**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang Penelitian**

Kesehatan di suatu negara mempunyai peran penting untuk mendukung sumber daya manusia, kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia disamping komponen Pendidikan dan Pendapatan.Pembangunan kesehatan merupakan salah satu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Keadaan sehat menurut Organisasi Kesehatan Dunia/ *World Health Organization (WHO)* adalah keadaan sejahtera dari aspek fisik, mental, dan sosial, dan tidak hanya terbebasnya seseorang dari penyakit atau kecacatan. Dalam AyuningTyas, D (2014;5) Pengertian ini kemudian menjadi landasan keyakinan bahwa upaya setiap individu untuk memperoleh kesehatan adalah hak asasi manusia sebagaiman tertuang dalam salah satu bagian *The Universal Declaration of Human Right*, sebagai berikut.

*Everyone has the right to standard of living adequate for health and well-being of himself and his family, including food, clothing and medical care and necesessary social services, and the right to security in the even of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control*.

Pernyataan setiap individu berhak untuk mendapatkan akses dan pelayanan kesehatan tersebut kemudian diperkuat dalam *The International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*:

*Every human being has right to an environment with minimum health risks, and has access to health services that can prevent or alleviate their suffering, treat disease, and help maintain and promote good health troughout the individual’s life.*

Arti penting “Kesehatan bagi semua” secara tegas dinyatakan oleh sejumlah besar bangsa yang tergabung dalam WHO di Alma Ata tahun 1978, dengan ikrar *Health for All by 2000*. Pernyataan yang kemudian dikenal sebagai Deklarasi Alma Ata itu juga menetapkan pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*) sebagai sebuah strategi Kesehatan internasional, dokumen yang dikeluarkan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada 1978 pasal 5 menyebutkan (Ayuningtyas 2014;16) :

“Pemerintah memiliki tanggung jawab untuk kesehatan rakyatnya yang bisa dipenuhi hanya dengan adanya ketetapan mengenai ukuran-ukuran yang cukup dalam hal kesehatan dan sosial”.

Jelas kesehatan adalah hal penting yang berhak diperoleh setiap individu serta menjadi kewajiban bagi negara untuk menjamin agar setiap warga negaranya mau dan mampu untuk hidup sehat dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Selain itu, kesehatan merupakan salah satu bagian dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* yang merupakan indikator dalam menentukan tingkat kesejahteraan masyarakat.

Berkaitan dengan pembangunan kesehatan tak kurang dari 189 negara anggota Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) hadir dalam pencanangan “Deklarasi Tujuan Pembangunan Millenium” ( *Millenium Development Goals 2015* /*MDGs*) di New York, 2000. Pertemuan tersebut bertujuan untuk meningkatkan kehidupan manusia melalui pembangunan kesehatan, pendidikan,dan ekonomi. Isu-isu luas tercakup dalam deklarasi *MDGs*, di dalamnya termaktub pula butir-butir tujuan pembanguan pada bidang kesehatan seperti penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi sebagai bagian dari perlindungan kelompok rentan, selain terkait dengan strategi penurunan angka kemiskinan *(Poverty Reduction Strategy*).

Dalam beberapa tahun terakhir ini, berbagai negara berusaha untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk atau jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*). Upaya ini dimaksudkan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang komprehensif, bermutu, dan merata bagi seluruh penduduk. Indonesia bersama negara-negara anggota Organisasi Kesehatan Dunia Wilayah Asia Tenggara (*WHO-SEARO*) lainnya telah menyepakati strategi pencapaian jaminan kesehatan semesta yang mencakup langkah: 1) menempatkan pelayanan kesehatan primer sebagai pusat jaminan kesehatan semesta, 2) meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan melalui perlindungan sosial, 3) meningkatkan efisiensi pemberian pelayanan kesehatan, dan 4) memperkuat kapasitas pelayanan kesehatan untuk mencapai jaminan kesehatan semesta.

Dilandasi amanat Undang-Undang Dasar 1945, Undang-Undang nomor 40 tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang nomor 24 tahun 2011, tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Indonesia melaksanakan langkah bagi terselenggaranya Jaminan Kesehatan Nasional mulai tahun 2014, demi tercapainya jaminan kesehatan semesta. Salah satu program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah upaya kesehatan perorangan yang bersifat komprehensif dan bermutu, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional memerlukan penyiapan sisi *demand* dan *supply*. Pelaksanaan jaminan kesehatan tidak hanya akan menata subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem pelayanan kesehatan, subsistem sumber daya manusia, subsistem farmasi dan alat kesehatan, serta subsistem regulasi, sehingga terjadi harmoni antara semua subsistem dan mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan agar berjalan baik.

Dengan diselenggarakannya satu sistem jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk dimulai pada tahun 2014, maka berbagai jenis jaminan kesehatan akan melebur ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional. Untuk maksud tersebut dilakukan penyiapan oleh semua pihak yang meliputi penyiapan: 1) fasilitas kesehatan, sistem rujukan dan infrastruktur, 2) pembiayaan dan transformasi program serta kelembagaan, 3) regulasi, 4) sumber daya manusia dan capacity building, 5) kefarmasian dan alat kesehatan, serta 6) sosialisasi dan advokasi.

Di dalam amandemen UUD 1945 tahun 2002, pasal 34 ayat 2 menyatakan bahwa : “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.” Pada tahun 2005 *World Heald Organization (WHO)* mengeluarkan resolusi, *World Health Assembly (WHA)* 58.331 yang menyatakan bahwa warga negara anggota agar berusaha menuju cakupan semesta dan memastikan bahwa warga negara meraka memiliki akses ke intervensi kesehatan yang diperlukan tanpa resiko kesulitan karena keuangan.

Pasal 20 ayat 2 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyatakan bahwa : “Pemerintah bertanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.”

Guna mewujudkan amanat konstitusi tersebut, bangsa Indonesia mengembangkan sistem jaminan sosial yang ditetapkan dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan sosial merupakan sistem penyelenggaraan program pemerintah untuk memeberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia.

Dimulai awal januari 2014 Indonesia mulai menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penerapan JKN menyebabkan perubahan fundamental pada berbagai aspek yang terkait dengan industri kesehatan di tanah air. Pelayanan kesehatan akan menjadi hak penduduk, bukan lagi komoditas yang hanya bisa dinikmati oleh mereka yang mampu membayar. Masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama baiknya pada akhirnya seluruh pusat pelayanan kesehatan banyak dikunjungi masyarakat yang mau berobat.

Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna atau menyeluruh yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat merupakan ujung tombak pelaksanaan Jaminan Pelayanan Kesehatan tingkat lanjutan (Kemenkes RI, 2011 :5).

Standar pelayanan yang mengagambarkan kinerja dokter tersebut harus memenuhi standar yang telah ditentukan oleh pemerintah, untuk itu ada standar pelayanan minimal menurut Departemen Kesehatan yang tertera pada tabel 1.1

Tabel 1.1. Standar Pelayanan Minimal Menurut Departemen Kesehatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis  Pelayanan | Indikator | | Standar |
| 1 | Rawat Inap | Pemberi Pelayanan | a. Dokter Spesialis  b. perawat dan Bidan | |
|  |  | Dokter penanggung jawab pasien | 100 % | |
|  |  | Ketersediaan Pelayanan Dasar | Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah | |
|  |  | Jam visite dokter spesialis | 08.00-13.00 setiap hari kerja | |
|  |  | Kejadian infeksi pasca operasi | ≤1,5 % | |
|  |  | Kejadian infeksi pasca nasokomial | ≤1,5 % | |
|  |  | Tidak ada pasien jatuh yang berakibat cacat/meninggal | 100 % | |
|  |  | Kematian pasien > 48 jam | ≤ 0.24% | |
|  |  | Kejadian pulang paksa/atas permintaan sendiri (PAPS) | ≤ 5 % | |
|  |  | Kepuasan Pelanggan | ≥ 90 % | |
|  |  |  |  | |
| 2 | Rekam Medik | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan  Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas  Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | 100 %  100 %  ≤ 15 menit | |
|  |  |  |  | |
| 3 | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan | ≤ 80 % | |
|  |  | Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100 % | |
|  |  | Peralatan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | 100 % | |

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/ Tentang Standar Pelayanan Minimal /Tahun 2008.

Tuntutan dan kebutuhan yang timbul dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas perlu disikapi dengan peningkatan kualitas SDM terutama dokter sebagai ujung tombaknya. Dokter merupakan Sumber daya manusia yang terbatas, rumah sakit yang belum merata penyebarannya, dan sistem pembayaran yang kurang memadai untuk rumah sakit dan dokternya mengakibatkan beberapa rumah sakit banyak dikeluhkan, baik oleh pasien terhadap pelayanan yang kurang memuaskan diantaranya adalah antrian yang panjang di tempat pendaftaran, waktu tunggu yang terlalu lama di poli klinik, antrian pengambilan obat di Apotek yang lama, dokter yang datang telat, waktu kerja di poliklinik rumah sakit dirasakan oleh pasien lebih cepat, waktu pelayanan pemeriksaan setiap pasien yang diberikan oleh dokter sangat singkat sehingga pasien sulit untuk berkomunikasi dengan dokter yang memeriksanya, dan lama perawatan di ruangan lebih dipercepat waktu rawatnya. Ini sesuai dengan penelitian Lutfi at.al (Jurnal FKM UNHAS;2015) menghasilkan kepuasan Aksesibilitas dan fleksibilitas hanya 38,2%. Artinya pasien untuk mendapatkan pelayanan, akses untuk berkomunikasi dengan dokter sangat rendah hanya 38,2% berarti kinerja dokter kurang memuaskan. Penelitian Komang Trisnawati et.al tentang Analisis Kepuasan Pasien rawat jalan PNS pada masa pelaksanaan Askes dan JKN(Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi UGM; vol 5 no.1 Maret 2015) menghasilkan kepuasan pasien rawat jalan pada masa pelaksanaan Askes lebih tinggi dibandingkan pada masa pelaksanaan JKN, hal ini disebabkan responden menilai kinerja pelayanan rawat jalan pada masa JKN belum dapat sebaik pada masa Askes dengan rerata gap JKN lebih tinggi dibandingkan pada masa Askes. Gap rata-rata layanan pada masa askes – 0,55 sedangkan pada masa JKN Gap menjadi -0,72

Sedangkan penelitian Ade Cahyani et al (2015) di rumah sakit daerah Jayapura yang meneliti pengaruh Kepuasan Kerja terhadap Kinerja dokter , didapatkan bahwa dari 45 dokter yang dijadikan responden dalam penelitian tersebut, sebesar 88,9% (40 responden) menyatakan tidak puas, sedangkan yang puas 5 0rang responden (11,1%), ini menandakan bahwa kinerja dokter di masa Era JKN masih belum optimal. Fenomena yang terjadi di rumahsakit-rumahsakit baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta tentang hal ini, jika tidak ditangani secara serius dan berkesinambungan oleh semua stakeholder akan berdampak pada kinerja rumah sakit secara keseluruhan dan tujuan JKN akan mengalami kegagalan. Belum optimalnya kinerja dokter di rumahsakit-rumahsakit tercermin dari hasil penelitian pendahuluan (*Preliminary research*) yang dilakukan peneliti dengan memberikan kuesioner kepada 40 dokter di rumah sakit tipe C di kota Bandung berdasarkan sistem pengambilan sample secara *cluster proportional random sampling* terkait kinerja dokter. Adapun hasil penelitian pendahuluan terkait dengan kinerja dokter di rumah sakit tipe C dapat dilihat pada gambar 1.1 di bawah ini.

Gambar 1.1. Kinerja dokter di rumah sakit tipe C di Bandung Raya

Sumber : Hasil Preliminary Research,2016

Berdasarkan gambar diatas dapat diketahui bahwa dari enam dimensi tersebut diatas mengalami penurunan terutama pada tahun 2014 dan 2015 yaitu pada dimensi perawatan pasien */Patient Care*, dimensi Ketrampilan Interpersonal dan Komunikasi/ *Interpersonal and Skill Communication* dan dimensi *Profesionalisme .*

Pada dimensi Perawatan pasien terutama pada indikator kehadiran untuk visite pasien, dokter sering terlambat, peresepan/pemberian obat yang tidak sesuai SOP BPJS , tidak memberikan obat yang semestinya yang harus diberikan, ini akan mengakibatkan ketidak puasan pasien dan dokternya. Pada dimensi ketrampilan interpersonal dan komunikasi juga makin menurun terutama pada indikator komplain dari pasien dan keluarga pasien.

Rumah sakit akan memiliki kineraja yang baik apabila para dokternya memiliki kinerja yang tinggi, artinya kinerja para dokter baik maka kinerja rumah sakit akan baik, sebaliknya jika kinerja para dokter tidak baik maka kinerja rumah sakit juga akan mengalami penurunan (Ade Cahyani 2015).

Agar kinerja rumah sakit selalu menunjukkan trend kenaikan yang positif, maka para dokter dituntut untuk dapat memaksimalkan tugas secara profesional yang dibebankan kepadanya sehingga para dokter tersebut mempunyai pola pikir yang baik, selalu bekerja keras dengan waktu yang ditargetkan, disiplin, jujur dan memiliki loyalitas tinggi serta penuh dedikasi untuk keberhasilan tugas dan pekerjaan yang diembannya. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1438/MenKes/Per/IX/2010 Bab I pasal 1 ayat 2, para dokter harus mengikuti : *“Standar Prosedur operasional* (SPO) yaitu suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu, atau langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsesus bersama dalam melaksakana berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi”, agar tujuan tercapai. Tujuan yang mau dicapai sesuai Peraturan tersebut diatas pada Bab II pasal 2 yaitu :

1. memberikan jaminan kepada pasien untuk memperoleh pelayanan kedokteran yang berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai dengan kebutuhan medis pasien
2. mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan oleh dokter.

Menurut Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran bahwa setiap dokter yang melakukan praktek wajib memiliki Surat tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), untuk mendapatkan STR harus dipenuhi beberapa persyaratan diantaranya yaitu harus memiliki Sertifikat Kompetensi yang dikeluarkan oleh Kolegium Dokter dan Dokter Keluarga Indonesia (KDDKI), agar kinerja dokter tetap bermutu dan bekelanjutan.

Bila dikaitkan dengan fenomena yang ada mengenai data empirik kinerja dokter yang belum optimal terutama pada era JKN, dimana pada tahun-tahun permulaan pelaksanaan JKN mengalami penurunan, maka diindikasikan bahwa para dokter tersebut dalam bekerja belum mendapatkan kepuasan kerja seperti yang diharapkan.

Robbins (2008) menyatakan bahwa ketidakpuasan pekerjaan bisa berupa *neglect* (ketidakpuasan ditunjukkan melalui tindakan pasif dengan membiarkan kondisi semakin buruk), hal ini jika dilakukan oleh para dokter maka akan berakibat pelayanan kesehatan kepada masyarakat disetiap layanan kesehatan menjadi buruk, tidak terlayaninya kesehatan pada masyarakat maka akan menjadi gagalnya suatu pelayanan kesehatan yang jika mengglobal akan membangkrutkan masyarakat dan negara.

Begitu juga kepuasan para dokter terhadap sistem yang diberikan oleh sistem JKN menurun, hal ini senada dengan hasil penelitian Latifah et al (2014) di rumah sakit umum daerah Dr. Zainoel Abididn Aceh tentang penelitian Analisis Kepuasan Dokter Spesialis terhadap program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) , yang tertera pada tabel 1.2.

**Tabel 1.2 Distribusi frekuensi kepuasan dokter spesialis terhadap program JKN di RSUD Zainoel Abidin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kepuasan** | **Frekunsi**  **(n)** | **Persentase**  **(%)** |
| Sangat tidak puas  Tidak puas  Puas  Sangat puas | 10  29  39  4 | 12,2  35,4  47,6  4,9 |

Hasil penelitian didapatkan, bahwa 12,2% responden merasa sangat tidak puas, 35,4% responden merasa tidak puas, 47,6% yang merasa puas dan hanya 4,9% responden yang sangat puas. Disimpulkan oleh peneliti tersebut bahwa, terdapat hubungan antara kepuasan kerja dokter dengan pengetahuan dokter tentang INA-CBGs, kondisi lingkungan kerja, remunerasi, transparansi dan kebijakan JKN.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian pendahuluan (preliminary research) yang dilakukan peneliti dengan menyebarkan kuesioner kepada 40 dokter. Adapun hasilnya terkait variabel kepuasan kerja seperti terlihat pada gambar 1.2 dibawah ini .

Gambar 1.2. Kepuasan Kerja dokter di rumah sakit tipe C di Bandung Raya

Sumber : Hasil Preliminary Research,2016

Gambar diatas menunjukkan bahwa faktor finansial dan faktor Psikologis merupakan dimensi terendah dari empat dimensi dari variabel kepuasan kerja. Berdasarkan penjelasan tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan kerja para dokter di rumah sakit tipe C masih kurang optimal.

Kinerja akan meningkat apabila kepuasan kerja dari pekerja dalam hal ini para dokter terpenuhi, seperti hasil penelitian Morison (1994). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Robbins (2015) ditemukan organisasi dengan memberikan kepuasan kerja yang baik akan memberikan kecenderungan lebih efektif daripada organisasi dengan yang tidak memuaskan kinerja para pelaku kerja. Kepuasan Kerja yang terpenuhi akan memacu semangat dan kreatifitas dalam bekerja sehingga menunjukkan kinerja yang baik (Sedermayanti, 2011).

Menurut beberapa peneliti diatas bahwa, salah satu cara untuk meningkatkan kinerja adalah meningkatkan kepuasan kerja, sedangkan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kepuasan kerja para dokter diantaranya adalah bagaimana memberikan kompenasai kepada dokter yang sesuai.

Profesi dokter sebagai tulang punggung sistem pelayanan kesehatan nasional pada era JKN dalam sistem pembayaran mengalami perubahan , baik dari segi pembayaran jasa dokter, beban kerja dokter yang meningkat, jadwal waktu jaga di rumah saki-rumah sakit yang meningkat jam kerjanya, dan dokter tidak lagi menentukan tarif secara sepihak , tarif dokter ditentukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS), rumah sakit mendapat pembayaran dengan cara sistem INA-CBG., hal ini berakibat adanya perubahan sistem kompensasi dokter, sehingga menurunnya motivasi, etos kerja , kepuasan kerja dan kinerja dokter.

Konsep kompensasi dokter sejak jaman filosuf Yunani seperti Hipokrates, plato, Aristoteles dan Galen menjadi bahan perdebatan sampai sekarang. Kita mendengar ungkapan *“Medicine is science and an art”*. Seorang dokter dalam menjalankan profesinya dituntut tidak saja menguasai pengetahuan dan ketrampilan tinggi, tapi juga memadukan nalar, rasa dan pemahaman yang mendalam tentang kondisi pasiennya. Sehingga cara ia menangani masalah kesehatan yang sama pada dua individu bisa berbeda, meskipun sebenarnya ia melayani kedua pasien tersebut dengan kompetensi yang sama bahkan dengan peralatan medis dan obat-obatan yang sama. Hal ini karena ia memahami bahwa ia sedang mengobati seorang manusia yang sedang menderita penyakit , bukan mengobati penyakit yang ada di manusia.

Standar prosedur operasional ini serba terukur dan karenanya setiap tindakan / prosedur medik dapat diperkirakan waktunya . secara umum besarnya potensi pendapatan dokter setahun merupakan perkalian antara produktifitas dokter dengan jasa medik. Jasa medik adalah imbalan yang diberikan kepada dokter untuk suatu jenis layanan medik, besarnya jasa medik seyoyanya mempertimbangkan kemampuan dan kemauan masyarakat membayar ( *ability and willingness to pay*).

Faktor kompensasi merupakan salah satu yang penting untuk meningkatkan kepuasan kerja. Berdasarkan observasi peneliti di beberapa rumah sakit banyak dokter mempermasalahkan penerapan kompensasi berdasarkan INA-CBGs, cara ini berarti mentransfer risiko ke fasilitas kesehatan dimana dokter ikut menanggung risiko biaya bila ia memberikan pelayanan tidak sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. ( PB IDI – Metode Membayar Dokter 2013 :iii), hal ini memberikan dampak pada kepuasan kerja dan kinerja yang menurun.

Hasil penelitian pendahuluan (*preliminary research*) yang dilakukan peneliti dengan menyebarkan kuesioner kepada 40 dokter. Adapun hasilnya terkait variabel kompensasi seperti terlihat pada gambar 1.3 dibawah ini .

Gambar 1.3. Kompensasi dokter di rumah sakit tipe C di Bandung Raya

Sumber : Hasil Preliminary Research,2016

Gambar diatas menunjukkan bahwa faktor kompensasi tidak langsung sangat rendah yaitu 55% dan masih belum optimum seperti indikator uang cuti, Jaminan keamanan, beasiswa/tugas belajar, rekreasi, pensiun untuk dokter dari rumah sakit tidak diberi. sedangkan faktor kompensasi langsung 63% masih belum optimum, seperti pada indikator tunjangan profesi, tunjangan khusus dan fungsional dirasakan para dokter kurang memadai. Berdasarkan penjelasan tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa kompensasi di rumah sakit tipe C masih kurang optimal.

Selain Kompensasi , motivasi dapat mempengaruhi kepuasan kerja dokter. Motivasi sebagai pendorong timbulnya semangat atau dorongan kerja. Tinggi rendahnya motivasi seseorang mempunyai memepengaruhi terhadap besar kecilnya prestasi yang diraih. Setiap tindakan yang dilakukan oleh seseorang maka secara psikologis pasti orang tersebut memiliki faktor yang mendorong melakukan perbuatan tersebut. Motivasi sangat penting bagi tinggi rendahnya pelayanan di suatu rumah sakit. Jika para dokter motivasinya rendah untuk bekerja dan melayani pasien , baik secara personal maupun bekerja bersama dengan teman sejawatnya bagi kepentingan pelayanan di rumah sakit, maka tujuan yang telah ditetapkan tidak akan tercapai. Sebaliknya jika para dokter memiliki motivasi tinggi maka hal tersebut dapat menjadi jaminan atas keberhasilan pelayanan kesehatan rumah sakit .

Problem yang dihadapi oleh rumah sakit dalam melayani kesehatan adalah menurunnya motivasi para dokter. Hal ini dikarenakan oleh semakin meningkatnya volume kerja dokter , sedangkan jumlah dokter yang tersedia masih terbatas sehingga hal ini memicu tingkat kemalasan dokter dalam melayani pasiennya. Dengan tingkat kemalasan yang tinggi mengakibatkan penumpukan pasien, kurang terlayaninya pasien dan menyebabkan ketidakpuasan pasien akan kinerja dokter pada pelayanan kesehatan.

Jika hal ini tidak mendapat perhatian serius oleh pihak Stakeholder akan dapat mengakibatkan menurunnya kualitas pelayanan. Berdasarkan hasil penelitian pendahuluan seperti terlihat pada gambar 1.4, sebagai berikut :

Gambar 1.4 Motivasi dokter di rumah sakit tipe C di Bandung Raya

Sumber : Hasil Preliminary Research,2016

Gambar diatas menunjukkan bahwa variabel motivasi faktor higiene atau faktor ekstrinsik masih rendah yaitu 65% , minimnya angka yang diperoleh dalam kuesioner ini disumbang dari beberapa indikator yaitu indikator kompensasi yang walaupun para dokter dalam bekerja bukan didorong oleh nilai materi saja tetapi oleh kepuasan dalam ketepatan mendiagnosa, kecepatan dan ketepatan pertolongan dan terapi serta sembuhnya pasien tetapi faktor kompensasi yang diperlakukan JKN dengan cara *INA-CBGs* ini yang menjadi rendah. Sedangkan indikator keamanan dan keselamatan kerja dokter terutama dalam penanganan tindakan yang disorot oleh hukum malpraktek juga cukup merendahkan angka tersebut diatas. sedangkan faktor Intrinsik/ faktor motivasional masih belum optimal ini disumbang dari beberapa indikator diantaranya adalah pengakuan orang lain dan tanggungjawab, kedua indikator ini banyak menyumbang angka rendah karena makin tinggi profesi seorang dokter makin sedikit pasien . sedangkan faktor tanggung jawab masih terbebani oleh takutnya seorang dokter dalam ranah hukum malpraktek. Berdasarkan penjelasan tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa motivasi dokter di rumah sakit tipe C masih kurang optimal.

Berdasarkan hasil-hasil penelitian terdahulu, motivasi karyawan berpengaruh positif terhadap kepuasan kerja. Semakin tinggi motivasi para dokter maka akan berdampak terhadap kepuasan kerja para dokter seperti pada penelitian (Challagalla dan shervani, 2006; Jurkeiwick, 2001 dan Smith et.al 2010).

Sedangkan Kreithner dan Kincki (2014) dalam penelitiannya menunjukkan adanya hubungan positif dan signifikan antara motivasi dengan kepuasan kerja.

Selain motivasi, komitmen para dokter dapat mempengaruhi kepuasan kerja para dokter. Komitmen para dokter merupakan suatu kondisi yang dirasakan oleh para dokter sehingga dapat menimbulkan perilaku positif yang kuat terhadap organisasi kerja yang dimilikinya. Menurut Djati dan Kusaini (2003), komitmen para dokter bukan hanya kesetiaan pada organisasi rumah sakit, tetapi suatu proses yang berjalan dimana para dokter mengekspresikan kepeduliannya terhadap rumah sakit dengan prestasi kerja yang tinggi.

Penguatan komitmen merupakan faktor yang sangat penting karena komitmen para dokter menjadi isi, jiwa dan perilaku anggota organisasi rumah sakit. Proses transformasi organisasi rumah sakit dan semua proses perubahan dalam organisasi rumah sakit harus disadari oleh para dokter, baik itu regulasi pemerintah atau adanya pesaing.

Menurut Hacket dan Guinon dalam Sopiah (2011), para pekerja yang mempunyai komitmen terhadap organisasi yang tinggi akan akan berdampak pada pekerja dalam hal ini para dokter , yaitu ia lebih puas dengan pekerjaan, konsentrasi pada pekerjaannya dan kinerja yang meningkat. Sedangkan menurut Spector dan Karsten (2005), dampak yang ditimbulkan jika karyawan (dalam hal ini para dokter) mempunyai komitmen yang tinggi adalah karyawan tersebut akan tetap tinggal dalam organisasi rumah sakit tersebut. Truckenbrodt (2000) menyatakan kuat lemahnya komitmen karyawan (dlam hal ini pdra dokter) pada organisasi rumah sakit dapat dilihat dari kinerja organisai atau maju mundurnya rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian pendahuluan seperti terlihat pada gambar 1.5. Bahwa komitmen berkelanjutan merupakan dimensi yang terendah disusul oleh dimensi Afektif, hasil penelitian pendahuluan ini dilakukan dengan menyebar kuesioner kepada 40 para dokter di rumah sakit tipe C secara cluster proportional random sampling.

Gambar 1.5 Komitmen dokter di rumah sakit tipe C di Bandung Raya

Sumber : Hasil Preliminary Research,2016

Gambar 1.5 diatas menunjukkan bahwa faktor Komitmen berkelanjutan sangat rendah yaitu 55% belum optimum seperti, indikator loyal terhadap rumah sakit, manfaat bekerja di rumah sakit dalam jangka waktu yang lama dan ketergantungan terhadap rumah sakit . sedangkan faktor komitmen afektif 75% juga masih belum optimum, seperti pada indikator dokter kurang memiliki kemauan kerja secara ekstra, tingkat kepedulian terhadap organisasi rumah sakit dan kepedulian terhadap atasan dan bawahan yang masih belum optimum. Berdasarkan penjelasan tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa komitmen dokter di rumah sakit tipe C masih kurang optimal.

Selain komitmen, motivasi, dan kompensasi yang mempengaruhi kepuasan kerja, juga yang tidak kalah pentingnya adalah kompetensi dokter, sebagaimana yang diungkapkan oleh Sutermeister dalam Uhar (2013) bahwa kinerja pegawai tergantung pada kompetensi dan motivasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Gibson dalam Uhar (2012) bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu faktor individu yang meliputi kemampuan, ketrampilan, mental fisik, latar belakang keluarga, pengalaman dan demografi.

Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia menjelaskan bahwa kopetensi dokter dibangun dengan pondasi yang terdiri atas profesionalitas yang luhur, mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif, dan ditunjang oleh pilar berupa pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, ketrampilan klinis, dan pengelolaan masalah kesehatan.

Hasil penelitian pendahuluan (preliminary research) yang dilakukan peneliti dengan menyebarkan kuesioner kepada 40 dokter. Adapun hasilnya terkait variabel kompetensi seperti terlihat pada gambar 1.6 dibawah ini .

Gambar 1.6 Kompetensi dokter di rumah sakit tipe C di Bandung Raya

Sumber : Hasil Preliminary Research,2016

Gambar 1.6 diatas menunjukkan bahwa dimensi kompetensi pengelolaan informasi, kompetensi komuniasi efektif dan kompetensi mawas diri dan pengembangan diri pada para dokter masih rendah yaitu 65% dari tujuh dimensi kompetensi dokter. Artinya bahwa kompetensi yang sebetulnya sangat diperlukan oleh dokter dalam menangani pasien selain kompetensi profesionalitas dokter yang luhur, kompetensi ketrampilan klinis dan kompetensi landasan ilmiah ilmu Kedokteran. Berdasarkan penjelasan tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa kompetensi dokter di rumah sakit tipe C masih kurang optimal.

Pertimbangan pemilihan rumah sakit tipe C karena rumah sakit tipe C adalah rumah sakit yang harus ada disetiap kabupaten/kota dan merupakan ujung tombak tingkat awal dari fasilitas rujukan Jaminan Kesehatan sebelum dilakukan rujukan ke rumah sakit tipe B dan rumah sakit tipe A.

Berdasarkan urian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih mendalam tentang masalah tersebut dengan judul penelitian: “ANALISIS PENGARUH KOMPENSASI, MOTIVASI, KOMITMEN DAN KOMPETENSI TERHADAP KEPUASAN KERJA SERTA IMPLIKASINYA PADA KINERJA DOKTER DI RUMAH SAKIT TIPE C PADA ERA KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN).”

* 1. **Identifikasi Masalah**

Identifikasi masalah berdasarkan latar belakang penelitian telah dijelaskan sebelumnya dan terkait dengan fokus penelitian adalah sebagai berikut :

1. Tuntutan masyarakat yang semakin kritis terhadap pelayanan yang dilakukan oleh dokter di rumah sakit.
2. Masyarakat belum puas atas kualitas jasa maupun barang (obat-obatan) yang diberikan oleh BPJS melalui rumah sakit
3. Komitmen para dokter belum spenuhnya optimal dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit pada masa JKN ini
4. Para dokter masih menunjukkan kurang kepedulian terhadap para karyawan yang lain
5. Motivasi dokter di rumah sakit pada masa JKN belum tinggi
6. Kepuasan kerja belum sepenuhnya dirasakan oleh para dokter di rumah sakit tipe C ini
7. Masih banyaknya para dokter yang mengeluhkan jasa pelayanan yang dirasakan masih rendah
8. Para dokter belum sepenuhnya melaksanakan kerja secara optimal
9. Belum tercipta kesadaran di kalangan para dokter dalam meningkatkan produktivitas kerja/pelayanan
10. Kualitas dan kompetensi sumber daya manusia yang dimiliki rumah sakit tipe C belum optimal dalam mendukung visi dan misi rumah sakit
11. Evaluasi kinerja dokter masih belum berjalan sesuai yang diharapkan
12. Para dokter masih menunda waktu untuk menyelesaikann pekerjaan sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan .
13. Para dokter belum menunjukkan sikap dan prilaku produktif dalam pelayanan kepada para pasien terutama pasien JKN
14. Para dokter belum menunjukkan perilaku disiplin terutama dalam ketepatan waktu.
15. Harapan pasien JKN akan pelayanan yang prima oleh dokter semakin meningkat sedangkan pelayanan kesehatan oleh dokter kepada pasien JKN semakin menurun dibanding pelayanan kepada pasien umum.
16. Manajemen rumah sakit masih banyak yang *wait and see t*erhadap pelaksanaan JKN sehingga kegiatan bisnis secara profesional dalam bidang perumahsakitan oleh swasta di Indonesia masih belum terlaksana dengan baik
17. Kinerja rumah sakit untuk pelayanan kesehatan pasien JKN relatif belum optimal
18. Tata kelola rumah sakit di era JKN belum sepenuhnya dilaksanakan dengan optimal
19. Keluhan-keluhan dari para dokter dan rumah sakit belum ditanggapi sepenuhnya secara optimal oleh BPJS sebagai pelaksana JKN
20. Para dokter yang belum mampu menunjukkan kinerja yang optimal
21. Masih rendahnya komitmen dokter terhadap pelayanan keseshatan kepada masyarakat
22. Rendahnya kompetensi sumber daya manusia dalam mengidentifikasi program-program kegiatan yang harus dilaksanakan denganpenuh dedikasi dan tanggungjawab.
    1. **Batasan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah tersebut diatas, peneliti menetapkan batasan masalah sebagai berikut :

1. Fenomena yang dikaji pada penelitian ini adalah belum optimalnya kinerja para dokter akibat belum terpenuhinya kepuasan kerja dari para dokter di rumah sakit-rumah sakit tipe C sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di setiap kabupaten /kota pada era Jaminan Kesehatan sekarang ini. sedangkan kajian pada penelitian ini menekankan pada pengaruh kompensasi, motivasi, komitmen dan kompetensi dokter terhadap kepuasan kerja dalam rangka meningkatkan kinerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
2. Variabel-variabel yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah :
3. Variabel independen : kompensasi, motivasi, komitmen dan kompetensi
4. Variabel intervening : kepuasan kerja
5. Variabel dependen : Kinerja dokter
6. Lokasi penelitian adalah rumahsakit-rumah sakit tipe C yang terdapat di daerah kota Bandung , Kabupaten Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat , yang bekerja sama dengan BPJS (Badan Pelaksana Jaminan Sosial) sebagai pelaksana JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dengan alasan bahwa rumah sakit tipe C adalah rumah sakit ujung tombak dari pelaksana pelayanan Kesehatan di setiap kabupaten/kota dan tingkat rujukan pertama dari fasilitas kesehatan tingkat I.
7. Pada penelitian ini menggunakan teknik sampling berupa propotional cluster random sampling, dan penelitian ini menggunakan teknik analisa jalur.
   1. **Rumusan Masalah**
8. Bagaimana kondisi Kompensasi, Motivasi, Komitmen dan kompetensi dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
9. Bagaimana kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
10. Bagaimana kinerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
11. Bagaimana pengaruh kompetensi terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
12. Bagaimana pengaruh motivasi terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
13. Bagaimana pengaruh komitmen terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
14. Bagaimana pengaruh kompetensi terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
15. Bagaimana pengaruh kompensasi, motivasi , komitmen, dan kompetensi terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
16. Bagaimana kepuasan kerja dokter terhadap kinerja dokter terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
    1. **Tujuan Penelitian**

Sesuai dengan permasalahan yang telah dirumuskan diatas, maka tujuan penelitian yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui, mengkaji dan menganalisis kondisi kompensasi, motivasi, komitmen dan kompetensi dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
2. Untuk mengetahui, mengkaji dan menganalisis kondisi Kepuasan Kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
3. Untuk mengetahui, mengkaji dan menganalisis kondisi kinerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
4. Untuk mengetahui besaran dan menganalisis pengaruh kompensasi terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
5. Untuk mengetahui besaran dan menganalisis pengaruh motivasi terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
6. Untuk mengetahui besaran dan menganalisis pengaruh komitmen terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
7. Untuk mengetahui besaran dan menganalisis pengaruh kopetensi terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
8. Untuk mengetahui besaran dan menganalisis pengaruh kompensasi, motivasi, komitmen dan kompetensi terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
9. Untuk menganalisis pengaruh kepuasan kerja dokter terhadap kinerja dokter di rumah sakit tipe C di Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.
   1. **Manfaat Penelitian**
      1. **Manfaat Teoritis**
10. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih bagi pengembangan ilmu manajemen dan dapat mempertajam serta memperkaya terhadap hasil penelitian terdahulu tentang manajemen khususnya masalah kompensasi, motivasi, komitmen dan kopmpetensi terhadap kepuasan kerja dokter dalam rangka meningkatkan kinerja dokter di era JKN .
11. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi konfirmasi dan tanggapan terhadap teori-teori yang menjelaskan penelitian terdahulu tentang kompensasi, motivasi, komitmen dan kompetensi terhadap kepuasan kerja dalam rangka meningkatkan kinerja dokter di era JKN
12. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berguna bagi semua pihak yang dapat memperkaya khasanah teori manajemen sumber daya manusia dan perilaku organisasi.
    * 1. **Manfaat Praktis**
13. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada para stakeholder dan pemerintah sebagai dasar untuk membuat dan memperbaiki kebijakan di bidang kesehatan yang berorientasi pada peningkatan kualitas sumber daya manusia.
14. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi rumahsakit-rumahsakit tipe C dalam meningkatkan penerapan kompensasi, motivasi, komitmen dan kompetensi secara umum terhadap kepuasan kerja dalam rangka meningkatkan kinerja para dokter.
15. Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan oleh pimpinan dalam pengambilan keputusan strategis dalam rangka untuk meningkatkan kepuasan kerja para dokter dan kinerja para dokter di rumah sakit tipe C.