

HUBUNGAN ANTAR ORGANISASI DALAM SEKTOR PELAYANAN KESEHATAN: Sebuah Visi Manajerial

Laksono Trisnantoro

Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan/Magister Manajemen Rumah Sakit
Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada
Yogyakarta

LATAR BELAKANG

Di Indonesia problem keuangan menyebabkan kemampuan pemerintah pusat untuk membiayai pembangunan menjadi semakin berkurang. Secara praktis, pemerintah menjadi menjauhi negara kesejahteraan (*welfarestate*). Akibatnya filosofi dasar pelayanan kesehatan di Indonesia perlu memperhatikan keadaan ini. Contoh kasus menarik terjadi di sub-sektor rumah sakit. Di samping mengacu pada pelayanan sosial kemanusiaan secara faktual pelayanan rumah sakit telah berkembang menjadi suatu industri yang berbasis pada prinsip-prinsip ekonomi. Tanpa basis ini sulit bagi rumah sakit Indonesia untuk bersaing dengan pelayanan luar negeri. Fakta telah menunjukkan bahwa telah lama ada orang Indonesia yang mencari pengobatan di luar negeri. Pelayanan rumah sakit di Indonesia menghadapi suatu masa yang menjadi tanda tanya. Benarkah kompetisi global akan membawa pelayanan kesehatan-pelayanan kesehatan di Indonesia terdesak oleh investasi asing, atau pelayanan kesehatan pemerintah akan terdesak oleh pelayanan kesehatan swasta, termasuk pelayanan kesehatan preventif dan promotif.^{1,2}

Apabila kita mengacu ke sektor lain, telah terdapat bukti sejarah bahwa produksi Indonesia terdesak oleh kompetisi global; misal minuman ringan. Sementara itu di lingkungan lokal terjadi pula keadaan yang menarik di mana para staf

organisasi pelayanan kesehatan mencari berbagai tindakan untuk mencari pendapatan lebih tinggi. Organisasi pelayanan kesehatan yang dulu bersifat misionaris telah menjadi suatu lembaga di mana para profesional seperti dokter spesialis dan dokter umum mencari nafkah untuk hidup. Ketidakmampuan lembaga rumah sakit atau dinas kesehatan dalam memberikan insentif ekonomi menjadikan para profesional mencarinya di tempat lain. Penelitian yang dilakukan oleh UGM menunjukkan berbagai fenomena seperti: kelangkaan spesialis menjadi titik lemah rumah sakit Umum Daerah³, tidak berminatnya para perencana daerah untuk melakukan perencanaan secara efektif, dan pendapatan BP Puskesmas yang cenderung stasioner.^{4,5}

Dalam konteks semakin menipisnya sumber biaya pemerintah Indonesia, dan tantangan kompetisi antar organisasi pelayanan kesehatan.

Perubahan Orientasi Sistem Manajemen Pelayanan Kesehatan

Menurut pakar manajemen pelayanan kesehatan⁶ dalam perencanaan organisasi pelayanan kesehatan terjadi suatu transisi pandangan yaitu dari perencanaan pelayanan kesehatan menjadi suatu perencanaan stratejik yang menyerupai perencanaan perusahaan. Secara diagramatik, transisi ini dapat digambarkan sebagai berikut:

<p>Perencanaan Pelayanan kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientasi kesehatan masyarakat Kebutuhan wilayah (Needs) Trend penyakit/kematian Pengembangan Program Kelompok masyarakat 	<p>-----></p> <p>-----></p> <p>-----></p> <p>-----></p> <p>-----></p> <p>-----></p>	<p>Perencanaan Stratejik</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientasi Bisnis Demand Segmen pasar Manajemen Produksi Customer
---	---	--

Transisi ini menyebabkan rumah sakit menjadi lebih berwajah ekonomi dengan berbasis pada prinsip-prinsip manajemen yang dipergunakan oleh badan-badan usaha.^{7,8} Dampak ini ternyata merubah berbagai tatanan baku yang secara tradisional sudah mengakar pada sistem pelayanan kesehatan, termasuk yang dikelola oleh pemerintah, misalnya rumah sakit Daerah dan Dinkes II. Di khawatirkan apabila dampak ini tidak dikelola secara benar akan terjadi kesimpangsiuran dan ketidaktepatan pola manajemen yang dipakai. Secara khusus, dapat disebutkan bahwa transisi ini tidak terlepas dari berbagai usulan reformasi yang diberikan oleh Bank Dunia.^{9, 10}

Dampak perubahan lingkungan Terhadap Rumah Sakit Swasta dan Pemerintah

Perubahan lingkungan secara alamiah akan mendorong rumah sakit menjadi organisasi yang berciri multi produk sehingga membutuhkan penanganan dengan konsep manajemen yang tepat. Secara garis besar konsep ini dapat diuraikan sebagai berikut: rumah sakit sebenarnya adalah sebuah badan usaha yang mempunyai berbagai macam unit-unit bisnis strategis, misalnya instalasi rawat inap, instalasi laboratorium, gawat darurat, gizi, sampai ke urusan pemulasaran jenazah.

Rumah sakit secara keseluruhan dapat dianggap sebagai suatu korporasi yang mempunyai berbagai unit bisnis strategis. Mengapa disebut sebagai unit bisnis strategis? Unit-unit inilah yang dipergunakan langsung oleh masyarakat, dinilai, dan mempunyai semacam akuntabilitas (untung-rugi). Hax dan Majluf¹¹ memberikan definisi Unit Bisnis Strategi sebagai berikut:

An SBU is an operating unit or a planning focus that groups a distinct set of products or services sold to a uniform set of customers, facing well defined set of competitors.

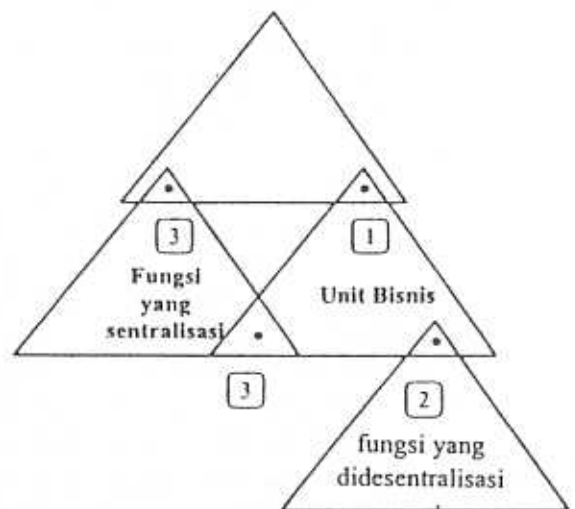
Unit-unit bisnis ini ditopang oleh manajemen di level rumah sakit-rumah sakit, dan oleh manajemen fungsional. Secara garis besar, ada berbagai area utama untuk manajemen fungsional yaitu: (1) keuangan; (2) sumber daya manusia, (3) teknologi; (4) pengadaan dan pembelian; (5) medis fungsional; (6) sistem informasi, dan (7)

pemasaran. Dalam konteks inilah akan terjadi berbagai indikator produktivitas yang terbagi dalam:

1. Level korporasi (RS seluruhnya) dan indikator penilaian produktivitasnya;
2. Level Unit Bisnis Strategik dengan indikator penilaian produktivitasnya; dan
3. Level Unit fungsional; dengan indikator penilaian produktivitasnya.

Diagram hubungan tersebut dapat dilihat pada Gambar 1:

Level Korporasi, di rumah sakit



Gambar 1. Hubungan antara Peran Berbagai Manajer di rumah sakit

Manajer ① adalah penghubung antara level korporasi RS dengan level bisnis.

Manajer ② adalah penghubung antara level unit bisnis dan fungsi-fungsi yang didesentralisasi secara penuh.

Manajer ③ mempunyai dua peran yang berbeda sebagai manajer fungsi yang tersentralisasi:

Peranan yang pertama adalah mengkoordinasi fungsi pada level korporasi, sedangkan yang kedua adalah mendukung kegiatan Unit-unit Bisnis Strategis.

Diadaptasi dari Hax dan Majluf (1991).

Dampak dari perubahan lingkungan terhadap rumah sakit mengakibatkan model korporasi ini menjadi alternatif untuk pengembangan rumah-sakit. Hal ini merupakan suatu contoh aplikasi

sistem pasar untuk pelayanan rumah sakit.¹² Di daerah dengan lingkungan ekonomi yang baik seperti Jawa Tengah, konsep multi produk ini dengan model korporasi secara cepat meningkatkan pendapatan rumah sakit. Contoh yang dapat dilihat adalah pada pendapatan rumah sakit Umum Daerah yang semakin bertumpu pada pemasukan dari unit-unit usaha, seperti Instalasi-instalasi.

Terhadap Dinas Kesehatan II

Dibanding dengan rumah sakit, sistem manajemen di Dinas Kesehatan relatif tidak menunjukkan respons terhadap perubahan lingkungan, termasuk sistem pembiayaannya. Padahal berbagai keadaan (seperti yang tertulis di bawah ini) membutuhkan perubahan-perubahan sistem manajemen untuk mengelolanya:

1. Secara faktual dan berdasarkan SK Mendagri no.22 April 1994, Dinas Kesehatan mempunyai rentang manajemen yang lebar dengan variasi pekerjaan yang beragam. Seorang Kepala Dinas Kesehatan mengelola berbagai pekerjaan dengan spesifikasi beragam: pencegahan penyakit, pelayanan medik, pendidikan sekolah-sekolah kesehatan, dan kegiatan promosi-preventif, dan lain-lain. Keragaman ini selaras dengan misi dan tujuan pelayanan kesehatan oleh pemerintah.
2. Dalam pengelolaan berbagai urusan tersebut, ada berbagai kendala antara lain: keterbatasan jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia, keterbatasan motivasi bekerja, keterbatasan keuangan, dan berbagai peraturan daerah yang tidak memberi peluang untuk pengembangan. Sebagai contoh, akibat keterbatasan anggaran dari pusat, Kepala Dinas Kesehatan tidak mempunyai dukungan keuangan yang memadai, padahal struktur sumber biaya sebagian besar berasal dari Pusat. Dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari, dukungan keuangan yang memadai sangat diperlukan sehingga dipikirkan untuk menggali sumber dana masyarakat untuk Dinas Kesehatan.
3. Dalam usaha meningkatkan pendapat tersebut disimpulkan bahwa dana dari pusat tidak dapat diandalkan sehingga perlu ada penggalian dana untuk kesehatan dari sumber lokal. Berdasarkan pengamatan, telah diidentifikasi

berbagai dana yang dapat digali dari masyarakat misalnya; dana dari Puskesmas Rp 300 dirasa terlalu kecil. Secara ekonomis, masyarakat dinilai mampu membayar apabila tarif dinaikkan.

4. SKB 2 Menteri tentang Pedoman Pelaksanaan Pungutan Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas nomor 93A/MenKes/SKB/II/1996 memberi peluang penghitungan tarif yang lebih tepat. Kendala terbesar dalam peningkatan pendapatan Dinas Kesehatan adalah peraturan Pemerintah Daerah mengenai tarif Puskesmas dan pengelolaan keuangan. Kenaikan tarif Puskesmas dinilai meresahkan masyarakat. Fakta menunjukkan bahwa perubahan tarif di Jawa Tengah berjalan sangat bervariasi; ada yang menjadi Rp 600,-, Rp 1500,- sampai ke Rp 2.500,-.
5. Harus disadari bahwa pelayanan Dinas Kesehatan saat ini juga mempunyai saingan dari swasta, terutama pelayanan Balai Pengobatan di Puskesmas. Tanpa ada peningkatan mutu dari Puskesmas maka dalam jangka panjang masyarakat menengah ke atas akan memanfaatkan BP swasta sedang Puskesmas akan dijauhi. Akibat keterbatasan dana dengan pola pemakaian seperti ini maka BP Puskesmas akan semakin tertinggal dari swasta dalam hal mutu pelayanan. Dalam keadaan seperti ini, usaha peningkatan mutu Puskesmas akan mustahil dilakukan.

Dalam perubahan lingkungan yang sangat dinamis ini, berdasarkan pengamatan dan data keuangan, ternyata sistem manajemen Dinas Kesehatan Tingkat II belum mengalami perubahan yang substansial, masih mencerminkan sebagai lembaga pemerintah yang birokratik. Memang masih terjadi keragu-raguan, apakah Dinas Kesehatan Tingkat II adalah sebagai korporasi seperti rumah sakit. Pertanyaannya apakah etis organ pemerintah seperti Dinas Kesehatan menjadi korporasi? Namun berbagai kasus di daerah menunjukkan bahwa sebagian fungsi Dinas Kesehatan Tingkat II diarahkan menjadi badan usaha yang menunjukkan aplikasi dari konsep *re-inventing government*.^{13, 14}

Terhadap Kanwil DepKes RI

Berdasarkan konsep dekonsentrasi, Kanwil Departemen Kesehatan Propinsi merupakan perpanjangan dari Departemen Kesehatan. Fungsinya adalah melakukan pembinaan dan pengendalian teknis kesehatan. Data menunjukkan bahwa saat ini Kanwil DepKes mempunyai sumber biaya terutama berasal dari pusat dan bantuan luar negeri. Di masa mendatang, apakah dana dari APBN dan BLN dapat diandalkan untuk melakukan fungsi pembinaan dan pengawasan.

Lingkungan pelayanan kesehatan di Jawa Tengah, sebagai contoh, menunjukkan tingkat perkembangan yang sangat dinamis dan mempunyai potensi ekonomi sangat tinggi. Perkembangan tuntutan mutu seperti akreditasi rumah sakit menunjukkan bahwa korporasi-korporasi pelayanan kesehatan membutuhkan pembinaan di mana apabila APBN tidak ada mereka mau membayarnya. Kasus RS swasta yang besar menunjukkan pula bahwa mereka layak untuk mendapat pembinaan dengan membayar, karena proyek pembinaan bersumber dari APBN dan BLN tentunya diberikan ke rumah sakit pemerintah atau swasta yang masih kecil.

Fakta akreditasi ini menunjukkan bahwa fungsi pembinaan dan pengendalian oleh Kanwil dapat diambil oleh pihak lain, dari pusat ataupun dari swasta. Hal ini akan semakin leluasa diambil apabila staf Kanwil Depkes tidak mempunyai ke-trampilan teknis untuk pembinaan dan pengendalian. Secara tegas dapat disimpulkan bahwa lingkungan sektor kesehatan menuntut adanya staf Kanwil yang secara teknis adalah pakar-pakar dalam bidangnya yang ahli dalam memberikan bimbingan teknis.

Berbagai UPT Kanwil, terutama yang berada dalam sektor pelatihan dan pendidikan, menunjukkan beberapa pengembangan menarik. Untuk meningkatkan mutu pelayanannya, korporasi-korporasi dan individu-individu akan termotivasi untuk melakukan pengembangan sumber daya manusia melalui pelatihan-pelatihan secara mandiri. Terjadi *demand* untuk pelatihan yang mempunyai efek terhadap peningkatan kinerja organisasi. Gejala ini sudah terlihat dalam perjalanan hidup Bapelkes Gombong di Propinsi Jawa Tengah di mana pada tahun-tahun terakhir pelatihan yang bukan dibiayai oleh APBN, tetapi bersumber dari dana masyarakat, mengalami peningkatan. Terdapat pula berbagai pelatihan oleh swasta yang

semakin diminati oleh korporasi-korporasi pelayanan kesehatan. Dampak berikutnya maka Bapelkes serta organisasi-organisasi pendidikan dan pelatihan dapat berubah menjadi korporasi dengan berbagai unit usaha. Akademi Perawatan dapat mempunyai unit usaha berupa kelas swasta, seminar-seminar, pelatihan-pelatihan keperawatan, penerbitan buku, dan lain sebagainya.

Dalam hirarki Depkes, keberadaan Kandep perlu mendapat perhatian. Dengan semakin meningkatnya kebutuhan pembinaan, staf Kandep juga harus berkualifikasi ahli dalam bidangnya. Korporasi-korporasi pelayanan kesehatan swasta dan pemerintah secara swadaya pun dapat menggunakan keahlian staf Kandep. Namun untuk efisiensi, mungkin Kandep dapat ditetapkan dalam level karesidenan, bukan Dati II.

Terhadap Dinas Kesehatan Tingkat I

Dalam pengembangan desentralisasi wilayah ke Tingkat II memang memberikan pertanyaan mengenai fungsi Dinas Kesehatan Tingkat I. Secara hirarki Dinas Kesehatan Tingkat I merupakan aparat pemerintah Daerah Tingkat I yang bertugas memberikan pembinaan umum kepada organisasi pelayanan kesehatan. Di dalam latar belakang perkembangan ini perlu ada perbedaan secara tegas mengenai misi Dinas Kesehatan Tingkat I dan Kanwil Propinsi Departemen Kesehatan.

Dinas Kesehatan Tingkat I mempunyai potensi menjadi pembina umum korporasi-korporasi pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal peraturan hukum, keuangan, dan administrasi. Fakta menunjukkan bahwa Dinas-dinas Kesehatan Tingkat II membutuhkan berbagai dukungan dari Dinas Kesehatan Tingkat I untuk ke Gubernur/Pemda Tingkat I dalam berbagai aturan hukum dan perundangan. Masalah hubungan antara Dinas Tingkat I dan Kanwil Depkes perlu untuk dibahas secara seksama. Diperlukan suatu penelitian mendalam mengenai hubungan ini sehingga terjadi sinerg antara kedua lembaga di level propinsi.

Terhadap organisasi Asuransi Kesehatan dan JPKM

Organisasi asuransi kesehatan dan JPKM telah berkembang menjadi badan usaha, bahkan berbentuk Perseroan Terbatas (PT). Perkembangannya

PKM saat ini juga menunjukkan arah menuju badan usaha swasta. Dalam hal ini perlu ada pengawasan teknis kesehatan dan pembinaan yang harus dilakukan oleh Kanwil Departemen Kesehatan.

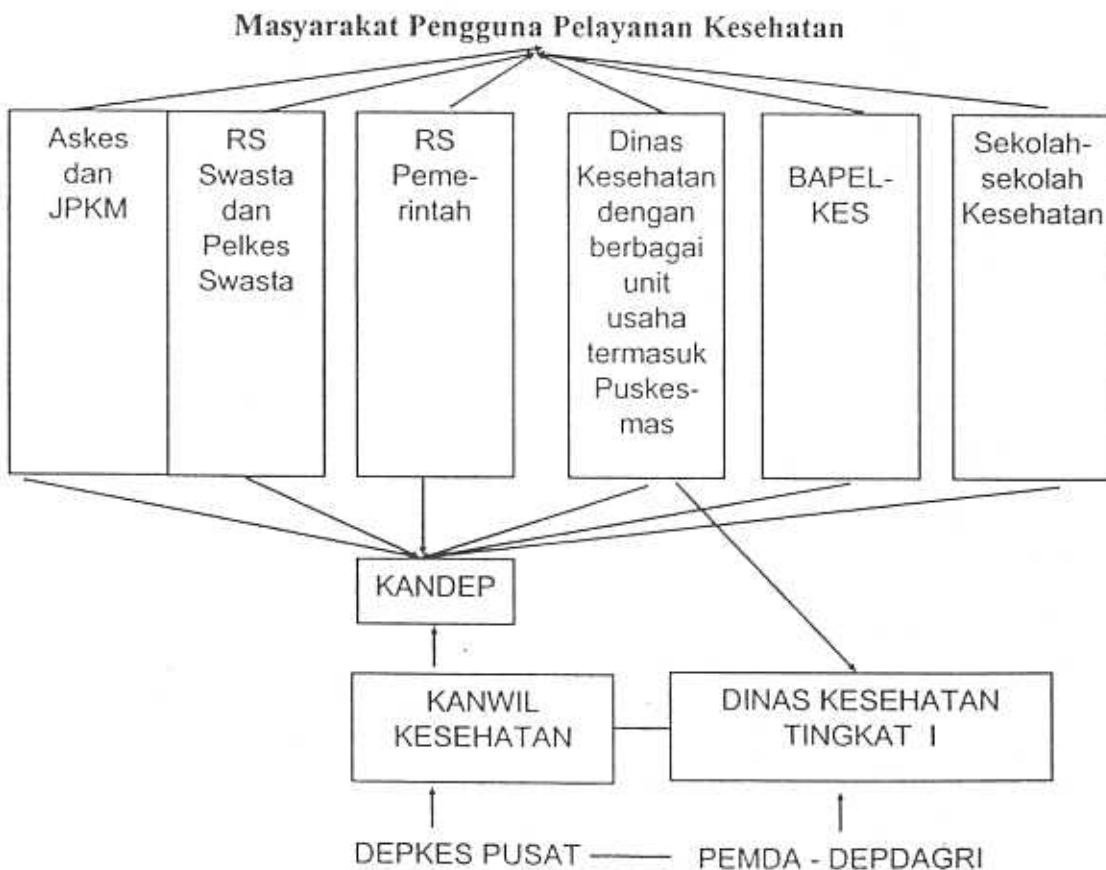
Isi Hubungan Antar Organisasi dalam Sektor Pelayanan Kesehatan

Secara ringkas hubungan antar organisasi dalam sektor pelayanan kesehatan dapat diambarkan pada diagram di bawah. Masyarakat ditempatkan di atas karena merekalah tujuan untuk bekerja. Dalam menjalankan roda pembangunan, badan-badan usaha dalam pelayanan kesehatan merupakan ujung tombaknya. Kanwil Propinsi Departemen Kesehatan serta Kandep Kesehatan dan Dinas Kesehatan Tingkat I akan berposisi sebagai pembina dan pengawas dalam bidang masing-masing. Dalam hal pelayanan kepada masyarakat pengguna, organisasi-organisasi pelayanan kesehatan, cenderung akan berfungsi sebagai korporasi (badan usaha). Dinas Kesehatan Tingkat I di daerah otonomi cenderung akan berfungsi sebagai badan usaha pelayanan kesehatan,

dan sebagai penanggung-jawab program peningkatan pelayanan kesehatan wilayah.

Dengan melihat hubungan antara organisasi di sektor pelayanan kesehatan secara fungsional, akan terjadi pemikiran-pemikiran mengenai ciri-ciri sumber daya manusia yang berada di dalamnya. Para pemimpin di organisasi-organisasi tersebut diharapkan menjadi pemimpin yang inovatif, mempunyai jiwa kewirausahaan, dan mempunyai visi jelas untuk pengembangan organisasinya. Untuk pengembangan mutu pelayanan kesehatan, konsep-konsep dasar ilmu manajemen semakin dibutuhkan. Jabatan kepala-kepala organisasi pelayanan kesehatan diusahakan semakin tidak politis. Para manajer sebaiknya dipilih berdasarkan kemampuan dan ketrampilan manajerialnya.^{15, 16}

Kanwil Propinsi Departemen Kesehatan dan Dinas Tingkat I akan berisi staf yang mempunyai kemampuan melakukan bimbingan teknis yang sama dengan kemampuan konsultan. Sebagai contoh, pembinaan akreditasi rumah sakit akan dilakukan oleh staf Kanwil dengan bekerja bersama para pakar. Balai-balai pelatihan kesehatan akan mempunyai program yang tidak hanya dari proyek



pusat tetapi juga sumber dana masyarakat langsung. Staf Kanwil dapat menjadi nara-sumber dalam pelatihan dan seminar-seminar yang dilakukan oleh Bapelkes tanpa suatu proses pemasaran seminar dengan pemaksaan.

Dinas Kesehatan Tingkat II mempunyai pengembangan sebagai badan usaha dengan Puskesmas sebagai ujung-tombak pelayanan kesehatan. Berbagai jenis *public goods* dan *private goods* disediakan oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan Tingkat II. Berbagai *private goods* seperti pelayanan BP, obat, beberapa kegiatan pemeriksaan makanan, kebersihan dan kesehatan lingkungan dapat dijadikan pusat pendapatan untuk meningkatkan kinerja Dinas Kesehatan Tingkat II. Untuk pengamanan aspek hukum, dukungan dari Pemda yang dapat dibantu oleh Dinas Kesehatan Tingkat I perlu diupayakan.

Hubungan antara Dinas Kesehatan Tingkat II dan rumah sakit daerah ataupun swasta akan lebih secara fungsional, bukan hubungan birokratik. Diharapkan terjadi pola hubungan yang bersifat integrasi vertikal, di mana pelayanan kepada masyarakat yang diutamakan, bukan peraturan-peraturan birokrasi. rumah sakit dan Puskesmas secara alamiah akan bekerjasama dengan didukung oleh perusahaan asuransi kesehatan atau JPKM dalam suatu sistem yang berdasarkan prinsip *win-win-win*.

Sebagai penutup, visi mengenai hubungan antar organisasi pelayanan kesehatan ini hanya bisa berjalan apabila para pelaku dalam organisasi pelayanan kesehatan memahami berbagai konsep dasar dalam ilmu manajemen. Konsep manajemen penting yang dianjurkan untuk dipahami adalah konsep badan usaha yang dapat mencakup organisasi *for profit* maupun *non-for-profit*, serta konsep strategi pengembangan pelayanan berdasarkan kerjasama yang mengarah ke integrasi vertikal ataupun horisontal.^{17,18} Dalam hal ini diharapkan pula pemahaman bahwa aplikasi ilmu manajemen dalam hubungan antar organisasi pelayanan kesehatan tidak berarti komersialisasi pelayanan kesehatan, namun lebih mengarah ke suatu ilmu yang dipergunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Diharapkan untuk menggalakkan prinsip yang menyatakan bahwa sumber pembiayaan pemerintah (yang semakin terbatas) harus dipergunakan untuk membantu masyarakat miskin.

KEPUSTAKAAN

1. Brotowasisto. Tantangan manajemen rumah sakit Indonesia pada PJPT II. Kuliah perdana Magister Manajemen rumah sakit UGM, Yogyakarta. 1993.
2. Mulyadi. Paradigma baru dalam manajemen pelayanan kesehatan. Kuliah perdana Magister Manajemen UGM tahun akademik 1995-1996.
3. Trisnantoro. L. Laporan evaluasi pelatihan manajemen strategik, Mimeo. 1997.
4. Marsono. Analisis perencanaan program puskesmas di Kabupaten DATI II Magelang, Yogyakarta: MMPK UGM, 1997: thesis MMPK.
5. Sunarsri Retno Wulandari. Analisis proses perencanaan penyusunan daftar usulan proyek peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat DATI II di Jawa Tengah Tahun Anggaran 1997/1998, Yogyakarta: MMPK UGM, 1997: thesis MMPPK
6. Studin I. Strategic health care management. Irwin Publishing, 1995.
7. Kaluzni A., Zuckerman H.S., Ricketts III, T.C. Partners for the dance: Forming strategic alliances in health care, Health administration Press Ann Arbor, Michigan, 1995.
8. Mick S.S. Innovations in health care delivery. insights for organization theory. Jossey-Bass Publishers, Sanfransisco, 1990.
9. World Bank. Financing health services in developing countries agenda for reform. 1987.
10. World Bank. Investing in health, world development report 1993. Oxford University Press. 1993.
11. Hax A.C., Majluf N.S. The strategy concept and process: A pragmatic approach. Prentice Hall, New Jersey. 1991.
12. Otter, von C. The application of market principles to health care. The nuffield institute for health services studies, 1991.
13. Sudantoko D. Penanganan otonomi daerah tingkat II dan pengaruhnya terhadap sektor kesehatan. Pemerintah Daerah Tingkat II Banyumas, 1997.
14. Osborne D, Gabler T. Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector, A Plume Book, New York. 1992.
15. Schmidt W.H., Finnigan J.P., Total Quality Manajer: A practical guide for managing in a total quality organization. Jossey-Bass Publisher, San Fransisco. 1993.
16. Snyder, N.H., Dowd J.J. Houghton. D.M. Vision, values & courage: Leadership for quality management, The Free Press, New York, 1994.
17. McChesney H. Strategic planning to drive integrated continuous improvement. Hosp. Materiel Manage. Q. 1995; 17(2): 31-36.
18. Lin B, Clousing J. Total quality management in health care: a survey of current practices. Total quality management, 1995: 6(1).