

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

“*The New Public Health*” merupakan paradigma baru dalam kesehatan masyarakat (*public health*) yang menerapkan programnya berdasarkan pendekatan sains berbasis bukti, teknologi, dan sistem manajemen yang bertujuan untuk mendukung kesehatan individu dan masyarakat (*World Health Organization, UNICEF 1978*). Pendekatan ini dicetuskan pada Konferensi Alma-Ata tahun 1978 yang mencakup mulai dari tindakan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Tindakan-tindakan itu didasarkan dari pengalaman masa lalu disertai penelitian penelitian yang dilakukan masa kini.

Pendekatan “*The New Public Health*” timbul karena semakin kompleksnya permasalahan dunia termasuk dalam bidang kesehatan. Salah satunya adalah adanya kesenjangan yang dialami masyarakat sehubungan dengan akses terhadap pelayanan kesehatan yang layak (Tulchinsky dan Varavikova, 2010). Di lain pihak, paradigma baru kesehatan masyarakat (*the new public health*) didasari atas keseimbangan antara berbagai jenis bentuk pelayanan kesehatan dengan gerakan sosial. Karena itu fokus paradigma baru kesehatan masyarakat adalah melakukan koordinasi dan manajemen yang sinergis antara hubungan fungsional administrasi dengan pelayanan kesehatan serta kegiatan sosial lainnya (Lawn dkk., 2008).

Manajemen kesehatan merupakan salah satu elemen dari paradigma baru kesehatan masyarakat misalnya *universal of health coverage* (Tulchinsky, 2010). Sistem kesehatan *universal health coverage* telah diimplementasikan pada beberapa negara di dunia seperti *Obama care* di Amerika dan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia sejak tahun 2014. Paradigma baru kesehatan masyarakat bukan saja

menjadi tanggung jawab pemerintah, namun juga menuntut adanya partisipasi masyarakat (Milstein, 2006). Artinya, dengan keterlibatan semua sektor tersebut diharapkan dapat tercapainya keseimbangan antara pelayanan kesehatan yang bermutu dengan manajemen kesehatan yang terorganisir dengan baik. Karena itu, lembaga yang memberikan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, dan puskesmas harus dapat menjamin akses terhadap pelayanan yang diperlukan masyarakat. Hal ini juga termasuk memberikan pelayanan mutu terbaik dengan standar yang mampu mencapai tujuan *outcome* kesehatan yang diinginkan (Awofeso, 2004).

Di Indonesia paradigma baru kesehatan masyarakat ini juga disikapi dengan pencanangan program *universal health coverage*. Programnya dalam bentuk Jaminan Kesehatan Nasional yang sudah dijalankan mulai tahun 2014 melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam program tersebut, fungsi rumah sakit menjadi rujukan tertinggi dari fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik pratama, dan dokter keluarga. Seiring dengan era JKN tersebut maka rumah sakit harus berbenah dan mengubah diri dalam sistem manajemennya.

Dalam sistem manajemen rumah sakit, tingginya minat masyarakat memanfaatkan fasilitas di rumah sakit, menjadi salah satu standar kinerja rumah sakit di Indonesia. Karena itu, Kemenkes menetapkan bahwa standar pemanfaatan tempat tidur *bed occupancy rate* (BOR) adalah rata-rata 60-80% dengan rerata lama rawatan 4-6 hari. Kenyataan yang ditemui, rata-rata BOR rumah sakit di Indonesia hanya berkisar 50% (Kemenkes RI 2013). Penelitian yang dilakukan pada beberapa rumah sakit di Indonesia telah membuktikan adanya kaitan antara pencapaian BOR dengan gaya kepemimpinan yang ada di rumah sakit (Nurdin dan Indar 2010; Mukmin, 2013). Beberapa penelitian di luar negeri seperti di Inggris dan Denmark,

mendapatkan bahwa pentingnya gaya kepemimpinan pada rumah sakit dalam mengelola masalah internal seperti *bed occupation rate* dan *average length of stay* (Cunningham dkk., 2006; Madsen dkk., 2014).

Kepemimpinan dalam rumah sakit mempunyai keunikan. Organisasi yang dipimpinnya padat karya dan padat manusia yang terbagi atas tenaga profesional medis, non-medis, teknisi medis, dan tenaga administrasi manajemen yang berfungsi sebagai pejabat struktural rumah sakit (Trisnantoro, 2006). Struktur organisasi rumah sakit tersebut diatur dalam Undang-Undang nomor 44 tahun 2009. Undang-undang tersebut dijadikan pedoman nasional untuk semua rumah sakit di Indonesia. Pada pasal 34 Undang-Undang tersebut dijelaskan bahwa pimpinan rumah sakit haruslah seorang tenaga medis dengan kompetensi manajemen rumah sakit.

Fritzen (2007:4) menemukan bahwa manajemen rumah sakit di Indonesia telah membaik dengan adanya otonomi daerah. Namun dalam kenyataannya tidak semua rumah sakit mengikuti pasal 34 di atas. Di lapangan masih ada beberapa pimpinan rumah sakit daerah yang dikepalai oleh tenaga non-medis. Hal tersebut terjadi karena adanya dualisme Undang-Undang no 44 tahun 2009 Kemenkes dengan kebijakan otonomi daerah.

Kepemimpinan di rumah sakit sangat penting. Hal tersebut berkaitan dengan pengambilan keputusan serta tanggung jawab terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Misalnya kepuasan pasien, kepuasan staf, kelangsungan operasional pelayanan rumah sakit, pencapaian standar akreditasi dan lainnya (Gowen III dkk., 2009). Keberhasilan pimpinan rumah sakit dipengaruhi oleh beberapa faktor eksternal dan internal. Selain itu, personal pimpinan itu sendiri termasuk gaya kepemimpinannya memiliki peranan yang penting dalam keberhasilan memimpin rumah sakit. Dari beberapa kepustakaan didapatkan bahwa gaya kepemimpinan adalah kemampuan

pimpinan dalam memimpin dan juga penilaian dari bawahannya (Ozturk dan Swiss, 2008).

Gaya kepemimpinan rumah sakit dalam pelaksanaan manajemen dapat dinilai melalui beberapa aspek fungsi kepemimpinan diantaranya: aspek koordinasi, aspek motivasi, aspek komunikasi, aspek supervisi, dan aspek pendelegasian wewenang (Terry dkk., 2005). Namun demikian, dalam menjalankan fungsi kepemimpinan di atas, dapat terjadi beberapa permasalahan. Diantaranya perilaku dan kebiasaan dari pimpinan rumah sakit yang didasari karakter dari budaya asalnya dan terjadinya benturan antara budaya lokal masyarakat dengan budaya profesi yang berkembang di rumah sakit (Dehgeling dkk., 2001; West, 2001; Davies, 2007). Hal tersebut dapat dilihat pada kasus yang terjadi pada rumah sakit di Vietnam. Para petugas yang bekerja berbudaya Amerika, tidak memahami nilai, kebiasaan, perilaku setempat. Akibatnya, rumah sakit itu akhirnya ditutup. Di lain pihak, di Iran walaupun pimpinannya orang Iran tetapi menjalankan fungsi manajemen tanpa memperhatikan budaya lokal, tetap menimbulkan permasalahan (Saadi dkk., 2007). Dari dua contoh kasus diatas, terlihat pentingnya seorang pimpinan rumah sakit dalam menjalankan fungsi manajemen memahami nilai nilai budaya (*cultural competence*). Tujuannya agar terwujudnya manajemen yang efektif dalam mengatasi konflik yang timbul di dalam rumah sakit akibat kekurangpahaman terhadap budaya lokal (Delbanco, 1992; Bolon, 1996).

Perlunya pimpinan rumah sakit memperhatikan budaya lokal dijelaskan oleh Reeleder dkk (2006) bahwa fungsi kepemimpinan itu haruslah sensitif, kompeten dan peduli terhadap nilai-nilai kepercayaan dari budaya setempat. Pentingnya budaya lokal ini dalam pengelolaan lembaga kesehatan dapat dilihat pada survei yang dilakukan di Inggris oleh Konteh dkk (2011). Dari survei itu didapatkan bahwa 97%

direktur rumah sakit perlu pemahaman budaya lokal dalam menjalankan manajemen klinis. Survei itu juga memperlihatkan bahwa 90% budaya lokal bisa menjadi hambatan dalam usaha untuk memperbaiki pelayanan. Budaya lokal dalam konteks di atas termasuk budaya organisasi yang berlaku di rumah sakit dan pandangan budaya para karyawan dan pimpinan. Pemahaman budaya setempat yang seringkali rumit diperlukan dalam memotivasi karyawan. Hal ini ditemui di berbagai negara dunia termasuk negara berkembang (Franco dkk., 2004). Kenyataan demikian menunjukkan bahwa budaya setempat sangat berperan dalam penerapan fungsi rumah sakit dan pencapaian tujuannya. Di Indonesia, hal ini belum pernah diteliti khususnya tentang pengaruh budaya lokal. Penelitian ini mencoba melihat pengaruh budaya lokal Minangkabau terhadap kepemimpinan rumah sakit di Sumatera Barat.

Gaya kepemimpinan dalam konteks budaya Minangkabau memiliki ciri khas tersendiri. Menurut Navis (1984), kepemimpinan di Minangkabau secara umum dipengaruhi oleh tiga sifat kepemimpinan yaitu kepemimpinan Islam (Nabi Muhammad SAW), kepemimpinan dengan sistem pemerintah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI), dan kepemimpinan menurut adat Minangkabau. Hal demikian tentu juga berlaku bagi seorang pimpinan rumah sakit di Minangkabau. Pimpinan itu haruslah mempertimbangan kesesuaian gaya kepemimpinannya dengan perilaku dan budaya setempat termasuk budaya Minangkabau dan bagaimana model yang sesuai untuk rumah sakit di Sumatera Barat.

Budaya Minangkabau menanamkan nilai *pai tampek batanyo, pulang tampek ba barito, ka lurah samo manurun, ka bukik samo mandaki, tatungkuik samo makan tanah, tatilantang samo minum ambun, tau di nan ampek, didahulukan salangkah, ditinggikan sarantiang* (pergi tempat bertanya, pulang tempat berberita, ke lurah sama menurun, ke bukit sama mendaki, tengkurap sama makan tanah, telentang sama

minum embun) terhadap masyarakatnya agar mampu menciptakan hubungan interaksi yang baik serta mampu menjadi seorang pemimpin yang arif dan berbudaya.

Pai tampek batanyo, pulang tampek babarito (pergi tempat bertanya, pulang tempat berberita). Maksudnya, seorang pemimpin adalah seorang konsultan dari segala persoalan yang dialami oleh seluruh anggotanya baik dalam keadaan sehat/senang maupun dalam keadaan sulit. ***Tatungkuik samo makan tanah, tatilantang samo minum ambun*** (tengkurap sama makan tanah, telentang sama minum embun) artinya setiap tindakan dan usaha yang dikerjakan bersama-sama, apapun hasil atau risikonya harus dipertanggung jawabkan bersama-sama pula, untung ruginya dibagi bersama. *Tau di nan ampek* (tahu dengan yang empat) terdiri dari *kato mandaki* (kata mendaki) adalah perlakuan dan pembicaraan yang dilakukan kepada orang yang lebih tinggi tingkatannya seperti bicara kepada Ibu Bapak, bicara kepada Mamak dan semua orang tua atau yang dituakan. *Kato manurun* (kata menurun) adalah perbuatan dan cara berbicara dengan orang yang lebih rendah tingkatannya dari kita seperti berbicara dengan anak dan kemenakan pembicaraan itu harus mendidik dan dilakukan dengan penuh kasih sayang (Navis, 1984). *Kato mandata* (kata mendatar) adalah cara bicara dengan orang yang setingkat dengan kita, pembicaraan itu juga dilakukan dengan sopan santun. Sebagaimana ungkapan *nan ketek disayangi, nan tuo dihormati, samo gadang lawan baiyo* (yang kecil dikasihi, yang tua dihormati, sama besar kawan bermusyawah). *Kato melereng* (kata melereng) adalah perkataan yang dilakukan secara hati-hati. Kita menjaga lawan bicara kita jangan sampai tersinggung apalagi perkataan dan perbuatan terhadap orang *sumando* (semenda) dan *ipar bisan* (ipar besan) dan sebagainya. *Didahuluan salangkah, ditinggian sarantiang* (didahulukan selangkah, ditinggikan seranting)

adalah seorang pemimpin di Minangkabau didahulukan selangkah supaya jangan terlalu jarak dengan yang dipimpinnya, ditinggikan seranting supaya jangan ada pemisah antara pemimpin dengan yang dipimpinnya. Jadi seorang pemimpin di Minangkabau selalu dekat dengan yang dipimpinnya, semua aturan dipatuhi, semua perintah dituruti, tidak ada yang membangkang/membantah dan tidak ada masalah yang tak terselesaikan.

Penelitian pendahuluan bulan Februari 2015 pada tiga rumah sakit di Sumatera Barat didapatkan gambaran umum gaya kepemimpinan serta peran budaya lokal Minangkabau. Pada Rumah Sakit X didapatkan bahwa RS X pernah dipimpin oleh seorang direktur dengan kualifikasi non-medis atau Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada periode 2009-2012. Namun saat ini RS X sudah dipimpin oleh seorang direktur dengan kualifikasi dokter dengan klasifikasi C. Hasil wawancara peneliti dengan beberapa staf dan pimpinan RS X mengenai persepsi staf rumah sakit ditemukan bahwa seorang pimpinan yang baik harus memahami dan mempelajari budaya lokal dalam pelaksanaan operasional rumah sakit. Seperti dalam pelaksanaan rapat, seringkali jika terjadi konflik para staf mengabaikan nilai budaya *tau di nan ampek* (tahu dengan yang empat) dalam mengeluarkan pendapatnya. Seharusnya pimpinan mampu menengahi dan menyelesaikan permasalahan dengan tuntas, bukan dengan mengakhiri rapat dan pada akhirnya memilih tidak melaksanakan rapat. Sedangkan persepsi direktur RS X terhadap staf adalah tidak adanya keinginan staf untuk terlibat dalam rapat pembuatan sebuah kebijakan, sehingga ketika kebijakan tersebut ditetapkan beberapa staf yang tidak terlibat tersebut membantah dan memprotes keputusan direktur. Dalam kondisi gaya kepemimpinan yang semi militer menurut pengakuan direktur dan perilaku bawahan yang kurang sejalan dengan kebijakan pimpinan, hasil pencapaian BOR di RS X

17%, jauh di bawah standar nasional 60% serta indeks kepuasan pasien di RS X sebesar 5% dari target indeks kepuasan masyarakat Sumatera Barat yaitu sebesar 78%.

Pada rumah sakit tipe B yaitu RS Y, memiliki indeks pencapaian kepuasan pasien pada tahun 2012 adalah sebesar 26%. Indeks pencapaian kepuasan pasien ini tentu sangat jauh dari standar pencapaian kepuasan di Sumatera Barat. Akan tetapi, pada tahun 2013 RS Y memiliki indeks pencapaian kepuasan pasien meningkat menjadi 75% dan BOR nya di atas standar yaitu 78%. Namun, pernah mengalami permasalahan yaitu mundurnya seorang direktur pelayanan medis, yakni direktur laki-laki, akibat menolak pimpinannya yang perempuan.

Pada RS Z dengan pimpinan seorang non-Minang, dijumpai permasalahan komunikasi yang kurang menyambung antara pimpinan dengan bawahan, dengan capaian BOR 28%. Dari penelitian awal di RS X, RS Y, dan RS Z merupakan contoh model kepemimpinan yang berkaitan dengan perilaku budaya sang pimpinan dan bawahannya dewasa ini di Sumatera Barat.

Berdasarkan kepustakaan dan penelitian pendahuluan diatas, diketahui bahwa budaya setempat sangat mungkin menjadi salah satu faktor penentu keberhasilan rumah sakit di Sumatera Barat. Penelitian ini akan melakukan penelitian mendalam tentang kepemimpinan rumah sakit di Sumatera Barat berkaitan dengan budaya Minangkabau. Diharapkan dapat mengungkap sisi lain dari permasalahan rumah sakit sekarang ini serta memberikan masukan terhadap faktor-faktor yang berperan terhadap peran kepemimpinan.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan teori yang dikemukakan serta penelitian pendahuluan yang dilakukan di tiga rumah sakit di Sumatera Barat didapatkan terjadi permasalahan

antara pimpinan dan bawahan yang terkait dengan budaya Minangkabau. Karena itu dilakukan pengkajian tentang model kepemimpinan rumah sakit yang berbasis kebudayaan Minangkabau. Beberapa permasalahan dapat dirumuskan adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana karakteristik kepemimpinan Rumah Sakit di Sumatera Barat?
2. Apa saja yang menjadi dimensi dan atribut yang melingkupi fungsi kepemimpinan Rumah Sakit di Sumatera Barat?
3. Bagaimana dimensi dan atribut tersebut membentuk model kepemimpinan di rumah sakit berbasis budaya Minangkabau di Sumatera Barat?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah membangun model kepemimpinan rumah sakit melalui fungsi Kepemimpinan dalam mempengaruhi bawahan dalam konteks budaya Minangkabau.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik kepemimpinan Rumah Sakit Umum Daerah di Sumatera Barat.
2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang berperan dalam dimensi kepemimpinan Rumah Sakit Umum Daerah di Sumatera Barat yang berkaitan dengan budaya Minangkabau.
3. Merancang model kepemimpinan Rumah Sakit Umum Daerah bercirikan atribut yang berbasis budaya Minangkabau.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam mengembangkan bentuk kepemimpinan yang efektif dan sesuai dengan kebudayaan Minangkabau di Sumatera Barat.

2. Manfaat Aplikatif

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam proses rekrutmen pimpinan rumah sakit di Sumatera Barat, sehingga dapat menjadi acuan dalam pelaksanaan proses penetapan pemegang kebijakan tertinggi rumah sakit di Sumatera Barat. Selain itu hasil penelitian juga diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi pihak Manajemen rumah sakit dalam proses penetapan pengembangan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan kebudayaan dan lingkungan di Minangkabau.

1.5 Batasan Penelitian

Penelitian ini hanya melihat atribut yang menjadi unsur pembentukan model kepemimpinan berbasis kebudayaan Minangkabau di rumah sakit di Sumatera Barat. Konsep kepemimpinan modern pada umumnya meneliti unsur lain di luar budaya, seperti: kinerja organisasi, kinerja karyawan, komitmen, dan kepuasan kerja. Bahkan beberapa penelitian terdahulu lebih memfokuskan pada salah satu bentuk gaya kepemimpinan yang diimplementasikan pada organisasi. Penelitian ini dilakukan hanya pada tiga rumah sakit umum daerah. Pimpinan yang menjadi objek dalam penelitian ini hanya manajer puncak. Responden hanya dibatasi pada tiga level manajer lini di bawah manajer puncak masing-masing rumah sakit. Istilah adat Minangkabau yang digunakan pada penelitian ini hanyalah istilah adat yang telah divalidasi oleh ahli budaya Minangkabau.

