

### **BAB XIII**

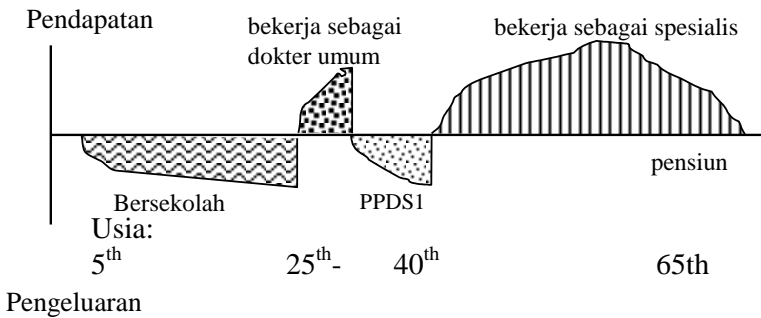
## **FAKTOR EKONOMI DALAM KOMITMEN PROFESIONAL**

Pertanyaan yang sering muncul dalam berbagai seminar dan perdebatan adalah “ mengapa orang-orang kaya dan pejabat Indonesia harus ke luar negeri untuk urusan kesehatan, termasuk yang paling sederhana...melakukan *check-up*”. Jika dicermati berbagai hal fisik dalam rumah sakit seperti peralatan medik, gedung, dan obat-obatan di rumah sakit Indonesia tidak jauh berbeda dengan rumah sakit di Malaka, Singapura, Bangkok. Perbedaan mencolok mungkin dengan rumah sakit Boston atau Houston. Salah satu hipotesis yang dikemukakan adalah perbedaan mutu SDM menentukan mutu pelayanan kesehatan. Namun, apabila dilihat secara perorangan, tentunya tidak terdapat perbedaan ras dan etnik antara orang Indonesia dan Malaysia atau Singapura. Dalam hal ini ada suatu hipotesis lain yang menyatakan bahwa apabila sistem manajemen SDM diperbaiki sehingga komitmen sumber daya rumah sakit Indonesia meningkat terhadap rumah sakitnya, maka akan terjadi peningkatan mutu pelayanan.

Bab ini membahas hubungan antara faktor ekonomi dan komitmen profesi. Maksud komitmen di sini yaitu besarnya perhatian dan hubungan antara profesional dokter dan rumah sakit. Hal ini perlu diletakkan dalam konteks, mengapa terjadi banyak kasus dokter spesialis bekerja rangkap di berbagai tempat yang akhirnya dapat menghasilkan komitmen rendah.

### 13.1 *Life-Cycle* dalam Karier Dokter Spesialis

Berbagai penelitian di Bab XII membuktikan bahwa para dokter spesialis tidak puas dengan pendapatan yang diperoleh dari satu rumah sakit. Akibatnya para spesialis cenderung bekerja tidak hanya di satu rumah sakit. Berbasis pada teori utilitas maka perilaku bekerja dapat dibahas melalui pendekatan *Life-cycle* dan sedikitnya *fee* untuk dokter spesialis. Penelitian Shen dkk (1998) menunjukkan *life-cycle* dokter spesialis bedah jantung yang sangat panjang proses pendidikannya, sehingga saat lulus usianya telah tua dan berakibat pada sempitnya waktu untuk bekerja sebelum pensiun. Secara umum *life-cycle* seorang dokter spesialis dapat digambarkan seperti dalam Gambar 13.1.



**Gambar 13.1** *Life-cycle* seorang dokter spesialis

*Life-cycle* ini menunjukkan masa kerja spesialis yang relatif dimulai agak lambat, yaitu dalam umur di atas 35 tahun, berdasarkan usia lulusnya dokter spesialis. Keterlambatan ini bersifat relatif dibandingkan profesi lain, misalnya seorang akuntan yang dapat bekerja sejak berumur 23 tahun, dengan diselingi belajar MBA setahun. Sistem pendidikan dan bekerja para dokter membuat usia lulus dokter spesialis menjadi tua, misalnya sekitar 36 tahun. Pada usia ini, seorang dokter spesialis dapat dikatakan memulai hidup baru untuk pekerjaan baru. Hal ini dapat dirasakan pada keadaan jika

seorang dokter spesialis ditempatkan di sebuah tempat baru. Sementara itu, pada usia ini kebutuhan hidup sudah tinggi, termasuk kebutuhan keluarga.

Dalam hal pendapatan, pada kasus di atas terlihat bahwa gaji para dokter spesialis pemerintah relatif kecil. Dengan masa pendidikan yang panjang dan masa mulai bekerja sebagai dokter spesialis dalam usia yang cukup tinggi, maka unsur mencari tambahan pendapatan di luar gaji menjadi penting. Kasus-kasus yang diteliti menunjukkan bahwa para dokter spesialis tidak puas dengan gaji pemerintah dan harus menambah kegiatan secara *fee-for-service*. Akan tetapi, disinilah kesulitannya mulai timbul yaitu berapakah pendapatan yang diharapkan dari *fee-for-service* karena tidak ada informasi mengenai standarisasi pendapatan.

Sebagai contoh, seorang dokter spesialis bedah yang lulus pada umur 35 tahun. Dokter spesialis bedah ini dapat menghitung bahwa masa aktifnya sebagai seorang dokter spesialis bedah adalah 25 tahun dengan perhitungan masa pensiun pada usia 60 tahun. Faktor lain yang diperhitungkan adalah gaya hidup. Globalisasi gaya kehidupan merambah masuk ke Indonesia, termasuk standar pendidikan anak, kepemilikan rumah dan jenis mobil. Harga mobil Toyota Corolla di Indonesia sekitar Rp225.000.000,00 yang identik dengan 200 bulan gaji dokter pemerintah dengan pangkat IVA. Sementara di Amerika Serikat harga Toyota Corolla setara dengan 1 bulan gaji dokter. Mobil jip BMW seri X 5 3.0 setara dengan 3 bulan pendapatan rata-rata dokter di Amerika Serikat. Di Indonesia, jip tersebut seharga sekitar 800 juta rupiah. Ada kemungkinan dokter spesialis bedah tersebut berangan-angan mengirim anak ke luar negeri, mempunyai rumah besar dan mobil mewah. Keadaan ini dapat menyebabkan munculnya berbagai fenomena seperti *supplier-induced-demand* atau hubungan tidak sepatutnya antara industri farmasi dengan dokter.

Disinilah muncul kesulitan utama menentukan bagaimana gaya hidup dokter spesialis bedah pada saat bekerja dalam waktu yang singkat tersebut. Kegagalan ikatan profesi untuk membuat standar dapat mengakibatkan gaya hidup dokter sangat bervariasi. Hal inilah yang menjadi pemicu kesulitan melakukan standarisasi pendapatan

sehingga kemungkinan dokter spesialis bedah akan seperti ”artis” yang memang tidak mempunyai standar. Sebuah penelitian oleh konsultan asing di sebuah rumah sakit pemerintah pendidikan menunjukkan harapan para dokter spesialis muda untuk pendapatan per bulan:

*“A group discussion was implemented with 6 young specialists. They were asked to identify their hopes for X Hospital. All of them want to work mainly in X Hospital. However, their financial income is far below their expectations. Dr. A (female) from the Department of Dermatology asked for the sum of 5-10 million Rp per month. Dr. B (female) from the Dept. of Radiology asked for 5 million Rp per month. Dr. C (female) from the ENT Dept. asked for 10 million Rp per month. Dr. D from the Eye Department asked for 5-10 million Rp per month. Dr. E (male) from ObGyn asked for about 40 million Rp per month, and Dr. F (Cardiac surgeon) asked for about 80 million Rp per month”.*

Ketika jawaban ini dikontraskan dengan pendapatan mereka dari rumah sakit pemerintah, maka terjadi perbedaan yang besar. Rumah Sakit Umum Pemerintah (RSUP) tempat bekerja memberikan gaji dan jasa medis total yang sangat rendah. Yang paling ekstrim adalah pendapatan dokter spesialis bedah jantung yaitu hanya sekitar 3% dari harapannya. Oleh karena itu, dokter spesialis muda juga melakukan pekerjaan rangkap di berbagai rumah sakit.

Pertanyaan penting timbul yaitu mengapa dokter pemerintah bertahan di rumah sakit pemerintah? Penelitian Sandjana (1996) menunjukkan bahwa kepuasan kerja cukup tinggi walaupun gaji rendah. Hal ini disebabkan oleh pola bekerja di rumah sakit pemerintah mempunyai kultur seperti yang diungkapkan oleh seorang spesialis senior sebagai berikut:

... bekerja di rumah sakit pemerintah adalah pengabdian, sedangkan mencari uangnya dilakukan di rumah sakit swasta ...

Dengan kultur ini, seorang dokter spesialis pemerintah dalam merencanakan karier ke depan dalam *life-cycle*-nya akan berusaha mencari tempat melakukan kerja di rumah sakit swasta atau membuka

praktik pribadi. Hal ini terbukti dengan menumpuknya para dokter spesialis di daerah yang mempunyai kekuatan ekonomi serta banyak rumah sakit swasta (Trisnanto, 2001). Walaupun pendapatan rendah di rumah sakit pemerintah, tetapi posisi di rumah sakit pemerintah, terlebih yang bekerja sebagai dosen cenderung tidak mau meninggalkan pekerjaannya sebagai pegawai negeri. Pola dan kultur bekerja ini menjadikan keadaan yang mengarah ke *Earning at Risk*, yaitu para dokter spesialis tetap bertahan sebagai pegawai pemerintah tetapi mempunyai pekerjaan di luar pemerintah untuk mendapatkan insentif yang tidak terbatas.

### 13.2 Kebutuhan Akan Pengembangan Standardisasi dalam Pasar Tenaga Dokter

Dalam usaha peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, perangkapan pekerjaan yang terlalu banyak perlu dihindari. Salahsatu cara yaitu dengan melakukan pendekatan yang berbasis pada kewajaran sebuah profesi. Secara universal, profesi dokter bukanlah artis yang pendapatan anggotanya tidak dapat ditata. Profesi dokter adalah profesi seperti seorang akuntan ataupun insinyur yang memerlukan standar. Bagi rumah sakit di daerah yang banyak spesialis seperti DKI, adanya standarisasi pendapatan dokter spesialis dapat dipergunakan untuk melakukan perencanaan dalam rekrutmen dokter spesialis muda yang diharapkan bekerja *full-timer*, tidak terjadi perangkapan. Dengan adanya standar tersebut, maka akan terjadi suatu mekanisme *supply* dan *demand* yang lebih terprediksi, bukan suatu jenis mekanisme seperti pada sektor seni yang tidak dapat diprediksi. Bagi rumah sakit-rumah sakit di Indonesia, adanya standardisasi pendapatan dokter spesialis dapat merupakan petunjuk bagi pemilik rumah sakit, misalnya pemerintah daerah, untuk melakukan rekrutmen. Misalnya untuk merekrut seorang dokter spesialis bedah di Kabupaten Merauke, maka Pemerintah Provinsi Papua dan Pemerintah Kabupaten Merauke akan menyediakan insentif yang mendekati standar pendapatan tersebut.

Berbagai konsep menunjukkan diperlukan suatu patokan untuk pengembangan standardisasi pendapatan seorang dokter spesialis. Tujuan pengembangan tersebut adalah untuk:

1. Pengembangan karier seorang dokter. Dengan mempunyai standar pendapatan, seorang dokter dapat memperkirakan perjalanan kariernya dalam hubungannya dengan pendapatan. Sebagai contoh, sebagai seorang dokter spesialis muda (baru lulus dibawah 5 tahun), jumlah pendapatan yang diperkirakan akan diperolehnya merupakan pedoman yang penting.
2. Penetapan tarif dan insentif oleh rumah sakit. Rumah sakit membutuhkan informasi untuk dapat memberikan pendapatan yang layak bagi dokter spesialis yang bekerja. Hal ini

**RS. XXX MEMBUTUHKAN:**

➤ Dokter Spesialis Bedah	Gaji + Rp. 3.000.000,-
➤ Dokter Spesialis Penyakit Dalam	Gaji + Rp. 3.000.000,-
➤ Dokter Spesialis Anak	Gaji + Rp. 3.000.000,-
➤ Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan	Gaji + Rp. 3.000.000,-
➤ Dokter Spesialis THT	Gaji + Rp. 2.000.000,-
➤ Dokter Spesialis Mata	Gaji + Rp. 2.000.000,-
➤ Dokter Spesialis Syaraf	Gaji + Rp. 2.000.000,-
➤ Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	Gaji + Rp. 2.000.000,-
➤ Dokter Spesialis Anestesi	Gaji + Rp. 2.000.000,-
➤ Kepala perawatan Senior	Gaji + Rp. 1.500.000,-

Di rumah sakit swasta yang baik Gaji tersebut adalah tetap (ada pasien ataupun tidak).

Gaji di atas ditambah 50% dari penghasilan honor dokter rawat jalan dan rawat inap.

Praktik Poliklinik di rumah sakit pagi dan sore untuk kepentingan masyarakat yang membutuhkan

**Lamaran lengkap ke PO BOX 144 Cimahi Bandung**

Sumber: *Harian Kompas*, Mei 2000.

**Gambar 13.2** Contoh iklan rekrutmen dokter spesialis

penting di DKI Jakarta. Diharapkan adanya standar sehingga sebuah rumah sakit mempunyai patokan agar mampu menyediakan pendapatan sesuai standar untuk seorang dokter spesialis. Pada beberapa iklan rekrutmen, pendapatan ini sudah mulai terbuka dilakukan seperti yang terlihat pada Gambar 13.2.

3. Penetapan gaji dan pendapatan oleh pemerintah daerah yang ingin mempunyai dokter spesialis *full-timer* di rumah sakit daerahnya. Sebagai contoh, bagaimana Pemerintah Daerah Papua akan menggaji dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan atau bedah. Pada tahun 1999 para dokter digaji berdasarkan standar PNS + tunjangan jauh sekitar Rp1.000.000,00 di samping praktik secara pribadi yang akan menghasilkan sekitar Rp2.000.000,00 (Ridhoto, 2000). Total seorang dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan mendapatkan sekitar Rp4.000.000,00. Pertanyaan di sini apakah mungkin Pemerintah Provinsi Papua akan menggaji berdasarkan permintaan pasar, misal Rp20.000.000,00 sebulan?
4. Dengan diketahuinya standar pendapatan dokter, termasuk di daerah-daerah, maka akan terjadi hukum *demand* dan *supply* dalam penyebaran dokter. Kasus di Amerika Serikat menunjukkan bahwa daerah-daerah terpencil di Amerika Serikat ternyata banyak diisi oleh para dokter asing, khususnya dari India. Para dokter asing ini masih mau bekerja di daerah terpencil karena pendapatan yang diperoleh dinilai cukup dan semangat *survival* yang tinggi. Dengan demikian, apabila ada standardisasi pendapatan ini, maka ada nilai dan informasi yang mungkin mampu menarik pada dokter untuk bekerja di daerah terpencil di Indonesia. Tidak tertutup kemungkinannya bagi para dokter spesialis Filipina ataupun Myanmar untuk bekerja di daerah terpencil di Indonesia.
5. Mendidik masyarakat menghargai profesi dokter spesialis. Kasus di sebuah rumah sakit daerah menunjukkan bahwa tarif pemeriksaan poliklinik spesialis sangat rendah, dan jasa medis setiap pemeriksaan hanya Rp500.000,00. Sementara itu, gaji sangat rendah, di bawah yang diharapkan dokter spesialis. Akibat yang timbul adalah dokter spesialis sering tidak ada berada poliklinik pada jam yang sudah

ditetapkan. Pada jangka panjang impresi terhadap dokter spesialis akan menjadi jelek.

Standar ini penting untuk keadilan bagi dokter spesialis yang bekerja di Indonesia. Sebagai contoh, dokter spesialis yang sama-sama lulusan kebidanan dan penyakit kandungan dari sebuah universitas negeri terkemuka. Seorang dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan di Depok setelah 3 tahun bekerja mampu mempunyai pendapatan Rp20.000.000,00 sebulan. Sementara, rekan satu angkatan yang bekerja di Abepura, Papua, hanya mendapatkan Rp3.000.000,00 sebulan dengan risiko pekerjaan dan tingkat kesulitan hidup yang jauh lebih tinggi di Abepura.

Berdasarkan teori kompensasi, maka besar-kecilnya pendapatan para spesialis sebaiknya ditentukan oleh berbagai faktor yaitu: jenis spesialisasi, jenis keahlian dan lokasi tempat bekerja (terkait dengan risiko keamanan, jarak dan akses geografis, serta kemampuan ekonomi setempat). Untuk mendapatkan standar pendapatan dokter spesialis per bulan, perlu dilakukan suatu proses penetapan berdasarkan pendapatan per orang dokter spesialis di satu rumah sakit. Agar terhindar dari fenomena rangkap-merangkap, diharapkan sebuah rumah sakit mampu membayar seorang dokter spesialis secara *full-timer* atau melakukan kontrak *part-timer* yang jelas.

Perhitungan ini masih perlu dirundingkan dengan berbagai faktor di luar dan di dalam rumah sakit. Faktor luar rumah sakit adalah mengenai peraturan perundangan atau perburuhan, serta kekuatan tawar-menawar dokter spesialis yang harus diperhitungkan. Sementara itu, salah satu faktor yang harus diperhatikan adalah masalah besar perbedaan antara pendapatan seorang dokter spesialis dengan perawat. Apabila model ini diterapkan, dapat terjadi seorang dokter spesialis dan menerima Rp50.000.000,00 per bulan, sementara pendapatan perawat bedahnya “hanya” Rp2.000.000,00 sebulan. Belum lagi diperhitungkan dengan pendapatan tenaga administratif. Hal-hal inilah yang menyebabkan proses standarisasi pendapatan seorang dokter spesialis menjadi sulit.

Untuk menetapkan harapan dokter spesialis mengenai pendapatan per bulan, sebaiknya dilakukan berdasarkan survei. Diharapkan



survei ini dilakukan secara nasional, dengan basis per daerah. Dalam survei tersebut perlu diperinci harapan pendapatan berdasarkan golongan spesialis, lama bekerja, dan daerah geografis. Sebagai langkah awal, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM, Yogyakarta melakukan survei pilot ke dua daerah yaitu Yogyakarta dan Kedu. Contoh pertanyaannya dan hasil terdapat pada lampiran. Secara ringkas hasil penelitian menunjukkan bahwa:

1. Terdapat perbedaan antara Yogyakarta dan daerah Kedu.
2. Dokter spesialis yang bukan dokter spesialis konsultan kesulitan menjawab pertanyaan mengenai pendapatan dokter spesialis konsultan.
3. Lama bekerja merupakan salah satu pertimbangan penting untuk kenaikan pendapatan.
4. Terdapat perbedaan antara dokter spesialis yang menggunakan pisau dengan yang tidak.

Hasil akhir survei diharapkan terdapat informasi mengenai Pendapatan Minimal dan Maksimal Regional. Secara praktis hal ini dapat digunakan misalnya oleh Pemerintah Papua yang akan menarik seorang dokter spesialis bedah untuk bekerja di RSUD Merauke. Sebagai ilustrasi, ikatan profesi bedah (misalnya) menyatakan bahwa pendapatan regional bagi dokter spesialis bedah yang baru lulus di daerah Papua sebesar Rp15.000.000,00. Standar pendapatan ini akan digunakan Pemerintah Provinsi Papua untuk menarik dokter spesialis dan membayar mereka sesuai dengan permintaan. Apabila gaji dari pusat hanya Rp1.000.000,00, dan praktik swasta hanya memberikan jasa medis sebesar Rp2.000.000,00, maka Pemerintah Provinsi Papua akan memberikan gaji sebesar Rp12.000.000,00.

Dari hasil survei ini, maka diteruskan dengan melakukan negosiasi dengan pihak-pihak yang terkait, misalnya pemerintah daerah ataupun pemilik rumah sakit. Pertanyaannya adalah bagaimana kalau Pemerintah Propinsi Papua hanya mampu dan mau membayar Rp7.000.000,00 sebulan (di bawah standar pendapatan regional)? Dalam hal ini mekanisme *demand and supply* akan bekerja. Kemungkinan ada dokter spesialis bedah yang mau bekerja dengan pendapatan seperti itu (di bawah standar). Andaikata dokter spesialis

bedah Indonesia tidak ada yang mau, ada kemungkinan dokter spesialis bedah asing akan mau mengambilnya, misalnya dari Filipina atau Myanmar, bahkan dari Australia yang mempunyai motivasi non-material. Dengan demikian, iklan seperti yang dilakukan oleh RS XXX dapat dilakukan oleh pemerintah daerah. Apabila tidak ada respons dari dokter di Indonesia, maka iklan rekrutmen dapat dipasang di media Filipina atau Australia, ataupun negara-negara lain asal peraturan membolehkan. Dengan adanya otonomi daerah, rekrutmen dokter spesialis langsung oleh Pemerintah Daerah menjadi hal yang mungkin. Dengan demikian, dapat dibayangkan jika Pemerintah Provinsi Papua dan Pemerintah Kabupaten Merauke kesulitan mencari dokter spesialis bedah Indonesia untuk bekerja di Merauke, maka rekrutmen mungkin dapat dilakukan untuk mencari dokter spesialis bedah Filipina atau dokter bedah Australia, asal memenuhi harapan kompensasi mereka.

Dengan demikian, esensi penting dari adanya standardisasi ini untuk menemukan antara kemampuan dan kemauan masyarakat untuk mendapatkan dokter spesialis dengan kemauan dokter spesialis memberikan tenaganya. Makna ini telah diabaikan selama puluhan tahun di Indonesia dengan adanya keengganan atau tabu membicarakan masalah ini. Hasil dari keengganan ini adalah suatu penyebaran dokter spesialis dan variasi pendapatan dokter spesialis antarjenis spesialisasi dan antardaerah yang cenderung tidak merata.

### **13.3 Komitmen dan konsep *full-timer/part-timer***

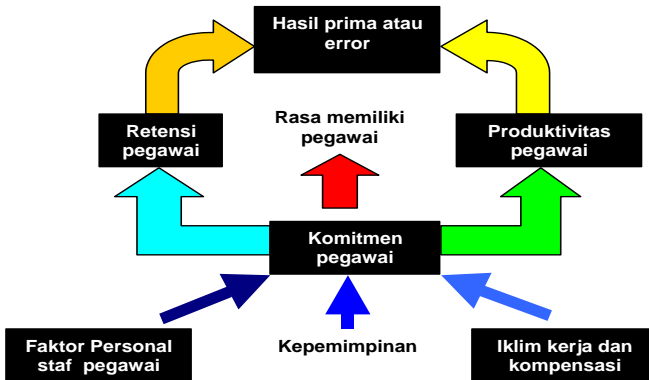
Konsep *full timer* dan *part-timer* merupakan hal menarik untuk dianalisis. Berapa persen waktu yang dipakai oleh dokter spesialis untuk bekerja di rumah sakit pemerintah? Melihat ketimpangan jumlah spesialis di pemerintah dan swasta maka terjadilah apa yang disebut perangkapan jabatan dengan waktu yang sangat kompleks. Dokter spesialis cenderung menjadi *part-timer* di rumah sakit pemerintah, tempat ia resmi bekerja.

Berbagai kasus yang diteliti menggambarkan beberapa faktor

yang berpengaruh terhadap komitmen seorang spesialis di rumah sakit pendidikan seperti insentif, iklim kerja, transparansi, kepastian, keamanan, perhatian. Dampak dari komitmen organisasi yang buruk juga dapat bermacam-macam dari yang sederhana hingga yang berat. Dalam hal ini dipergunakan definisi komitmen menurut Luthans (1996), menyebutkan:

“Komitmen organisasi didefinisikan sebagai keadaan keinginan yang kuat dari para anggota organisasi untuk mengikatkan diri dalam sebuah organisasi secara sukarela dan berusaha secara keras untuk kepentingan organisasi”

Dengan demikian, komitmen tidak lain merupakan kesetiaan anggota dan pemimpin rumah sakit terhadap organisasinya. Komitmen merupakan proses yang berkelanjutan dengan para anggota organisasi masing-masing menyumbangkan kontribusi terhadap kemajuan organisasi. Dalam rumah sakit peran komitmen sangat penting sebagai perekat sistem yang telah dibuat seperti terlihat dalam Gambar 13.3.



(Sumber: Luthan, 1996)

**Gambar 13.3** Berbagai faktor yang terkait dengan komitmen pegawai rumah sakit

Komitmen tinggi akan menentukan tingkat retensi karyawan dan produktivitas kerja yang baik serta rasa memiliki lembaga di hati

karyawan. Hal-hal ini akan memberi hasil berupa kinerja yang prima ataupun yang buruk. Pertanyaannya, mengapa terjadi kekurangan komitmen? Apakah faktor ekonomi merupakan hal penting?

Aspek historis dapat menerangkan mengapa komitmen menjadi masalah. Dalam hal ini dapat dilihat dari fakta sejarah bahwa adanya kenyataan di masa tahun 1970-an atau 1980-an yaitu jasa medik yang besar merupakan bagian dari pungutan liar, (komunikasi pribadi dengan Dr. Sudibjo Sardadi, mantan Direktur RSUP Dr. Sardjito). Pada awal tahun 1980-an Dr. Soedibjo Sardadi mempertaruhkan jabatannya untuk mengembangkan pola yang menjadi cikal bakal kebijakan swadana jasa bagi para dokter di kelas Wijaya Kusuma (bangsal VIP) RSUP Sardjito. Insentif ini ditetapkan dengan suatu kesadaran berlawanan dengan peraturan pemerintah yang cenderung menganggap rumah sakit sebagai lembaga birokrasi. Di periode yang sama, spesialis banyak yang bekerja sambil ke rumah sakit swasta yang besar atau jika tidak ada maka para dosen senior di FK akan mendirikan rumah sakit kecil sendiri. Bukti empirik di Kota Denpasar dan Padang menunjukkan hal ini. Di kedua kota ini tidak ditemukan sejarah rumah sakit swasta keagamaan yang besar. Akibatnya, banyak rumah sakit swasta yang dimiliki oleh dokter spesialis rumah sakit pendidikan. Ada kasus yang rumah sakitnya didirikan dalam jarak jalan kaki dengan rumah sakit pendidikannya. Dengan demikian, ketidakpuasan dalam kompensasi merupakan salah satu alasan didirikannya berbagai rumah sakit swasta oleh para spesialis. Pemberian jasa medik di luar peraturan pemerintah merupakan salah satu cara meningkatkan komitmen. Dalam hal ini perlu disadari bahwa muncul berbagai faktor komitmen yang perlu dikaji yaitu (1) gaya kepemimpinan; (2) iklim bekerja dan kompensasi; dan (3) faktor-faktor personal.

### **Gaya Kepemimpinan**

Model kepemimpinan dari pemimpin puncak dan supervisor yang berbasis prinsip tentu akan lebih membangkitkan komitmen dibandingkan dengan model kepemimpinan yang bersifat *'bossy'*.

Dalam hal ini, sebagai contoh, direksi RSUP pendidikan dapat terperangkap dalam konteks “*bossy*” dengan pengelolaan berbasis hierarki manajemen yang birokratis. Dengan perilaku ekonomi yang *budget maximizer*, maka ada kemungkinan direksi rumah sakit dianggap sebagai birokrat yang hanya mementingkan hubungan dengan atasan di Depkes berkaitan dengan proyek pemerintah pusat, tetapi tidak memikirkan staf di bawah. Keadaan ini dapat menimbulkan ketidakpuasan staf.

### **Iklm bekerja dan kompensasi**

Keadaan tempat bekerja, hubungan antarkaryawan, kepercayaan kepada sistem, keterbukaan dan berbagai hal lainnya merupakan bagian dari iklim bekerja yang dapat meningkatkan komitmen.

“There are two things people want more than sex and money ... recognition and praise”,

Kutipan tersebut seperti diucapkan oleh Mary Kay Ash, Chairman Emeritus, Mary Kay Cosmetics. Kata-kata ini sebenarnya bertujuan menyatakan bahwa kompensasi yang diberikan oleh sebuah lembaga untuk karyawannya dapat berupa kompensasi uang atau nonuang. Di sini terjadi interaksi antara sifat karyawan dan jenis kompensasinya. Terdapat karyawan yang mengharapkan uang tetapi juga terdapat karyawan yang lebih mengharapkan surga sebagai balasan atas kerja kerasnya di rumah sakit. Kombinasi antara kompensasi uang dan nonuang ini dapat mempengaruhi komitmen. Masalah kompensasi ini menjadi menarik karena terjadi keadaan bahwa RSUP Pendidikan tidak dapat memberikan kompensasi materi yang cukup. Yang menarik, walaupun dibayar rendah ternyata dokter spesialis RSUP Pendidikan masih banyak yang puas dengan kondisi kerjanya. Walaupun dibayar dengan imbalan rendah, spesialis ternyata tidak mau keluar dari pegawai negeri karena status ini memberikan kompensasi lain di luar materi.

## **Faktor-Faktor Personal**

Seseorang yang usianya lebih tua biasanya memiliki kategori kebutuhan yang berbeda. Pada usia muda mungkin yang dibutuhkan adalah kebutuhan fisiologis, sedangkan usia 35-an mulai mencari kebutuhan akan keamanan dan kemapanan, sedangkan usia 50-an mulai mencari kebutuhan aktualisasi diri (nama baik). Cepat lambatnya akselerasi perpindahan kebutuhan juga ditentukan oleh masa pendidikan anggota organisasi. Masalah yang terjadi selama ini pada spesialis Indonesia adalah usia yang terlalu lanjut untuk menjadi spesialis. Seorang spesialis dapat lulus pada usia 35-40 tahun. Dalam hal ini kebutuhan akan uang sudah sangat besar. Apabila tidak tersedia pendapatan cukup di rumah sakit pendidikan, spesialis akan mencarinya di rumah sakit swasta. Perasaan dan kecerdasan emosi mempengaruhi komitmen akan organisasi.

Sifat manusia merupakan penentu komitmen. Beberapa manusia yang bersifat serakah, tidak pernah puas dengan apa yang didapat. Kemungkinan seseorang tidak akan pernah puas dengan pendapatan finansial dari sebuah rumah sakit. Namun, ada dokter yang tinggi rasa kemanusiaannya. Awal tahun 2000-an, terjadi perkembangan baru. Kebijakan penempatan dokter memungkinkan seorang yang baru lulus dokter langsung masuk pendidikan residen. Kebijakan ini akan memberikan pengaruh pada faktor personal dokter.

## **Jenis-Jenis Komitmen**

Setiap spesialis dapat memiliki komitmen yang berbeda-beda. Komitmen spesialis dapat berupa komitmen ke rumah sakit swasta atau RS Pendidikan. Diharapkan seorang spesialis di RSUP pendidikan akan mempunyai komitmen ke RS pendidikan. Akan tetapi, kemungkinan komitmen tersebut berada pada rumah sakit swasta. Gambar 13.4 menunjukkan berbagai model keterlekatan spesialis dengan rumah sakit.

		Keterlekatan kepada rumah sakit swasta	
		Rendah	Tinggi
Keterlekatan kepada rumah sakit pemerintah	Rendah	A. Tidak Berkomitmen kemana-mana	B. Berkomitmen kepada rumah sakit swasta
	Tinggi	C. Berkomitmen kepada RS pemerintah	D. Berkomitmen kepada keduanya

**Gambar 13.4** Berbagai model komitmen spesialis terhadap rumah sakit

Apakah mungkin seorang spesialis mempunyai komitmen untuk rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta secara sama (kotak D)? Secara teori sebenarnya dapat, tetapi secara praktis kemungkinan akan mengalami kesulitan. Salahsatu kesulitan praktis adalah pembagian waktu, mengingat bahwa ada kemungkinan seorang spesialis bekerja tidak hanya di satu rumah sakit swasta. Apabila spesialis bekerja lebih dari satu rumah sakit swasta, maka kemungkinan kesulitan membagi waktu. Dengan adanya para residen di rumah sakit pendidikan, maka kemungkinan terjadilah apa yang disebut dengan perwakilan ke residen untuk menangani kasus di rumah sakit swasta. Akibatnya, dokter spesialis sulit dijumpai di rumah sakit pendidikan, termasuk di poli spesialis yang seharusnya menjadi rujukan rumah sakit kelas C atau swasta di bawahnya.

Dalam hal ini banyak kasus yang menunjukkan keanehan rujukan. Seorang spesialis rumah sakit kabupaten merujuk ke rumah sakit pendidikan, justru pasiennya ditangani oleh seorang residen. Kesulitan komitmen akan terjadi semakin besar apabila spesialis yang bersangkutan memiliki rumah sakit swasta dan bersaing dalam mendapatkan pasien. Dalam hal ini akan terjadi *conflict of interest*. Diperlukan suatu kearifan dalam tingkat tinggi untuk menjaga keseimbangan komitmen ini. Pertanyaan penting di sini adalah bagaimana komposisi spesialis sebuah rumah sakit pendidikan? Apakah berada di kotak A, B, C, atau D? Harapannya ada di kotak C.

Salah satu tindakan yang diusulkan adalah penanganan radikal manajemen spesialis dengan cara mencari spesialis yang betul-betul bekerja di RSUP dengan komitmen tinggi, mempunyai keterlekatan dengan rumah sakit pemerintah. Cara radikal ini intinya adalah melakukan penegasan, siapa yang akan bekerja *full-timer* di RSUP dan siapa yang akan *part-timer*. Bagi yang *full-timer* diharapkan akan mempunyai pendapatan cukup. Pendekatan ini berusaha agar komitmen sebagian spesialis didorong ke kotak C. Mengingat kapasitas VIP RSUP dan poli spesialis maka tidak mungkin semua spesialis akan mendapat tempat. Oleh karena itu, diperlukan sebagian spesialis yang menjadi tenaga *full-timer*. Apabila terjadi kesulitan pembagian, diharapkan para spesialis muda yang menjadi *full timer* di rumah sakit pendidikan. Sementara, senior yang sudah mempunyai tempat di rumah sakit swasta dipersilahkan untuk terus bekerja tanpa perubahan yang berarti. Akan tetapi, diharapkan para senior merestui dan mendorong para spesialis muda hidup dari rumah sakit pendidikan.

Dengan perjalanan waktu maka para spesialis muda akan berkembang menjadi senior dan hidup dari rumah sakit pemerintahnya. Sementara itu rumah sakit swasta juga akan mendidik calon spesialisnya atau mendapatkan dari para spesialis pemerintah yang mengajukan pensiun dini. Dengan demikian pada intinya terjadi pemisahan spesialis pemerintah dan swasta.

## **PENUTUP**

Bab ini telah membahas perilaku rumah sakit dan staf rumah sakit dari sudut ekonomi. Kenyataan di Indonesia terdapat berbagai jenis rumah sakit seperti rumah sakit pemerintah yang tidak mencari keuntungan, rumah sakit swasta tidak mencari keuntungan seperti rumah sakit keagamaan dan kemanusiaan, serta rumah sakit swasta mencari keuntungan. Rumah sakit-rumah sakit tersebut dapat dianalisis perilakunya dengan pendekatan perusahaan ataupun lembaga *non-profit*. Pendekatan perilaku ini harus melihat pada konteks lingkungan dan jenis kepemilikan rumah sakit.



Menarik untuk dicermati bahwa berbagai model ekonomi rumah sakit dipengaruhi oleh perilaku dokter spesialisnya. Dalam pembahasan mengenai perilaku spesialis, ekonomi merupakan faktor penting untuk pembahasan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa perilaku spesialis tidak berbeda dengan perilaku profesional lain dengan menempatkan kompensasi uang merupakan hal penting. Dengan jumlah dokter yang relatif sedikit, dokter dapat berperan sebagai *price-maker* dalam hubungannya dengan rumah sakit. Dengan peran ini maka pendapatan dokter dapat menjadi tidak terbatas. Oleh karena itu, diperlukan suatu sistem untuk menetapkan standar pendapatan dokter spesialis. Pemakaian standar pendapatan ini tidak berlaku secara kaku, artinya standar digunakan sebagai acuan-ancuan untuk rekrutmen atau pemberian jasa kepada para dokter oleh pemilik rumah sakit swasta atau pemerintah daerah. Disarankan untuk melakukan standarisasi pendapatan dokter dan melakukan pengaturan waktu bekerja yang transparan dan tegas agar mutu pelayanan dapat meningkat.