian penghargaan adalah yang ketat dan 'proses lebih formal,' daripada 'antara kamu dan saya....."

"The CEO evaluasi ditutup dengan poin sebagai berikut: yang ketat, pendekatan sistematis CEO kajian seperti disajikan diskusi ini direktur RS harus dapat menjalani sebuah dari perubahan dengan good corporate governance.(informan 1)

"... Bisnis RS yang berkembang dalam proses kajian yang teliti dalam mengambil keputusan organisasi dimana kompleksitas dari CEO dari pekerjaan dan berbagai cara di mana yang CEO dari keputusan dan tingkah laku mempengaruhi kinerja organisasi secara keseluruhan kinerja. "(informan11)

Rangkuman hasil wawancara mendalam terkait kompetensi beberapa pemilik RS dan dilakukan umpan balik terhadap para pakar di bidang perumahsakitian dinyatakan:

...Peran objektif dari pimpinan rumah sakit bagaimana mengidentifikasi pentingnya menentukan untuk mengukur setiap tujuan dan jelas kinerja yang terkait untuk imbalanmenekankan perlunya melibatkan secara efektif pihak luar sebagai sumber informasi atau sebagai fasilitator proses dan perlunya multi-sumber umpan balik.....(informan 3)

Selama proses ini, beberapa kompetensi yang tidak ada keterkaitannya dengan rumah sakit Indonesia telah dihapus dari pertimbangan karena kurangnya bukti empiris. Dengan melibatkan pendekatan pengkodean aksial untuk data kode dan tema muncullah sekitar sepuluh dimensi yang secara teoritis dikaitkan dengan kinerja RS di Indonesia.

6.2. Pembahasan Analisis Model Penelitian

6.2.1. Variabel Gaya Kepemimpinan

Dari analisis dimensi yang ada pada permodelan pertama tampak bahwa pada model gaya kepemimpinan disiplin dan pembaharuan tidak termasuk dalam dimensi dari gaya kepemimpinan, dan diperkuat dengan berbagai masukan dari penyelia di mana mereka mengatakan.

“Diharapkan pimpinan rumah sakit selalu konsisten yang jelas terhadap misi, visi dan tujuan yang ditetapkan (penyelia 11)

“Mempunyai keberanian dalam memperjuangkan untuk kesejahteraan banyak orang dan mampu melakukan perubahan sistem dan mempunyai keberanian”(penyelia 45)

Dan hal ini dipertegas dari seorang pimpinan asosiasi RS daerah yang memberikan pendapatnya

.....”bahwa pemimpin itu bukan tidak ingin memimpin dan merubah keadaan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan..... tetapi hal ini dikarenakan para pimpinan selalu diawasi oleh salah satu pengurus yang ada di bawah supervisinya sebagai kepanjangan tangan pemilik RS.... Hal ini akan membuat keputusan tidak sepenuhnya berasal dari keinginannya”(penyelia, 8, 19, 39)

.....Kepemimpinan hal keterampilan terkadang membawa ke situasi bisnis., Dalam konteks globalisasi dibidang perumahasakitan pimpinan rumah sakit harus bersifat kritis dan berkaitan dengan tantangan yang dihadapinya seperti masalah tenaga dokter dan dokter spesialis, pelayanan rumah sakit, pemasaran, atau logistik rumah sakit... ini akan memberikan kredibilitas manajer global ...” (informan 15)

6.2.2. Variabel laten Membangun Tim

Walaupun dalam penelitian membangun tim ini menghasilkan pengaruh yang kurang kuat dalam hal komitmen dan tanggung jawab, maka di dalam pelayanan RS tentunya kompetensi ini harus mendapat perhatian baik dari karyawan maupun pihak

pemilik rumah sakit. *Teamwork* merupakan sarana yang baik dalam menggabungkan talenta dan dapat memberikan solusi inovatif suatu pendekatan yang mapan.

Selain itu ketrampilan dan pengetahuan yang beraneka ragam yang dimiliki oleh anggota kelompok juga merupakan nilai tambah yang membuat teamwork lebih menguntungkan jika dibandingkan seorang individu yang brilian sekalipun (American Public Human Services Association, 2004). Memberikan petunjuk sesuai misi dan visi sesuai dengan strategi perusahaan dan membuat sebuah pendapat dari hasil analisa kualitatif yang menyatakan bahwa:

.....dalam peningkatan dibidang pelayanan terutama rawat inap, kamar operasi, rawat jalan dan UGD manajer puncak harus mampu bekerja sama dengan semua karyawan..... “kami menginginkan pimpinan mempunyai sifat terbuka dan mau menerima kritikan dan saran dari karyawan... (penyelia 5, 38, 54)

..... diharapkan pimpinan kami dapat membentuk tim yang baik dan dapat bekerja secara tim mampu menjalankan pesan secara baik sehingga dapat menyelesaikan masalahsebagai contoh dalam beraktifitas sehari hari dengan baik pimpinan mempunyai sifat disiplin dan tidak sewenang wenang....(penyelia 3, 11, 45)

....seorang manajer mampu sebagai ketua tim dalam bekerja sebagai tim dan harus mengkondisikan kerja tim bekerja sesuai dengan tujuannya dan bekerja sama yang baik..(penyelia 8, 13, 41)

Tim yang memiliki kinerja tinggi dikarakteristikkan sebagai tim yang memiliki rasa saling percaya yang tinggi di antara anggotanya. Dalam dunia bisnis terutama perumahsakit kerjasama kelompok sering kali merupakan solusi yang terbaik untuk mencapai kesuksesan. Kerjasama yang baik akan memudahkan mengelola dalam mendelegasikan tugas-tugas organisasi. (Robbins, 2002).

6.2.3. Variabel Laten Manajemen Perubahan

Perubahan serta ketidakpastian dalam mengelola rumah sakit membutuhkan pengetahuan khusus berbeda dan semakin canggih untuk menanggung masalah organisasi dan bahwa pandangan khusus mereka diintegrasikan ke dalam solusi yang efektif untuk masalah ini perumahsakit. Pemimpin memerlukan pembelajaran yang integratif memerlukan keahlian dalam berperan sebagai guru atau pelatih. Peran mereka harus untuk mengelola proses perubahan organisasi dan memberikan ide-ide serta mengkomunikasikannya dengan semangat profesionalisme, kebersamaan dan

sarana untuk berintegrasi. Fungsi utama dari manajemen perubahan adalah pengembangan manajemen dalam merubah proses kerja dan membuat perencanaan strategis ditingkat integrasi dalam meningkatkan profit dengan melakukan hubungan antar personal yang baik dan ini dikatakan oleh informan ahli:

.....Hubungan personal yang baik dan bertanggung jawab dalam memimpin, mengarahkan dan mengelola perubahan organisasi dalam pengembangan kewiraswastaan sangat penting untuk rumah sakit.... Memang bila rumah sakit daerah kurang memperhatikan, dan rata rata mereka sudah “kepenak” dan tidak mau meningkatkan kemampuan mereka....(informan 15)

.....Manajer puncak diharapkan dapat merubah sebuah rumah sakit menjadi lebih baik apabila mereka mempunyai akses pengetahuan dan jaringan dalam membantu pembelajaran yang berkesinambungan dalam mengatasi masalah perumahnyasakit..... oleh karenanya round table discussion atau pertemuan berkala akan memberikan wawasan baru bagi para manajer untuk dapat meningkatkan efektivitas dan memungkinkan mendidik dan mengajar jajaran yang disupervisinya dengan baik.....(informan 13)

“Saya akan menambahkan memberikan ilustrasi yang sangat baik, terhadap kinerja para direktur rumah sakit evaluasi secara efektif tidak diambil dampak operasi perusahaan pada level bawah. Pribadi direktur terhadap oprasional dan efektivitas organisasi dan menimbulkan sebuah pertanyaan: "Apakah CEO membuat perubahan yang baik meningkatkan atau mengurangi yang organisasi fungsi dan kemampuan untuk bekerja efektif.....informan 5.

6.2.4. Variabel laten Hubungan antar Personil

Sesuai dengan hasil wawancara para informan dalam mengelola dan mengatur sebuah rumah sakit dibutuhkan hubungan sosial yang baik dan dikatakan bahwa:

.....masih banyak manajer-manajer atau direktur rumah sakit kurang tangguh bahkan sangat lemah untuk merubah kebijakan bila berhadapan dengan pemilik rumah sakit.....

.....bahkan masih banyak direktur muda yang diangkat hanya berdasarkan kewajiban memenuhi peraturan di rumah sakit... sehingga mereka mau digaji dengan murah dan akhirnya mengembangkan ide serta memberikan motivasi kepada bawahannya masih belum berani....

Keinginan dari bawahan di rumah sakitpun tergambar dari komentar hasil penelitian permodelan pertama yaitu..... saya mengharapkan seorang pimpinan rumah sakit mempunyai keberanian dalam memperjuangkan untuk kesejahteraan banyak orang.....mampu sebagai penyelamat anak buahnya.....

6.2.5. Variabel laten Karakter

Berdasarkan tinjauan kepustakaan menurut Stephen Covey (2006) karakter sebagai suatu penilaian subyektif terhadap kepribadian seseorang berkaitan dengan atribut yang dapat atau tidak dapat diterima oleh masyarakat maupun bawahan. Karakter seorang manajer puncak rumah sakit sangat penting karena akan berkaitan dengan bagaimana mereka memimpin sebuah rumah sakit.....

.... Pernah melihat film, "Presiden Amerika" di sana diberikan sebuah wawasan lebih jauh sebuah dilemma seorang Presiden Amerika yang populer dihadapkan pada salah satu penasehat yang terpercaya dan melakukan penolakan pidatonya dan disini terlihat pengikisan karakter seorang presiden dalam dukungannya untuk pemilihan dukungan masyarakat..... (informan 2)

.....Tantangan bagi para manajer puncak rumah sakit yang bergantung kepada para penasihatnya.....apakah mereka memimpin berjuang untuk keberhasilan peningkatan pelayanan atau apakah hanya menjalankan sesuai dengan keinginan dari seorang pemilik....(informan 8)

.....disini karakter seorang pemimpin sangat diperlukan tidak hanya untuk pencitraan tetapi dia bisa melakukan gebrakan yang berarti bagi kelangsungan dan keberhasilan memimpin rumah sakit.....(Informan 9)

6.2.6. Variabel laten Fokus pada Hasil

Secara teoritis orientasi hasil para manajer puncak akan memimpin organisasi untuk standar yang tinggi dan berkelanjutan dari kinerja. Artinya seorang yang memimpin sebuah rumah sakit diharapkan seperti apa yang dikatakan oleh para informan ini yaitu:

.....Kandidat ideal akan berkembang dalam lingkungan yang serba cepat. Mereka harus mahir dan jelas mendefinisikan tujuan dan prioritas dan membantu tonggak yang tepat dan memastikan tindak lanjut pada semua tugas.....

..... para lulusan dari universitas yang menghasilkan master dibidang perumahsakitkan harus berorientasi pada eksekusi dan akan dipandang sebagai pemimpin oleh-timya.....

.....mereka harus berani menerima tantangan dan dapat menginspirasi timnya untuk jadi unggul dan akan mengembangkan dan menerapkan proses yang menjamin pencapaian misi operasional rumah sakit secara tepat waktu dan sesuai anggaran.

6.2.7. Variabel laten Sifat – Ciri yang merupakan Komunikasi

Dengan mempunyai kemampuan komunikasi sistematis pemimpin mampu menjembatani komunikasi secara sistematis antar departemen, subordinat dan juga para pemangku kebijakan (*stakeholder*). Seperti yang telah dikatakan oleh Brien R Golden (2007) dan Van Mart (2008) dikatakan bahwa:

“komunikasi secara dalam didefinisikan sebagai kemampuan untuk mencapai tujuan secara efektif dalam pertukaran informasi melalui sarana informasi aktif yang luas...”

Komunikasi diperlukan dalam menciptakan sinergi dan hubungan manajemen rumah sakit dan, seorang manajer puncak atau eksekutif kesehatan harus mampu berkomunikasi dengan jelas dan hormat serta melayani kepada pasien, pelanggan, pemangku kebijakan, mitra, kepala departemen dan pekerja RS mampu menciptakan hubungan yang bermakna dengan teman sebaya, dan mempromosikan interaksi yang konstruktif antara individu dan kelompok dalam semua situasi. (Sandra Leggat, 2007).

...”Profesional di bidang kesehatan cenderung untuk bekerja mandiri, meskipun mereka mungkin berbicara mengenai bagian dari team.... Meskipun upaya untuk meningkatkan keselamatan kesehatan dan kualitas sering terancam oleh hambatan komunikasi dan kerjasama yang ada antara staf klinis.

O’Daniel (2007) dan Carson (2008) mengatakan setiap organisasi adalah unik, hambatan untuk komunikasi sangat beragam terutama bila terkait dengan hubungan antar profesi. Hambatan hambatan itu sangat klasik dan hanya sekitar masalah komunikasi dan kolaborasi interprofessional, dan hambatan ini dibenarkan oleh beberapa informan pada penelitian ini....

..... Kami mengharapkan bos harus berkomunikasi lebih sering..... dan kadang mereka jarang mengontrol kami di lapangan.....

.....kami membutuhkan seorang pimpinan yang dapat memberikan peringatan pada para spesialis yang sering tidak memberikan pelayanan yang tepat waktu....

.....terkadang para manajer puncak terutama di pemerintah banyak sekali keluar rumah sakit dan mereka leibh sering rapat rapat di luar.....

Salah satu hambatan masalah adalah banyak dokter datang dari berbagai latar belakang budaya. Dalam semua interaksi, perbedaan budaya dapat memperburuk komunikasi. Pimpinan rumah sakit dalam beberapa budaya, individu menahan diri untuk pendapat tegas atau menantang secara terbuka. Akibatnya, sangat sulit bagi para bawahan untuk berbicara jika mereka melihat sesuatu yang salah. Dalam budaya seperti ini, perawat dapat berkomunikasi keprihatinan mereka dengan cara yang sangat tidak langsung.

.....Isolasi dan elitisme RS masih kental, walaupun telah dikenalkan konsep wilayah cakupan rujukan rumah sakit yang memungkinkan terlaksananya keterpaduan pelayanan kesehatan.....

.....Manajemen rumah sakit masih berorientasi kepada intern organisasi saja, belum berorientasi kepada pihak yang berkepentingan.....sehingga mereka sulit untuk berkembang... sehingga pimpinan puncak kurang berkembang untuk berinisiasi berkomunikasi dan bahkan meminta pendapat para bawahannya.....

6.2.8. Variabel Laten Sifat – Ciri - Komitmen Manajemen

Menurut US OPM(2002), Kotter (2011), mengatakan bahwa ciri (traits) merupakan kontribusi yang paling efektif bagi seorang pemimpin untuk memberikan sebuah arahan di dalam mengatur organisasi seperti halnya rumah sakit. Ciri yang diberikan oleh seorang pemimpin dari beberapa peneliti beragam, dan pada penelitian ini menunjukkan ciri yang minimal dimiliki oleh seorang pimpinan puncak rumah sakit itu adalah komitmen terhadap pekerjaan, keterlibatan langsung, keterbukaan kinerja keuangan, orientasi pada pelanggan dan melakukan perbaikan. Dari hasil penelitian ini bahwasanya keterlibatan langsung seorang manajer puncak sangat kurang dan tidak menjadi bagian yang menonjol karena biasanya sifat dari seorang manajer itu sendiri:

.....feodalisme dari seorang pemimpin di Indonesia masih kental.... sehingga mereka gampang sekali hanya menerima laporan dari bawahan... dan perlu anda ingat bahwa karena pimpinan rumah sakit hampir banyak dari kalangan dokter spesialis sehingga bagi mereka tidak membutuhkan pandangan dari bawahan.....mungkin anda harus meneliti lebih dalam mengenai feodalisme pimpinan rumah sakit.....

..... Kami mengharapkan bos harus berkomunikasi lebih sering..... dan kadang mereka jarang mengontrol kami di lapangan.....Kebanyakan para manajer puncak terutama di pemerintah banyak sekali keluar rumah sakit dan mereka leibh sering rapat rapat di luar.....

Berdasarkan penelitian yang dikemukakan oleh Van Mart (2007), berangkat dari pemusatan perhatian pemimpin itu sendiri. Model ciri/sifat kepemimpinan didasarkan pada karakteristik dari berbagai pemimpin - baik mereka yang sukses atau berhasil dan maupun yang tidak berhasil, dan ini digunakan untuk memprediksi efektivitas kepemimpinan. Daftar yang dihasilkan dari sifat-sifat tersebut kemudian dibandingkan dengan pemimpin yang berpotensi untuk dinilai kemungkinan keberhasilan atau kegagalannya.(Janssen, 2004).

6.2.9. Variabel Laten – Pengetahuan

Pengetahuan adalah gabungan ketidak pastian dari pengalaman, nilai, informasi kontekstual dan wawasan berpikir dalam kerangka pikir untuk mengevaluasi dan memasukkan informasi dan pengalaman baru. Ini berasal dan diterapkan dalam pikiran pemahaman. Dalam organisasi khususnya di RS, sering pengetahuan tertanam tidak hanya di dokumen atau repositori, tetapi juga dalam rutinitas organisasi, proses, praktek dan norma.

.....Ketajaman dan pengetahuan seorang manajer puncak rumah sakit harus memiliki Pengetahuan tentang tren, praktek, dan kebijakan yang mempengaruhi industri dan bisnis. Sebuah pemahaman yang kuat dari pesaing dan pemahaman yang baik dari strategi yang efektif dan taktik yang bekerja di pasar.

Pengetahuan adalah gabungan ketidak pastian dari pengalaman, nilai, informasi kontekstual dan wawasan berpikir dalam kerangka pikir untuk mengevaluasi dan memasukkan informasi dan pengalaman baru. Ini berasal dan diterapkan dalam pikiran pemahaman. Dalam organisasi khususnya di RS , sering pengetahuan tertanam tidak hanya di dokumen atau repositori, tetapi juga dalam rutinitas organisasi, proses, praktek dan norma. Pengetahuan yang bagus akan memungkinkan sesuatu cara berpikir yang fleksibel dan efektif dan konstruksi pengetahuan berbasis seni. Untuk membuat pengetahuan nyata, tidak cukup satu orang yang tahu dan bertindak berbasis pengetahuan. Semua pengetahuan adalah inherently sosial dan budaya, dan organisasi pengetahuan hanya dapat diwujudkan melalui perubahan organisasi dan kegiatan praktek. Penciptaan pengetahuan implies revolusi sosial.

6.2.10. Variabel laten Kemampuan Diri

Dalam pemecahan masalah pemahaman proses bisnis dan berkontribusi untuk keberhasilan tim dan kelompok kerja menginspirasi dan memunculkan kepercayaan dalam praktek pengembangan diri.

.....Kebanyakan direktur rumah sakit masih berorientasi kepada intern organisasi saja, belum berorientasi kepada pihak yang berkepentingan, jadi masih berorientasi hanya kepada aspek masukan (input) saja, belum berorientasi kepada luaran (output) dan hasil akhir (outcome).....

.....Mereka (maksudnya para direktur rumah sakit) melakukan pola perencanaan masih berorientasi kepada penganggaran, belum berorientasi kepada perencanaan strategis. Akibatnya, perencanaan RS masih berorientasi kepada perencanaan pengadaan (procurement planning), bukan perencanaan pelayanan (service planning).....

.....Pola manajemen rumah sakit yang masih berorientasi kepada proyek, belum berorientasi kepada program dan bercirikan birokratis, masih kental belum bergeser kepada pola kerja manajerial,

..... sehingga pelayanan rumah sakit masih lebih berorientasi kepada tenaga kesehatan (provider oriented), belum bergeser kepada pelayanan yang berorientasi kepada pasien (patient oriented).

.....tidak heran bila pola kerja dokter di rumah sakit masih bersifat individual, belum pola kerjasama tim (Teamwork) ; walaupun di RS tersebut misalnya telah ada berbagai tim medik multi disiplin..... ini membuat pemimpin rumah sakit hanya memberikan pelayanan kedokteran semata mata masih berupaya kepada bagaimana rumah sakit bisa berjalan dan menguntungkan bagi pemilik tidak memperhatikan aspek mutu layanan sebagai hasil akhir pelayanan yang diberikan.....

6.3. Keterbatasan Penelitian

Kendala yang dihadapi adalah ketersediaan data dan informasi masalah kompetensi manajer dibidang kesehatan dan perumahsakit di Indonesia sendiri. Selain itu keterbukaan dan keengganan serta kekuatiran para pimpinan dan pemilik rumah sakit memberikan informasi secara lengkap karena menganggap akan mengevaluasi kinerja mereka maupun perkembangan rumah sakitnya. Respon survey diminta untuk mengidentifikasi kompetensi-kompetensi yang mereka lihat di anggota tim lain maupun sesama tim kerjanya. Peneliti mengetahui bahwa individu sering mengidentifikasi karakteristik orang lain yang paling mirip dengan karakteristik mereka sendiri dan

menunjukkan ada kemungkinan responden melaporkan karakteristik paling sering mereka miliki dan kadang tidak berhubungan dengan kerja mereka.

Keterbatasan lain adalah survei memaksa responden untuk mengidentifikasi prioritas mereka dalam kete-rampilan, pengetahuan, sifat dan motif, sedangkan satu set kompetensi dari semua bidang ini perlu diidentifikasi studi lebih lanjut untuk menentukan peringkat pentingnya diidentifikasi kete-rampilan pengetahuan, sifat dan motif lebih mendalam disertai dengan perilaku dari responden.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. SIMPULAN

Pada penelitian ini, penulis mendapat kesepakatan yang kuat baik itu dari berbagai panelis para pakar permodelan pertama dan permodelan ke dua bahwa 90% dari mereka mengatakan sangat diperlukan pengembangan kompetensi yang diakui secara Internasional untuk manajer puncak RS Swasta di Indonesia sehingga penelitian se-JABODETABEK adalah prioritas untuk mendapatkan gambaran yang diharapkan menjadi petunjuk ke arah yang lebih luas se Indonesia.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya dalam menentukan manajer puncak RS se-JABODETABEK hanya berdasarkan kenalan, atau melihat pengalaman yang bersangkutan dalam mengelola RS sebelumnya. Mekanisme rekrutmen manajer puncak seperti ini untuk RS Swasta tidak diatur dengan jelas pada undang undang maupun peraturan menteri kesehatan, umumnya masih belum ada kejelasan indikator keberhasilan seorang manajer puncak, dan sudah barang tentu membutuhkan kompetensi-kompetensi tertentu. Akibatnya terjadi *trial and error*, dalam memimpin RS.

Dari berbagai peneliti di luar negeri dan mem-formulasikan menjadi dua puluh enam daftar 26 awal dan 52 unit kompetensi dinilai sebagai kompetensi penting oleh 80% dari panelis setelah permodelan awal, terdapat 15 kompetensi yang dengan 79 unit disarankan oleh panelis setelah model awal yang akhirnya menjadi 10 kompetensi dengan 36 unit kompetensi dinilai penting untuk tingkat konsensus setelah putaran survei terakhir. Berdasarkan hasil analisa jalur dengan permodelan maka model dari kompetensi terbukti mempunyai beberapa variabel yang diukur berdasarkan model kompetensi manajer puncak dari RS swasta se-Jabodetabek adalah sebagai berikut:

7.1.1. Kompetensi dalam hal Keterampilan (*personal mastery*)

- 1) Keterampilan dalam penguasaan pribadi dalam hal:
 - a. Memimpin dan mengarahkan dengan gaya kepemimpinan, sehingga dapat dipahami oleh seluruh karyawan di RS
 - b. Berpikir kritis yang digunakan untuk menghadapi masalah.

- c. Berdisiplin, yang tangguh
 - d. Mempunyai ketajaman, komitmen dan pembaharuan dalam hal berusaha mencapai tujuan dan menjadikan dirinya manusia pembelajar, sehingga mampu melakukan analisis situasional, mendalami visi pribadi dan organisasi, mengembangkan kesabaran, dan memandang realita secara objektif.
 - e. Kemampuan analisis masalah dan solusi, menganalisa dalam pemecahan masalah dan memberikan solusinya dengan terampil.
- 2) Keterampilan Hubungan Antar Personal (mental model)
- Mempunyai pola mental tersendiri dalam memandang dunia sekitarnya. Untuk itu perlu berpikir reflektif dalam bertindak:
- a. Ketangguhan berkomunikasi secara konsekuen dan konsisten
 - b. Menginspirasi dan memotivasi dalam memberikan arahan kepada karyawan dengan membangun sebuah kinerja yang baik.
 - c. Mengembangkan sebuah hubungan dengan bekerja sama sehingga mampu menggabungkan dan saling bersinergi.
- 3) Keterampilan dalam Membangun Tim
- a. Memberikan pendapat dan berpegang teguh dengan pendapatnya untuk berkomitmen terhadap apa yang telah menjadi kebijakan.
 - b. Memberi petunjuk sesuai visi misi tentang tujuan RS dan perusahaan juga tim sedemikian rupa agar sesuai dengan yang digariskan secara keseluruhan sesuai dengan strategi RS atau perusahaan.
 - c. Mengingatkan tim dan bertanggung jawab dengan apa yang diarahkan.
- 4) Keterampilan dalam mengelola Perubahan
- a. Merubah proses kerja dalam rangka meningkatkan profit
 - b. Mengembangkan bisnis keterampilan hubungan antar personal yang bagus dengan menunjukkan hubungan pribadi yang baik.
 - c. Membangun kewirausahaan di RS dengan melakukan pengembangan usaha yang baru dilihat dari peluang yang ada.

7.1.2. Sikap yang perlu dipunyai manajer puncak

Sikap ini menjadi hal karakter dalam mencatat bakat-bakat pembawaan yang meyakinkan sebagai ciri-ciri manajer puncak RS Swasta, yang menjadi ciri dengan:

- 1) Menunjukkan atau menampilkan kejujuran dan ketulusan, adanya integritas pribadi.
- 2) Mempunyai sikap jujur dan arif dalam melakukan segala tindakan
- 3) Memberikan arahan dengan bijaksana dan selalu bersikap ramah.

7.1.3. Kompetensi Berfokus pada Tujuan

Manajer puncak RS juga harus (punya kompetensi) fokus pada tujuan melalui pembinaan hubungan atau “*relationship*” dengan bawahan mereka yaitu:

- 1) Memotivasi untuk sebuah keberhasilan Selalu kreatif, dengan ide-ide baru dan menghasilkan ide-ide sendiri sendiri
- 2) Memberikan Arahan Membangun tujuan dan memberikan arahan atau mengambil peluang yang ada atau menyusuri jalan baru
- 3) Mengambil inisiatif dan dapat melihat peristiwa dari perspektif yang unik dalam mengembangkan ide-ide yang tidak pernah terpikirkan.

7.1.4. Kompetensi berhubungan dengan Karakter

Manajer puncak perlu mempunyai sifat atau ciri-ciri yang melekat pada diri mereka dan dapat mereka manfaatkan untuk mencapai tujuan yang mereka inginkan.

- 1) Ciri berkomunikasi.
 - a. Memiliki energik terhadap orientasi prestasi dan mendorong menuju sukses dan berusaha fokus kepada pelanggan.
 - b. Komunikasi sistimatis antar department, subordinat, juga para pemangku kebijakan (stakeholder)
 - c. Advokasi dan aktif bersosialisasi baik di pekerjaan maupun keanggotaan dalam organisasi profesi
 - d. Menginformasikan hal baru dalam bekerja dan mengungkapkan apa adanya terhadap isu dan masalah. Jujur dalam tindakan dan berkomunikasi.

- 2) Ciri berkomitmen dalam mengelola kegiatan kerja.
 - a. Memiliki kebijakan dan komitmen terhadap pekerjaan
 - b. Mengilhami, melibatkant secara aktif dalam kegiatan RS dan bekerja dengan baik dengan orang lain.
 - c. Memberikan keterbukaan dalam kinerja keuangan dari RS
 - d. Selalu mengkomunikasikan setiap bisnis proses berorientasi pada pelanggan dan fokus pada hubungan tidak terstruktur.

7.1.5. Kompetensi dilihat dari Pengetahuan.

- 1) Pengetahuan yang sesuai dengan Kemampuan Diri
 - a. Kemampuan diri dalam melakukan kegiatan sesuai teknik dan keahlian, Keterampilan teknis dan profesional ber- basis bukti klinis dan praktek mana-jemen.
 - b. Analisis dan Pemecahan Masalah, pengetahuan proses bisnis dan pemahaman berkontribusi untuk keberhasilan tim dan kelompok kerja.
 - c. Praktek pengembangan diri meng-inspirasi keyakinan dan memunculkan kepercayaan dalam laporan langsung.
- 2) Pengetahuan dalam mengelola proyek
 - a. Memahami rancangan sebuah proyek manajemen termasuk bagaimana membangun konstruksi proyek di RS secara sistematis
 - b. Membangun Budaya Korporasi
 - c. Membangun perbaikan layanan baru sebagai navigator untuk layanan baru dan membuat keputusan yang mendorong organisasi menuju visi dan misi RS.
 - d. Menciptakan perencanaan srategis serta fokus terhadap pada masa depan dalam menyelaraskan dengan visi organisasi.

7.2. SARAN

Berdasarkan temuan penelitian ini, beberapa rekomendasi yang dapat ditawarkan dengan tujuan akhir meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pasien dengan dengan memperkuat kompetensi dan peran manajer puncak RS.

7.2.1. Bagi Pemerintah

Dalam hal ini Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bekerja sama dengan PERSI, ARSADA, PERSINA, ARSSI atau PERMAPKIN harus mempertimbangkan program pendidikan interdisipliner untuk mengajarkan inti manajemen atau kepemimpinan di bidang perumahsakit dan dapat dijadikan kompetensi dasar yang dapat dijadikan standar nasional.

- 1) Kebijakan pemerintah melalui program pelatihan dan bimbingan nasional dan regional harus didukung untuk memastikan jumlah yang memadai yang berkualitas manajer puncak rumah sakit swasta untuk mempertahankan sistem pelayanan kesehatan sesuai dengan tata kelola manajemen yang dicanangkan pada program akreditasi rumah sakit menuju JCI, 2011.
- 2) Membuat Standar Nasional Kompetensi Manajer Puncak RS sebagai kewajiban dari para manajer puncak untuk menduduki posisi di rumah sakit yang akan dikelolanya, dilanjutkan dengan menyiapkan sebuah badan pengawasan seperti halnya badan pengawasan rumah sakit untuk bisa menindak lanjuti kegiatan yang berhubungan dengan manajer puncak rumah sakit.
- 3) Mengidentifikasi sejumlah kompetensi penting bagi manajer puncak yang lebih generik dan tidak spesifik. Kompetensi ini meliputi komunikasi, tim-membangun dan pengelolaan sumber daya. Beberapa hasil positif mungkin hasil dari profesional perumahsakit harus memiliki kerja tim yang lebih baik. Program bimbingan yang lebih intensif untuk manajer perawat dan manajer umum dibidang manajemen perubahan.

7.2.2. Untuk Kelompok Akademis dan Peneliti

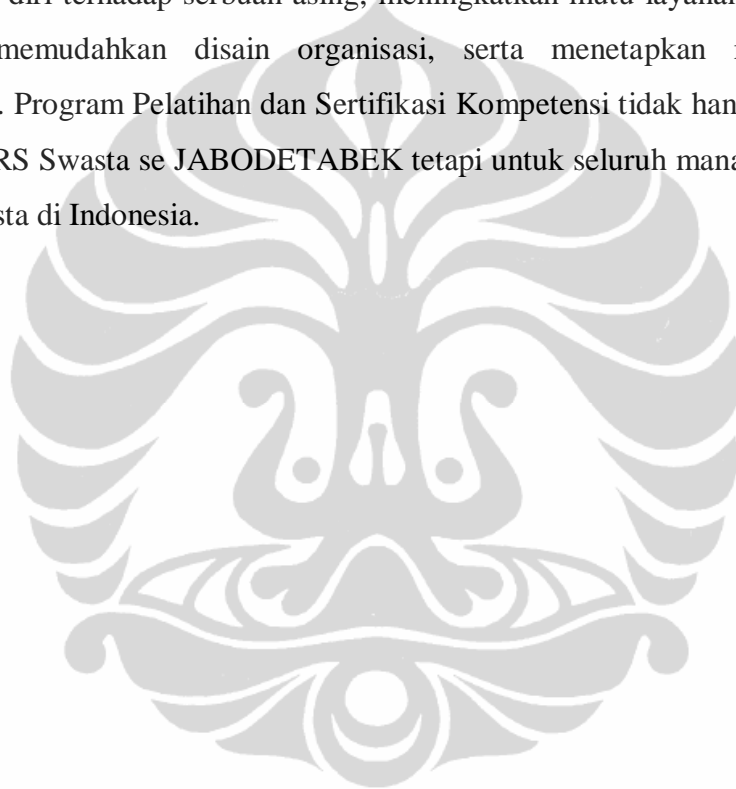
- 1) Perlu dikembangkan program perangkat lunak untuk menjadikan model kompetensi ini sebagai dasar dalam melakukan penilaian dari para manajer puncak dan selalu ditingkatkan dari sistem penilaian dan juga variabel-variabel yang mempengaruhi kompetensi para manajer puncak RS.

- 2) Perlu dilakukan penelitian tentang kompetensi yang berbasis perilaku dan penilaian pribadi baik para manajer puncak RS. Penelitian yang dilakukan ini masih perlu disempurnakan agar dapat lebih mengarah ke perilaku dari para manajer puncak. Dan tentunya unit unit kompetensi dari permodelan yang sudah diteliti dapat dikembangkan lagi bahkan dipersempit dengan memperluas jangkauan dari kebutuhan masing masing RS.
- 3) Pengembangan penelitian tentang hubungan dan pengaruh masing-masing variabel di dalam model kompetensi dan bagaimana membuat sebuah standar skoring nasional yang nantinya berkembang menjadi standar nasional.

7.2.3. Untuk Kelompok Pemilik atau Pengusaha Rumah Sakit

- 1) Pemilik RS harus berinvestasi bagi posisi pemimpin atau manajer puncak rumah sakit. Mereka harus melihat kembali pada investasi yang mereka keluarkan dan yang kembali jika mereka fokus pada manajemen pelayanan pasien kinerja rumah sakit.
- 2) Pengusaha atau pemilik RS harus memberikan dukungan teknis dan administrasi kepada manajer puncak untuk memberi keleluasaan bagi manajer puncak untuk bisa mengembangkan kreatifitasnya dan waktu untuk bekerja dengan staf, pasien dan keluarga.
- 3) Para Pengusaha maupun pemilik di bidang perumahsakitan harus memberikan dukungan bagi manajer dan manajer potensi untuk mengakses program pendidikan untuk meningkatkan dan memperkuat kompetensi. Lingkungan kerja yang mendukung ditemukan menjadi faktor paling penting yang memungkinkan bagi manajer untuk memperoleh dan memelihara kompetensi.
- 4) Keberhasilan dan masa depan RS yang dapat bersaing terutama dalam pelayanan bertaraf internasional tergantung kepada kompetensi yang dimiliki oleh manejer RS Swasta. Oleh karenanya pendidikan profesi ataupun pendidikan khusus secara berkesinambungan dalam rangka memperbaiki pelayanan diperlukan dan etika profesi serta standar kompetensi.

- 5) Rumah sakit terutama swasta membutuhkan standar profesi manajemen termasuk standar kompetensi bagi berbagai jabatan manajerial di RS termasuk manajer puncak RS Swasta.
- 6) Sertifikasi kompetensi tenaga manajer puncak RS Swasta sangatlah penting untuk memenangkan persaingan yang akan dihadapi oleh Organisasi pelayanan kesehatan karena dengan sertifikasi dapat digunakan untuk menjaga diri terhadap serbuan asing, meningkatkan mutu layanan, efektifitas SDM, memudahkan disain organisasi, serta menetapkan manajemen strategis. Program Pelatihan dan Sertifikasi Kompetensi tidak hanya manajer puncak RS Swasta se JABODETABEK tetapi untuk seluruh manajer puncak RS Swasta di Indonesia.



DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T (2003). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta.
- Adler, P.S, Kwon, SW, Signer J.M, 2003, *An Empirical Test of Three Design Rules in Healthcare Process Improvement*,
http://www.coe.montana.edu/ie/faculty/sobek/ioc_grant/3Rules_workingpaper.pdf
- Andrew J. Marsiglia, PhD (2005), *The Relationship between leadership and Personality*, CCP August 2005, www.lead-inspire.com
- Andrew N Garman & J. Larry Tyler (2007, August 20). *Succession Planning Practices and Outcomes in US. Hospital Systems: Final Report for American College of Healthcare Executive*.
- Aryani, Dwi (2008, Desember 20). *Awareness Management Pimpinan dalam proses organizational learning menuju kematangan learning organization; Studi intervensi Awareness Management Direktur RS dan Pengaruhnya pada Shared Mental Models di Beberapa Rumah Sakit di Jawa Timur*; library@lib.unair.ac.id; library@unair.ac.id Post Graduate Airlangga University.
- Ariawan, Iwan (1998). *Besar dan Metode sampel pada penelitian kesehatan*, Depok, Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM-UI.
- Analisa Pengaruh Perilaku Kepemimpinan terhadap kinerja Karyawan BPR/BPRS di Sulawesi Selatan, *Jurnal – 06, Analisa*, September, 2007 Vol 4 No. 2: 77-90.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane M, Sochalski J and Silber JH (2002). "Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction". *Journal of American Medical Association*. 286 (16): 1987-93.
- Alemi F. (2001) "Management Matters. Technology Succeeds when management innovates". *Frontiers of Health Services Management*. 17 (1):17-30.
- Altenstetter C and Bjorkman JW: *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*. MacMillan Press Ltd: New York; 1997.
- American College of Healthcare Executives (1991). "Hospital chief executive officer turnover: National trends and variations, 1981-1990". *ACHSE*: Sydney.
- ACME, *National Health Service* dari negara Amerika, Pillay; *Human Resources for Health* 2008, 6:4 doi:10.1186/1478-4491-6-4 Februari 2008
- ACHE Healthcare Executive, *Competencies Assessment Tool 2010*
- Amy J Nelson (2002), *Using a Modified Delphi Methodology to Develop Competency Model for Vet Practitioners*. A Paper Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements of RM502E - Advanced Study in Research Methods, amyjonelson@earthlink.net

- Andrew J. Marsiglia (2005) The Relationship between leadership and Personality, Between Leadership and Personality www.lead-inspire.com. August 2005
- Andricia D (1996) "Burnout: is it happening to you? And what to do?" *Nursing Economics*. 14 (5): 313.
- Angelelli J, Gifford D, Shah A and More V (2001). "External Threats and Nursing Home administrator Turnover". *Health Care Management Review*. 26 (3): 52-62.
- A Foundation for Board and Organizational Effectiveness(AHA Hospira, 2009)* Center for Healthcare Governance One North Franklin, Suite 2800 Chicago, IL 60606 www.americangovernance.com
- Ashton T. (1997) from devolution to revolution: Restructuring the New Zealand Health System. In Seedhouse D. *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*. Eds. Wiley Publishers: New York.
- Australian Bureau of Statistics: Australian Standard Classification of Occupations (ASCO) (2002) Second Edition: Structure & Definitions 1292 Health Services Managers, Canberra. Available at www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf
- Australian College of Health Service Executives (1995). *Adapting to the Hanging Health Environment: Careers in Transition*. ACHSE: Sydney.
- Australian Public Service Commission (2005). Senior Health Services Information. Available at www.apsc.gov.au/ses/index.html
- Australian Public Service Commission (2003): *The Australian Experience of Public Sector Reform*. Commonwealth of Australia: Canberra.
- Axford R, Minichiello V, Coulson I and O'Brien A. (1999) "Research in health: an overview". In Minichiello V, Sullivan G, Greenwood K and Axford R. *Handbook for research methods in health sciences*. Addison-Wesley Longman: Sydney.
- Bachrudin, Achmad & Tobing, Harapan L (2003). *Analisis Data untuk Penelitian Survai dengan Menggunakan LISREL 8*. Bandung: Unpad.
- Baker CR (2001) "Health Care Managers in the Complex World of Health Care". *Frontier Health Service Manager*. 18(2): 23-32.
- Barne SI (1993). "Organisational characteristics and administrative strategies associated with staff turnover". *Health Care Management Review*. 18 (4): 70-86.
- Barnsley J, Lemieux-Charles I and McKinney MM (1998). "Integrating Learning into Integrated Delivery Systems". *Health Care Management Review*. 23 (1): 18-28.
- Barracough S (1993) "The National Health Service reforms as an Electoral Issues in the United Kingdom". *Australia Health Review*. 16 (11): 60-74.
- Bar-On, R. (2003). How important is it to educate people to be emotionally and socially intelligent, and can it be done? *Perspectives in Education*, 21(4). P. 3-13.

- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, suppl. 13-25.
- Bar-On, R., Handley, R., & Fund, S. (in press). The impact of emotional and social intelligence on performance. In V. Druskat, F. Sala, and G. Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bar-On, R. & Parker, J. (Eds.). (2000). *The Handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R., Maree, J.G. & Elias, M. J. (2007). *Educating people to be emotionally intelligent*. CT: Praeger Publishing. 104
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Bass, B. M. (1990). *Bass and Stogdill's Handbook of Leadership*. (3rd. ed.). New York: The Free Press.
- Bass, B. M. (1990a). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19-36.
- Bass, B. M. Avolio, B.J., Jung, D.I. & Berson, Y. (2003). Predicting Unit Performance by Assessing Transformational and Transactional Leadership, *Journal of Applied Psychology*, 88 (2), 207-218.
- Bass, B.M. & Bass, R. (2008). *The Handbook of Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications*. (4th ed.). New York: The Free Press.
- Bennis, W. G. (1984). The four competencies of leadership. *Training and Development Journal*, 38 (8), 15-18.
- Bennis, W. (2006). Why lead? Reflect on experience, *Leadership Excellence*, Executive Excellence Publishing, 23 (10), 4-5.
- Bennis, W. & Nanus, B. (1985). *Leaders: The strategies for taking charge*. New York: Harper & Row.
- Bennis, W. & Townsend, R. (1995). *Reinventing leadership*. New York: William Morrow and Company, Inc.
- Ballein KM (1998) "Entrepreneurial leadership characteristics of SNEs emerge as their role develops". *Nursing Administration Quarterly*. 22(2): 60-69.
- Beattie B (2000). "What impact has managerialism had on a New South Wales area health service?" *Australian Health Review*. 23:170-175.
- BellSouth (2002), *Behavioral Event Interview Study Guide*. Printed in the U.S.A. An Equal Opportunity Employee, Workitect, Inc. [www.workitect.com, \(http://www.asisvcs.com/bellsouth/pdf/710057.pdf\)](http://www.asisvcs.com/bellsouth/pdf/710057.pdf)
- Biessner, Arnold (1970). Paradoxical theory of change. *Gestalt Therapy Now*, edited by Joen Fagan & Irma Lee. Palo Alto: Science & Behavior Books.

- Blaikie N (2000). *Designing social research: the logic of anticipation*. Polity Press: Cambridge.
- Black et. all (1986). *Ececutive Achievement, making it at the top*, Mc Graw Hill, Int, Ed. Hal 1616 – 169 Chapter, 13.
- Blanchard, K (1985). *Leadership and the One Minute Manger*. New York, William Morrow & Company.
- Braithwaite J (1993). *Strategic Change and Survival in Health Care*. Australian Hospital Association. Canberra.
- Boldy D, Jain S and Harris M (1990) "What makes an effective manager? – Healthcare and General Management Perceptions". *Australian Health Review*. 13: 271-87.
- Bolman L (1997). *Eframing Organisations*. 2nd ed. Jossey-Bass Publishers: San Francisco.
- Bowling (1999) A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Science*. Open University Press: Buckingham.
- Box RC, Marsall GS, Reed BJ and Reed CM (2001) "New public management and substantive democracy". *Public Administration Review*. 61(5): 609-19.
- Boyatzis, R.E. (1982). *The Competent Manager: A Model for effective performance*. New York: John Wiley & Sons.
- Boyatzis, R.E. (2000). *Developing Emotional Intelligence*. To be published in Cherniss, C., Boyatzis, R.E., and Elias, M. (eds.) (in press). *Developments in Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Boyatzis, R. E., Cowen, S. S. & Kolb, D. A. (1995). *Innovation in Professional Education: Steps on a Journey from Teaching to Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Boyatzis, R.E. & Howard A. (2003). *Career Success Through Emotional Intelligence: Developing EI Competencies*. *Journal of Career and Professional Development*. 105
- Boyatzis, R.E. & McKee, A. (2005). *Resonant Leadership*. MA: Harvard Business School Press.
- Boyatzis, R.E., Stubbs, E.C. & Taylor, S.N. (2002). *Learning Cognitive and Emotional Intelligence Competencies Through Graduate Management Education*. *Academy of Management Learning and Education*, 1(2), 150-162.
- Boyatzis, R. E., & Wright, R. (1997). *Competency development in graduate education: A longitudinal perspective*. Paper presented at the First World Conference on Self-Directed Learning, Boston.
- Bryan L. Smith and Aaron W. Hughey (2006), *A unique role facing critical challenges*, Industry & Higher Education, June 2006

- Brainyquote.com, Barker, J., Retrieved November 17, 2008, from Brainyquotes.com website: <http://brainyquotes.com/quotes/quotes/j/joelbark158198.html>
- Braithwaite J, Westbrook J and Edema R (2005) "Restructuring as gratification". *Journal of Royal Society of Medicine*. 98: 542-544.
- Brooks KA (1994). "The hospital CEO: meeting the conflicting demands of the board and physicians". *Hospital Health Service Administration*.39 (4): 471-87.
- Broome (1998). A. *Managing change*. 2nd ed. Macmillan: Houndmills.
- Burk GC (1989) "Understanding the dynamic role of the hospital executive: the view is better from the top". *Hospital & Health Services Administration* Spring. 34 (1): 99-112.
- Butler, C. J., & Chinowsky, P. S. (2006). Emotional intelligence and leadership behavior in construction executives. *Journal of Management in Engineering*, 22 (3), 119- 125.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Burnside, R. M., & Guthrie, V. A. (1992). *Training for action: A new approach to executive development*. NC: Center for Creative Leadership.
- Carretta, A. (1992). Career and Succession Planning. In: Mitrani, A., Dalziel, M., and Fitt, D. *Competency Based Human Resource Management*. Hay Group.
- Carolyn Jacobson (2010), *Best Practices in Identifying and Developing High Potential Talent* Organizational Development and Learning Fairview Health Services, June 10, 2010 Masterpieces in Health Care Leadership Cases and Analysis for Best Practices
- Chen P (2007). *Critical Managerial Activity and Competency of Healthcare CEOs. A Study of Eleven Healthcare Organizations*, Institute of Health Care Management.
- Calhoun. et. all (2008, September), Development of Core competency Model for the Master of Public Health Degree. *American Journal of Public Health*. Vol 98, No. 9.
- Chung-Herrera (2003, June). Grooming future hospitality leaders: A competencies Model: Acquiring Hotel-Industry Expertise Pales in a Future-Oriented Competencies Model in Favour of Managers' Ethical Behavior and Strategic-Management Acumen. *Cornell Hotel & Restaurant Administration Quarterly*. Human Resources
- Cleveland, H. (1985). *The Knowledge Executive--Leadership in an Information Society*. NY. Truman Talley Books, E.P. Dutton.
- Clinton M and Nelson S (1998). An Overview of the Australian Health Care System. In: Clinton M and Scheiwe D. Eds. *Management in the Australian Health Care Industry*. 2nd ed. Longman: Melbourne.
- Cohen L, Manion L and Morrison K (2000). *Research Methods in Education*. Routledge Falmer. London.

- Cook TD and Reichardt CS. (1979) "Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research." Sage Publications: Beverley Hills. In Blaikie N. Designing social research: the logic of anticipation. Polity Press: Cambridge; 2000.
- Collins, J.C., and J.I. Porras. *Built to Last: Succesful Habits of Visionary Companies*. New York: HarperCollins, 1994.
- Cornell J (1996). "Aspects of the Management of Change", *Journal of Management in Medicine*. 10(2): 23-30.
- Connelly L (1998). "Aspects of Health Economics". In Clinton M and Scheiwe D. *Management in the Australian Health Care Industry*, 2nd edn, Longman: Melbourne.
- Corrigan J, Eden J, Smith B, eds. *Leadership by Example: Coordinating Government Roles in Improving Healthcare Quality*. Washington, D.C.: Institute of Medicine; 2002
- Darlene et. all (2008), *Evaluator Competencies, Standards for the Practice of Evaluation in Organisation*. Willey & son.
- David L. Hallowell, 2010, *KJ Analisis Jiro*
- Dunford RW (1992). *Organisational Behaviour: An Organisational Analysis Perspective*. Addison-Wesley: Sydney.
- Dubois, D. A. and Rothwell, W. J. (2004) *Competency-Based Human Resource Management* (Palo-Alto,
- Duke KS (, *Hospitals in a changing health care system* *Health Affairs*, 15, no.2 (1996):49-61
- Ciarrochi, J. Forgas & J.D. Mayer (Eds.) *Emotional Intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Philadelphia: Psychology Press.
- Claxton Ritchie, Zaichkowsky, 1980 *Hospitals in a changing health care system* *Innovations in hospital marketing - Page 127* doi: 10.1377/hlthaff.15.2.49
- Chappelow, C. T. (1998). 360-Degree feedback. In C. D. McCauley, R. S. Moxley, & E. Van Velsor (Eds.). *The Center for Creative Leadership Handbook of leadership development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Chen, G. M., & Starosta, W. J. (2000). The development and validation of the intercultural communication sensitivity scale. *Human Communication*, 3, 1–15.
- Chen, G., & Starosta, W. J. (2008). Intercultural communication competence: A synthesis. In Asante, Molefi Kete., Miike, Yoshitake, & Yin, Jing (Ed.). *The Global Intercultural Communication Reader* (pp. 215–237). New York and London: Routledge.
- Cherniss, C. (1998). Social and emotional learning for leaders, *Educational Leadership*, 55 (7), 26-29.
- Cherniss, C. & Goleman, D. (2001). *The emotionally intelligent workplace*. CA: Jossey-Bass.

- Cherniss, C., Goleman, D., Emmerling, R., Cowan, K. & Adler, M. (1998). *Bringing emotional intelligence to the workplace*. A technical report issued by the Consortium of Research on Emotional Intelligence in Organizations, Piscataway, NJ. 106
- Ciarrochi, J. & Mayer, J. D. (2007). *Applying Emotional Intelligence*. NY: Psychology Press. (P.56).
- Circulla, J. B. (1995). Leadership Ethics: Mapping The Territory. *Business Ethics Quarterly*, 5 (1), 5-28.
- Clarke, N. (2006). Emotional Intelligence Training: A case of caveat emptor. *Human Resource Development Review*, 15 (4), 422-441.
- Collins, D. B., & Holton III, E. F. (2004). The effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982 to 2001.
- Collins, J. (2001). *Good to Great*, New York: Harper-Collins Publishers.
- Conger, J. A. (1999). Charismatic and transformational leadership in organizations: An insider's perspective on these developing streams of research. *Leadership Quarterly*, 10(2), 145-179.
- Cooper, & Sawap (1997). *Executive EQ: emotional intelligence in leadership and organizations*, New York: Gross/Putnam.
- CA: Davies-Black). Dwork RB and Murray BP (1996). "A Comparison of Utah Hospital CEO Turnover between 1973-1987 and 1988-1992". *Health Care Management Review*. 21 (2): 62-73.
- Davis, B., L., Skube, C. J., Hellervik, L. W., Gebelein, S., H., & Sheard, J. L. (1996). *Successful manager's handbook*. (5th ed.). Minneapolis, MN: Personnel Decisions International.
- DePree, M. (1989). *Leadership is an art*. New York: Dell Publishing.
- Dirkx, J. M., Swanson, R. A., Watkins, K. E. & Cseh, M. (2002). Design, Development and Desire: A Symposium on the Discourses of Workplace Learning. In T. M.
- Downie, N. M. & Heath, R. W. (1970). *Basic Statistical Methods* (3rd ed). New York: Harper and Row.
- Dulwicz, V. & Higgs, M. (2000). Emotional intelligence: A review and evaluation study. *Journal of Managerial Psychology*, 15 (4), 341-372. 107
- Dulwicz, C., Young, M., & Dulewicz, V. (2005). The relevance of Emotional Intelligence for leadership performance, *Journal of General Management*, 30 (3), 71-86.
- Dupuy, R. E. & Dupuy, T. N. (1956), *Brave Men Great Captains*, New York: Harper and Row.
- Dwyer JM (2004). "Australian health system restructuring – what problem is being solved?". *Australian and New Zealand Health Policy*. 1(6): 1-6.

- Eddy, W. B. & Burke, W. W. (Eds.). (1980). *Behavioral science and the managers role* (2nd ed.). San Diego, CA: University Associates.
- Egan & S. A. Lynham (Eds.). *Academy of Human Resource Development 2002 Conference Proceedings*. OH: Bowling Green State.
- Emmerling, R. J. & Goleman, D. (2004). Emotional intelligence: Issues and common misunderstandings. *Issues in Emotional Intelligence*. E Journal (www.eiconsortium.org).
- Eynde DF and Tucker SL (1996). "Personality patterns of health care and industry CEOs: similarities and differences". *Health Care Management Review* Spring, 21(2): 87-95.
- Farrell M (2003). "Health Care Leadership in An Age of Change". *Australian Health Review*. 26(1): 53-64.
- Faisal Amir (2009). *Leadership Bagi Pemimpin Bisnis dan Non Bisnis, Semut mengalahkan Gajah*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo. Hal 163 – 211.
- Ferdinand, Augusty (2000). *Structural Equation Modelling dalam Penelitian Manajemen*. Semarang: Badan Penerbit Undip.
- Ferlie E (1997). "Increasing top management turnover: is it true and does it matter?" *Journal of Health Service Resource*. 2 (1): 1-2.
- Festinger L and Katz D 1966 (2005). "Research methods in behavioural sciences" eds. Holt: New York. In Kumar R. *Search methodology: A step-by-step Guide for Beginners*. 2nd ed. Sage Publications: London.
- Fleisher, Craig S., and Babette E. Bensoussan, (2003). *Strategic and Competitive Analysis: Methods and Approaches to Analyzing Business Competition* (also translations published in Chinese, Japanese, Korean, Russian, and an international edition), Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Fleisher, Craig S., and Babette E. Bensoussan. *Strategic and Competitive Analysis: Methods and Techniques for Analyzing Business Competition*. Prentice Hall, Upper Saddle River, 2003.
- Fleisher, Craig S., and Babette E. Bensoussan, (2007). *Business and Competitive Analysis: Effective Application of New and Classic Methods*, London: FT Press.
- Foddy W (1993). *Constructing Questions for Interviews and Questionnaires: Theory and Practice in Social Research*. Cambridge University Press: UK.
- Fox J (1998) *Executive Qualities*. Addison Wesley Publishing, Co, 8th Edition.
- Fox, Joseph M (1976). *Executive Qualities*. Canada: Addison-Wesley Publishing Company.
- Frost & Sullivan: 2010. Malaysia's Medical Tourism Industry has Healthy Vitals, Article, <http://www.frost.com/prod/servlet/press-release.pag?docid=198719183>
Date Published: 14 Apr 2010

- Fulmer, R. M. & Vicere, A. A. (1996). Executive development: An analysis of competitive forces. *Planning Review*, 24 (1), 31-36.
- Fulmer, R. M. (1997). The evolving paradigm of leadership development. *Organizational Dynamics*, 25 (4), 59-72.
- Gabel S. Leaders and Healthcare Organizational Change: Art, Politics and Process. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2001.
- Gallup-Healthways, (2010). www.well-beingindex.com
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gaspersz Vincent (2008). Implementasi Balance Score Card Pada Rumah Sakit.
- Gayal (1993). Handbook of Hospital Personnel Management, Prentice Hall, hal 232 – 237.
- Gardner H (1995). The Politics of Health: The Australian experience. Livingstone.Melbourne.
- Gary G. Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia. University of Toronto.
- Garman Andrew N & Tyler J. Larry (2007), Succession Planning Practices and Outcomes in US. Hospital Systems: Final Report for American College of Healthcare Executive, August 20, 2007.
- Gauld R (2003) "The Impact on Officials of Public Sector Restructuring: the Case of the New Zealand Health Funding Authority". *The International Journal of Public Sector Management*. 16(4/5): 303-29.
- Gee D (1996). "All Stressed Up and Nowhere to Go". *Health Service Journal*. 106 (5519): 129-43.
- Ginsberg (1991). *Managing Hospitals*, Jossey Bas, 1st Ed. Hal 175.
- Gladston D and Goldsmith M. (1997) "Health care reform in the UK: working for patients?" In Seedhouse D. *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*. Eds. Wiley Publishers: New York.
- Glaser B and Strauss (1967). *A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine: Chicago.
- Goffee, R & Jones, G. (2000, September-October). Why should anyone be lead by you? *Harvard Business Review*.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*, New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998a). What makes a Leaders? *Harvard Business Review*, MA: Harvard Business School Press.
- Goleman, D. (1999). Future trends in emotional intelligence in the workplace. Roundtable discussion at the conference for Emotional Intelligence, Chicago, IL.

- Goleman, D. (2000). March/April. Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 78 (2), 78-90.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2001). Primal leadership: The hidden driver of great performance. *Harvard Business Review*, 79 (11), 43-51.
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2002). *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*. MA: Harvard Business School Press.
- Goleman (2001) – *Emotional Intelligence* Harvard Business Review, 76 (6) 93 – 102 – (1998)
- Goldstein ER (1995). "Competency Models Help Identify Promising Candidates". *Healthcare Financial Management*. 49: 76-78.
- Gomm R (2004). *Social research methodology: a critical introduction*, Pamgrave MacMillan: London; 2004.
- Gragnolati & Stupak (2000), *The Healthcare CEO as Leader: Practical Advice for Improving Patient Care, Clinical Performance, and Employee Productivity*, Brian A. Gragnolati CEO & President - York Hospital York, Pa and Ronald J. Stupak, PhD Executive Vice President - EMCO, LLC Earlysville, Va Ronstupak@aol.com, Published: 03/01/2000
- Grant, R.M. 2002, *Contemporary Strategy Analysis*, 4 edn, Blackwell Publishers Inc, Oxford.
- Grayson M. "CEOs in the 1990s: executive careers will focus on interpersonal skills". *Hospitals* 1993; 67 (2): 32-35.
- Grbich C (1999). *Qualitative research in health: an introduction*. Unwin & Allen: St Leonards.
- Griffith JR (1997). *The Well-Managed Community Hospital*. *Health Care Management Review: Summer - Volume 22 - Issue 3 - pp 82-91*
- Ghozali, Imam. *Structural Equation Modelling Metode Alternatif dengan Partial Least Square (PLS)*. Semarang. Badan Penerbit Undip. 2006.
- Ghozali, Imam. *Structural Equation Modeling: Teori, Konsep, dan Aplikasi dengan Program Lisrel 8,54*. Semarang: Badan Penerbit Undip, 2005.
- Ghozali, Imam. *Model Persamaan, Struktural : Konsep, dan Aplikasi dengan Program Amos 16,0*. Semarang: Badan Penerbit Undip, 2008.
- Guthrie, V.A. & King, S.N., (2004), Feedback-Intensive Programs, In C. D. McCauley & E. Van Velsor (Eds.), *The Center for Creative Leadership Handbook of leadership development*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Hackman, J. R. and G.R. Oldham, 1980. *Work Redesign*. MA: Addison Wesley.
- Hall, P. and adrianni, P. (2002). Managing knowledge for innovation. *Long Range Planning*, 35, 29-48.
- Hair Joseph, et.all; *Mutivariate Data Analysis, Sixt Edition*, Pearson Prentice Hall, 2006

- Hamel, G., and A. Heene. *Competence-Based Competition*. New York: John Wiley & Sons, 1994.
- Harris, P., Salopeck, J., Pace, A., Nancherla, A., Laff, M., Llorens, J. & Ketter, P. (2008, October). *Training & Development*, 26-89. 108
- Hays et All, Cultural Competency Assessment Tool for Hospitals (CCATH), Report for Office of Minority Health U.S. Department of Health and Human Services. Agustus, 2006, http://www.hayresourcesdirect.haygroup.com/Competency/Assessments_Surveys/ManagerComp
- Hazucha, J.F., Hezlett, S.A. & Schneider, R.J. (1993). The impact of 360 degree feedback on management skills development. *Human Resource Management*, 32 (2/3), 325-351.
- Health statistics, The Ministry of Health, Turkey, 2003., Ministry of Health, General Directorate of Primary Health Care, Turkey
- Heller, Robert. *Manager's Handbook*. London: Dorling Kindersley Limited, 2002.
- Hersey, P. & Blanchard, K. H. (1969). Life cycle theory of leadership. *Training and Development Journal*, 23 (5), 26-34.
- Hitt, William D. (1993), *Leadership*, Columbus, Ohio : Battelle Press, 1993
- Hitt, M. A., Bierman, L., Shimizu, K., and Kochhar, R. (2001). Direct and moderating effects of human capital on strategy and performance in professional service firms: A Resource-based perspective. *Academy of Management Journal*, 44(1), 13-28.
- House, R. J. (1977). A 1976 theory of charismatic leadership. In J. G. Hunt & L. L. Howard, G. (1990). On the construct validity of self-reports: What do the data say? *American Psychologist*, 45 (2), 292-294.
- Holder, Executive Development, The Personal Aspect of Organizational Change, Gray Matter Production, 2008
- Hodgetts R. Management/Study Guide. Harcourt College Pub. 1988.
- Huang, Pei-Wen, and Wei-Hao Chen (2011) "The Relationship between Human Resource Professionals' Competencies and Job Performance under Subprime Mortgage Crisis," 2011 Symposium on Global Business Operation and Management, *Kaohsiung*, Taiwan.
- Istijanto. (2006). Riset Sumber Daya Manusia: Cara Praktis Mendeteksi Dimensi-Dimensi Kerja Karyawan. Jakarta. PT. Gramedia Pustaka Utama
- Ilyas, Jaslis, Kinerja, Teori, Penilaian, dan penelitian Depok Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, 2002, hal 84
- Ivancevich et all, Business Publication Inc 1983, Chapter 11 th "Element of Leading" hal 281 – 309.

- Ivancevich, J.M. & McMahon, J.T. (1982). The effect of goal setting, external feedback, and self-generated feedback on outcome variables: A field experiment. *Academy of Management Journal*, 25 (2), 359-372.
- Jennifer M. Brill (2006), *The Competencies and Characteristics Required of an Effective Project Manager: A Web-Based Delphi Study*, Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Jennifer M. Brill (2006), *An investigation into the competencies required of an effective project manager: A Web-based Delphi study*. Educational Technology Research & Development, 54(2), 115-140.
- Jeffrey M. Conte, A review and critique of emotional intelligence measures, *Journal of Organizational Behavior* J. Organiz. Behav. 26, 433–440 (2005), Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/job.319 , San Diego State University, San Diego, California, U.S.A.
- Ji Hoon Song (2008). *The Integrative Determinants of Organizational and Dynamic Knowledge Creation*. Proquest LLC UMI Microform 3336129.
- John Ng. *Dim Sum Leadership: Tips for Busy Executives*. Singapura: Armour Publishing, 2008.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Preventing Adverse Events in Behavioral Health Care: A Systems Approach to Sentinel Events*. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO; 1999.
- J. Winardi, SE Prof. Dr. *Manajemen Perilaku Organisasi*, Jakarta Kencana, edisi revisi cetakan 2, 2007, hal 1 - 41
- Judith et all (2008, September), *Development of a Core Competency Model for the Master of Public Health Degree: American Journal of Public Health*, Vol 98, No. 9
- Katz, 1991 in Books of Andrew and Dweck (2005), *Hospital Competence and Motivation*, The Guilford Press, 2005. www.guilford.com.
- Kirchner, Maria (2000) *Gestalt Therapy Theory: An Overview*. *Gestalt*, 4(3).
- Kodrat, *Pengembangan instrument pengukuran kemitraan Desa Siaga di Kabupaten Subang, Jawa Barat, Ringkasan Disertasi*, FKM Depok, 2009.
- Kementrian Tenaga Kerja:, *Keputusan: Nomor KEP-227/MEN/2003. Tabel 2.7 menggambarkan uraian unit kompetensi Kepmenaker No. KEP-227/MEN/2003 tanggal 13 Oktober 2003*):
- Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safe* Härmä. Functional and healthy work rhythms, 2000
- Kotter, J. P. & Heskett, J. L. (1992). *Corporate culture and performance*. New York: Free Press.
- Kotter JP (1995) *Leading change*. Boston, MA: Harvard Business School Press; 1995

- Kotler, P., Adam, S., Brown, L. & Armstrong, G. (2006). *Principles of Marketing*, 3rd edn, Prentice Hall, Frenchs Forest, NSW Russell K. Schutt, Investigating the Social World, 5th ed, Pine Forge Press.
- Kouzes, J. M. & Posner, B. Z. (1987). *The leadership challenge: How to get extraordinary things done in organizations*. (Rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kouzes, J. M. & Posner, B. Z. (1988). Development and validation of the leadership practices inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 483-496.
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2007). *The leadership challenge (4th ed.)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kristina Guo (2003, November - December), An assessment tool for developing healthcare managerial skills and roles. *Journal of Healthcare Management* • Nov-Dec
- Kuntoro, H. *Konsep Dasar Hubungan Linier Struktural*. Surabaya: Pustaka Melati, 2006.
- Larson (Eds.), *Leadership: The cutting edge: A symposium held at Southern Illinois University* (pp. 189-207). IL: Southern Illinois University Press.
- Laurie Ann Carrick, 2010 Understanding the Impact of a Half Day Learning Intervention on Emotional Intelligence Competencies an Exploratory Study, A Dissertation in Work-Based Learning Leadership, Faculties of the University of Pennsylvania
- Laurie Ann Carrick (2010), Understanding the impact of a half day learning intervention on emotional intelligence competencies: An exploratory study
- Lawler, E.E. III. "The New Pay: A Strategic Approach." *Compensation & Benefits Review*. July/August 1995, 14-22.
- Latack, J.C. (1986). Coping with Job Stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-388.
- Leadership. (n.d.). Dictionary.com Unabridged (v1.1). Dictionary.com website: <http://dictionary.reference.com/browse/leadership>. 109
- Ledford, G.E. Jr. "Designing Nimble Reward Systems." *Compensation & Benefits Review*. July/August 1995, 46-54.
- "Paying for Skills, Knowledge and Competencies and Knowledge Workers." *Compensation & Benefits Review*. July/August 1995, 56-62.
- Leebov et al, The Indispensable healthcare manager "Success strategies for a changing environment:, Jossey – Bass, A eiley Co, 1st Ed, hal 15.
- Lloyd, Joan (2004) Competencies are New Tools to Test Skills at Work, Jane Lloyd and Associates, Wausau, Daily Herald, August 8, 2004
- Loma's Competency Dictionary, 2001, Loma Information That works. ; askloma@loma.org; LOMA, 2300 Windy Ridge Parkway, Suite 600, Atlanta, GA; unduh July 2009

- Lovin, Sheldon & Ginsberg, Lois. *Managing Hospitals*. San Francisco: Jossey-Bass Inc, 1991.
- Lowe, Jack Welch Speaks, Wisdom from the world's greatest business leader, John Wiley Son, 1998 page 35 – 45.
- Lowe, K. B., Kroek, K.G. & Sivasubramiam, N. (1996) Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review, *Leadership Quarterly*, 7, 385-425.
- Lucia AD, Lepsinger R. "The art and science of competency models: pinpointing critical success factors in organizations", Jossey-Bass/Pfeiffer: San Francisco; 1999
- Materi SEM Disertai Variabel Moderating dan Partial Least Square (Teori dan Praktek)*. Fakultas Kedokteran Hewan Universita Airlangga, 2010.
- Matthews (2001), Core Competencies of a CEO Published October 2001
- Matthews, G., Zieder, M., & Roberts, R.D. (2003). *Emotional Intelligence: Science & Myth*, MA: MIT Press.
- Maxwell, J. C. (1998). *The 21 Irrefutable Laws of Leadership*. Nashville: Thomas Nelson, Inc.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Emotional Intelligence meets traditional standards for intelligence. *Intelligence*. 27, 267-298.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000a). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. In Bar-On, R., & Parker, J. (Eds.). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass. 320-342.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1993, October). The intelligence of Emotional Intelligence, *Intelligence*, 17 (4), 433-442.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2000b). Models of emotional intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.) *Handbook of human intelligence*. New York: Cambridge University Press, 396-420.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Mayer, J. D. & Cobb, C. D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: Does it make sense? *Educational Psychology Review*. 12 (2), 163-183.
- McNamara, , Basic Overview of Role of Chief Executive, Field Guide to Leadership and Supervision and Field Guide to Developing and Operating Your Nonprofit Board of Directors, Copyright, 2008
- McClelland, D. C., & Burnham, D. H. (1976). Power is the great motivator. *Harvard Business Review*, 54 (2), 100-110.

- McCall, M. (1998). *High Flyers: Developing the Next Generation of Leader*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press.
- McCall, M. (1994). Identifying leadership potential in future executives: Developing a concept. *Consulting Psychology Journal*, 46 (1), 49-63.
- McCall, M. W., Jr., Lombardo, M. M., & Morrison, A. (1988). *The lessons of experience*. Lexington, MA: Lexington Books. 110
- McCauley, C. D., Lombardo, M. M., & Usher, C. J. (1989). Diagnosing management development needs: An instrument based on how managers develop. *Journal of Management*, 15 (3), 389-403.
- McCauley, C.D. & Van Velsor, E., (2004). Our view of leadership development. In C. D. McCauley & E. Van Velsor (Eds.), *The Center for Creative Leadership Handbook of leadership development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, 28 (1), 1-14.
- McClelland, D.C. (1998, September). Identifying competencies with behavioral event interviews. *Psychological Science*. 9 (5).
- McGregor (1966). *Leadership and motivation*. MA: MIT Press.
- McKee, A., Boyatzis, R., Johnson, F. (2008). *Becoming a Resonant Leader: Develop your Emotional Intelligence, Renew Your Relationships, Sustain Your Effectiveness*. MA: Harvard Business School Publishing.
- Mintzberg H., *The Nature of Managerial Work*, Harper & Row, New York, 1973
- Murray, J.P., Jordan, P.J., & Ashkanasy, N.M. (2006). Training to Improve Emotional Intelligence and Performance: What interventions Work? Paper presented at the 20th annual conference of the annual meeting of Australian and New Zealand Academy of Management, Rockhampton, Australia.
- Murphy, K.R. (2006). *A Critique of Emotional Intelligence, What are the problems and how can they be fixed*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- M Bendiyo et al, Developing a tool to measure health worker motivation in district hospital in Kenya, *Human Resources for Health*, 2009, 7:40, Study related to "Motivation", explore for the measurement, hal 7 – 40.
- National Institutes of health leadership & management behavioral Interview Guide: NIH Proprietary Information; unduh 21/February 2009; Deborah H. Olster, Ph.D. Deputy Director Office of Behavioral and Social Sciences Research (OBSSR) National Institutes of Health National Institutes of Health olsterd@od.nih.gov
- NHS Leadership Qualities Framework www.NHSLeadershipQualities.nhs.uk, July 2003
- Ng John, 2008, Developing Multicultural Competence Using the Structured Peer Group Supervision Model, Article first published online: 23 DEC 2011, DOI: 10.1002/j.1556-6978.2008.tb00047. Counselor Education and Supervision **Volume 47, Issue 3, pages 164–178, March 2008**

- Nelis, D. Quoidbach, J. Mikolajczak, M Hansenne, M. (2009). Increasing Emotional Intelligence: How is it possible? *Personality and Individual Differences*, (47) 36-41.
- Nemeroff, W.F. & Consentino, J. (1979). Utilizing feedback and goal setting to increase performance appraisal interview skills of managers. *Academy of Management Journal*, 22 (3), 566-576.
- Newman, J.E. & Beehr, T.A. (1979). Personal Strategies for handling job related stress: A Review of Research and Opinion. *Personal Psychology*. 32, 1- 43.
- O' Connor. et all (2005). Building an understanding of the competens needed for health administration practice. *Journal Helatcare Management*, Jan – Feb 2005, unduh 21 – 11 – 2008
- Office of Civil Service Commission. (2003). Research Study to Develop Policies, Mechanisms and Follow-up Evaluation of Government Officials Development. Office of Civil Service Commission. Bangkok.
- Oentoro, J. Benchmarking Dilihat dari Kacamata Pimpinan Rumah Sakit. PERSI Online. 2001
- Osborne Nicholas J.T. The Toxins of Lyngbya Majuscule and Their Human and Ecological Heath Effects. Australia: National Research Centre for Environmental Toxicology; 2001.p.381-392.
- Palan, R. 2007. Competency Management – Teknik Mengimplementasikan Manajemen SDM Berbasis Kompetensi untuk Meningkatkan Daya Saing Organisasi, PPM
- Pace, A. (2008, October). The Slippery Slope of Leadership, *Training & Development*, 62 (10), 10-11.
- Paradise, A. (2008). The 2008 ASTD state of the industry report. *Training & Development*, 62 (11), 44-51. 111
- Pearman, R.P. (2002). *Introduction to Type and Emotional Intelligence*, Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Peteraf, Margaret A. 1993. "The cornerstones of competitive advantage: A resource-based view." *Strategic Management Journal*. 14 (March): 179-191.
- Pei-Fen Chen (2007), Critical Managerial Activity and Competency of Healthcare CEOs: A Study of Eleven Healthcare Organizations Critical Managerial Activity and Competency of Healthcare CEOs: A Study of Eleven Healthcare Organizations, Institute of Health Care Management, 2007
- Pillay Rubin (2008), Managerial competencies of hospital manager in South Africa: a survey of managers in the public and private sector; *Human Resources Health*, 2008 p 6:4,
- Pitts R., and Lei, D. (2003). *Strategic management: Building and sustaining competitive advantage*. South-Western: Thompson
- Powel et all, CEO Recruitment Guide,"Practical step by Step information for recritment a hospital administration, Ruarl Health Financial Service In, 2001,

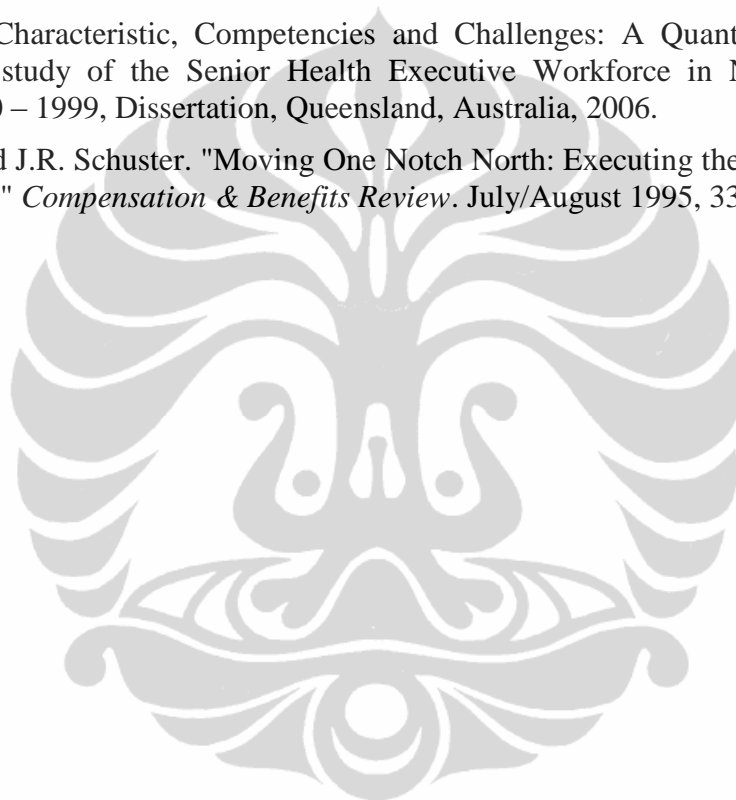
- Profil kesehatan Kabupaten Bantaeng tahun 2005. Bantaeng: Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng; 2005.
- Prospek dan peluang pengembangan komoditas rumput laut di Kabupten Bantaeng Tahun 2005. Bantaeng : Pemerintah Daerah Kabupaten Bantaeng; 2005.
- Purnawan Junadi, Teknik Analisis Data, 1997
- Puwittayaphan, A. (2004). Career Development in Practice. HR Center Company Limited. Bangkok.
- Quinn, J.B., J.J. Baruch, and P. Pawuette. "Technology in Services." *Scientific American*. December 1987, 50-58.
- Rasmanto Joni, Bagaimana Analisa Jabatan di Era Desentralisasi, diunduh, Kamis, 14 Februari, 2008, 3:39pm
- Rassametummachot, S. (2005). Competency-Based Learning. Se-Education Public Company Limited. Bangkok.
- Rademaker Marius. Seaweeds Dermatitis. Waikato, Hamilton, New Zealand: Department of Dermatology Health; 2005. p1-2.
- Rakich 1992 , *Managing Health Services Organizations*, Journal of Nursing Staff Development: May/June 1993 - Volume 9 - Issue 3 - ppg 162
- Ready, D. A., Vicere, A. A., & White, A. F. (1993). Executive education: Can universities deliver? *Human Resource Planning*, 16 (4), 1-7.
- Richard M Hodgetts, Modern Health Care Administration, 1981, Academic Press, hal 103 – 127
- Rietschel Robert L. Aquatic dermatosis, Fisher's Contact Dermatitis, Fith Edition, 2001
- Robert L. Aquatic dermatosis, Fisher's Contact Dermatitis, Fith Edition, 2001.
- Robyn Clay – Williams, Braithwaite, *Determination of health-care teamwork training competencies: a Delphi study* Centre for Clinical Governance Research, Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales, Sydney, NSW 2052, Australia, International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 6: pp. 433–440, Downloaded from <http://intqhc.oxfordjournals.org/>
- Rothwell, Sanders, and Soper, ASTD Models for Workplace Learning and Performance: Roles, Competencies, and Outputs; American Society for Training and Development; 1999
- Rost, J, (1991). *Leadership for the Twenty-First Century*. New York: Praeger.
- Robert Heller, Manager's Handbook, Everything you need to know about how business and management work.; DK Publishing, 2004
- Rubin Pillay, Managerial competencies of hospital manager in South Africa: a survey of managers in the public and private sector; Journal Human Resources Health, 2008 p 6:4,

- Rust-Eft, et all, Evaluator Competencies, standards for the practice of evaluation in organization; 2008, John Willey & Son; Jossey Bass, hal 1 – 52,
- Sabarguna (2009). Kompetensi Manajemen Rumah Sakit, cetakan 1, 2009, hal 1 – 50
- Saenthong, N. (2004). Competency. HR Center Company Limited. Bangkok.
- Sashkin, M. (1992). Is there such a thing as “Managerial Leadership”? *Supervisory Management*, 37 (7), 4-6.
- Schuster, J.R., and P.K. Zingheim. *The New Pay: Linking Employee and Organizational Performance*. New York: Lexington/Macmillan, 1992.
- Scott, Elaine (Juli, 2010). Perspectives on healthcare leader and leadership development. *Journal of Healthcare Leadership* Volume 2010:2 Pages 83 – 90 DOI 10.2147/JHLS8292
- Sedyaningsih Endang, Pengenalan Studi Kualitatif, Puslitbang Pemberantasan, Seminar DepKEs, Agustus, 2004
- Siagian Sondang P, Kepemimpinan dalam organisasi, edisi Delapan Jakarta, Bumi aksara, 1999
- Simpson (1994), Simpson J., Doctors and Management. Why bother?, *BMJ*, 1994 Dec 3, 309(6967) 1505-8
- Seltzer, J., & Bass, B. M. (1990). Transformational leadership: Beyond initiation and consideration. *Journal of Management*, 16 (4), 693-703.
- Senge, P. M. (1990). The leader’s new work: Building learning organizations. *Sloan Management Review*, 32 (1), 7-23.
- Senge, P.M. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday, 1990.
- Sheehy B.et.al. (1996). *Winning the Race for Value*. Amacom Books. 1996
- Shewchuk et all, Building an understanding of the competencies needed for health administration practice. *Journal of Healthcare Management*, Jan-Feb, 2005
- Shortell & Kaluzny, 1983). *Health care management: a text in organization theory and behavior*, University of Michigan, Wiley, 1988
- Sivanathan, N. & Fekken, G.C. (2002) Emotional Intelligence, moral reasoning and transformational leadership. *Leadership and Organization Development Journal*, 23, 198-204.
- Sjolund, M. & Gustafsson, H. (2001). *Outcome study of a leadership development assessment and training program based on emotional intelligence*. An internal report prepared for the Skanska Management Institute in Stockholm, Sweden.
- Slaski, M. & Cartwright, S. (2002). Health performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 1863-68.
- Slaski, M. & Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health*, 19, 233-239.

- Smigla, J. E., & Pastoria, G. (2000). Emotional intelligence: Some have it, others can learn, *CPA Journal*, 70 (6), 60-61.
- Spencer, L.M. Jr., and S.M. Spencer. *Competence at Work: Models for Superior Performance*. New York: John Wiley & Sons, 1993.
- Sprier, Fontaine & Malloy (2006, June), Leaders Run Amok, *Harvard Business Review*.
- Stogdill, R. M. (1948). Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. *Journal of Psychology*, 25, 35-71.
- Stogdill, R.M. (1974). *Handbook of leadership* (1st ed.). New York: Free Press. 112
- Stogdill R. *Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. New York. Free Press. 1981
- Soebaryo Retno Widowati. Dermatitis kontak. Jakarta : Yayasan Penerbit IDI; 1994 hal 2 – 27.
- Solimun. *Structural Equation Modelling LISREL dan AMOS*. Malang: Penerbit Universitas Negeri Malang, 2002
- Spencer, L. M. and S. M. Spencer. 1993. *Competence at work*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Stephen M. Covey 2006, *The Speed of Trust: The One Thing That Changes Everything* Plummer & Associate Jacksonville, Florida — information@plummerhr.com
- Stoddard Nat et.all, *The right Leader, selecting executives who fit*, 2009, John Willey & Son page 21 - 115
- Sutoto, 2007, Makalah Presentasi mengenai “Kompetensi dan Akreditasi Rumah Sakit” Seminar Persi, Kongres Dan Seminar PERSI, Jakarta, 2007
- Tas, Richard F., LaBrecque, Suzanne V., Clayton, & Howard R. (1996). Property-Management Competencies for Management Trainees. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*. US.
- Teece, D. et al (1997) *"Dynamic Capabilities and Strategic Management"*, *Strategic Management Journal*, 18:7. 509-533
- Tichy, N. M., & Devanna, M. A. (1986). The transformational leader. *Training and Development Journal*, 40 (7), 27-32.
- Trilestari Endang, *Model Kinerja Pelayanan Publik dengan pendekatan system thinking dan sistem dinamis. Studi kasus pelayanan pendidikan di kota bandung, Depok, FISIP UI, Disertasi: Jan, 2004*
- Ulrich, D., W. Brockbank, D. Johnson and J. Younger (2007). —Human Resource Competencies: Responding to Increased Expectations.|| *Employment Relations Today*, 1-12. United Nations Industrial Development Organization. (2002). UNIDO Competencies. <http://www.unido.org>.
- Van Wart, *Leadership in public organizations, an introduction*, ME Sharpe, Inc, 2008, hal 3 – 66.

- Van Wart, Montgomery. *Leadership in Public Organizations: And Introduction*. New York: M.E. Sharpe, 2008.
- Vicere, A. A. (1996). Executive education: The leading edge. *Organizational Dynamics*, 25 (2), 67-81.
- Vicere, A. A., Taylor, M. W., & Freeman, V. T. (1993). *Executive education in major corporations*. University Park, PA: Penn State Center for Executive and Organizational Development Research.
- Van Velsor, E., McCauley, C. D., & Moxley, R. S. (1998). Our view of leadership development. In C. D. McCauley, R. S. Moxley, & E. Van Velsor (Eds.). *The Center for Creative Leadership Handbook of leadership development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Vichita Vathanophas and Jintawee Thai-ngam, Competency Requirements for Effective Job Performance in Thai Public Sector, College of Management, Mahidol University, 69 Vipawadee Rangsit Rd., Bangkok 10400 Thailand vichita.v@cmmu.net, jintaweethaingam@yahoo.com
- Walker D., Walker, T., & Schmitz, J. (2003). *Doing Business Internationally*. New York: McGraw-Hill.
- Werlher Jr Et All, Human Resources and personnel Management, 3rd ed, Mac Graw hill Int 1989, Chapter 11 "Performance Appraisal, 303 -333.
- W. R.. Ruef, M., Mendel, P.J., Caronna, C.A, 2000, *Institutional Change and Healthcare Organizations, From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago, IL: The University of Chicago Press, Ltd.; 2000.
- Weber, M. (1946). The sociology of charismatic authority. In H.H. Mills & C.W. Mills (Eds, and Trans.). *From Max Weber: essays in Sociology*. New York: Oxford University Press.
- Webster's II (1995). *New College Dictionary*. NY: Houghton Mifflin Company.
- Wheeler, Gordon (1998). *Gestalt Reconsidered: A new approach to content & restoration*. MA: GIC Press.
- Widayat R, Being a great and sustainable Hospital, Beberapa pitfall Manajemen yang harus diwaspadai, 2009, PT Gramedia Pustaka Utama, hal 5 – 30
- William, Hospital Management in the tropic and subtropic, Macmillan Education 1st Pub, 1990, hal 2 – 26.
- Winardi, J SE Prof. Dr. Manajemen Perilaku Organisasi, Jakarta Kencana, edisi revisi cetakan 2, 2007, hal 1 – 41
- Witholt Bernard , Yuzuru Shmizu. Microalga Metabolites. Kingston : Department of Biomedical Sciences, College of Pharmacy University of Rhode Island; 2003. p 236 -243.
- Wu, J. H., Y.C. Chen, and H. H. Lin. 2004. " Developing a Set of Management Needs for IS Managers: A Study of Necessary Managerial Activities and Skills." *Information & Management*.

- Yahya, Adib, Harapan Rumah Sakit Terhadap kompetensi Tenaga Ahli Konsultan Manajemen Rumah Sakit, Seminar BKMK Intakindo, 3 November, 2008
- Yukl, G. (1974). *Leadership in organizations*. NJ: Prentice-Hall.
- Yukl, G. (1989). Managerial leadership: A review of theory and research. *Journal of Management*, 15 (2), 251-289.
- Yukl, G. (1998). *Leadership in Organizations*. NJ: Prentice-Hall. Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2009). *What We Know About Emotional Intelligence*, MA: The MIT Press.
- Zhanming Liang, Characteristic, Competencies and Challenges: A Quantitative and Qualitative study of the Senior Health Executive Workforce in New South Wales, 1990 – 1999, Dissertation, Queensland, Australia, 2006.
- Zingheim, P.K., and J.R. Schuster. "Moving One Notch North: Executing the Transition to New Pay." *Compensation & Benefits Review*. July/August 1995, 33-39.



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Data Pribadi:

Nama Lengkap : Pradnya Paramita
 Tempat / Tanggal Lahir : 25 April 1960
 Alamat : Jl. Kepodang Raya K9/10 Bintaro Jaya Sektor 2
 Tangerang Selatan Banten 15412
 E-mail address : prataparamita@gmail.com
prittapp@link.net.id.

Pendidikan Formal:

2008 - 2012 Program Doktor Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia – Depok Indonesia.
 1992 - 1994 Program Magister pada Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia – Depok Indonesia
 1980 - 1985 Sarjana Kedokteran dan Profesi Kedokteran Gigi - Fakultas Kedokteran Gigi – University Prof. Dr. Moestopo (Beragama) – Jakarta – Indonesia

Pendidikan Tambahan:

1989 Kursus Pra-Jabatan Pegawai Negeri Sipil ABRI – MABES ABRI
 1995 Kursus Ketenaga-kerjaan DEPNAKER – Undang-undang Ketenagakerjaan.
 2006 Leadership Training – Raffles Medical Group
 2007 RBQS Assessor – Lead Auditor ISO 9000 – 20012007 sertifikat diberikan oleh SAI Global – Australia.

Riwayat Pekerjaan:

1998 - sekarang **Klinik Anakku** Group (Pondok Pinang Centre dan Bumi Serpong Damai). Dokter Gigi pada Bidang peminatan kesehatan gigi pada anak
 2012 - sekarang **Universitas Indonesia – Depok**, Independent Consultant HES (Hospital Establishment Service) World Class University Hospital.
 2009 - sekarang **Paramita Associate** Managing Partner Healthcare and Hospital Consultant.

Riwayat Pekerjaan:

2007 - 2009 **EPOS Health Management – Germany**
 Short term expert – Country Representative – Report to Managing Director
 2006 – 2007 **PT Raffles Medika Indonesia**
 Clinical Director – Report to President Director
 2004 – 2006 **Raffles Medical Group – Singapore**
 Senior Manager Corporate Service

2001 - 2004	Raffles Medical Group – Singapore Manager Corporate Service – Country Representative
2001 – 2010	PT SAI Global Indonesia Technical Specialist - Surveillance and certification audit quality public health centre assessment
1999 – 2001	Bintaro International Hospital sekarang Menjadi RS Primier Bintaro Manajer Rawat Jalan.
1996 – 1998	Singapore General Hospital Executive Corporate Affair – Report to COO Corporate Affair
1995 - 1996	RS. Kramat Jati Dokter Gigi
1987 – 1995	Kepolisian Wilayah Bogor – Indonesia Dokter Gigi
Organisasi Profesi:	
1985 – sekarang	PDGI – Jakarta Selatan: 2002 – 2006 – Pengurus PDGI – Cabang Jakarta Selatan Bidang Pendidikan 2006 – 2008 – Pengurus PDGI – Cabang Jakarta Selatan Bidang Pemasaran 2009 – 2011 – Pengurus PDGI – Cabang Jakarta Selatan Bidang Bisnis Pengembangan
2003 – sekarang	PERMAPKIN (Persatuan Manajer Pelayanan Kesehatan Indonesia) Sebagai pengurus bidang Promosi dan Pemasaran
Pengalaman Konsultan:	
2008 - sekarang	IKAMARS (Ikatan Alumni Magister RS) 2008 – 2009 Sekretaris Jendral Alumni 2010 – sekarang anggota biasa
2011 - sekarang	HBRI – CCHPI (Champion Portal for HBRI – CCPHI (Healthcare Business Roundtable Discussion Indonesia – Company – Community Partnership Healthcare World Indonesia) - Anggota reguler
2011	DBC – Indonesia (Franchise Finland Physiotherapist Centre) Team Leader, <ul style="list-style-type: none"> • Memantau dan mengevaluasi analisa gap • Marketing Strategi 3 buah Klinik di tiga RS, DBC – RS Primier Bintaro, RS. Siloam Kebun Jeruk, RS. Gading Pluit.
2011	Army Hospital – Jakarta Barat (1 bulan) Technical Expert for Feasibilities Study Develop

- Hospital.
- 2011 Arab Saudi Hospital (1 bulan)
Technical Expert for working group Atlier 6 Feasibilities Study.
- 2010 RS Restu
Project Leader Due Dilligent and Feasibilities study (2 bulan)
- 2010 Wooridul Spine Hospital (Korea),
Project Leader for Opening Business and Marketing Plan Sahid Sahirman Wooridul Spine Centre Jakarta – 4 month Project.
- 2010 Universitas Pelita Harapan
Technical Support Feasibilities Study Program Studi S2 Magister Administrasi Rumah Sakit

Pengalaman Konsultan:

- 2009 RS. Juwita – Bekasi
Team Leader or Hospital Strategic Planning Study
- 2009 Klinik Mesjid Bani Umar
Technical Support dan Leader Pembangunan Staf dan Dokter

Pengalaman Konsultan:

- 2009 Epos Health Consultant
Back Stopping Projek dan Feasibilities Study:
RS. World Class Universitas Indonesia, RS. Wahidin Makasar, RS. PGI Cikini
Menjangan Resort, JABABEKA Medical City
- 2008 Klinik Anakku Tebet
Technical Support Establiment Anakku Clinic Branch
- 2008 Surveyor Indonesia
Technical Expert Rumah Sakit Gigi dan Mulut – Riau Bandung
- 2001 – 2010 PT SAI Global – Indonesia
Technical Expert ISO – 9000 – 2008 Certification:
Garuda Sentra Medika, Biotest Laboratorium Jakarta, Bandung dan Surabaya, RSUD, Jawa Timur dan Malang, JPK Citra Husada, BP4 Semarang, Puskesmas DKI, Johar Baru dan Makasar, Puskesmas kota Jogja, Piyungan, Jenggol, Jonggol, Puskesmas Lampung Kota Bumi, Puskesmas Solo, Pajang dan Sibela Bawi, Puskesmas Pekalongan Selatan.

2006 - 2008	Raffles Medical Group Technical Expert and Support project: RS. Garuda Sentra Medika, Klinik Raffles Indonesia, Pertamedika Klinik.
1995 - 1996	Singapore General Hospital Technical Assistant – Pembangunan RS. Pantai Indah Kapuk

**Pengalaman Sebagai Pembicara, Pengajar, Fasilitator dan Pelatih Bidang Perumahsakitan:
Tahun 2011**

5 Des, 2011	STIKIM – STIKES – Lenteng Agung: Program Studi S2 – IKM Dosen Tamu – Manajemen SDM.
16-18 Des, 2011	ARSADA Fasilitator pelatihan Kepemimpinan Semarang – Konsultan DCG
10 Desember, 2011	Jembatan Dua – Dexe Medica – Titan Centre Trainer for Increase Hospital Value of Care for Nurse JABODETABEK,
28 November, 2011	Sorrella Speaker for Media Gathering – Public Health Opinion Oglivy Consultant.
October, 2011	PERMAPKIN Facilitator, Hospital Performance Management
Februari, 2011	Second Urban Primary Health Care Project (UPHCP-II) multi donor funded project under the Local Government Division, Ministry of Local Government, Rural Development and Cooperatives, Bangladesh PPP (Public Private Partnership Indonesia). Facilitator Leader for Training.
Juli, 2011	Jakarta Eye Centre Trainer for Board of Director Jakarta Eye Hospital Kebun Jeruk on Strategic Planning for the new Eye Hospital
Feb2011	UHAMKA – Jakarta Selatan Program Studi S2 – Manajemen Kesehatan Dosen Tamu – Manajemen Kesehatan
2010	RSPAU 0 Halim Perdana Kusuma Pembicara Utama – Ulang Tahun RSPAU Sertifikasi RS.
2009	a. Bhakti Asih Cileduk Woman and Children Hospital Pelatih Pemasaran dan Pelayanan Pelanggan b. Mulyasari Hospital North Jakarta Pelatih Pemasaran dan Pelayanan Pelanggan

Pengalaman Sebagai Pembicara, Pengajar, Fasilitator dan Pelatih Bidang Perumahsakitan:

- 2008
- a. MarkPlus Co – Partner for training Department
 1. Jakarta Manager gathering – *Up sell and Cross Sell in Healthcare Industry*,
 2. Boromeus Hospital - *Customer service excellent*
 - b. Universitas Hasanuddin Makasar.
Program Studi Magister Administrasi RS,
“*Organisation Behaviour*” Kepemimpinan dan Perubahan Organisasi
 - c. Lion Club Jakarta Metropolitan
Speaker and Testimony on Autistic Children
 - d. Mas Mitra Hospital RSIA
As Trainer Marketing and Customer Service
- 2007
Global Medika Hospital Bekasi
Pelatihan – Gap Analisis Pemasaran RS.
- 2007
MarkPlus Co – Partner for training Department
 1. Bank Mandiri Group – *Customer Satisfaction*
 2. RS. Group PTP 11 – 13 Jawa Timur – *Guestology*
- 2007
Universitas Indonesia - Program Studi KARS
Dosen Tamu - Kepemimpinan
- 2000
Universitas Indonesia - Program Studi KARS
Peserta Program KARS – FKM UI Semester Ganjil
Dosen Tamu
- 1995
Universitas Indonesia – Program Studi D3 – FKM
Semester Genap
Dosen Tamu – Pemasaran Rumah Sakit

Pengalaman Sebagai Peneliti:

- September 2010
BPKN = Badan Perlindungan Konsumen Negara
Peneliti utama monitor dan evaluasi Kebijakan UU RS no. 44 tahun 2009 Diambil dari Konsumen Perspektif.
- Maret – September 2010
Universitas Indonesia – Fakultas Kesehatan Masyarakat
Peneliti Utama program studi Dokter – Kompetensi Model Manajer Puncak RS Swasta Se JABODETABEK.
- 1994
Universitas Indonesia – Fakultas Kesehatan Masyarakat
Peneliti Utama program studi Magister Administrasi Rumah Sakit
Marketing Strategis RS Peln Jakarta
- 1985
Unversitas Prof. Dr Moestopo (B)
Peneliti Utama Program Studi Kedokteran Gigi.
Efek Keracunan Logam Merkuri pada Gusi Manusia.

Publikasi:

1. Manajemen Perubahan di Rumah Sakit (Jurnal Manajemen RS – Universitas Indonesia – Tahun 2000)
2. Risk Management in Dentistry (Journal Indonesian Dentistry) – 2002
3. Penyakit Gigi yang Berhubungan pada Anak anak (Dental Journal for University Medan) – 2002
4. Kapan Anak Pertama Kali Berkunjung ke Dokter Gigi (Dental Journal – University Prof. Dr. Moestopo (B) - 2001
5. Strategi Pemasaran Global – University Indo Esa Unggul – 2001
6. Pengaruh Penyakit Gigi berhubungan dengan Selera Makan pada Anak – 2003
7. Emergency treatment for trauma in child dental accident – 2004
8. Penyelesaian Kasus Malpraktek di Singapura – Surabaya 2004
9. How to Build Corporate Culture in the Hospital – Jakarta, January 2005
10. Preparation for set-up own dental Practice – PDGI Jakarta Selatan, July 2006
11. Pertumbuhan dan Perkembangan Gigi pada Anak (Trubus Indonesia publisher) – 1998
12. Si Putri Bergigi Hitam (Demina Publisher) 1996.

Pengalaman Pelayanan Publik (5 Tahun Sekali)

No	Tgl/Bln/Thn	Jenis Kegiatan Peran Serta	Nama Kegiatan Penyelenggara
1.	12 April 2012	Pengabdian Masyarakat Dokter Gigi	Helping Hand, Free Dental Check-up Kranggan Bekasi
2.	5 April 2012	Pengabdian Masyarakat Dokter Gigi	US Embassy Helping Hand Pemeriksaan Gratis Gigi – Madrasah – Lenteng Agung
3.	July, 2010	Panitia Dokter Gigi	UpLift - USA Public Services for the Olympic Special Gifted. Lebak Bulus Jakarta
4.	April, 2010	Dokter Gigi	PDGI – Jakarta Selatan Washing Hand and Dental Treatment, USAID, NAMRU and US Embassy Charity Event US Embassy Helping Hand
5.	June, 2009	Dokter Gigi	Dental Health Free Check Up - Sewan with USAID, Namru and US Embassy Charity Event US Embassy Helping Hand

Pengalaman Pelayanan Publik (5 Tahun Sekali)

No	Tgl/Bln/Thn	Jenis Kegiatan Peran Serta	Nama Kegiatan Penyelenggara
6.	27 Januari, 2008	Pengabdian Masyarakat Panitia Peserta Dokter gigi	Bhakti Sosial, Tema : Bagi Anak Jalanan dan Warga Masyarakat Lapak Pemulung Lebak Bulus III, Jakarta PDGI Cabang Jakarta Selatan, Obor Berkaat - Indonesia dan Taman Bacaan Aura Kinasih
7.	21 April, 2007	Pembicara	Public Seminar 'Weight Management Programme RS. Surya Husada (Bali)
8.	13 May, 2006	Pembicara	Public Seminar Partnership in Healthcare : A Continual Sharing Relationship, Medan North Sumatra Raffles Hospital
9.	14 January, 2006	Pembicara	Speaker for Seminar on Partnership in Healthcare : A Continual Sharing Relationship, Jogjakarta Centre Java Raffles Hospital

Keikutsertaan di dalam Seminar, Konferensi, Pelatihan dan Loka Karya di bidang RS:

No	Tgl/Bln/Thn	Jenis Kegiatan Peran Serta	Nama Kegiatan	Penyelenggara
1.	10 – 13 Agustus, 2011	Pelatihan Peserta	Participant on Breath of Life Programme, Saigon Hanoi,	East Meet West - USA
2.	2 – 4 Februari 2010	Pelatihan Peserta	Palatihan Structural Equation Modeling Disertai Variabel Moderating (Teori dan Praktek dengan Komputer)	Fakultas Kedokteran Hewan Universitas Airlangga
3.	28 Oktober, 2009	Loka Karya Pembicara, Panitia	Lokakarya 6 : Hospital Design For Patient Safety. Kongres XI PERSI, Seminar & Hospital EXPO, Seminar III	IKAMARS UI dan Penghimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)

Keikutsertaan di dalam Seminar, Konferensi, Pelatihan dan Loka Karya di bidang RS:

No	Tgl/Bln/Thn	Jenis Kegiatan Peran Serta	Nama Kegiatan	Penyelenggara
4.	31 October 2009	Loka Karya Panitia	Lokakarya 6 : Hospital Design For Patient Safety. KONGRES XI PERSI, SEMINAR TAHUNAN III PATIENT SAFETY, HOSPITAL EXPO XXII	IKAMARS UI dan Penghimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)
5.	8 Agustus, 2008	Kongres Panitia	Kongres I Ikatan Alumni Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia	FKM - UI
6.	2 - 3 Desember, 2008	Simposium Peserta	Simposium Nasional IV Penelitian dan Pengembangan Kesehatan ; Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) : Menuju Perencanaan Berbasis Bukti	Litbankes – KemKes
7.	17 Desember, 2008	Loka Karya Peserta Panitia	Healthcare Marketing Towards AFTA 2010 : "HOW TO BE CREATIVE and INTELLIGENT in HEALTCARE MARKETING"	IKAMARS UI
8.	9 Januari, 2007	Temu Ilmiah Peserta	Temu Ilmiah Bersama Pakar, Tema : A Novel Integrated Approach in Systemic Inflammation & Sepsis	Royal Taruma & Universitas Tarumanagara Fakultas Kedokteran

Keikutsertaan di dalam Seminar, Konferensi, Pelatihan dan Loka Karya Berhubungan dengan RS:

No	Tgl/Bln/Thn	Jenis Kegiatan Peran Serta	Nama Kegiatan	Penyelenggara
Tahun 2007				
9.	24 Juli, 2007	Pelatihan Peserta	Lead Auditor Training in Quality Management System	SAI GLOBAL
Tahun 2006				
10.	14 Januari, 2006	Seminar Peserta	Partnership in Healthcare : A Continual Sharing Relationship	IDI dan Singapore Medicine
11.	4 Februari, 2006	Temu Ilmiah Peserta Panitia	Pertemuan Ilmiah Awal Tahun dan Sosialisasi UUPK, 'Sukseskan dan Hayati UUPK No.29 Tahun 2004 Cegah Malpraktek'	PDGI dan Rumah Sakit Pondok Indah
12.	15 Februari, 2006	Seminar Peserta	Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit : Sekedar Persyaratan Menuju BLU atau Dapat Meningkatkan Kinerja?	Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
13.	21 Februari, 2006	Training Peserta	Effective Leadership Skills	Raffles Medical Group
14.	22 - 23 Februari, 2006	Seminar Pembicara	Permapkin-HMRCE IV, 'Change Management In Healthcare Services	PERMAPKIN
15.	13 May, 2006	Seminar Peserta	Partnership in Healthcare : A Continual Sharing Relationship	IDI Cabang Medan dan Singapore Medicine

**Keikutsertaan di dalam Seminar, Konferensi, Pelatihan dan Loka Karya:
Tahun 2005**

No	Tgl/Bln/Thn	Jenis Kegiatan Peran Serta	Nama Kegiatan	Penyelenggara
16.	18 Januari, 2005	Seminar	Permapkin One Day Seminar-2005 'Upaya Minimalisasi Tuntutan Hukum di Rumah Sakit'	PERMAPKIN
17.	25 -26 Februari, 2005	Pelatihan Panitia Peserta	TECHNO DENT 2005, Meningkatkan Daya Saing Dokter Gigi Indonesia Dalam Menghadapi Globalisasi	PDGI dan NOVARTIS
18.	10 Maret, 2005	Pelatihan Pembicara	Permapkin 3rd Monthly Seminar-2005, 'Membangun Corporate Culture di Rumah Sakit'	PERMAPKIN
	8 - 10 Juli, 2005	Ceramah Ilmiah Peserta	Annual Scientific Meeting	KK Women's and Children's Hospital, Ministry of Health, Royal Children's Hospital
19.	25 - 27 Juli, 2005	Pelatihan Peserta	Pelatihan Permapkin VI-2005, 'Pengenalan Proses Sertifikasi ISO 9001:2000 di Rumah Sakit'	PERMAPKIN
20.	27 Agustus, 2005	Ceramah Ilmiah Peserta	Annual Scientific Meeting 'Gynaecology & Paediatrics-The GP's Perspective'	Raffles Medical Group
21.	18 Januari, 2005	Seminar	Permapkin One Day Seminar-2005 'Upaya Minimalisasi Tuntutan Hukum di Rumah Sakit'	PERMAPKIN

Keikutsertaan di dalam Seminar, Konferensi, Pelatihan dan Loka Karya:

No	Tgl/Bln/Thn	Jenis Kegiatan Peran Serta	Nama Kegiatan	Penyelenggara
22.	25 -26 Februari, 2005	Pelatihan	TECHNO DENT 2005, Meningkatkan Daya Saing Dokter Gigi Indonesia Dalam Menghadapi Globalisasi	PDGI dan NOVARTIS
23.	28 Januari, 2004	Seminar	Seminar PERMAPKIN I 'Sertifikasi Manajer RS Berbasis Kompetensi dalam Era Globalisasi	PERMAPKIN
24.	3 April, 2004	Seminar	Rheumatology & Orthopaedic Issues in Family Mwdicine	Raffles Medical Group
25.	17 - 18 Juli, 2004	Seminar	Seminar Internasional : Toward Better Family Healthcare in The Provinces, a Concerted Effort	IDI dan Mien R. Uno Foundation
26.	28 Agustus, 2004	Ceramah Ilmiah	Scientific Forum : Functional Assessment of Frail Elderly	Rumah Sakit Atma Jaya dan Raffles Hospital-Singapore
27.	8 Februari, 2003	Ceramah Ilmiah	Pengukuhan Ketua PDGI dan Ceramah Ilmiah	PENGWIL - PDGI DKI Jakarta
28.	27 Juni, 2002	Ceramah Ilmiah	Bone Grafting	Ikatan Alumni Fakultas Kedokteran Gigi UPDM (B)
29.	23 April, 2001	Ceramah Ilmiah	Ceramah ilmiah : De'Meet 2001	Pengurus Pusat Ikatan Dokter Gigi Anak Indonesia
	April, 2000	Training	Trade Practices Training	Healthcare Of Australia Group

YTH : Bapak & Ibu Responden,

Bersama ini kami mohon kesediaan Bapak & Ibu untuk mengisi kuesioner terlampir. Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor kompetensi yang paling dibutuhkan bagi seorang manajer puncak di rumah sakit. Partisipasi Bapak & Ibu dalam mengisi kuesioner ini adalah sangat penting dalam meningkatkan mutu layanan rumah sakit secara keseluruhan.

Berilah tanda silang (X) di kolom tiap pernyataan, sesuai dengan skala tingkat pendapat Bapak/Ibu atas pernyataan yang ada. Kuisisioner ini bukan tes pengetahuan dari atasan atau dari manapun, maka dari itu Bapak/Ibu tidak perlu takut atau ragu-ragu dalam memberikan jawaban yang sejujurnya. Artinya semua jawaban yang diberikan oleh Bapak/Ibu adalah benar, dan jawaban yang diminta adalah sesuai dengan kondisi dan fakta yang Bapak/Ibu ketahui atau rasakan ditempat kerja. Oleh karena itu, data dan identitas Bapak/Ibu akan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi status Bapak/Ibu sebagai pekerja. Jika telah selesai menjawab semua pernyataan, mohon kuesioner ini dikembalikan kepada kami dalam keadaan tertutup didalam amplop yang sudah disediakan. Lembaran kuesioner ini tidak akan diserahkan pada manajemen perusahaan demi menjaga kerahasiaan masukkan Bapak/Ibu.

Mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi data-data pekerja dibawah ini untuk kepentingan pengolahan dan analisa data, serta berikan paraf anda pada kolom yang sudah disediakan untuk menjamin keabsahan kuesioner ini.

Atas partisipasi Bapak & Ibu kami ucapkan ribuan terimakasih.
Hormat kami,

Pradnya Paramita
Peneliti

Data Pekerja Bila Tidak Bersedia Dipublikasikan (akan dirahasiakan):

1. Pilihlah pertanyaan yang sesuai dengan anda, bila tidak ada, pilihlah paling tidak yang mendekati harapan anda.
2. Diharapkan untuk memberikan pendapatnya apabila menurut anda memang diperlukan seorang pimpinan RS

1) DATA PRIBADI ANDA

- a) Nama Anda : Dr. Daniel Anah Wibowo
- b) Tempat & Tanggal Lahir : Jemberang, 9 Mei 1964
- c) Alumni/Jurusan : FK UNDIIP
* Alumni/Jurusan S1 : MAJLIS KESEHATAN MASYARACAT FKM UNDIIP
* Alumni/Jurusan S2 :
* Alumni/Jurusan S3 :
d) Alamat & Telepon : PERMAHA MERAIT E-66 SEMARANG (024) 3551119
- e) Alamat E-mail : daniel@pantiwilma-citarum.co.id
- f) Jenis Kelamin : Laki-laki Wanita
- g) Usia : Bawah 30 31-40
 41-50 Atas 50

2) DATA PEKERJAAN

- a) Saat ini :
 - * Nama Rumah Sakit : PANTI WILMA CITARUM
 - * Kepemilikan Rumah Sakit : YAYASAN "YAKKUM"
 - * Jabatan : DIREKTUR
 - * Berapa Lama : bulan 8 tahun.
 - * Alamat & Telepon : CITARUM 9A SEMARANG (024) 3542224

Tanggal/Bulan/Tahun: / / **2010**

Untuk pernyataan-pernyataan berikut ini, beri tanda silang (X) di kolom yang telah disediakan untuk jawaban yang sesuai dengan kondisi dan pengetahuan saudara.

Ket. : TP = Tidak Perlu ; KP= Kurang Perlu ; KK= Kadang- Kadang ; S= Setuju; SS= Sangat Setuju
 TT= Tidak Tahu

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak setuju	Ragu-Ragu	Setuju	Sangat Setuju	Tidak Tahu
Gaya Memimpin		TP	KP	KK	S	SS	TT
1	Manajer puncak memberikan arahan agar dapat dipahami oleh seluruh karyawan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
2	Menggunakan sistem berpikir secara kritis dalam menghadapi masalah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
3	Memimpin dengan kedisiplinan yang tangguh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4	Melakukan usaha pembaharuan dengan ketajaman analisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
5	Mampu Menganalisa pemecahan masalah dan memberikan solusinya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Hubungan Antar Pribadi		Tidak Perlu ←————→ Sangat Setuju				TT	
		TP	KP	KK	S	SS	
6	Berkomunikasi yang baik, sopan, tangguh dan konsisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
7	Menginspirasi dan memotivasi orang lain untuk berkinerja lebih baik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
8	Mengembangkan hubungan dan berkolaborasi berkerja secara team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Mengkomunikasi secara terarah dan juga dapat melakukan dengan dua arah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manajemen Perubahan (X2)		Tidak Perlu \longleftrightarrow Sangat Setuju <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> KP <input type="checkbox"/> KK <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> SS					TT
7	Semua tahapan pekerjaan sudah dituangkan dalam standar prosedur kerja (SOP) atau instruksi kerja (WI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Keterampilan Interpersonal yang bagus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Mengembangkan bisnis strategis dan dapat berkolaborasi dengan RS yang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Merubah status kepemilikan dalam rangka meningkatkan profit RS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Melakukan perusahaan patungan dengan RS lain atau badan lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karakter (X3)		Tidak Perlu \longleftrightarrow Sangat Setuju <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> KP <input type="checkbox"/> KK <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SS					TT
12	Menampilkan integritas tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13	Jujur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Arif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kemampuan Diri (X5)		Tidak Perlu ←————→ Sangat Setuju					TT
		TP	KP	KK	S	SS	
9	Mempunyai teknik dan keahlian yang profesional dibidangnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mampu memecahkan masalah dan menganalisa masalah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Practice self development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fokus pada hasil (X6)		Tidak Perlu ←————→ Sangat Setuju					TT
		TP	KP	KK	S	SS	
12	Memacu untuk berhasil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Membangun Tujuan dan memberikan arahan dan petunjuk setiap tahapan pekerjaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Mengambil Inisiatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team Building (X7)		Tidak Perlu ←————→ Sangat Setuju					TT
		TP	KP	KK	S	SS	
15	Komitmen Pendapat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Memberikan arahan sesuai dengan misi , tujuan dan harapan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Mutual Accountability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikasi (X8)		Tidak Perlu ←————→ Sangat Setuju					TT
		TP	KP	KK	S	SS	

		TP	KP	KK	S	SS	
18	Rapat koordinasi pekerjaan selalu diadakan secara rutin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
19	Komunikasi antar shift/departemen/group berjalan dengan baik dan sistematis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
20	Komunikasi dengan bawahan berjalan dengan sangat baik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
21	Permasalahan RS dikomunikasikan kepada seluruh staf secara terbuka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Komitmen Manajemen (X9)		Tidak Perlu ←————→ Sangat Setuju					TT
		TP	KP	KK	S	SS	
22	Memiliki kebijakan dan komitmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
23	Melibatkan dan ikut terlibat secara aktif dalam kegiatan RS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
24	Memberikan keterbukaan dalam kinerja keuangan dari rumah sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
25	Selalu mengkomunikasikan setiap kegiatan (business process), berorientasi kepada pelanggan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
26	Selalu bekerja sama dalam melakukan perbaikan terus menerus (continuous improvement) dalam memimpin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Project Manajemet (X10)		Tidak Perlu ←————→ Sangat Setuju					TT
		TP	KP	KK	S	SS	
27	Project Konstuksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
28	Membangun Corporate Culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
29	Membangun servis yang baru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
30	Strategic planning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Mohon tanggapan dan masukkan anda untuk memperbaiki kuesioner ini:

Menurut pendapat anda apa yang dibutuhkan seorang CEO RS saat ini untuk menghadapi era Globalisasi ini.

esedian anda untuk dilakukan Survey lanjut

- a) Bersedia
- b) Tidak Bersedia

K

