

PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN DI ERA DESENTRALISASI DAN MEKANISME PASAR

Widodo J Pudjirahardjo¹

ABSTRACT

Political changes in health policy, pertaining to the regional autonomy in Indonesia, have caused changes in the structural and functional components in the health field at Provincial and District level. The role of District Health Office becomes very essential in manage the health program and resources, including health human resources. Since the variability of resources between inter-regional health system is very enormous, and some problems are existed, thus government should develop the systematic scenario of human resources management system. The scenario needs support from a leader that has visionary and transformational leadership as well as entrepreneur and professionalism mindset to tackling the health problems in the regional area. In conclusion, despite the important role of District Health Office in managing the health human resources as the anticipation of the impact of decentralization, the health workers should also take the opportunities and challenge to provide program and health services that suffice the needs and demands of society.

Key words: health human resource, policy, leadership, decentralization

ABSTRAK

Perubahan politik dalam kebijakan kesehatan, khususnya terkait dengan otonomi daerah di Indonesia, menyebabkan perubahan pada komponen struktural dan fungsional pada level Provinsi dan Kabupaten/Kota. Peran Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota menjadi sangat vital dalam mengelola program sekaligus dalam pengelolaan sumber daya, termasuk SDM kesehatan. Karena variabilitas sistem kesehatan antardaerah yang sangat besar serta adanya berbagai kendala yang harus dihadapi dalam penyelenggaraan desentralisasi, maka pemerintah daerah harus mengembangkan sistem pengelolaan SDM yang secara sistematis. Selain itu, diperlukan kepemimpinan yang visioner dan transformasional sekaligus ber-mindset profesional dan berjiwa enterprenuer yang dapat mendorong implementasi desentralisasi kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa peran Dinas Kabupaten atau Kota cukup besar dalam melakukan penataan SDM Kesehatan, sebagai upaya mengantisipasi dampak dari kebijakan desentralisasi. Selain itu, SDM Kesehatan juga harus mampu memanfaatkan peluang di era desentralisasi dan pasar bebas sehingga dapat menyediakan program dan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat.

Kata kunci: SDM kesehatan, kebijakan, kepemimpinan, desentralisasi

Naskah Masuk: 12 Desember 2011, Review 1: 20 Desember 2011, Review 2: 20 Desember 2011, Naskah layak terbit: 27 Desember 2011

PENDAHULUAN

Perubahan keadaan sistem ekonomi dan politik yang terjadi saat ini telah membawa perubahan pada sistem kesehatan. Beberapa perubahan yang terkait dengan beberapa kebijakan di bidang kesehatan yang di antaranya adalah: 1) UU Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, 2) UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, 3) UU Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN, 4) UU Nomor

24 Tahun 2011 tentang BPJS, 5) UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, 6) UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, 7) UU Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, 8) PP Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai daerah otonom, serta 9) Permenkes Nomor 971 Tahun 2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan.

¹ Dosen pada Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Mulyorejo, Surabaya 60115
Alamat Korespondensi: E-mail: widodoJP@yahoo.com

Keberadaan kebijakan tersebut membawa dampak yang signifikan bagi sistem kesehatan. Misalnya, undang-undang tentang penyelenggaraan pemerintah daerah dan otonomi daerah membawa konsekuensi pada pola pemerintahan yang terdesentralisasi. Desentralisasi dapat diartikan sebagai pelimpahan kewenangan atau pengembalian kewenangan. Jika dilihat tujuan dari desentralisasi kesehatan di Indonesia adalah mengoptimalkan pembangunan kesehatan melalui pemberian wewenang pada pemerintah daerah untuk menciptakan upaya kesehatan yang lebih efektif, efisien dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Kondisi ini memberikan peran yang sangat vital bagi Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten dan Kota, baik terkait dengan pengelolaan program ataupun pengelolaan sumber daya, di antaranya pengelolaan SDM kesehatan. Sebagai institusi kesehatan yang strategis, Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten dan Kota mampu mengelola dan mengembangkan kegiatannya sesuai dengan visi dan misi yang telah ditetapkan. Selain itu, Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten dan Kota juga dituntut untuk mengembangkan sistem kesehatan yang sesuai dengan kondisi setempat dengan kata lain harus mampu melakukan penataan sistem kesehatan wilayah dan sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan daerah. Untuk mengoptimalkan terlaksananya fungsi pengelolaan program dan sumber daya kesehatan, setiap institusi pemerintah dan swasta, terutama sektor kesehatan di daerah, harus segera berpikir untuk mencari alternatif kebijakan dan kegiatan yang dapat memobilisasi semua kemampuan yang ada di daerahnya.

Melalui desentralisasi, kespesifikan kebutuhan di masing-masing daerah telah tampak dan membawa dampak pada kebutuhan program kesehatan yang berbeda di masing-masing daerah sehingga Dinkes Kabupaten Kota harus dapat mengembangkan program yang berorientasi pada kebutuhan pasar.

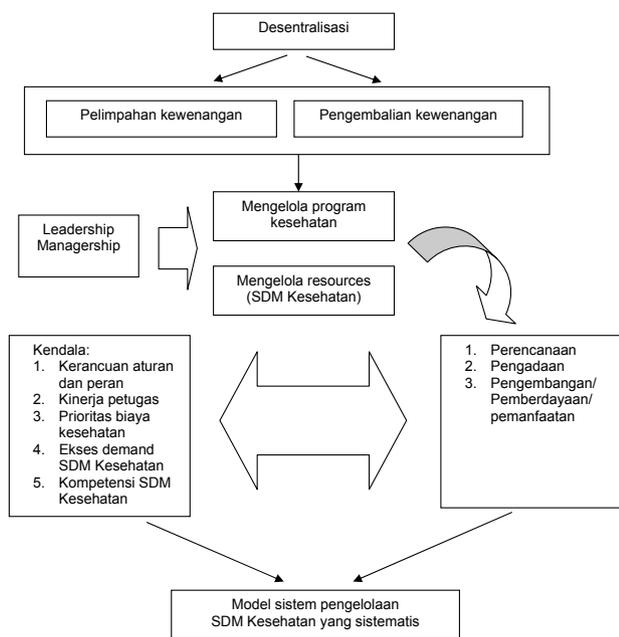
Dalam pengelolaan sumber daya, pengembangan dan penataan SDM kesehatan di Dinkes Kabupaten Kota sangat penting dan perlu dipersiapkan dengan cermat. Apapun program kesehatan yang akan dikembangkan, kemampuan dan kompetensi SDM akan menentukan tercapainya tujuan normatif pembangunan kesehatan, yaitu: (1) *quality*, (2) *accessability*, (3) *equity*, (4) *sustainability*, dan (5) *cost-effective*.

Kelima tujuan normatif ini yang seharusnya merupakan acuan dasar pengembangan dan pembinaan SDM kesehatan di setiap daerah. Walaupun demikian tidak menutup kemungkinan adanya kebebasan untuk adanya variasi antardaerah sesuai dengan ciri kondisi daerah tersebut. Selain itu, pengembangan SDM kesehatan harus juga memperhatikan tantangan dan kendala pembangunan kesehatan baik yang datang dari luar organisasi ataupun perubahan di dalam organisasi kesehatan. Semisal, kompetensi SDM kesehatan harus sesuai dengan deskripsi pekerjaan atau jabatan yang ada. Kompetensi SDM pun harus sesuai dengan kebutuhan daerah, karena tidak menutup kemungkinan, kebutuhan terhadap program kesehatan berbeda antara daerah satu dengan yang lain.

TANTANGAN DAN KENDALA PEMBANGUNAN KESEHATAN DI DAERAH

Pengelolaan program dan pengembangan sumber daya yang dilakukan oleh Dinkes Kabupaten Kota terkait dengan pelaksanaan desentralisasi menghadapi beberapa kendala di antaranya:

1. Masih terdapatnya kerancuan pada berbagai aturan, termasuk di bidang kesehatan. Kerancuan terutama terlihat pada belum tuntasnya peran yang diberikan kembali kepada Pemerintah Kabupaten Kota. Selain itu perubahan *politik ekonomi* di Indonesia dari sistem terkendali menjadi sistem mekanisme pasar akan berdampak sangat besar terhadap dinamika bidang kesehatan di daerah. Sistem ekonomi mekanisme pasar mengedepankan kesempurnaan sistem pasar dan menyerahkan penentuan tingkat harga pada mekanisme pasar.
2. Kendala kelembagaan di bidang kesehatan yang sangat menonjol adalah lambatnya kinerja petugas kesehatan pada institusi milik pemerintah. Kita semua dapat merasakan belum optimalnya kualitas serta lambannya pelayanan lembaga Dinkes Kabupaten Kota milik pemerintah dibandingkan dengan lembaga milik swasta. Untuk itu Dinkes dalam mengelola SDM nya harus memperhatikan faktor sistem rekrutmen SDM, status kepegawaian SDM, "manajemen SDM" yang diterapkan dalam lembaga kesehatan, dan sistem pengakuan kinerja (remunerasi) petugas kesehatan.



Gambar 1. Keterkaitan desentralisasi dengan pengelolaan SDM Kesehatan yang sistematis

3. Bertumpuknya pola penyakit telah menyebabkan adanya 'kompetisi' dalam prioritas dan alokasi biaya kesehatan, khususnya antara pelayanan primer yang berbasis program kesehatan masyarakat yang bersifat publik, pelayanan sekunder dan tersier yang berbasis pelayanan kuratif serta rumah sakit yang bersifat privat. Oleh karena itu Dinkes Kabupaten Kota harus segera menata struktur organisasi dan programnya sesuai dengan kedua ciri tersebut.
4. Tantangan lain adalah terjadinya ekses *demand*; permintaan atas SDM kesehatan meningkat jauh lebih cepat daripada kemampuan pasokan. Langkanya tenaga spesialis misalnya menyebabkan biaya pelayanan spesialistik menjadi mahal dan tenaga spesialis menjadi lebih sulit ditata. Keadaan tersebut juga menjadi pemicu terjadinya *moral hazard* dalam alokasi waktu kerja para tenaga spesialis. Pengalaman buruk seperti ini hendaknya tidak diulang oleh daerah dalam mengembangkan struktur kelembagaan kesehatannya nanti. Oleh karena itu dibutuhkan peran pemerintah daerah sebagai fasilitator, pembina, dan pengawas (Regulator) dalam persoalan distribusi SDM kesehatan.

5. Masuknya investor ke dalam industri pelayanan kesehatan dengan motivasi mengejar keuntungan ekonomis serta masuknya tenaga asing dengan keterampilan dan kompetensi yang lebih kompetitif merupakan tantangan yang harus dihadapi. Tantangan ini seharusnya disikapi oleh lembaga pendidikan dan pelatihan dengan merumuskan kurikulum ataupun menawarkan pelatihan bidang teknis dan manajerial kesehatan dalam rangka membentuk kompetensi SDM kesehatan yang tidak kalah dengan tenaga asing.

Tuntutan masyarakat yang semakin meningkat, semakin kompleks, dan semakin bervariasi, di antaranya terhadap: (a) tingkat akuntabilitas, (b) tingkat kualitas, serta (c) adanya jaminan hukum dalam bidang kesehatan. Untuk menyesuaikan dengan keadaan ini diperlukan adanya 'model pengelolaan SDM bidang kesehatan' yang dapat mengendalikan perilaku (pemahaman, kesadaran, sikap, motivasi, kemampuan dan kegiatan proses pelayanan) pemberi pelayanan kesehatan. Pengembangan model sistem pengelolaan SDM idealnya harus mampu menjangkau secara sistematis lingkup pemahaman, kesadaran, sikap, motivasi, kemampuan, dan proses pelayanan kepada masyarakat. Oleh karena itu model sistem pengelolaan SDM kesehatan hendaknya memperhatikan hal berikut:

- a) pengembangan konsep kepemimpinan pada setiap unit kerja bidang kesehatan;
- b) perubahan 'mental berfikir' (*mindset*) yang bertanggung jawab, terbuka dan inovatif;
- c) pengembangan budaya *entepreunership* dan *profesionalisme*;
- d) kemampuan SDM dalam pengembangan program dan kegiatan yang terfokus;
- e) pemahaman tentang konsep pemasaran sehingga setiap SDM kesehatan mempunyai jiwa *client-oriented*;
- f) kemampuan mengembangkan sistem audit pelayanan kesehatan, serta budaya audit pelayanan kesehatan dan kedokteran (medik)
- g) kemampuan pengembangan parameter kinerja dan pengukuran kinerja pelayanan kesehatan (*job appraisal*), sebagai tolok ukur baku;
- h) perlunya kemampuan advokasi serta pengetahuan di bidang hukum kesehatan dan kedokteran.

Salah satu ciri kemampuan utama yang harus dimiliki dalam pengelolaan program dan pengembangan sumber daya adalah kepemimpinan. Di bawah ini akan dibahas khusus beberapa konsep yang terkait dengan kepemimpinan.

PENGEMBANGAN KONSEP KEPEMIMPINAN

Dalam memahami konsep kepemimpinan, salah satu yang paling penting adalah memahami definisi kepemimpinan. Definisi kepemimpinan yang integratif dikemukakan oleh Winston and Patterson (2006), pemimpin adalah satu atau sekelompok orang yang memilih, melengkapi, melatih dan memengaruhi satu atau lebih pengikut yang mempunyai kemampuan dan keterampilan yang berbeda; memfokuskan pengikut pada misi dan tujuan organisasi yang menyebabkan pengikut secara antusias mempunyai kemampuan untuk mencurahkan kemampuan spiritual, emosional dan fisik menjadi upaya yang terkoordinasi untuk mencapai misi dan tujuan organisasi.

Lebih lanjut, Buhler (1995) mengartikan kepemimpinan sebagai kemampuan untuk memengaruhi orang lain melalui upaya membangun kepercayaan (trust), pendelegasian wewenang, mendorong perbedaan pendapat, serta mengambil risiko dan inisiatif.

Peran spesifik pemimpin berbeda dengan peran manajer, khususnya jika dilihat berdasarkan tiga aspek yaitu penerimaan oleh anggota, ciri individu dan bentuk hubungan (Zalenick, 1977). Anggota

atau pengikut hanya akan dan mengakui individu sebagai pemimpin jika pemimpin mempunyai sifat suri tauladan. Berdasarkan ciri individu, pemimpin berperan untuk dapat menciptakan cara pendekatan baru, pendekatan alternatif, nilai keluhuran dan pemikiran "Pro-Aktif". Selain itu, pemimpin juga berperan untuk mengembangkan bentuk hubungan yang setara dan harmonis dengan anggota. Sedangkan peran manajer lebih pada peran interpersonal, pemberian informasi, dan pengambilan keputusan (Mintzberg dalam Yukl, 2008). Ciri perbedaan antara pimpinan (manager) dan pemimpin (leader) dapat dilihat pada tabel 1.

Peran leader penting sebagai penentu sistem dan arah kegiatan, sebagai komunikator, advokator, dan mediator organisasi, sebagai pengayom, inspirator dan wakil kelompok atau organisasi. Kedua ciri tersebut mutlak dibutuhkan dalam pengelolaan program dan pengelolaan sumber daya kesehatan.

STRUKTUR PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN

Dengan memperhatikan semua bahasan di atas, struktur pengembangan SDM kesehatan yang komprehensif dan saling terkait satu sama lain dapat diarahkan pada:

1. pengembangan kepemimpinan yang bersifat visionaire dan transformational;
2. pengembangan mental berfikir entrepreneurship dan profesionalisme;

Tabel 1. Ciri perbedaan pimpinan dan pemimpin

Aspek	Pemimpin (Leader)	Pimpinan (Manajer)
Hal yang dikerjakan	Keputusan saat kritis Keputusan strategis Memberi alternatif Penetapan tujuan Prospektif Proaktif Menciptakan budaya dan sistem	Keputusan rutin Keputusan taktis Mengurangi ketidakpastian Pencapaian tujuan Retrospektif Reaktif Bekerja dalam budaya dan sistem
Pendekatan dalam bekerja	Personal Pendekatan moral Pencapaian konsensus Menciptakan pemberdayaan	Struktural Pendekatan rules dan regulation Menggunakan hierarkhi Mengendalikan anggota (monitor dan control)
Sumber penggerakan	Pengaruh Pengkakuan anggota Informal atau personal	Otoritas Posisi atau jabatan formal Formal atau struktural

3. pengembangan budaya kerja bidang kesehatan (budaya santun, disiplin, dan pelayanan);
4. pengembangan pemahaman dan kesadaran, tidak sekadar pengetahuan;
5. pengembangan motivasi dan komitmen kerja;
6. pelatihan bidang teknis dan manajerial kesehatan, misalnya ekonomi kesehatan, asuransi kesehatan, politik kesehatan, teknik negosiasi dan bargaining, manajemen logistik, manajemen pemasaran, manajemen SDM, manajemen Keuangan, manajemen perubahan dan konflik; pelatihan bidang Advokasi dan Hukum Kesehatan.

PENUTUP

Adanya perubahan kebijakan politis di bidang kesehatan dengan adanya otonomi daerah akan menyebabkan perubahan struktur dan fungsi komponen yang terkait dalam bidang kesehatan. Perubahan terjadi khususnya bagi Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten dan Kota terkait dengan adanya pelimpahan wewenang dan pengembalian wewenang dalam pengelolaan program ataupun pengelolaan sumber daya, di antaranya pengelolaan SDM kesehatan. Oleh karena kondisi sumber daya manusia dan *resources* lain sangat bervariasi di antara daerah otonom maka variabilitas sistem kesehatan antardaerah menjadi sangat besar. Selain itu terdapat banyak kendala yang harus dihadapi dan kesemuanya membutuhkan pengembangan model

sistem pengelolaan SDM yang secara sistematis menjangkau lingkup pemahaman, kesadaran, sikap, motivasi, kemampuan, dan proses pelayanan kepada masyarakat. Hal ini disebabkan pekerja kesehatan di masa yang akan datang dituntut untuk dapat melakukan antisipasi terhadap kemungkinan perubahan sosial yang terjadi akibat adanya kebijakan otonomi tersebut, serta dapat memanfaatkannya menjadi suatu peluang sehingga dapat menyediakan program dan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat yang sedang berubah secara cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Buhler P, 1995. Leader vs Manager. Managing in the 90s. *SuperVision*, 56(5): 24.
- Nibley H, 1987. Management vs. Leadership. *Leadership Excellence*; 4(12): 1987.
- Stogdill RM, 1948. "Personal factors associated with leadership: A survey of the literature." *Journal of Psychology*. 25: 35–71.
- Tengblad, S. 2006. Is there a New Managerial Work? A Comparison with Henry Mintzberg's Classic Study 30 Years Later. *Journal of Management Studies* 43(7): 1437–1461.
- Winston & Patterson. 2006. An Integrative Definition of Leadership. *International Journal of Leadership Studies*, 1(2): 6–66.
- Zaleznik, A. 1977. Managers and leaders : are they different? *Harvard Business Review*, 55(5): 67–78.