

MONOPOLI KAPITAL, MEROSOTNYA ETIKA PROFESIONAL KEDOKTERAN, DAN MENURUNNYA MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

Nasikun

Abstract

Institutions that perform health care have become untouchable, especially for the poor. Therefore, the capability of achieving an optimal degree of community health is still far from hope. There are many factors that contribute to this condition. This essay describe the main ideas and strategic issues which need to be understood in order to enhance the performance of these institutions. The description in this essay will cover structural relationships between the doctor and patient, capital monopoly, the degrading professional ethic of physicians, and the quality service of hospitals as a service industry.

"... the medical monopoly over health care has expanded without checks and has encroached on our liberty with regard to our own bodies. Society has transferred to physicians the exclusive right to determine what constitutes sickness, who is or might become sick, and what shall be done to such people". (Ivan Illich, 1978: 6).

Pengantar

Sejak deklarasi Alma Alta ditandatangani pada tahun 1978, tidak sedikit energi finansial, administratif, dan intelektual telah dicurahkan untuk mengatasi masalah kesehatan di kalangan masyarakat miskin di dunia berdasarkan prinsip kesamaan dan keadilan sosial. Kendati secara keseluruhan hasilnya cukup mengesankan, namun target pencapaian "Kesehatan Bagi Semua Pada Tahun 2000" yang dicanangkan oleh deklarasi Alma Alta melalui pelayanan kesehatan primer pada tingkat global sudah terbukti mengalami kegagalan. Tanda-tanda kegagalan itu bahkan sudah mulai diperbincangkan banyak ahli sejak awal tahun 1990-an. Laporan mutakhir hasil penelitian "Komisi Penelitian Kesehatan Untuk Pembangunan" (*the Commission on Health Research for Development*) pada tahun 1990, misalnya, menunjukkan adanya kesenjangan yang lebar

antara beban sakit (*the burden of illness*) yang secara sangat tidak seimbang dipikul oleh penduduk negara-negara sedang berkembang di Dunia III dan lapisan penduduk miskin di negara-negara berkembang (Lucas, 1991: 3).

Di Indonesia, keadaan yang sama tidak terkecuali. Meskipun banyak energi finansial, administratif, dan intelektual telah dicurahkan untuk memecahkan masalah kesehatan bagi lapisan penduduk miskin, penurunan tingkat kesenjangan kesehatan pada tingkat spasial dan sosial masih belum mencapai hasil yang optimal. Biro Pusat Statistik tahun 1992 menunjukkan, pertama, kendati tingkat mortalitas bayi di Indonesia secara keseluruhan mengalami penurunan yang substansial, kesenjangan tingkat kematian bayi antara keluarga berpendidikan tinggi dan rendah masih cukup rawan. Kesenjangan yang hampir sama juga terjadi dalam pelayanan imunisasi dan pertolongan kelahiran. Hanya 23 persen kelahiran dari ibu-ibu yang berpendidikan rendah memperoleh dua dosis vaksinasi, sementara lebih dari 60 persen kelahiran di kalangan mereka yang berpendidikan SLTP atau SLTA memperoleh dua dosis vaksinasi. Persentase anak-anak dari daerah perkotaan yang memperoleh vaksinasi juga lebih besar (65 persen) dibandingkan dengan anak-anak sebaya mereka yang tinggal di daerah pedesaan yang hanya mencapai angka 41 persen. Lebih menarik lagi adalah lebih dari 90 persen kelahiran dari ibu-ibu yang berpendidikan rendah dilakukan di rumah, sementara hanya 46,6 persen kelahiran dari mereka yang berpendidikan SLTP terjadi di tempat yang sama.

Faktor-faktor apa saja yang berada dan bekerja di belakang semua itu? Bagaimana kita harus menjelaskan rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan di kalangan penduduk miskin ketika pengembangan organisasi pelayanan kesehatan dan program-program kesehatan semakin meluas jangkauannya sampai ke seluruh pelosok daerah pedesaan di Indonesia? Di mana harus kita temukan penjelasannya: di dalam "analisis kultural" yang melihat sumbernya pada rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan di kalangan penduduk miskin karena mereka berada di dalam kebudayaan kemiskinan (*the culture of poverty*); di dalam "analisis ekonomi" yang melihat sumbernya berada di dalam ketidakmampuan penduduk miskin untuk membeli pelayanan kesehatan yang disediakan

bagi mereka; atau di dalam "analisis sosiologi kritis" yang melihat sumbernya berada sangat mendalam pada kebudayaan lembaga pelayanan kesehatan (*the culture of medicine*) dengan dokter sebagai salah satu subsistem yang paling penting? Adakah pengaruh ekspansi global dari kompleks industri medis (*medical industrial complex*) dan monopoli kapital lembaga pelayanan kesehatan terhadap terjadinya erosi sikap, perilaku, dan komitmen etis lembaga pelayanan kesehatan (baca: Rumah Sakit, termasuk para dokter, perawat, dan segenap karyawannya) dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lapisan penduduk miskin? Perlukah suatu kebijakan dan program pengembangan SDM lembaga pelayanan kesehatan dirumuskan dan dilaksanakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, terutama bagi lapisan penduduk miskin? Sistem manajemen lembaga pelayanan kesehatan macam apa yang diperlukan untuk membangun etos kerja segenap karyawan-karyawannya?

Itulah beberapa di antara pertanyaan-pertanyaan sangat mendasar yang menurut hemat penulis perlu dijawab dengan seksama jika kita memang benar-benar menghendaki tujuan kesehatan bagi semua dapat dicapai dalam waktu dekat. Dengan segala keterbatasan yang ada di tangan penulis, tulisan ini hendak mencoba menjawab pertanyaan-pertanyaan itu. Meskipun demikian, ia sama sekali tidak memiliki pretensi untuk dapat menjawab semua pertanyaan itu secara mendalam. Yang akan penulis coba sampaikan adalah sebuah upaya awal untuk menyajikan pokok-pokok pikiran tentang isu-isu strategis yang perlu kita pahami dengan lebih seksama untuk meningkatkan kinerja lembaga pelayanan kesehatan. Penyajian itu akan diawali dengan pembahasan singkat tentang konteks struktural hubungan antara dokter dan pasien dan pengaruhnya terhadap mutu pelayanan mereka. Sesudah itu, berturut-turut akan dilakukan penyajian singkat mengenai monopoli kapital dan merosotnya etika profesional kedokteran dan mutu pelayanan rumah sakit, rumah sakit sebagai suatu industri pelayanan, dan isu pengembangan SDM profesional lembaga pelayanan kesehatan. Tulisan ini akan ditutup dengan pembahasan sangat singkat tentang tuntutan pengembangan manajemen rumah sakit yang lebih manusiawi.

Konteks Struktural Hubungan Dokter dan Pasien

Perspektif sosiologi melihat setiap peristiwa sosial hanya mungkin dipahami dengan baik di dalam konteks organisasi atau struktur sosial tempat peristiwa itu terjadi, tidak terkecuali hubungan antara dokter dan pasien. Oleh karena itu, untuk memahami hubungan antara dokter dan pasien dengan lebih baik, kita perlu memahami organisasi rumah sakit tempat hubungan itu terjadi. Meskipun tiap rumah sakit jelas memiliki keunikannya masing-masing, tipe umum dari lembaga pelayanan kesehatan semua rumah sakit memiliki ciri-ciri organisasional yang mempersamakan mereka satu dengan yang lain. Sebagai suatu organisasi sosial modern, semua rumah sakit memiliki ciri-ciri umum yang sangat tipikal, yakni bersifat formal, memiliki struktur stratifikasi sosial yang ketat, birokratis, dan tidak jarang bersifat sangat otoriterian. Fungsi pertama yang ingin diungkapkannya adalah menyediakan perawatan medis bagi pasien di dalam batas-batas pengetahuan dan teknologi medis mutakhir serta sumber daya yang dimilikinya.

Untuk melakukan semua fungsi itu dengan baik, rumah sakit harus melakukan koordinasi berbagai kegiatannya dalam kerangka hirarki otoritas yang ia tetapkan sendiri yang mengungkapkan dirinya pada tingkat operasional melalui berbagai aturan, regulasi, dan prosedur-prosedur administratif yang bersifat formal. Kunci efisiensi dan efektivitas rumah sakit dalam mencapai fungsinya terletak pada koordinasi pembagian kerja di antara berbagai bagian dan aktor individual yang saling bertalian dan tergantung satu sama lain. Tantangan yang seringkali harus dihadapi oleh suatu organisasi rumah sakit adalah ketegangan-ketegangan struktural yang terjadi antara staf profesional dan birokrasi rumah sakit, yang di Amerika Serikat umumnya dipecahkan melalui supervisi sebuah *governing body* yang disebut *board of trustee* (Cockerham, 1989). Ketegangan struktural antara staf profesional dan birokrasi rumah sakit terjadi karena keduanya cenderung secara intrinsik berlawanan satu sama lain. Di satu sisi, oleh kepentingan artikulasi fungsi intrinsiknya staf profesional cenderung menuntut kemandirian untuk melakukan fungsinya berdasarkan pertimbangan-pertimbangan profesional yang berada di dalam wilayah otoritasnya, sementara birokrasi rumah sakit cenderung untuk mengikuti suatu pendekatan manajemen rasional yang

lebih menuntut efisiensi koordinasi berbagai kegiatan rumah sakit menurut aturan-aturan dan prosedur-prosedur formal bagi semua orang di dalam semua situasi.

Di dalam konteks organisasional rumah sakit yang demikian itulah, posisi para dokter dalam hubungan mereka dengan pasien harus dipahami. Di dalam konteks struktur organisasi rumah sakit yang demikian itu pula cenderung berkembangnya yang oleh Oswald Hall (Cockerham, 1989: 191) disebut sebagai *inner fraternity*. Hall menggambarkan struktur kekuasaan profesi medis terdiri atas empat kelompok dokter. Berada pada lingkaran paling dalam dari struktur suatu organisasi rumah sakit adalah kelompok *inner core* yang terdiri dari para dokter spesialis yang menguasai posisi-posisi penting organisasional rumah sakit. Di luar lingkaran pertama itu, kita temukan kelompok dokter-dokter dari berbagai jenjang karier profesional yang baru direkrut oleh rumah sakit untuk menduduki posisi-posisi sekunder dan diproyeksikan untuk menerima estafet posisi *inner core* di masa mendatang. Pada lingkaran ketiga adalah kelompok para dokter umum yang memiliki hubungan dengan *inner core* melalui sistem rujukan (*referral system*) rumah sakit. Pada lingkaran paling luar organisasi rumah sakit, lingkaran keempat, kita jumpai kelompok dokter-dokter yang memiliki peluang akan tetap berada di dalam posisi pinggir karena sistem rekrutmen yang ketat oleh *inner core*.

Menurut Hall, kunci untuk memahami struktur kekuasaan profesi medis terletak di dalam sistem pengendalian oleh *inner core* yang memiliki sumber kekuasaan untuk melakukan fungsi itu karena tiga kualitas berikut. *Pertama*, mereka merupakan kelompok para spesialis yang sangat kohesif dengan latar belakang pendidikan dan status sosial-ekonomi yang sama, secara teknis memiliki ikatan saling ketergantungan yang sangat kuat, dan memiliki hubungan kerja yang sangat erat. *Kedua*, ikatan sosial kelompok yang sangat berpengaruh ini pada gilirannya memberi mereka kemampuan untuk mengintegrasikan beragam dokter spesialis ke dalam suatu kesatuan organis yang sangat kohesif. *Ketiga*, peran keduanya sebagai sumber dari *inner core* masih diperkuat oleh kenyataan bahwa *inner core* juga memiliki kemampuan untuk mengorganisasi pasar medis melalui penguasaan proses saat pasien dirujuk dari seorang dokter spesialis kepada dokter spesialis yang lain.

Kerangka analisis Hall memberikan pemahaman tentang dinamika struktur kekuasaan profesi kedokteran. Dalam hal ini karier seorang dokter berlangsung dalam suatu sistem hubungan sosial formal dan informal dengan sejawat-sejawatnya. Hubungan formal berkembang sebagai hasil dari posisi seorang dokter di dalam lembaga pelayanan kesehatan pada suatu masyarakat tertentu. Kontrol atas posisi-posisi penting di dalam institusi pelayanan kesehatan ini, terutama posisi-posisi struktural organisasi suatu rumah sakit, merupakan variabel yang paling menentukan perbedaan di antara dokter-dokter yang berpengaruh dan dokter-dokter yang berada pada posisi-posisi pinggiran. Selain itu, hubungan-hubungan sosial-informal juga berkembang sehingga menguatkan struktur organisasi rumah sakit karena para dokter semakin sering berhubungan satu sama lain dan mencapai batas-batas kualitas kerja dan karakteristik pribadi masing-masing. Dengan demikian, hak atas posisi, status, dan kekuasaan medis memperoleh keabsahannya serta terpelihara di dalam struktur organisasi rumah sakit, dan mekanisme rekrutmen ke dalam *inner core* terbentuk melalui proses formal dan informal.

Monopoli Kapital dan Merosotnya Etika Profesional Kedokteran

Di dalam struktur organisasi profesi yang demikian ditambah dengan legitimasi regulasi pemerintah dan pengetahuan medis masyarakat awam yang sangat minimal, kemampuan kontrol masyarakat terhadap kedudukan dan penampilan dokter pada umumnya sangat rendah. Di samping itu, posisi pasien di hadapan dokter menjadi sangat lemah dan tidak berdaya dan hubungan antara keduanya menjadi suatu hubungan yang "asimetris". Kontrol terhadap kegiatan lembaga pelayanan kesehatan dan para dokter pada akhirnya harus diserahkan sepenuhnya kepada otonomi profesional para dokter, di bawah asumsi bahwa mereka adalah anggota dari suatu kolektivitas profesional yang memiliki kemampuan pengendalian diri, disiplin yang kuat untuk memegang etika profesional mereka, dan dikuasai oleh obsesi untuk mengabdikan diri mereka bagi kesejahteraan masyarakat luas.

Asumsi otonomi profesi dokter yang memiliki kemampuan mengontrol dirinya sendiri mempunyai sedikitnya dua kelemahan yang sangat mendasar. *Pertama*, mekanisme pengendalian timbal-balik oleh "kelompok

sejawat” melalui etika profesional kedokteran yang merupakan mekanisme perlindungan pasien yang paling penting dalam kenyataan tidak pernah bekerja efektif karena norma-norma yang mengatur hubungan antara sesama dokter umumnya lebih banyak untuk memelihara “harmoni” hubungan di antara mereka daripada mengembangkan penilaian kritis terhadap satu sama lain. *Kedua*, kelemahan lain dari asumsi otonomi profesional dokter bersumber di dalam pengakuan (*claim*) bahwa otonomi hanya diberikan demi kepentingan umum. Di dalam kenyataan, seperti yang ditunjukkan oleh hasil beberapa penelitian, ketika resistensi terhadap suatu inovasi dalam bidang kesehatan oleh organisasi profesi kedokteran terjadi tidak jarang penolakan itu dilakukan lebih atas dasar pertimbangan kepentingan organisasi daripada kepentingan masyarakat luas (Stevens, 1971).

Isu pengendalian sosial-otonomi profesi kedokteran dan isu asimetri hubungan antara dokter dan pasien menemukan kadarnya yang lebih problematis dalam berkembangnya monopoli kapital yang semakin merambah masuk sektor kesehatan, tidak terkecuali di Indonesia, yang pada gilirannya akan mentransformasikan banyak rumah sakit menjadi semakin berkarakter sebagai korporasi perawatan kesehatan (*corporate health care*) daripada sebagai lembaga pelayanan kesehatan, seperti yang dimaksudkan di awal sejarah kelahirannya. Konteks proses perkembangan monopoli kapital di dalam sistem kesehatan yang demikian itu —yang di Amerika Serikat terjadi melalui ekspansi perusahaan-perusahaan raksasa di bidang kesehatan yang memainkan peran sangat penting dalam pengembangan dan promosi inovasi-inovasi kedokteran yang sangat mahal seperti unit-unit perawatan jantung dan operasi jantung sebagai satu contoh— posisi otonom dokter akan menjadi semakin problematis. Hal ini disebabkan karena dokter tidak lagi berfungsi sebagai bagian dari rumah sakit, melainkan semakin menjadi bagian integral dari suatu korporasi industri kesehatan. Implikasi lebih jauh dari proses itu tidak terlalu sulit ditebak, yakni berkembangnya kecenderungan secara progresif dokter akan menjadi semakin mendudukkan dirinya pada standar-standar kerja dan regulasi-regulasi bisnis daripada standar-standar kerja dan regulasi-regulasi profesi kedokteran. Korporasi lembaga pelayanan kesehatan memang memiliki kelebihan dalam kemampuannya memberikan pelayanan yang cepat dan efisien. Lebih dari itu, sistem

multirumah sakit berskala raksasa dalam korporasi pelayanan kesehatan dapat mengkonsolidasikan sumber daya dan tidak memboroskan pelayanan mereka sehingga dapat menghemat biaya operasional kegiatannya. Akan tetapi, semua itu pada umumnya hanya dapat dilakukan di daerah-daerah yang rumah sakitnya telah berkembang lebih banyak melayani lapisan penduduk berpendapatan tinggi dan meninggalkan daerah-daerah yang kurang berkembang yang mayoritas penduduknya miskin.

Di hadapan kedudukan dokter dan lembaga pelayanan kesehatan yang istimewa seperti itulah, kita menemukan sebagian penjelasan tentang rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh lapisan penduduk miskin dengan sejumlah hambatan sistem pelayanan kesehatan sebagaimana yang dikemukakan oleh Diana B. Dutton (1978). Dutton memang sama sekali tidak menolak tesis ekonomi atau finansial yang menjelaskan rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh lapisan penduduk miskin sebagai akibat logis dari ketidakmampuan mereka untuk "membeli" pelayanan kesehatan yang dibutuhkan karena tingginya harga atau biaya pelayanan kesehatan, rendahnya pendapatan mereka, dan tidak memadainya subsidi atau asuransi kesehatan yang disediakan oleh pemerintah. Ia juga dapat menerima penjelasan "budaya kemiskinan" yang melengkapi penjelasan ekonomi di atas dengan argumen bahwa nilai-nilai dan norma-norma budaya yang dianut oleh lapisan penduduk miskin cenderung menjadi penghalang dari pemanfaatan pelayanan kesehatan yang secara obyektif sebenarnya sangat mereka butuhkan. Kebanyakan penduduk miskin, misalnya, melihat pengalaman mereka dalam melakukan kontak dengan lembaga pelayanan kesehatan sebagai pengalaman yang negatif. Mereka juga seringkali bersedia untuk mengabaikan gangguan kesehatan yang mereka alami karena keharusan mereka untuk melakukan pergumulan hidup yang sangat keras. Namun demikian, Dutton melihat sebab rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan di kalangan penduduk miskin adalah hambatan organisasional sistem pelayanan kesehatan yang disediakan bagi mereka. Organisasi rumah sakit yang bersifat masif, terlalu kompleks, birokrasi rumah sakit yang bersifat impersonal, meraja, dan menguasai adalah beberapa ciri lembaga pelayanan kesehatan modern yang merupakan

sebab utama rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan di kalangan penduduk miskin.

Inner fraternity dari struktur organisasi rumah sakit modern seperti itu pula yang telah menyebabkan hubungan antara rumah sakit dan dokter di satu sisi dengan pasien di sisi yang lain, terutama pasien dari lapisan penduduk miskin, seringkali bersifat terlalu impersonal jika bukan bersifat *insulting* dan dengan demikian kurang mendukung fungsi pelayanan kesehatan rumah sakit yang pada tingkat etis sejak semula menjadi rasional bagi kehadirannya dalam masyarakat. Sejarah menunjukkan bahwa pada awal kelahirannya rumah sakit didirikan oleh masyarakat sebagai institusi yang bersifat filantropis, sebagai “rumah perawatan orang miskin”, untuk menolong penduduk miskin yang tidak mampu melakukan perawatan kesehatan dengan memadai pada saat mereka harus menghadapi situasi darurat atau mengalami gangguan kesehatan. Perawatan kesehatan komersial baru muncul kemudian dalam sejarah perkembangan rumah sakit (Cockerham, 1989: 231) ketika penemuan-penemuan teknologi kedokteran menyusul penemuan teori kuman (*germ theory*) dan pemakaian mereka menuntut investasi finansial yang mahal.

Menuju Keseimbangan Hubungan Antara Dokter dan Pasien

Kendati kompleks, industri medis dan monopoli kapital yang kita hadapi di Indonesia saat ini masih belum berkembang terlalu jauh, seperti yang telah terjadi di Amerika Serikat dan di negara-negara industri maju lain. Sebagaimana yang dilukiskan oleh Ivan Illich dalam kutipan yang penulis muat pada inset di awal tulisan ini, di bawah swastanisasi dan korporatisasi pengelolaan rumah sakit yang akan semakin berkembang di era persaingan global yang akan datang, perkembangannya di masa mendatang menuju kondisi yang demikian hanya tinggal menunggu perjalanan sang waktu. Oleh karena itu, jika kita benar-benar ingin mewujudkan pemerataan kesehatan bagi semua dalam rentang waktu yang tidak terlalu panjang di masa mendatang, suatu pendekatan baru di dalam pengelolaan hubungan segitiga antara rumah sakit, dokter, dan pasien yang lebih memberdayakan (*empowering*) bagi yang terakhir (baca: pasien) perlu dikembangkan. Pada tingkat makro, elemen paling dasar dari pendekatan yang demikian adalah perlunya dilakukan integrasi antara

program-program perbaikan mutu pelayanan kesehatan pada tingkat hilir (*downstream*) dengan program-program peningkatan kemampuan sosial-ekonomi lapisan penduduk miskin pada tingkat hulu (*upstream*) atau sebaliknya. Program *community health care*, seperti yang sudah cukup lama dilakukan oleh beberapa rumah sakit swasta dan seringkali disebut sebagai program pengembangan “rumah sakit tanpa dinding” merupakan sebuah contoh program yang perlu lebih banyak dikembangkan. Elemen lain yang sangat erat dengan elemen yang pertama adalah penekanan pada upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan primer yang lebih serius bagi lapisan penduduk paling miskin (*the poorest poor*).

Pada tingkat rumah sakit, perhatian untuk membangun keseimbangan hubungan antara dokter dan pasien yang bersifat asimetris dan simetris juga perlu terus-menerus diupayakan. Hubungan asimetris yang memberikan otoritas lebih besar kepada dokter jelas diperlukan untuk menjamin efektivitas pelayanan kesehatan yang mereka lakukan. Sebagaimana dikemukakan oleh Talcott Parsons (Wolinsky, 1988: 152-153), untuk menjamin agar dokter memiliki peluang yang cukup besar untuk mengembalikan pasien ke dalam pola perilaku sehat, dokter memang harus memiliki otoritas yang besar untuk membuat pasien melaksanakan dengan sungguh-sungguh dan disiplin terapi yang diberikan oleh dokter. Otoritas dokter pada gilirannya harus tertanam mendalam di dalam tanggungjawab, kompetensi, komitmen etis, dan perhatian okupasional dokter, dan bukan terutama tertanam di dalam struktur organisasi rumah sakit semata. Sebaliknya, simetri hubungan antara dokter dan pasien juga sangat diperlukan jika penerimaan pasien atas kehadiran dokter dan semua pelayanan yang diberikan kepadanya dilakukan secara aktif dan penuh tanggungjawab. Keseimbangan antara keduanya hanya dapat dikembangkan dalam keseimbangan struktur hubungan antara rumah sakit dan masyarakat, rumah sakit memiliki monopoli otoritas profesional sementara masyarakat memiliki akses terhadap dan otoritas untuk mengontrol proses pengambilan keputusan-keputusan administratif rumah sakit yang menyangkut kepentingan umum. Di dalam hubungannya dengan isu yang terakhir itu, pada tingkat internal organisasi rumah sakit diperlukan kehadiran *board of trustee* yang memiliki kemampuan untuk mengakomodasi kepentingan-kepentingan masyarakat, sementara pada tingkat nasional dan regional perlu mulai

diinisiasi suatu komite nasional dan regional kesehatan yang memiliki kewenangan untuk mengawasi kebijakan-kebijakan rumah sakit.

Kebijakan Peningkatan Mutu SDM Lembaga Pelayanan Kesehatan

Penyajian kedua pokok bahasan yang terakhir mengantarkan kita pada pokok bahasan yang sangat penting, yaitu tentang isu-isu strategis di dalam perencanaan SDM suatu rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan. Salah satu isu sangat strategis yang perlu kita kenali dan kita pahami dengan seksama adalah isu tentang pentingnya pengelolaan yang oleh Jan Carlzon (Mahesh, 1993: 23) dirumuskan dalam konteks industri pariwisata dan disebut sebagai MOT (*Moment of Truth*) yang sangat penting bagi peningkatan produktivitas suatu institusi pelayanan. Carlzon mendefinisikan MOT sebagai setiap bentuk interaksi sosial yang terjadi antara seorang konsumen (baca: pasien) dan suatu organisasi (rumah sakit, klinik, dan sejenisnya) yang menghasilkan penilaian positif atau negatif pada sisi konsumen tentang kualitas pelayanan yang diperolehnya dari organisasi itu. Pentingnya pengelolaan MOT dalam usaha atau bisnis pelayanan, seperti rumah sakit, ditunjukkan dengan sangat jelas dari berbagai hasil penelitian bahwa di mata seorang konsumen, kualitas pelayanan suatu organisasi (tidak terkecuali dan terlebih di rumah sakit) terbentuk melalui interaksi yang dialaminya dengan *front-line staff*. Yang lebih menarik, dari berbagai hasil penelitian juga ditemukan bahwa pada umumnya MOT terjadi di luar penglihatan, pendengaran, dan pengetahuan manajemen organisasi. Dengan perkataan lain, penilaian seorang pasien (dan jangan abaikan pula penilaian keluarganya) tentang pengalamannya melakukan kontak dengan rumah sakit secara sangat kritis tergantung pada bagaimana ia diperlakukan oleh para karyawan rumah sakit, mulai dari petugas parkir, karyawan pendaftaran pasien, satpam rumah sakit, petugas bagian informasi, dan perawat, sampai dengan dokter dan manajer rumah sakit. Karena kompleksitas sistem organisasi kerja suatu rumah sakit, hampir semua MOT yang dialami oleh seorang pasien dan keluarganya terjadi jauh dari kehadiran dan pengetahuan para manajer rumah sakit. Yang membuat hal itu menjadi sebuah isu yang sangat penting dalam industri pelayanan kesehatan adalah kenyataan

bahwa para pasien rumah sakit yang memperoleh pengalaman MOT yang negatif pada umumnya tidak bersedia melaporkannya kepada manajemen.

Pertanyaan sangat penting yang muncul dari situasi itu yang merupakan dua isu strategis di dalam perencanaan SDM lembaga pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut. Apakah para pegawai garis depan (*front-line staff*) industri pelayanan kesehatan mampu melakukan pekerjaan mereka dengan benar dan bersedia melakukannya dengan "muka manis" ketika pada saat yang sama mereka mengetahui bahwa manajemen tempat mereka bekerja tidak memiliki kemampuan untuk melihat dan mendengar apa yang mereka lakukan; dan dengan demikian tidak memiliki kemampuan untuk melihat dan mendengar kegagalan para pegawai garis depan di dalam melakukan tugas-tugas mereka? Dua tanggapan terhadap pertanyaan di atas patut diperhatikan. *Pertama*, tempat dan peran efek *pygmalion* (Mahesh, 1993: 23) sangat penting untuk dipahami jika manajemen lembaga pelayanan kesehatan benar-benar ingin meningkatkan mutu pelayanan para karyawannya. Hasil penelitian para ahli menunjukkan bahwa perilaku manusia, tidak terkecuali pegawai garis depan sebuah rumah sakit, merupakan tanggapan langsung terhadap harapan orang-orang atau organisasi yang ia anggap penting (*significant others*), di dalam hubungannya dengan manajemen. Dengan perkataan lain, semacam suatu proses terwujudnya ramalan diri (*self-fulfilling prophecy*) beroperasi di sini. Artinya, jika manajemen mengharapkan *front-line staff* melakukan pekerjaan dan kewajiban mereka dengan baik, maka peluang harapan itu akan benar-benar terwujud akan besar pula. Sebaliknya, jika harapan manajemen terhadap *performance* yang akan dilakukan oleh *front-line staff* adalah negatif, maka prestasi kerja yang akan benar-benar mereka capai akan rendah pula.

Kedua, tanggapan lainnya bertalian sangat erat dengan sifat-sifat dan determinan-determinan mutu pelayanan suatu industri pelayanan. Ini penting mengingat bahwa berbeda dari industri manufaktur yang menjual barang, industri pelayanan kesehatan tidak menjual barang, melainkan pelayanan. Meskipun pendekatan yang dilakukan untuk menjual produk pelayanan rumah sakit dapat sangat beragam, tema dasarnya adalah sama, yakni keuntungan usaha pelayanan rumah sakit hanya mungkin dicapai dengan cara memperlakukan dan melayani kebutuhan konsumen sebagai faktor yang paling penting dari pengorganisasian industri pelayanan

kesehatan. Mengutip Albrecht dan Zemke yang sekali lagi menurunkannya dari konteks pelayanan industri pariwisata, Mahesh mengidentifikasi tujuh dan menambahkan dua ciri unik industri pelayanan dibandingkan dengan ciri-ciri dari semua jenis industri manufaktur (Mahesh, 1993).

1. Di dalam industri pelayanan, produksi, penjualan, dan konsumsi produk pelayanan terjadi nyaris secara simultan, sementara di dalam industri manufaktur, produksi, penjualan, dan konsumsi terjadi di dalam tenggang waktu yang cukup panjang.
2. Suatu pelayanan tidak dapat diproduksi, diinspeksi, dan disimpan secara terpusat, dan pada umumnya disampaikan kepada konsumen di luar pengaruh (pengetahuan dan kontrol) langsung manajemen.
3. Sampel produk pelayanan tidak dapat dikirimkan kepada calon konsumen untuk memperoleh penilaian dan persetujuan sebelum transaksi pembelian dilakukan, seperti yang terjadi dalam industri manufaktur.
4. Produk pelayanan tidak dapat diberikan kepada konsumen dalam bentuk yang *tangible* karena nilainya berada di dalam pikiran subyektif konsumen.
5. Pelayanan yang diberikan oleh industri pelayanan pada umumnya berupa pengalaman yang tidak dapat dibagikan, diberikan, atau dialihkan kepada orang lain.
6. Penyampaian pelayanan kepada konsumen pada umumnya melibatkan kontak atau interaksi sosial sehingga penerima dan pemberi pelayanan seringkali harus bertemu satu sama lain di dalam suatu pengalaman yang relatif sangat bersifat pribadi.
7. Pengawasan terhadap mutu pelayanan menuntut pemantauan oleh manajemen atas proses-proses, sikap-sikap, dan perilaku dari staf atau karyawan garis depan.
8. Jika produk berkualitas jelek dari industri manufaktur dapat diganti, maka pelayanan buruk yang diberikan oleh industri pelayanan tidak dapat diganti. Yang paling jauh dapat dilakukan adalah berharap bahwa konsumen dapat memaafkan dan melupakan pelayanan buruk yang telah diterimanya.

9. Standardisasi mutu pelayanan sulit dilakukan dalam industri pelayanan, betapapun upaya dilakukan; semakin spontan dan dilakukan berdasarkan kebiasaan, semakin besar nilai pelayanan di mata konsumen.

Semua itu menjadikan dua hal berikut sebagai dua isu strategis yang sangat penting, dan karenanya menuntut perhatian istimewa dalam perencanaan SDM industri pelayanan, tidak terkecuali rumah sakit. Isu-isu itu dapat dipahami dan dikelola sebagai isu yang mandiri, sekalipun keduanya jelas saling berkaitan satu dengan yang lain, bahkan merupakan suatu kesatuan. *Pertama*, seberapa jauh pemerintah dan rumah sakit atau asosiasi rumah sakit bersedia melakukan investasi untuk membangun sistem pendidikan dan pelatihan SDM pelayanan kesehatan, dan sistem pendidikan dan pelatihan seperti apa yang perlu dikembangkan untuk menjamin agar para pegawai garis depan dalam industri pelayanan kesehatan memiliki kemampuan dan bersedia melakukan tugas dan pekerjaan mereka dengan benar meskipun mereka mengetahui bahwa yang mereka lakukan tidak secara langsung berada dalam penglihatan dan pengetahuan manajemen? *Kedua*, sistem manajemen hubungan industrial macam apa yang perlu dikembangkan sebagai suatu *self-organizing system* dan sebagai suatu instrumen esensial untuk menciptakan MOT yang positif dalam sebuah kebudayaan organisasi (*corporate culture*)? Isu kedua ini tidak kalah strategis dari isu yang pertama mengingat pelayanan konsumen yang efektif bukan hanya berurusan dengan persoalan bagaimana mendidik dan melatih karyawan untuk bermuka manis di hadapan konsumen, dengan penguasaan tata krama yang menyenangkan (*pleasant manners*), dan dengan kemampuan untuk mengatasi *complaint* dari konsumen, tetapi lebih banyak berurusan dengan pengembangan *corporate culture* yang sesuai dengan tuntutan konsumen.

Isu strategis yang pertama lebih jauh menyangkut beberapa pertanyaan lebih khusus berikut: pada tingkat mana pendidikan dan pelatihan SDM di dalam lembaga pelayanan kesehatan itu sebaiknya dilakukan, pada tingkat nasional, regional, atau lokal; bagi siapa pendidikan dan pelatihan itu terutama harus diorientasikan, bagi manajemen dan dokter atau bagi karyawan di garis depan; kurikulum seperti apa yang harus dirumuskan, dan dengan muatan apa saja; siapa yang harus melakukannya, pemerintah atau lembaga pelayanan kesehatan; dan, tidak kalah pentingnya, perlukah

dibangun suatu pusat pendidikan dan pelatihan SDM pelayanan kesehatan bagi lembaga-lembaga kesehatan kecil dan menengah? Sementara itu isu strategis yang kedua melibatkan, antara lain, beberapa pertanyaan sangat penting berikut: sistem manajemen hubungan industrial macam apa yang perlu dikembangkan dalam industri pelayanan kesehatan, manajemen yang bersifat sentralistis-otoritarian (SO) atau bersifat humanitarian-demokratis-partisipatoris (HDP); kerangka desain organisasi seperti apa yang harus dipilih sebagai konsekuensi suatu sistem manajemen hubungan industrial yang akan kita pilih; dan, akhirnya, bagaimana implementasi desain-desain struktur organisasi yang menjadi implikasinya harus dilakukan. Semua pertanyaan sangat mendasar itu harus dapat dijawab dengan tepat jika rumah sakit benar-benar ingin meningkatkan mutu pelayanannya.

Referensi

- Cockerham, William C. 1989. *Medical Sociology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall. 4th Edition.
- Dutton, Diana B. 1978. "Explaining the low use of health service by the poor: costs, attitudes, or delivery systems?", *American Sociological Review* 43:348-368, June.
- Illich, Ivan. 1976. *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- Lucas, Adetckunbo O. 1991. *A Strategy for Action in Health and Human Development*. Task Force on Health Research for Development.
- Mahesh, V.S. 1993. "Human resource planning and development: a focus on service excellence", in Tom Baum (ed.), *Human Resource Issues in International Tourism*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- . 1993. "Human resource planning and development: micro and macro models for effective growth in tourism", in Tom Baum (ed.), *Human Resource Issues in International Tourism*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

- McKinley, John B. 1986. "A Case for refocusing unstream: the political economy of illness", in Peter Conrad and Rochelle Kern, *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. New York: St. Martin's Press. 2nd Edition
- McKinley, John B. and Sonja M. McKinley. 1986. "Medical measure and the decline of mortality", in Peter Conrad and Rochelle Kern, *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. New York: St. Martin's Press. 2nd Edition
- Stevens, Rosemary. 1971. *American Medicine and the Public Interest*. New Haven: Yale University Press.
- Wolinsky, Fredric D. 1988. *The Sociology of Health: Principles, Practitioners, and Issues*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.