

BAB 5

PERENCANAAN STRATEGIS DAN KEPEMIMPINAN

Proses menyusun rencana strategis merupakan usaha merencanakan langkah-langkah strategis dalam jangka menengah oleh sebuah lembaga. Literatur mengenai manajemen strategis menyebutkan bahwa proses menyusun rencana strategis merupakan awal sistem manajemen strategis yang diikuti dengan pelaksanaan dan sistem kontrol strategis. Mengapa berupa perencanaan? Truitt (2002) menguraikan berbagai manfaat perencanaan, antara lain untuk menyadarkan organisasi agar memahami dan menyadari tentang masa depan, mendisiplinkan organisasi, menekankan pilihan-pilihan keputusan, menyadarkan para pemimpin bahwa mereka harus mengelola lembaga, dan membuat para manajer berpikir. Perencanaan merupakan suatu proses yang menghasilkan dokumen rencana. Dokumen rencana ini akan berfungsi sebagai peta untuk mencapai suatu tujuan dengan indikator pencapaian yang disepakati bersama oleh seluruh pihak terkait lembaga.

1. Pemahaman Mengenai Rencana Strategis

Terdapat perbedaan pemahaman rencana strategis menurut para ahli. Dalam hal ini perlu ada pembedaan tentang apa yang disebut rencana strategis (*strategic plan*) dengan rencana usaha (*business plan*). Terdapat penulis yang menyatakan kedua rencana tersebut adalah sama, misalnya Piggot (2000). Sementara itu, penulis lain membedakan dua pengertian tersebut, misalnya Pinson dan Jinnet (1999) dan Zuckerman (1998). Rencana strategis merupakan rencana jangka menengah yang menjadi arah dari rencana operasional. Jangka waktu perencanaan berkisar tiga sampai tujuh tahun ke depan tergantung pada situasi dan jenis lembaga. Rencana usaha (*business plan*) merupakan rencana kegiatan satu sampai tiga tahun ke depan yang mencakup rencana keuangan (Brickerhoff, 2000). Pemahaman rencana strategis yang dipergunakan dalam buku ini adalah rencana jangka menengah yang tidak mencakup rencana operasional tahun pertama dan penghitungan *cash flow*. Sementara itu, rencana usaha harus mencakup rencana keuangan detail dalam bentuk *cash flow* sekitar dua atau tiga tahun ke depan.

Beberapa definisi rencana strategis oleh para ahli antara lain sebagai berikut:

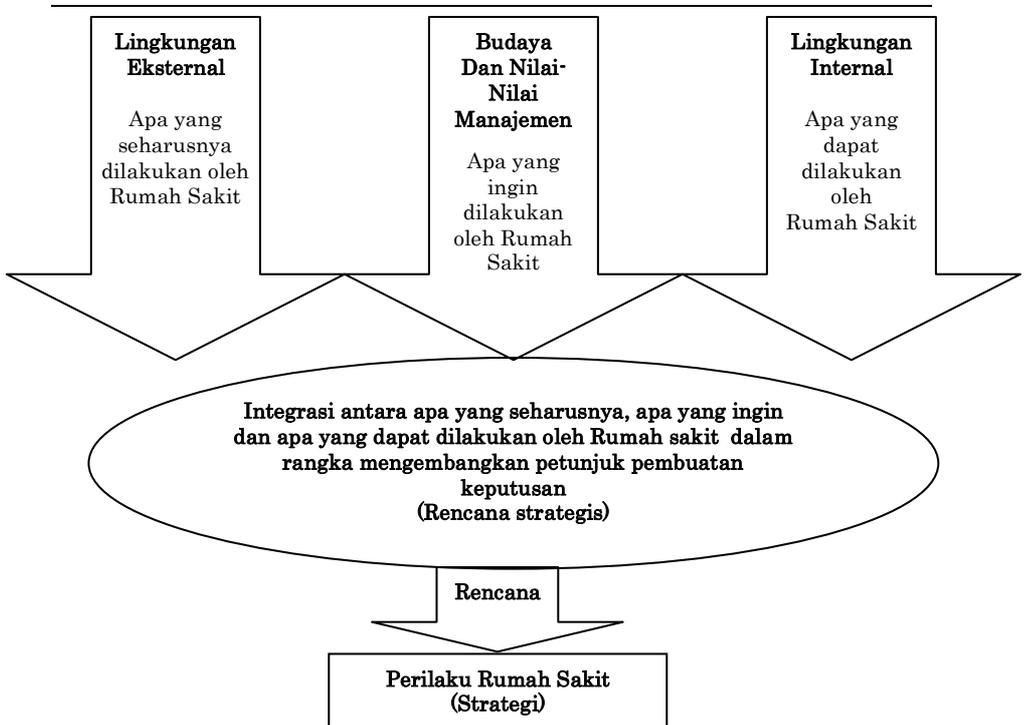
Strategic planning is the set of processes used in organization to understand the situation and develop decision making guidelines (the strategy) for the organization (Ginter dkk, 1995)

...is the process by which a system maintains its competitiveness within its work environment by determining where the organization is, where it wants to go and how it wishes to get there. In otherwords, examining that strategis will enable the

corporation or association to prosper in the future... (Katsioloudes, 2002)

Strategic planning is the technique used to try to understand the complexities of the longer term external business environment and to chart a path thorough it for sustained health and viability of the firm.... (Truitt, 2002)

Definisi-definisi tersebut di atas pada dasarnya menyebutkan analisis lingkungan luar dan keadaan di dalam organisasi untuk mencari strategi pengembangan. Gambar 2.4. menunjukkan berbagai hal yang menjadi faktor untuk menyusun rencana strategis pada rumah sakit.



GAMBAR 2.4.
RENCANA STRATEGIS RUMAH SAKIT BERDASAR ANALISIS
LINGKUNGAN EKSTERNAL, INTERNAL, DAN BUDAYA
MANAJEMEN RS

Pengamatan menunjukkan bahwa berbagai rumah sakit telah menyusun rencana strategis. Akan tetapi, rencana strategis tersebut ternyata tidak meningkatkan kinerja. Dokumen rencana strategis menjadi dokumen yang tidak dipergunakan dalam pelaksanaan. Keadaan ini muncul apabila rencana strategis merupakan dokumen yang harus ada karena dibutuhkan dalam penilaian atasan, akreditasi, ataupun hasil suatu pelatihan. Dalam hal ini terjadi apa yang disebut rencana di atas kertas. Terdapat jurang pemisah antara rencana dengan pelaksanaan di lapangan. Apabila hal ini ditelusuri lebih lanjut, rencana strategis tersebut tidak berhubungan dengan sistem penganggaran, pelaksanaan, dan pengendalian kegiatan. Bahkan, lebih lanjut rencana strategis tidak terkait dengan penyusunan struktur, *staffing*, pelaksanaan, dan pembangunan fasilitas fisik.

Berbagai rumah sakit melakukan perubahan fisik, renovasi, atau membuat kompleks baru tanpa disertai penyusunan rencana strategis. Akibatnya, kegiatan rumah sakit lebih direncanakan oleh perencana bangunan bukan oleh pelaku kegiatan di rumah sakit. Sebagai gambaran, letak ruang bersalin dapat ditemui berada di tengah-tengah kompleks rumah sakit. Hal ini tidak menyenangkan ibu hamil dan keluarganya. Mereka menginginkan ketenangan. Gambaran lain, sebuah rumah sakit pemerintah daerah dipindah ke sebuah tempat yang sulit dijangkau oleh transportasi. Akibatnya pasien kesulitan untuk mencapai rumah sakit tersebut sehingga pasien lebih banyak pergi ke rumah sakit swasta yang dianggap lebih strategis lokasinya. Contoh lain adalah instalasi rawat jalan yang mencakup kebidanan dan kandungan serta anak-anak. Sebagian dari pengunjung poli ini adalah orang yang sehat yang terpaksa

harus bercampur dengan pasien sakit karena pengaturan *layout* fisiknya memaksa mereka harus bercampur.

Siapakah yang harus menyusun rencana di rumah sakit?

Berkaitan dengan hal tersebut muncul pertanyaan: bagian-bagian mana atau siapa-siapa yang sebaiknya menyusun rencana strategis di rumah sakit. Apakah perlu untuk menyusun rencana strategis rumah sakit, rencana strategis instalasi, dan rencana kelompok kerja fungsional? Pertanyaan penting lainnya yaitu bagaimana proses perencanaannya? Secara khusus, bagaimanakah hubungan antara misi dan visi RS dengan visi dan misi instalasi/bagian di rumah sakit?

Untuk menjawab berbagai pertanyaan tersebut, struktur pelayanan rumah sakit perlu diperhatikan. Perubahan lingkungan mendorong rumah sakit menjadi organisasi yang berciri multiproduk. Secara garis besar konsep ini dapat diuraikan sebagai berikut, rumah sakit adalah sebuah badan usaha yang mempunyai berbagai macam produk misalnya, instalasi rawat inap, instalasi laboratorium, gawat darurat, gizi, hingga urusan pemulasaran jenazah. Dengan demikian, rumah sakit secara keseluruhan dapat dianggap sebagai suatu lembaga usaha yang mempunyai berbagai unit pelayanan. Unit-unit ini dipergunakan secara langsung oleh masyarakat, dinilai, dan mempunyai akuntabilitas (untung/rugi). Secara teoritis berbagai pengembangan unit usaha di rumah sakit dapat mendekati Unit Bisnis Strategis (*Strategic Business Unit*) karena sangat independen. Akan tetapi sebagian besar unit pelayanan di rumah sakit tidak independen satu sama lainnya. Hal ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Hax dan Majluf, serta Ginter dkk. Ginter dkk. (1998) menyebut unit di rumah sakit sebagai Unit Pelayanan Strategis (*Strategic Services Unit*). Unit-unit tersebut pada rumah sakit disebut Unit Pelayanan Strategis.

Sebuah Unit Pelayanan Strategis rumah sakit memberikan pelayanan kepada masyarakat, mempunyai pesaing serupa, serta mempunyai misi yang berbeda. Contoh Unit Pelayanan Strategis di rumah sakit misalnya, pelayanan laboratorium, pelayanan apotek, unit pelayanan ibu dan anak, serta unit pelayanan perawatan rumah. Unit-unit ini mempunyai pesaing yang memberikan pelayanan serupa. Masyarakat nantinya akan membandingkan mutu pelayanan ibu dan anak antara rumah sakit A dengan rumah sakit B. Demikian pula pelayanan obat. Sebagai contoh pasien sebuah rumah sakit tidak membeli obat di apotek rumah sakit, tetapi membeli obat di apotek luar rumah sakit karena lebih murah.

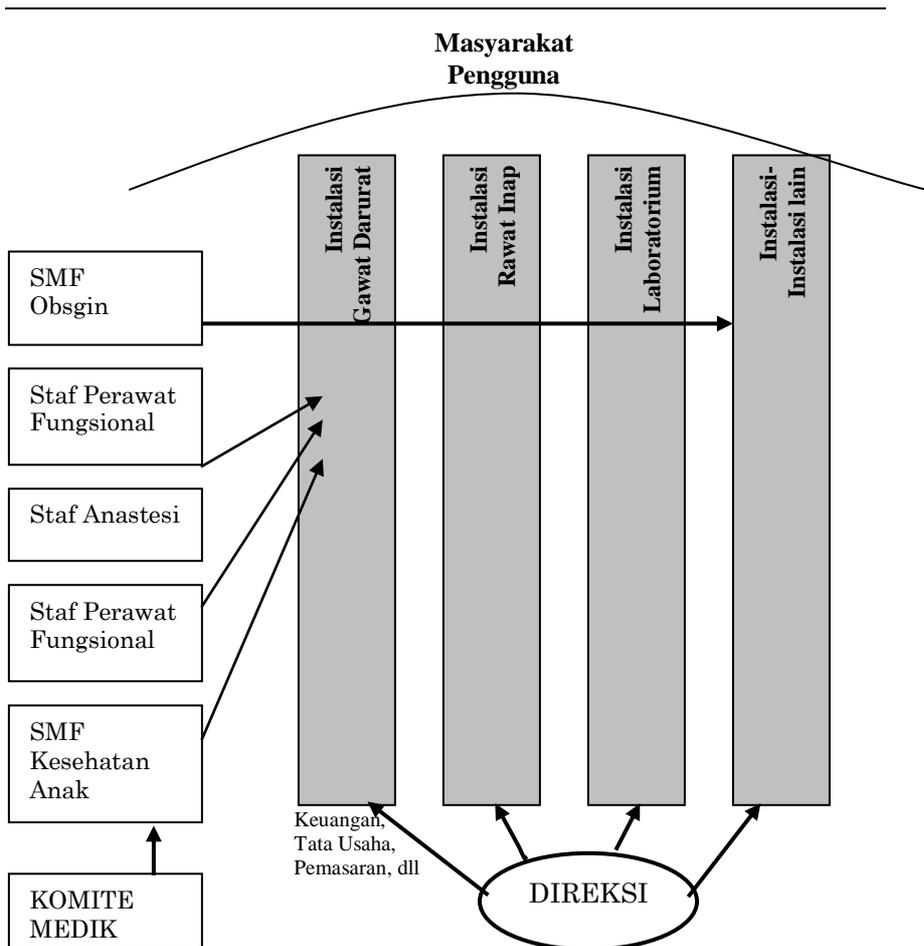
Unit-unit usaha ini ditopang oleh manajemen tingkat rumah sakit dan oleh manajemen fungsional. Secara garis besar, area manajemen fungsional digolongkan pada beberapa area yaitu: (1) keuangan; (2) sumber daya manusia, (3) teknologi; (4) pengadaan dan pembelian; (5) medis fungsional; (6) sistem informasi dan (7) pemasaran.

Unit usaha atau unit pelayanan strategis di rumah sakit merupakan suatu hal yang kontroversial. Cara pandang yang menolak menyatakan bahwa adanya unit pelayanan di rumah sakit dapat menimbulkan batas-batas yang tidak diperlukan antarunit sehingga membahayakan mutu pelayanan bagi pasien. Hal ini disebabkan karena pasien misalnya pasien *bedah caesar*, seharusnya mendapatkan pelayanan terintegrasi dari berbagai unit usaha di rumah sakit secara terpadu, mulai dari Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Laboratorium sampai pada Instalasi Gizi. Apabila unit-unit usaha terlalu independen dan *chauvinistis*, dapat terjadi hal yang membahayakan mutu pelayanan pasien *bedah caesar*. Kekhawatiran lain yaitu bahwa pengembangan sistem unit usaha akan menyebabkan rumah sakit mempunyai tujuan untuk menghasilkan keuntungan semata dengan mengabaikan fungsi sosial.

Cara pandang yang menerima menyatakan bahwa konsep unit pelayanan strategis bersifat relevan untuk rumah sakit, tetapi disertai dengan modifikasi. Unit-unit usaha di rumah

sakit sebenarnya terletak pada instalasi dan membutuhkan keaktifan staf medis fungsional. Staf medis ini berfungsi sebagai *production line manager*. Staf medik merupakan pihak yang bersifat lintas unit.

Unit-unit usaha tersebut juga tidak independen satu sama lainnya. Terdapat saling keterkaitan antarunit usaha untuk mendukung pelayanan rumah sakit. Pada saat pasien ditangani oleh berbagai instalasi sebagai unit usaha, staf medik fungsional menjadi penjamin mutu pelayanan (lihat Gambar 2.5.). Sebagai contoh, kasus penanganan *bedah caesar* darurat. Pada saat pasien berada di Instalasi Gawat Darurat, maka penanganan dilakukan oleh dokter kebidanan, dokter anastesi, dan dokter anak, serta staf medik dan keperawatan IGD. Pada saat ditangani di IGD, berbagai instalasi lain melakukan kegiatan pula, misalnya Instalasi Laboratorium dan Instalasi Farmasi. Setelah pasien melahirkan, perawatan di teruskan di bangsal kebidanan dan bangsal anak yang menjadi tanggung jawab dokter. Pada saat di bangsal, diperoleh kemungkinan pasien mendapatkan pelayanan dari berbagai instalasi lain, antara lain laboratorium, gizi, hingga fisioterapi. Pada kasus *bedah caesar* ini, dokter kebidanan menjadi manajer kasus yang mengelola pasien sejak dioperasi sampai pemulangan ibu. Sedangkan untuk bayinya akan menjadi tanggung jawab dokter anak. Dengan model ini terlihat bahwa para spesialis yang tergabung dalam staf medik fungsional merupakan sumber daya kunci dalam pelayanan di rumah sakit.



GAMBAR 2.5.
HUBUNGAN LINTAS INSTALASI DAN UNIT DI RUMAH SAKIT

Pada tahun 1992 Menkes mengeluarkan Permenkes mengenai pedoman organisasi rumah sakit yang berbasis instalasi (Kepmenkes No. 983/Menkes/SK/XI/1992). Hal menarik dicermati bahwa pembagian instalasi dilakukan berdasarkan kelompok kegiatan, bukan berdasarkan penyakit. Dengan demikian, terdapat instalasi rawat inap, rawat jalan, laboratorium, dan lain-lain. Pembagian instalasi pada rumah sakit luar negeri umumnya berdasarkan pada penyakit atau organ, atau segmen dalam masyarakat. Sebagai contoh, pelayanan kebidanan dan kandungan. Pelayanan ini memiliki ruangan untuk *antenatal care*, melahirkan, dan bangsal kebidanan. Juga terdapat instalasi kesehatan anak meliputi poli rawat jalan anak dan bangsal anak yang berada pada satu unit. Hal ini berbeda dengan rumah sakit yang diatur oleh Permenkes. Menurut peraturan Permenkes poli rawat jalan anak berada di bawah Instalasi Rawat Jalan, sedangkan bangsal anak berada di bawah Instalasi Rawat Inap. Dapat dilihat pada kasus ini terjadi segmentasi pelayanan. Dalam rumah sakit yang menggunakan model instalasi Permenkes ini diharapkan adanya peran kuat Staf Medik Fungsional dalam proses penanganan pasien. Tanpa peran dokter yang baik, akan sulit untuk menjamin mutu pelayanan. Pada berbagai bagian dokter dan perawat merupakan profesi yang memegang kunci dalam perawatan di rumah sakit (Gair dan Hartery, 2001).

Dengan adanya konsep instalasi sebagai unit pelayanan strategis, diharapkan ada pemimpin yang mampu mengelola setiap unit pelayanan. Kesadaran ini akan memicu pengembangan ketrampilan manajemen dan kepemimpinan untuk para kepala unit pelayanan strategis.

Dengan mengacu pada pemahaman akan struktur rumah sakit, terdapat beberapa strategi di dalam rumah sakit yaitu (1) Strategi pada tingkat rumah sakit secara keseluruhan; (2)

Strategi pada *level* instalasi-instalasi atau unit-unit usaha yang memberikan pelayanan langsung ke masyarakat; dan (3) Strategi fungsional pada bidang-bidang pendukung misal keuangan, pemasaran, staf medik fungsional, keperawatan, dan sebagainya. Sebagai catatan, strategi mengenai pelayanan klinik seharusnya dilakukan oleh SMF bersama dengan instalasi terkait.

Rencana strategi pada tingkat rumah sakit bersifat luas (lihat lebih lanjut pada Bab 8). Strategi yang ditetapkan mungkin dalam keadaan garis besar, misalnya pertumbuhan, pengurangan kegiatan, atau likuidasi. Strategi pada tingkat usaha merupakan strategi yang spesifik terkait dengan usaha yang dijalankan. Secara keseluruhan, rumah sakit sebenarnya merupakan gabungan dari berbagai macam jenis usaha, meliputi usaha menyembuhkan orang sakit, usaha perhotelan, apotek, transportasi, hingga usaha pendidikan untuk rumah sakit pendidikan. Dapat dilihat bahwa dinamika lingkungan usaha apotek, unit bedah, dibanding instalasi laboratorium sangat berbeda. Oleh karena itu, perlu strategi yang berbeda. Untuk mendukung strategi yang ditetapkan oleh rumah sakit dan unit-unit pelayanan strategis, diperlukan strategi fungsional. Oleh karena itu, koordinasi perencanaan menjadi penting. Kasus-kasus berikut ini menunjukkan adanya kelemahan perencanaan.

Kasus 1.

Di sebuah rumah sakit pendidikan, terjadi keluhan para dosen yang tidak mempunyai tempat yang baik untuk bekerja di rumah sakit. Ruang kerjanya berupa sebuah ruangan luas yang ditempati banyak dokter. Dalam hal ini privasi akan terganggu dan sulit memberikan bimbingan kepada mahasiswa. Pada sisi lain, para *koas* juga mengeluh karena rumah sakit tidak memberikan ruangan bagi *koas* sehingga memaksa mereka belajar di berbagai tempat.

Kasus 2.

Dengan adanya kebijakan desentralisasi, seorang direktur RSD diminta oleh Bupati untuk menghitung besarnya biaya yang dipergunakan bagi keluarga miskin yang mendapat pelayanan rawat inap. Bupati menyatakan bahwa rumah sakit akan mendapat anggaran dari dana desentralisasi (DAU dan Dana Bagian Daerah). Dana tersebut, dengan persetujuan DPRD akan diberikan kepada keluarga miskin, bukan ke rumah sakit. Jadi, pemerintah daerah berfungsi sebagai pembeli pelayanan rumah sakit dan digunakan untuk keluarga miskin. Direktur rumah sakit bingung karena selama ini tidak pernah menemui model pembiayaan rumah sakit seperti ini. Sebelum desentralisasi sumber pembiayaan yang telah umum adalah SBO dan OPRS dengan jumlah ditentukan oleh pemerintah pusat. Saat ini sistem keuangan RSD belum mampu memberikan informasi ini.

Kasus 3.

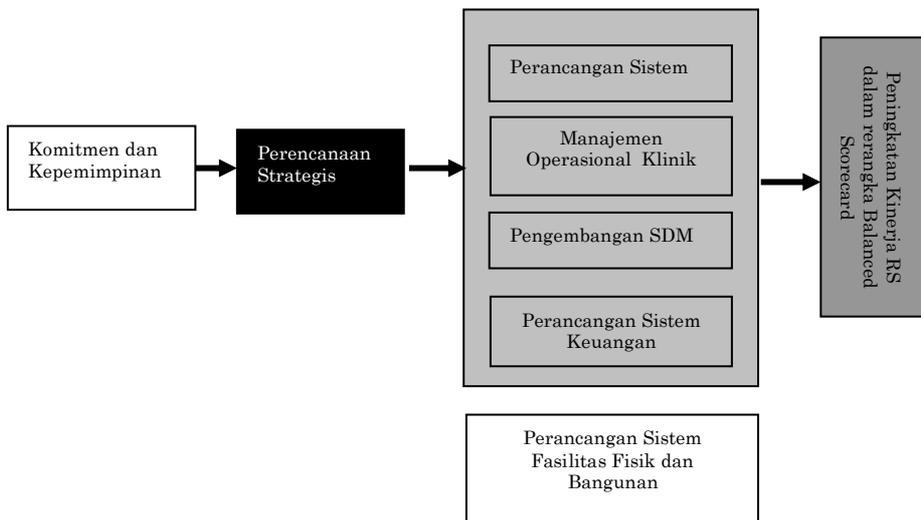
Keluhan pasien terhadap poliklinik *obsgyn* yang bercampur dengan poliklinik lainnya. Seorang ibu yang sedang hamil mengeluh kepada direktur RSD karena ia harus menunggu untuk pemeriksaan kandungannya bersama-sama dengan pasien-pasien lain di poliklinik. Ibu tersebut takut tertular penyakit dari pasien-pasien lain di poliklinik yang berbeda penyakit.

Kasus 4.

Pengaturan manajemen medik dan keperawatan. Sebuah penelitian mengenai waktu tunggu di sebuah RSD menyebutkan bahwa waktu tunggu rata-rata pasien *bedah caesar emergency* di sebuah RSD adalah tiga jam. Standar baku menyatakan bahwa pasien bedah SC harus dioperasi secepat mungkin.

Kasus-kasus di atas menunjukkan adanya berbagai masalah dalam subsistem di rumah sakit. Rencana strategis rumah sakit diharapkan mencakup berbagai hal tersebut. Hubungan antara rencana strategis dengan pengembangan subsistem fungsional manajemen dapat dilihat pada konsep

Horak (1997) di Gambar 2.6. Konsep ini menggambarkan bahwa menyusun rencana strategis bukanlah menyusun dokumen. Perencanaan strategis diawali dari komitmen dan *leadership* yang kuat (lihat Bab berikut) serta mempunyai implikasi pengembangan sistem dalam fungsi-fungsi manajemen. Secara logis, rencana strategis rumah sakit atau unit-unit kerjanya akan diikuti dengan pengembangan sistem manajemen. Misalnya, rumah sakit mempunyai strategi pengembangan berupa penambahan berbagai pelayanan baru dan peningkatan mutu pelayanan. Strategi ini harus diikuti dengan pengembangan sistem operasional klinik maupun nonklinik, pengembangan sistem informasi, pengembangan sistem keuangan, pengembangan sumber daya manusia hingga pengembangan fasilitas fisik. Setiap aspek pengembangan ini diharapkan mempunyai peran dalam peningkatan kinerja rumah sakit.



(Adaptasi dari Bernard J Horak, *Strategic Planning in Healthcare*, 1999)

GAMBAR 2.6.
RENCANA STRATEGIS DALAM KAITANNYA DENGAN BERBAGAI ASPEK

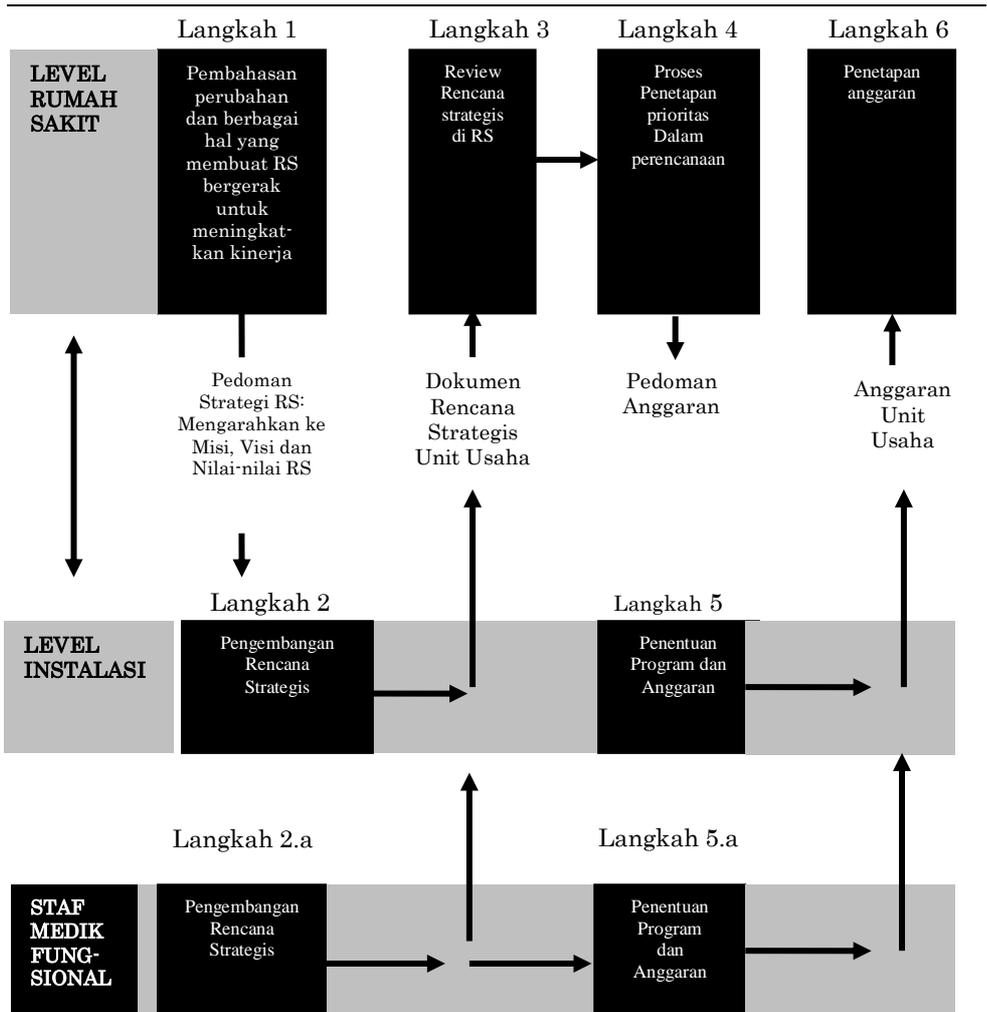
Kasus poliklinik kebidanan dan kandungan yang bercampur dengan poliklinik lain menunjukkan bahwa unit pelayanan kebidanan dan kandungan rumah sakit memang tidak mempunyai strategi. Hal ini disebabkan oleh interpretasi kaku mengenai Permenkes No. 983 Tahun 1992 bahwa semua kasus rawat jalan harus berada di bawah Instalasi Rawat Jalan sehingga poli kebidanan dan kandungan digolongkan ke dalam Instalasi Rawat Jalan. Akibatnya, ibu hamil yang takut tertular penyakit enggan menggunakan instalasi rawat jalan tersebut. Keadaan ini timbul karena tidak ada rencana strategis sebelum melakukan perancangan sistem fasilitas fisik dan bangunan. Hal ini terjadi pula pada kasus ruangan rumah sakit pendidikan. Arsitek perancang fisik mungkin tidak memahami kegiatan pendidikan atau mungkin rumah sakit dirancang oleh arsitek bukan untuk proses pendidikan.

Kasus tidak adanya informasi biaya timbul karena rencana strategis berupa pengajuan dana ke pemerintah daerah tidak diikuti dengan perencanaan sistem keuangan. Akibatnya, terjadi kesulitan memberikan informasi yang tepat di setiap saat untuk mengajukan anggaran kepada DPRD. Dalam situasi seperti ini diharapkan terdapat perencanaan sistem manajemen keuangan termasuk sistem akuntansi rumah sakit agar dapat memberikan informasi yang tepat. Kasus pasien *bedah caesar* menunggu selama tiga jam merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam sistem manajemen operasional klinik. Kegagalan rumah sakit dalam merancang sistem operasional klinik akan menurunkan mutu pelayanan. Perencanaan sistem operasional klinik perlu ditekankan dalam perencanaan strategis. Juga perlu diperhatikan bahwa perancangan sistem di rumah sakit perlu mengacu pada indikator kinerja yang sudah ditetapkan bersama.

Langkah-Langkah Penyusunan Rencana Strategis

Secara diagram, langkah-langkah penyusunan rencana strategis dapat digambarkan pada Gambar 2.7. Model ini

relevan untuk diperhatikan pada rumah sakit yang mempunyai unit-unit pelayanan dalam jumlah banyak. Pada akhir proses perencanaan ini terdapat hasil berupa rencana strategis untuk rumah sakit secara keseluruhan dan rencana-rencana usaha untuk tiap-tiap unit pelayanan, serta rencana unit-unit fungsional.



GAMBAR 2.7.
ALUR PROSES PERENCANAAN STRATEGIS RUMAH SAKIT

Langkah tersebut di atas dapat dilakukan secara bertahap pada sebuah rumah sakit. Secara garis besar, proses manajemen strategis akan dimulai dari analisis mengenai kecenderungan-kecenderungan di luar lingkungan rumah sakit seperti yang terdapat pada Bab 1. Analisis ini dilakukan berdasarkan kesadaran dan komitmen seluruh kelompok di rumah sakit untuk melakukan perubahan. Dari langkah awal ini secara bolak-balik akan bergerak ke perencanaan tingkat instalasi, misal di IGD, laboratorium, rawat inap, dan lain-lain. Dalam langkah ke dua ini, perlu ditekankan bahwa staf medik fungsional sebaiknya perlu terlibat dalam perencanaan secara aktif. Dalam hal ini diperlukan proses perencanaan pada staf medik fungsional, misalnya perencanaan mengenai tindakan bedah apa yang akan dilakukan rumah sakit pada masa mendatang. Perencanaan staf medik fungsional harus dilakukan secara integratif dengan perencanaan berbagai instalasi. Hal ini perlu dilakukan karena anggota-anggota staf medik fungsional bedah bekerja di berbagai instalasi misalnya, bedah sentral, IGD, instalasi rawat inap, dan sebagainya.

Langkah ketiga berupa konsolidasi rencana-rencana pada tingkat rumah sakit yang merupakan kegiatan prioritas (langkah 4). Saat ini sering terjadi proses yang bolak-balik antara tingkat rumah sakit dengan instalasi. Langkah berikutnya, menyusun perencanaan program dan anggaran untuk tahun mendatang berdasarkan rencana strategis yang dirumuskan bersama. Penentuan besarnya anggaran berdasarkan kegiatan pada instalasi dan unit-unit lain sehingga menghasilkan dokumen anggaran yang berbasis pada dokumen rencana strategis.

Proses perencanaan dengan model ini cukup rumit sehingga muncul kemungkinan terjadi penyusunan rencana strategis yang tidak bersambung dengan proses penetapan anggaran. Hal ini terjadi karena penyusunan rencana strategis dilakukan untuk keperluan sesaat, misalnya untuk memenuhi

tugas pelatihan, untuk akreditasi maupun untuk menunjukkan kepada suprasistem bahwa rumah sakit mempunyai dokumen rencana strategis. Untuk keperluan sesaat, rumah sakit memang dapat melakukan penyusunan rencana strategis oleh tim pada tingkat rumah sakit tanpa berhubungan dengan seluruh instalasi ataupun staf medik fungsional. Dokumen rencana strategis rumah sakit ditulis tanpa hubungan dengan proses penganggaran pada tiap instalasi.

Sebagai gambaran, sebuah rumah sakit pemerintah memiliki dua macam perencanaan yaitu (1) perencanaan strategis yang dilakukan oleh direksi untuk masa antara dua hingga lima tahun kedepan; dan (2) perencanaan kegiatan dan anggaran tahunan yang dilakukan tiap instalasi. Dua macam perencanaan ini tidak memiliki keterkaitan. Perencanaan kegiatan dan anggaran tahunan ini bersifat *top down*. Artinya, bagian anggaran menggunakan metode *incremental*. Metode ini bertumpu pada pencapaian tahun lalu kemudian bagian anggaran melakukan penambahan atau pengurangan sekitar 10%. Akibatnya, timbul kesenjangan antara dokumen rencana strategis dengan perencanaan anggaran tahunan.

Apakah rumah sakit-rumah sakit dapat melakukan proses ini? Sampai sekarang belum dilakukan penelitian ke seluruh rumah sakit mengenai proses perencanaan ini. Akan tetapi, sebagai gambaran pada sebuah rumah sakit pendidikan pemerintah, tidak semua instalasi mempunyai rencana strategis. Jikapun memiliki, ternyata rencana strategis yang disusun pada umumnya tidak lengkap. Dari 27 instalasi pada rumah sakit tersebut, hanya tiga instalasi yang melakukan penyusunan anggaran secara lengkap. Penyusunan tersebut meliputi anggaran pendapatan, anggaran biaya, dan anggaran investasi. Beberapa instalasi yang dianggap lengkap, ketika ditelusuri lebih lanjut ternyata kesulitan dalam melibatkan SMF saat menyusun rencana strategis mereka. Padahal secara teoritis instalasi-instalasi harus melakukan perencanaan dengan berbagai SMF dan berbagai instalasi lainnya. Dalam hal ini timbul kesulitan yang harus dipahami. Sebuah

Instalasi, misalnya Instalasi Rawat Inap harus berhubungan dengan lebih dari dua puluh instalasi lain dan SMF untuk melakukan perencanaan. Praktis hal ini sulit dilakukan. Patut dicatat bahwa SMF tidak mempunyai perencanaan klinik karena memang terlihat tidak membutuhkan. Dengan demikian, dapat dipahami bahwa bagian penyusunan anggaran menjumpai kesulitan untuk melakukan perencanaan berbasis pada perencanaan instalasi. Akibatnya dapat timbul apatisme dalam perencanaan.

Proses penyusunan rencana strategis ini memang rumit. Oleh karena itu, Horak memberikan suatu prasyarat adanya kepemimpinan dan komitmen kuat untuk melakukan proses ini. Tanpa adanya kepemimpinan dan komitmen, proses perencanaan tidak akan berjalan. Disamping kepemimpinan Direktur, fungsi *governing board* (Dewan Penyantun) dalam proses penyusunan rencana strategis harus tercakup di dalamnya. Salah satu fungsi dewan tersebut adalah mengesahkan dokumen rencana strategis yang dihasilkan. Tabel 2.4. menunjukkan proses penyusunan rencana strategis.

TABEL 2.4.
PROSES PERENCANAAN STRATEGIS

Langkah Perencanaan	Waktu	Pihak yang bertanggung-jawab dan yang terlibat
Pengembangan proses perencanaan dan kesepakatan antar berbagai pihak	Dua pertemuan dalam waktu dua minggu	Direktur/direksi RS, Ketua Tim perencana dan konsultan rencana strategis
Menilai misi dan visi organisasi	Dua hari retreat	Direktur, Anggota Dewan Penyantun atau Yayasan, serta wakil-wakil dokter.
Menilai lingkungan luar	6 minggu (bersama dengan lingkungan dalam)	Ketua Tim perencana dan staf, serta konsultan rencana strategis
Menilai lingkungan dalam	6 minggu	Ketua Tim perencana dan staf, serta konsultan rencana strategis
Mengembangkan tujuan organisasi	Dua minggu setelah melakukan analisis lingkungan luar dan dalam	Direktur/direksi, Ketua Tim perencana dan staf, serta konsultan rencana strategis
Perumusan Strategi untuk	Satu minggu sesudah	Direktur/direksi, Ketua Tim

menjapai tujuan	kesepakatan mengenai tujuan organisasi	perencana dan staf, serta konsultan rencana strategis
Persetujuan rencana strategis	Pertemuan Dewan Penyantun atau Yayasan	Dewan (<i>Governing body</i>)
Pengembangan rencana kegiatan dan jadual pelaksanaan untuk setiap strategi yang terpilih	Bervariasi berdasarkan kerumitan setiap pilihan. Diharapkan tidak lebih dari satu bulan	Direksi, Ketua Tim perencana dan staf.

Sumber: Wolper (1999)

Dalam proses perencanaan yang rumit dan merupakan hal baru bagi rumah sakit, diperlukan kebutuhan akan peran konsultan. Manfaat konsultan perencana pada dasarnya berfungsi sebagai fasilitator dan pengatur proses perencanaan agar dapat diselesaikan. Isi yang disusun dalam proses perencanaan strategis merupakan tanggung jawab direksi dan staf rumah sakit. Tabel 2.4. di atas tampak bahwa fungsi konsultan cukup penting yaitu sejak awal sampai dengan akhir proses penyusunan rencana strategis. Salah satu tugas penting konsultan dalam proses ini adalah membantu mengolah data untuk analisis lingkungan luar dan dalam. Kehadiran konsultan akan membantu rumah sakit menganalisis strategi secara lebih obyektif dan komprehensif.

2. Komitmen dan Kepemimpinan di Rumah Sakit

Proses penyusunan rencana strategis merupakan usaha untuk memetakan jalan yang akan ditempuh oleh rumah sakit. Kegiatan ini tidak mudah dan membutuhkan pemikiran serta kerja keras seluruh sumber daya manusia rumah sakit. Sebagai catatan, pada Bab 2.1 telah dibahas tentang budaya rumah sakit dan subbudaya profesi yang berbeda-beda. Di samping itu, terdapat catatan mengenai adanya perbedaan antara maksud misi yang diemban rumah sakit dengan keinginan sumber daya manusianya. Untuk menyusun rencana strategis dibutuhkan komitmen sumber daya manusia terhadap organisasi. Hal ini perlu ditekankan karena berbagai kasus menunjukkan bahwa penyusunan rencana strategis di

rumah sakit lebih didorong oleh penyelesaian tugas dalam pelatihan atau syarat yang dibutuhkan dalam proses akreditasi rumah sakit. Disamping itu, kenyataan bahwa komitmen sumber daya manusia mungkin berbeda-beda. Tanpa komitmen, pengaruh rencana strategis terhadap efektivitas organisasi menjadi kurang bermakna. Oleh karena itu, sebelum menyusun rencana strategis perlu diperhatikan pemahaman mengenai komitmen dan kepemimpinan.

Komitmen

Komitmen merupakan konsep perilaku perorangan yang sulit didefinisikan. Kanter (1968) menyatakan bahwa komitmen menggambarkan kesediaan pelaku sosial memberikan tenaga dan kesetiaan kepada sistem sosial. Porter dkk, (1974) memberikan batasan mengenai komitmen organisasi yang merupakan besarnya kekuatan identifikasi seseorang terhadap sebuah organisasi dan keterlibatan di dalamnya. Komitmen dengan sifat tersebut dipengaruhi sedikitnya oleh tiga faktor, (1) kepercayaan kuat terhadap tujuan organisasi dan nilai-nilainya; (2) kesediaan untuk memberikan tenaganya atas nama organisasi; dan (3) keinginan mantap untuk tetap menjadi anggota lembaga. Luthans (1996) menyatakan bahwa komitmen organisasi merupakan keadaan keinginan yang kuat para anggota organisasi untuk mengikatkan diri dalam sebuah organisasi secara sukarela dan berusaha secara keras untuk kepentingan organisasi.

Meyer dan Allen (1997) menyebutkan tiga dimensi komponen komitmen organisasi yaitu, (1) komitmen afektif, yang melibatkan perasaan memiliki dan terlibat dalam organisasi; (2) komitmen *continuance* yang berarti dimensi komitmen atas dasar biaya yang akan ditanggung oleh karyawan jika meninggalkan organisasi. Pada dimensi ini yang menentukan komitmen adalah faktor rasional bagi pertimbangan untung-rugi yang didapat anggota organisasi.; (3) komitmen *normative* yang melibatkan perasaan karyawan untuk tinggal di sebuah organisasi. Dimensi ini melibatkan

dedikasi seseorang untuk tinggal dalam sebuah organisasi. Berdasarkan berbagai definisi tersebut, pada intinya komitmen merupakan kesetiaan para anggota dan pemimpin terhadap organisasinya. Komitmen merupakan proses yang berkelanjutan dengan para anggota organisasi masing-masing menyumbangkan kontribusi terhadap kemajuan organisasi mereka.

Penyusunan rencana strategis membutuhkan komitmen dalam bentuk keterlibatan berbagai pihak. Zuckerman (1998) menyebutkan perlunya keterlibatan berbagai *stakeholders* kunci dalam perencanaan strategis, termasuk Dewan Penyantun atau yayasan. Wakil dari Dewan Penyantun harus ada dalam tim penyusunan rencana strategis. Kelompok dokter spesialis merupakan komponen penting rumah sakit yang diharapkan menentukan masa depan rumah sakit. Dalam pengembangan rumah sakit, para spesialis merupakan kelompok yang memahami pola kecenderungan penyakit (epidemiologi), perilaku pasien dan keluarganya, serta perkembangan teknologi kedokteran. Kelompok perawat dan tenaga medis lainnya juga perlu mempunyai wakil dalam penyusunan rencana strategis.

Harapan untuk melibatkan *stakeholder* kunci dalam penyusunan rencana strategis mungkin sulit dilakukan dalam praktik sehari-hari. Sebuah kasus RSD di Jawa Tengah yang sulit bersaing dengan RS swasta yang relatif masih baru berdiri merupakan contoh menarik. Direktur kesulitan melakukan penyusunan rencana strategis. Pada saat mengajak karyawan menyusun rencana strategis terdapat apatisme para karyawan melakukannya. Sementara itu, para dokter spesialis RSD tersebut cenderung tidak memberikan komentar ataupun minat. Dokter spesialis merasa tidak mempunyai peran dalam proses perencanaan strategis. Selama ini sebagian besar pendapatan dokter spesialis berasal dari rumah sakit swasta dan praktik pribadi sehingga usaha untuk mengembangkan rencana strategis dianggap bukan merupakan hal penting. Di samping itu, beberapa dokter mempunyai saham dalam pendirian rumah sakit swasta tersebut. Keadaan ini menjadi

sangat sulit ketika terjadi keterperangkapan dalam siklus hidup RSD ini. Kinerja RSD merosot, dan tidak ada kemungkinan untuk meningkatkan kembali melalui penyusunan rencana. Usaha perencanaan masa datang tidak berhasil karena dukungan dari seluruh *stakeholders* terhadap usaha perbaikan tidak diperoleh. Sumber daya manusia RSD ini sudah tidak percaya lagi kepada rumah sakit.

Kasus lain, sebuah RSUP yang mengalami kasus serupa. Proses penyusunan rencana strategis sulit diwujudkan karena sebagian besar kepala instalasi tidak berminat melakukan perencanaan strategis. Proses penyusunan rencana strategis dinilai hanya sebagai proyek dari direksi saja. Sementara itu, proses pemilihan kepala instalasi tidak berdasarkan pada kemampuan manajerial, tetapi lebih mengacu pada senioritas.

Kedua kasus di atas, masalah utama yang dihadapi adalah komitmen. Kasus tersebut menunjukkan tidak ada kepercayaan kuat dari sumber daya manusia terhadap tujuan organisasi dan nilai-nilainya dan tidak ada kesediaan untuk memberikan tenaga atas nama organisasi untuk menyusun rencana strategis. Berdasarkan kedua kasus tersebut menarik dicermati bahwa pegawai negeri di kedua rumah sakit pemerintah mempunyai komitmen rendah mengembangkan rencana strategis. Problem ini menunjukkan bahwa pengembangan rumah sakit sangat tergantung pada komitmen.

Dalam kehidupan sehari-hari seseorang dapat memiliki berbagai komitmen pada berbagai tempat. Sebagai contoh, seorang manajer rumah sakit yang merangkap sebagai pengurus partai politik sekaligus sebagai seorang dokter klinik akan mempunyai berbagai komitmen. Pertama, komitmen terhadap lembaga rumah sakit. Kedua, komitmen terhadap partai politiknya, dan ketiga komitmen terhadap pekerjaannya sebagai klinisi yang ternyata juga bekerja di berbagai tempat. Contoh lain, kemungkinan seorang dokter spesialis berstatus pegawai negeri mempunyai komitmen bukan pada rumah sakit pemerintah. Komitmen dokter tersebut ternyata pada rumah sakit swasta yang didirikannya atau ia mempunyai

saham dalam pendirian rumah sakit swasta. Komitmen bekerja ke tempat lain banyak dipengaruhi oleh tarikan pasar.

Munculnya komitmen ke berbagai lembaga akan mempengaruhi suasana bekerja. Keadaan yang paling sulit adalah mengatur waktu bagi para staf rumah sakit untuk bekerja bersama. Pada pembahasan kasus yang membutuhkan kerja antarspesialis, kesulitan utama yang dihadapi adalah bagaimana melakukan kerja kelompok misalnya, dalam proses konsultasi antarbagian. Apabila para dokter bekerja pada beberapa rumah sakit lain dengan waktu yang berbeda-beda, akan sulit bagi pasien untuk melakukan konsultasi dengan cepat dan tepat. Pada prinsipnya komitmen mempengaruhi kenyamanan kerja, meningkatkan produktivitas kerja, serta mempertebal rasa memiliki lembaga. Hal-hal ini memberi hasil berupa kinerja rumah sakit yang prima.

Mengapa terjadi kekurangan komitmen?

Aspek historis dapat menerangkan mengapa komitmen menjadi masalah yang bersumber pada aspek kompensasi keuangan (terpengaruh mekanisme pasar) dan nonkeuangan. Hal ini dapat dilihat dari fakta sejarah adanya kenyataan pada masa tahun 70-an hingga 80-an. Masa tersebut jasa medik yang besar dinilai merupakan pungutan liar (komunikasi pribadi dengan almarhum Dr. Sudibjo Sardadi, mantan Direktur RS Dr. Sardjito). Awal tahun 1980-an, Dr. Soedibjo Sardadi mempertaruhkan jabatannya untuk mengembangkan pola yang menjadi cikal bakal kebijakan swadana. Kebijakan ini memunculkan jasa medik yang cukup besar bagi para dokter di kelas Wijaya Kusuma (bangsal VIP), RS Dr. Sardjito. Insentif ini ditetapkan dengan suatu kesadaran. Kesadaran bahwa akan terjadi hal yang berlawanan dengan peraturan pemerintah yang cenderung menganggap rumah sakit sebagai lembaga birokrasi. Pada periode yang sama para spesialis sebagian besar bekerja di rumah sakit swasta skala besar. Di samping itu, beberapa dosen senior FK UGM mendirikan rumah sakit sendiri.

Bukti empiris di Kota Denpasar dan Kota Padang menunjukkan adanya gejala pendirian rumah sakit sendiri. Kedua kota itu tidak memiliki sejarah rumah sakit swasta keagamaan yang besar. Akibatnya, sebagian besar rumah sakit didirikan oleh dokter spesialis rumah sakit pendidikan. Bahkan, ada kasus sebuah rumah sakit swasta milik dokter didirikan dalam jarak yang dekat (cukup jalan kaki) dengan rumah sakit pendidikannya. Secara historis terlihat bahwa ketidakpuasan dalam kompensasi keuangan merupakan salah satu alasan didirikannya berbagai rumah sakit swasta oleh para spesialis.

Di samping, kompensasi keuangan munculnya tradisi mendirikan rumah sakit sendiri atau melakukan praktik pribadi merupakan hal umum yang terjadi di rumah sakit pemerintah di Indonesia. Pada sebuah rumah sakit pendidikan, poliklinik (rawat jalan) sebagian tidak dipakai setelah jam dinas. Para dokter spesialis melakukan praktik pribadi di luar jam dinas bukan pada rumah sakit pemerintah tetapi di rumah sakit swasta ataupun di tempat praktik pribadi. Beberapa tahun belakangan ini pola praktik mandiri (sendiri) dilakukan secara bersama oleh beberapa spesialis dan berkoordinasi dengan apotek yang membuka pelayanan dalam satu lokasi. Sejauh ini belum dilakukan penelitian yang mengamati mengapa terjadi pola atau fenomena seperti ini. Menggunakan logika, tempat praktik pribadi tidak begitu lengkap dan pasien harus mondar-mandir untuk pemeriksaan laboratorium atau *rontgen*. Namun, diduga faktor kepuasan pribadi, kenyamanan, dan jaminan akan kelanggengan praktik pribadi ini yang menimbulkan gejala tersebut. Hal ini berbeda jika dibanding dengan tempat praktik di bangunan rumah sakit pemerintah. Disamping itu, faktor birokrasi rumah sakit pemerintah dan insentif yang rendah mendorong terjadinya praktik sore sampai malam di tempat praktik sendiri atau di rumah sakit swasta.

Pola praktik ini mempengaruhi kegiatan di rumah sakit pemerintah. Secara otomatis, pelayanan rumah sakit pemerintah untuk rawat jalan hanya berjalan pada pagi hari.

Menjelang jam kerja kantor tutup, pelayanan akan menyusut karena dokter dan tenaga kesehatan lain akan istirahat di rumah atau berpindah ke rumah sakit swasta. Pola kegiatan ini sudah mengakar puluhan tahun sehingga untuk merubah adanya praktik sore di rumah sakit pemerintah dibutuhkan tenaga yang mempunyai komitmen tinggi.

Dengan pola praktik seperti ini berakibat seorang spesialis dapat memiliki berbagai komitmen. Komitmen spesialis dapat berupa komitmen ke rumah sakit swasta atau rumah sakit sendiri atau praktik pribadi atau RS pemerintah. Pengamatan pada kasus RSUP Y menunjukkan bahwa komitmen para spesialis lebih banyak pada rumah sakit swasta dibanding rumah sakit pemerintah. Gambar 2.8. menunjukkan berbagai model keterlekatan (kedekatan) 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 2.8.
BERBAGAI MODEL KETERLEKATAN SPESIALIS
TERHADAP RUMAH SAKIT

Mungkinkah seorang spesialis mempunyai komitmen untuk rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta secara bersama, seperti pada kolom D? Secara teoretis sebenarnya memungkinkan, akan tetapi secara praktis mengalami kesulitan. Salah satu kesulitan praktis adalah pembagian waktu. Hal ini mengingat bahwa ada kemungkinan seorang

spesialis bekerja tidak hanya di salah satu rumah sakit swasta. Apabila spesialis bekerja di berbagai rumah sakit swasta, maka ada kemungkinan akan sulit untuk membagi waktu. Dengan adanya para residen di RS pendidikan, maka ada kemungkinan akan terjadi perwakilan ke residen untuk menangani kasus di rumah sakit swasta. Akibatnya, dokter spesialis sangat sulit dijumpai di rumah sakit pendidikan, termasuk di poli spesialis yang seharusnya menjadi rujukan rumah sakit kelas C atau swasta di bawahnya. Kesulitan komitmen akan terjadi semakin besar apabila spesialis yang bersangkutan memiliki rumah sakit swasta dan bersaing dalam mendapatkan pasien. Dalam hal ini, akan terjadi suatu *conflict of interest*. Diperlukan kearifan untuk menjaga keseimbangan komitmen ini.

Pertanyaan penting disini adalah bagaimana komposisi spesialis di sebuah RS? apakah berada di kotak A, B, C atau D?. Harapan pemilik, masyarakat dan pengelola RS pemerintah tentunya para spesialis berada pada kotak C. Kotak ini merupakan tempat para spesialis yang bekerja secara *full timer* di rumah sakit pemerintah. Mereka mendapatkan kepuasan kerja dan pendapatan dari rumah sakit pemerintah karena memang tidak mempunyai komitmen di rumah sakit swasta. Akan tetapi para spesialis masih jarang berada pada kotak C. Sebagian besar spesialis melakukan kerja di rumah sakit swasta. Mereka diharapkan berada pada kotak D yang mempunyai komitmen tinggi ke rumah sakit swasta dan pemerintah secara sama. Komitmen ini akan diatur dengan model kontrak kerja *part timer*. Model kontrak kerja *full timer* dan *part timer* merupakan hal wajar di rumah sakit swasta, tetapi hal itu belum diterapkan secara tegas di rumah sakit pemerintah.

Fungsi Pemimpin dalam Penyusunan Rencana Strategis

Ketika seorang direktur berusaha menyusun rencana strategis, sebenarnya ia sedang memimpin proses perubahan ke masa

depan agar menjadi lembaga yang lebih baik. Penyusunan visi merupakan tahap seorang direktur rumah sakit bersama dengan seluruh staf berusaha meletakkan tonggak perkembangan rumah sakit ke masa depan. Oleh karena itu, dalam menyusun rencana strategis terdapat kemungkinan seorang direktur rumah sakit menjadi pemimpin sebuah proses transformasi, misal dari rumah sakit yang bermutu rendah menjadi rumah sakit bermutu internasional. Proses transformasi ini tidak hanya perubahan secara peraturan, tetapi perubahan cara berpikir, budaya, sampai perubahan pola kegiatan sumber daya manusia di rumah sakit. Dengan demikian, direktur rumah sakit perlu memperhatikan konsep *transformational leadership*. Konsep ini menyatakan bahwa pemimpin transformasi meletakkan nilai-nilai dan merumuskan visi organisasi (Sashkin dan Rosenbach, 1998). Hasil dari perumusan ini mungkin tidak akan dirasakan secara langsung tetapi dapat dipahami untuk dilaksanakan. Rumah sakit dengan komitmen sumber daya manusia yang tidak kuat, maka peran pemimpin dalam proses penyusunan rencana strategis menjadi penting.

Peranan Pemimpin di Organisasi

Koteen (1997) menyatakan bahwa peran pemimpin saat ini yaitu sebagai, (1) arsitek penyusunan visi organisasi, (2) pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada, (3) pemimpin dalam mengembangkan manajemen strategis, (4) pengamat untuk memahami lingkungan, (5) penggerak penggalan sumber biaya, dan (6) penjamin mutu tinggi dalam kinerja. Di samping itu, apabila terjadi kemacetan dalam perkembangan organisasi seorang pemimpin harus berperan sebagai penggerak agar suasana kerja dapat bergairah untuk berubah.

Direktur rumah sakit sebagai pemimpin lembaga merupakan pihak yang bertanggung jawab dalam usaha pengembangan lembaga secara strategis. Pengembangan organisasi tidak akan berjalan tanpa ada usaha direktur dan seluruh staf. Hal itu perlu disadari semua pihak. Dalam era

lingkungan yang dinamis , bukan saatnya lagi para direktur menunggu petunjuk pelaksanaan dari atasan atau pemilik rumah sakit. Direktur rumah sakit saat ini harus memahami perkembangan lingkungan yang ada. Ia harus siap mendapat tekanan dari berbagai pihak, masyarakat, pemilik rumah sakit, pasien, dan staf di dalam rumah sakit itu sendiri. Dalam keadaan ini direktur rumah sakit sebenarnya menjadi pemimpin strategis. Ia harus melakukan keputusan manajemen strategis yang harus dilaksanakan dan dievaluasi oleh lembaga. Hal ini dilakukan dengan bantuan berbagai piranti manajemen, kelompok-kelompok kerja, pertemuan-pertemuan, dan adanya rencana strategis.

Dengan menggunakan konsep Koteen, para direktur rumah sakit mempunyai peran besar dalam penyusunan rencana strategis. Peran sebagai arsitek penyusunan visi organisasi merupakan hal menantang bagi seorang direktur rumah sakit. Dalam hal ini ada contoh direktur rumah sakit yang selalu berusaha untuk bertanya ke diri sendiri dan organisasinya. Dalam keadaan lingkungan apa sekarang ini, ke mana kita ingin menuju, bagaimana kita akan mencapai tujuan, perubahan apa yang kita perlukan, untuk siapa perubahan ini. Itulah pertanyaan-pertanyaan yang sering muncul dan pantas ada dalam benak seorang direktur.

Akan tetapi, ada pula direktur yang praktis menyerupai seorang kepala kantor. Ia tidak mempunyai pandangan mengenai masa depan dan tidak peduli pada perubahan lingkungan. Perlu dicermati bahwa kemampuan berpikir, menafsirkan perubahan lingkungan, dan bertindak sebagai arsitek penyusunan visi memang bukan merupakan bagian dari budaya kerja pegawai negeri. Oleh karena itu, cara berpikir untuk berperan sebagai arsitek penyusun visi perlu ditanamkan dan membutuhkan berbagai prasyarat, termasuk otonomi manajemen rumah sakit. Bab 6 akan membahas masalah visi secara lebih rinci.

Peran pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada merupakan peranan yang sulit dilakukan khususnya pada rumah sakit dengan sumber daya manusia antar kelompok

tidak mempunyai visi yang sama. Sebagaimana diketahui rumah sakit terdiri dari berbagai sumber daya manusia dengan tingkat pendidikan yang sangat bervariasi. Tingkat pendidikan yang dimulai dari pendidikan rendah hingga pendidikan tertinggi dengan pengalaman internasional. Budaya organisasi di rumah sakit harus mampu dibentuk untuk menggalang nilai-nilai kerja dan komitmen berbagai unsur sumber daya manusia di rumah sakit. Peran ini membutuhkan kemampuan besar untuk menjawab berbagai pertanyaan seperti berikut:

- Nilai-nilai apakah yang mempengaruhi budaya organisasi rumah sakit? Apakah nilai-nilai bekerja rumah sakit kalah dengan nilai-nilai lain?
- Apakah sumber daya manusia rumah sakit bekerja dengan penuh perhatian pada rumah sakit mereka ataukah cenderung untuk lebih bekerja ke lembaga lain?
- Apa yang dilakukan untuk memperbaiki nilai-nilai kerja seluruh sumber daya rumah sakit? Bagaimana caranya?

Pertanyaan-pertanyaan mengenai nilai-nilai bekerja seluruh staf rumah sakit perlu muncul dalam pikiran direktur. Hal ini kemudian digunakan untuk menggalang kultur organisasi rumah sakit. Peran ini membutuhkan ketrampilan khusus, terutama komunikasi interpersonal. Proses penyusunan rencana strategis bukan sebuah proses yang dibuat sendiri oleh direktur. Sejak awal, proses ini sebaiknya melibatkan berbagai *stakeholders* di rumah sakit. Dalam hal ini peran direktur sebagai pemimpin akan diuji. Direktur harus mampu berkomunikasi dengan pemilik rumah sakit, konsultan yang membantu proses penyusunan, pihak-pihak luar terkait, dan tentu saja dengan berbagai kelompok sumber daya manusia di dalam rumah sakit itu sendiri. Setelah perencanaan strategis, aplikasi manajemen strategis merupakan sistem yang kompleks dengan beberapa ketersediaan data yang baik dan cepat analisisnya terpenuhi, sistem informasi dan proses pengambilan keputusan yang baik. Pemimpin dalam rumah sakit harus mampu berperan sebagai

motor penggerak utama agar sistem manajemen strategis dapat berjalan.

Direktur rumah sakit merupakan pemimpin organisasi yang bertugas ke dalam dan keluar. Dalam perannya sebagai pemimpin, seorang direktur diharapkan mampu melihat dan menafsirkan perubahan lingkungan dan membina hubungan dengan pihak luar. Peran ini membutuhkan kemampuan untuk mengatur kegiatan-kegiatan dan waktu agar terjadi keseimbangan antara kegiatan di luar organisasi dengan di dalam organisasi. Sebuah kasus menarik berikut ini yaitu seorang direktur rumah sakit yang terlalu banyak menggunakan waktunya untuk *lobbying* di luar sehingga sumber daya manusia di dalam rumah sakit menilai pemimpinnya tidak memperhatikan masalah di dalam. Akhirnya, terjadi jurang pemisah antara direktur dengan stafnya.

Saat sumber daya untuk kegiatan rumah sakit dibutuhkan, maka peran pemimpin untuk menggerakkan penggalan sumber dana menjadi sangat penting. Dalam hal ini direktur harus mampu melihat bagaimana dampak kekurangan sumber daya keuangan terhadap kinerja. Selanjutnya ia akan mencari berbagai macam cara agar diperoleh penggalan sumber biaya baru. Dalam konteks rumah sakit pemerintah, kemampuan untuk mendeteksi sumber biaya bagi rumah sakit tergantung dari kemampuan analisis direktur terhadap lingkungan luar rumah sakit. Pada suatu wilayah dengan kemampuan ekonomi masyarakat yang kuat, seorang direktur harus mampu menggerakkan sumber biaya dari masyarakat dalam bentuk pembayaran atas tarif rumah sakit. Dapat pula dilakukan penggalan dana-dana kemanusiaan dari masyarakat. Sedangkan apabila berada pada lingkungan yang lemah secara ekonomi, maka berbagai alternatif penggerakan sumber daya perlu dipikirkan dengan cara tersendiri. Dalam hal ini hubungan baik dengan anggota DPRD dan pihak pemerintah pusat perlu dijaga untuk mengatasi masalah kekurangan sumber biaya.

Direktur rumah sakit sebaiknya juga mampu berperan sebagai penjamin agar kinerja rumah sakit yang dipimpinnya bermutu tinggi. Rumah sakit merupakan lembaga yang mempunyai risiko untuk melakukan kesalahan dalam kegiatannya. Oleh karena itu, direktur rumah sakit diharapkan mampu menyusun sistem perencanaan, pelaksanaan, dan kontrol agar mutu pelayanan dapat meningkat. Disamping itu, apabila terjadi kemacetan dalam perkembangan organisasi, seorang pemimpin harus berperan sebagai penggerak agar suasana kerja dapat bergairah untuk perubahan.

Secara khusus peran pemimpin dalam proses perencanaan strategis adalah:

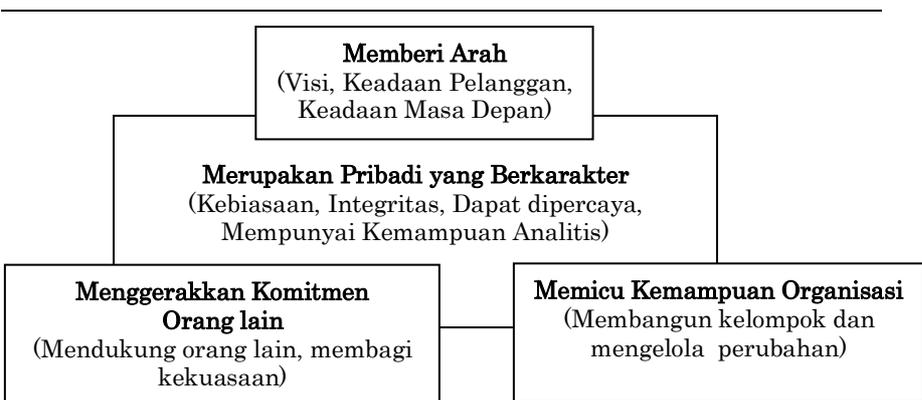
1. menggerakkan komitmen seluruh kelompok sumber daya manusia untuk memahami pentingnya perencanaan,
2. merencanakan proses perencanaan strategis,
3. menjadi penanggung jawab utama proses perencanaan strategis termasuk perumusan strategisnya.
4. memimpin pelaksanaan rencana strategis termasuk mengkoordinasi pelaksanaan berbagai subsistem di rumah sakit.
5. melakukan penilaian dan pengendalian kinerja.

Kegagalan pemimpin untuk menggerakkan komitmen perencanaan, akan mempengaruhi proses perencanaan selanjutnya sehingga menjadi kurang bermakna. Hal itu mungkin dapat dipahami bersama. Kemampuan direktur menggalang komitmen merupakan hal penting sebelum meneruskan proses perencanaan strategis. Sebuah kasus pada sebuah rumah sakit memperlihatkan bahwa proses penyusunan rencana strategis yang dibantu oleh seorang konsultan dihentikan. Hal ini karena konsultan menilai bahwa direktur tidak mampu menggalang komitmen bahkan direktur itu sendiri menjadi bagian dari permasalahan. Dalam diri direktur dinilai tidak terlihat kepemimpinan. Konsultan yang berusaha bekerja baik menilai bahwa sebelum terjadi

perbaikan dalam diri direktur maka program penyusunan rencana strategis akan gagal. Oleh karena itu, proses penyusunan dihentikan untuk menghindari pemborosan waktu dan sumber daya. Oleh konsultan disarankan agar direktur melakukan perbaikan kepemimpinan terlebih dahulu.

Elemen-elemen Kunci sebagai Sifat yang Menempel pada Pemimpin

Mengingat peranan yang berat seorang pemimpin dalam menyusun rencana strategis dan mengaplikasikan sistem manajemen strategis, perlu pemikiran mengenai persyaratan untuk menjadi pemimpin. Secara umum Ulrich (1999) menyatakan bahwa terdapat empat elemen kunci kemampuan yang sebaiknya dimiliki pemimpin yaitu, (1) menetapkan arah, (2) memobilisasi komitmen individu, (3) memicu kemampuan organisasi, dan (4) menunjukkan karakter pribadi.



GAMBAR 2.9.
APA YANG DILAKUKAN OLEH PEMIMPIN YANG SUKSES?

Konsep yang dipaparkan Ulrich ini dapat dipergunakan untuk direktur rumah sakit terutama untuk menganalisis kemampuan kepemimpinannya. Pemimpin rumah sakit diharapkan mampu menetapkan arah. Dalam mengantisipasi masa depan, dibutuhkan kemampuan untuk menyeimbangkan pengaruh dari perubahan lingkungan dan berbagai *stakeholders*. Termasuk dalam golongan ini pemerintah, DPR maupun DPRD, pelanggan, teknologi, dokter spesialis, perawat, dokter umum, pesaing, penanam modal, dan pemasok. Dalam keadaan inilah pemimpin harus mampu menciptakan identitas rumah sakit dan membangun nilai bagi semua pihak yang berkepentingan (*stakeholders*). Pemimpin yang memberi arah melakukan paling tidak tiga hal, yaitu memahami dan menafsirkan kejadian-kejadian di luar rumah sakit, memfokuskan diri pada masa depan, dan mampu menerjemahkan visi ke dalam tindakan. Oleh karena itu, kemampuan penafsiran terhadap perubahan lingkungan seperti yang dibahas pada Bab 1 sangat diperlukan.

Pemimpin rumah sakit perlu mempunyai sifat yang dapat menggalang komitmen sumber daya manusia. Hal ini dibutuhkan karena dalam usaha perumusan dan pencapaian visi diperlukan keterlibatan seluruh sumber daya manusia. Dengan demikian, komitmen sumber daya manusia rumah sakit harus digalang sehingga selaras dengan misi rumah sakit. Dengan komitmen yang baik, diharapkan sumber daya manusia rumah sakit dapat mendedikasikan pikiran dan kegiatan mereka demi tercapainya tujuan rumah sakit. Dalam penggalangan komitmen ini diperlukan pendekatan individu dan pendekatan kelompok. Untuk menghasilkan komitmen ini, pemimpin perlu membangun hubungan kerja sama yang baik, membagi kekuasaan dan wewenang, dan mengelola kekuasaan dengan penuh perhatian. Pemimpin harus dapat membantu setiap orang agar mampu merasakan bagaimana peranan masing-masing dalam pencapaian tujuan rumah sakit.

Pemimpin rumah sakit tidak hanya membangun komitmen perorangan tetapi juga mampu membangun

organisasi. Kemampuan membangun organisasi mengacu pada proses, tindakan, dan kegiatan yang menciptakan nilai bagi rumah sakit. Pemimpin membutuhkan kemampuan untuk meterjemahkan visi ke dalam tindakan dan usaha pencapaian tujuan dalam proses kegiatan. Hal itu membutuhkan pemimpin yang memiliki berbagai kemampuan seperti membangun infrastruktur organisasi, merancang sistem sumber daya manusia, dan membuat tindakan agar terjadi perubahan pada rumah sakit. Dengan demikian, kemampuan manajerial harus dimiliki oleh pemimpin rumah sakit.

Salah satu sifat penting pemimpin rumah sakit adalah pemimpin rumah sakit harus berkarakter. Para pegawai rumah sakit membutuhkan pemimpin yang dapat dipercaya dan mampu berkomunikasi. Kedua hal ini sering disebut sebagai kredibilitas. Pemimpin yang berkarakter harus hidup sesuai dengan nilai masyarakat yang baik. Pemimpin ini memiliki dan menciptakan citra diri yang positif serta menunjukkan ketrampilan berhubungan dengan orang lain. Di samping itu, memiliki kepribadian yang menarik. Latar belakang sifat rumah sakit yang sangat kompleks dengan sumber daya manusia yang sangat bervariasi merupakan hal berat bagi pemimpin untuk memiliki sifat-sifat tersebut. Hal ini mungkin dapat dipahami. Oleh karena itu, persoalan ini tidak dapat dipecahkan hanya dengan pelatihan saja. Kemampuan-kemampuan tersebut didapat dari proses hidup yang panjang.

Proses penyusunan rencana strategis merupakan salah satu kegiatan yang dapat mencerminkan kemampuan seorang pemimpin. Apakah seorang direktur mampu menggalang komitmen untuk melakukan perencanaan? Kemudian, apakah direktur rumah sakit mampu melaksanakan perencanaan dan mengendalikan secara strategis?

Pertanyaan kemudian, siapakah para pemimpin rumah sakit? Apakah direktur saja atautakah ada lainnya? Dalam hal ini perlu diingat bahwa rumah sakit merupakan lembaga yang sangat kompleks dengan berbagai unit pelayanan dan bidang pendukung. Oleh karena itu, pemimpin rumah sakit bukan

hanya direksi, tetapi kumpulan orang misalnya, pemimpin di bidang keperawatan, pemimpin di proses klinik, manajer instalasi, pemimpin di berbagai unit pendukung, seperti keuangan atau hubungan masyarakat. Para pemimpin ini juga berperan dalam menyusun rencana strategis dan sistem manajemennya.

Sebagai contoh, Kepala Instalasi Gawat Darurat berperan sebagai pemimpin. Ia mempunyai visi mengenai instalasi gawat daruratnya. Proses perencanaan strategis di Instalasi Gawat Darurat merupakan tanggung jawabnya. Demikian juga dengan pemimpin bidang keuangan. Kepala bagian keuangan rumah sakit harus mempunyai kepemimpinan. Dengan demikian, sesuai dengan besar kecilnya rumah sakit akan ditemukan berbagai rencana strategis pada berbagai unit dan instalasi serta bidang pendukung.

Bagaimana mengembangkan kepemimpinan di rumah sakit? Berbagai kegiatan dapat dilakukan untuk mengembangkan kepemimpinan misalnya, rumah sakit memberikan kesempatan penugasan tertentu sebagai bagian proses pengembangan kepemimpinan, rumah sakit melakukan pembinaan teknis sehingga terdapat mekanisme pelatihan internal, atau mengundang pelatih-pelatih berpengalaman dari luar yang bertindak sebagai *coach* (pelatih). Model lain yang dapat diterapkan yaitu rumah sakit mempunyai proses *mentoring*. Proses ini mengharuskan manajer muda atau orang-orang baru ditempelkan (*nyantrik*) pada manajer berpengalaman untuk menimba ilmunya. Berkaitan dengan regenerasi, pemimpin rumah sakit melakukan perencanaan penggantian manajer. Di samping itu, rumah sakit dapat melakukan proses belajar secara nyata dari masalah yang terjadi. Disamping itu, diharapkan rumah sakit melakukan program penilaian kinerja. Penilaian kemampuan pemimpin ditentukan oleh kinerja unit yang dipimpinnya.

Dalam konteks perubahan budaya, pemimpin diharapkan memperoleh wewenang dan kemampuan untuk mempengaruhi orang lain. Problem utama yang timbul, apakah direktur rumah sakit Indonesia memiliki wewenang untuk

mempengaruhi orang lain. Pertanyaan ini menarik karena sebenarnya para direktur rumah sakit di Indonesia, khususnya pemerintah tidak mempunyai cukup kekuasaan untuk mempengaruhi orang lain. Sebagai contoh, sistem manajemen rumah sakit menyebabkan direksi rumah sakit pemerintah tidak mempunyai wewenang untuk memindahkan staf rumah sakit ke tempat lain atau memberhentikan kontrak. Wewenang ini berada pada kantor lain, sehingga tidak ada otonomi dalam mengelola sumber daya rumah sakit. Sebagai contoh terjadi pada rumah sakit pendidikan, wewenang memindahkan dosen FK berada di Fakultas Kedokteran yang merupakan lembaga terpisah. Oleh karena itu, direksi rumah sakit pemerintah mempunyai kesulitan mendasar dalam membentuk kultur organisasi. Ketika direktur rumah sakit mengajak staf untuk menyusun rencana strategis muncul kesulitan besar karena tidak ada nilai kebersamaan dan komitmen yang kuat.

Keadaan ini menjadikan adanya ungkapan “merubah sistem dalam kurungan besi”. Berbagai konsep kepemimpinan pada umumnya berasal dari sistem manajemen di lembaga swasta yang mempunyai fleksibilitas dalam berbagai aspek. Pertanyaan kritisnya adalah bagaimana konsep kepemimpinan ini diterapkan di rumah sakit pemerintah yang memiliki struktur kaku dan sulit diubah. Evaluasi pelatihan manajemen strategis RSD oleh PMPK menunjukkan bahwa pengembangan sumber daya manusia sulit dilakukan akibat berbagai faktor, termasuk salah satunya sistem eselonisasi. Kekakuan sistem ini terjadi di berbagai unit pemerintahan di dunia (Feldam dan Khademian, 2001). Pertanyaan yang sering timbul adalah bagaimana dapat membangun sistem organisasi yang baik apabila harus menggunakan struktur yang demikian kaku itu? Bagaimana dapat menyusun rencana strategis yang baik apabila struktur tidak memungkinkan untuk diubah.

Untuk menjawab pertanyaan tersebut perlu ditekankan bahwa kebijakan otonom rumah sakit diperlukan untuk mengurangi kekakuan sistem dan struktur dalam pemerintahan. Dapat dipahami hal-hal mengenai keadaan sistem manajemen rumah sakit di Indonesia yang masih belum

jelas aspek otonominya, kemampuan pemimpin untuk membentuk kultur organisasi rumah sakit mungkin masih seperti seni dalam mengelola orang yang sulit untuk dipelajari.