

Syamsul Arifin
Fauzie Rahman

Anggun Wulandari
Vina Yulia Anhar

Tim Penyusun:

Syamsul Arifin
Fauzie Rahman

Anggun Wulandari
Vina Yulia Anhar

BUKU AJAR

Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan

BUKU AJAR

Dasar-Dasar
Manajemen Kesehatan

PT. RAJAGRAHA

PT. RAJAGRAHA

BUKU AJAR
Dasar-Dasar
Manajemen Kesehatan

BUKU AJAR
Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan

Hak cipta dilindungi undang-undang.

All rights reserved

x + 282 hlm ; 14.5 x 20.5 cm

Cetakan ,

Tim Penyusun:
Syamsul Arifin
Fauzie Rahman
Anggun Wulandari
Vina Yulia Anhar

Dicetak Oleh:

Pustaka Banua

Jalan Pramuka Komplek Smanda
Perum Bumi Pramuka Asri Blok D No.19 Banjarmasin.

E-mail: opinibanua@gmail.com

Phone: 081351628292, 08125043476

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ix
BAB I	
KONSEP DASAR MANAJEMEN KESEHATAN	1
A. Definisi dan Batasan Manajemen	2
B. Pendekatan Praktis Mempelajari Manajemen Kesehatan	4
C. Sejarah Perkembangan Manajemen	9
D. Ruang Lingkup Manajemen	20
E. Fungsi Manajemen	21
F. Tingkatan Manajemen	28
G. Beberapa Tinjauan Manajemen	29
H. Macam-macam Manajemen.....	31
BAB II	
PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN.....	37
A. Batasan Perencanaan	38
B. Manfaat Perencanaan (Planning)	39
C. Aspek-aspek Perencanaan.....	40
D. Macam-macam Perencanaan dalam Organisasi.....	41

E. Unsur-unsur Perencanaan.....	44
F. Langkah-Langkah Menyusun Perencanaan	46

BAB III

PENGGORGANISASIAN PROGRAM KESEHATAN..... 49

A. Batasan Fungsi Pengorganisasian	50
B. Prinsip Pokok Organisasi.....	51
C. Manfaat Pengorganisasian	58
D. Langkah-langkah Pengorganisasian	59
E. Wewenang dalam Organisasi	60
F. Pengembangan Organisasi.....	64
G. Organisasi sebagai Sistem Sosial	67
H. Peran Manajer dalam Organisasi.....	71

BAB IV

PENGGERAKAN DAN PELAKSANAAN (ACTUATING) 77

A. Tujuan Fungsi Aktuasi	77
B. Faktor Penghambat Fungsi Aktuasi	81
C. Kepemimpinan	82
D. Aspek Komunikasi dalam Organisasi	86

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM KESEHATAN..... 95

A. Batasan Monitoring dan Evaluasi	96
B. Prinsip-Prinsip Monitoring dan Evaluasi.....	101

C. Manfaat Monitoring dan Evaluasi	102
D. Proses Monitoring dan Evaluasi	103
E. Cara Mendapatkan Data Pada Saat Monitoring dan Evaluasi	104
F. Jenis Monitoring dan Evaluasi	107

BAB VI

SUBSISTEM PELAYANAN KESEHATAN 111

A. Batasan Pelayanan Kesehatan.....	112
B. Macam-Macam Pelayanan Kesehatan	113
C. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan	115
D. Masalah Pelayanan Kesehatan	117
E. Pelayanan Kesehatan Menyeluruh dan Terpadu	119
F. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan	121

BAB VII

SUBSISTEM PELAYANAN KESEHATAN 123

A. Sistem Rujukan.....	124
B. Program Menjaga Mutu	129
C. Pelayanan Kedokteran.....	134
D. Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap	136
E. Pelayanan Gawat Darurat	138
F. Rumah Sakit.....	139
G. Pelayanan Dokter Keluarga	140
H. Pelayanan Kesehatan Masyarakat.....	145
I. Puskesmas	148

BAB VIII

SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN..... 151

- A. Batasan Biaya Kesehatan 152
- B. Sumber Biaya Kesehatan 153
- C. Macam-macam Biaya Kesehatan 156
- D. Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan..... 157
- E. Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan..... 159
- F. Upaya Penyelesaian Masalah Pembiayaan 163
- G. Tarif Pelayanan Kesehatan..... 165
- H. Asuransi Kesehatan..... 170
- I. Biaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat 172

BAB IX

PEMBANGUNAN KESEHATAN SAAT INI 177

- A. Gambaran Upaya Pembangunan Kesehatan
di Indonesia..... 178
- B. Isu-isu dan Masalah Pokok Kesehatan di Indonesia 180
- C. Upaya Penyelesaian Masalah Kesehatan yang Terjadi184
- D. Fokus Pembangunan Kesehatan di Indonesia 197

BAB X

SISTEM KESEHATAN DAN KERANGKA

KEBIJAKAN KESEHATAN 199

- A. Batasan Sistem 200
- B. Komponen Pembentuk Sistem..... 202
- C. Sistem Kesehatan..... 203

D. Cakupan Sistem Kesehatan.....	204
E. Istilah yang berhubungan dengan Kebijakan.....	205
F. Batasan Kebijakan Kesehatan.....	206
G. Alasan Pentingnya Kebijakan Kesehatan.....	209

BAB XI

KEKUASAAN DAN PROSES KEBIJAKAN

KESEHATAN..... 211

A. Segitiga Kebijakan Kesehatan.....	212
B. Faktor Kontekstual yang Mempengaruhi Kebijakan	214
C. Proses Penyusunan Kebijakan Kesehatan	217
D. Tahap dalam Penyusunan Kebijakan Menurut Tahap Heuristik.....	219
E. Batasan Kekuasaan.....	220
F. Dimensi Kekuasaan	221

BAB XII

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN..... 225

A. Batasan Implementasi.....	225
B. Pendekatan Proses Implementasi	227
C. Keterampilan Implementator.....	230
D. Teori Implementasi Program	231

BAB XIII

SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN)..... 235

A. Batasan SKN.....	236
B. Kegunaan dan Landasan SKN	239
C. Perkembangan dan Tantangan SKN	241
D. Asas SKN	248
E. Bentuk Pokok SKN	254
F. Cara Penyelenggaraan SKN	259
G. Dukungan Penyelenggaraan SKN.....	260
DAFTAR PUSTAKA	261
TIM PENYUSUN	277

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan petunjuk-Nya dapat menyelesaikan penyusunan buku bacaan yang juga diharapkan menjadi buku ajar bagi para mahasiswa kesehatan masyarakat untuk mengenal, mempelajari, dan memahami dasar-dasar manajemen kesehatan.

Mudah-mudahan buku ini memberikan manfaat besar meningkatkan pengetahuan mahasiswa dalam rangka mencapai kompetensi yang disyaratkan dalam kurikulum.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong dan memberikan motivasi penyusunan buku ajar ini. Buku ini memang dirasakan jauh dari lengkap dan sempurna, keterangan detail tetap dianjurkan untuk membaca buku-buku dan kepustakaan yang tercantum dalam daftar referensi.

Akhirnya guna penyempurnaan buku ini, kami tetap memohon masukan, kritik, saran agar nantinya terwujud sebuah buku ajar praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami dasar-dasar manajemen kesehatan.

Banjarbaru, Februari 2016

--Tim Penyusun--

BAB I

KONSEP DASAR MANAJEMEN KESEHATAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang konsep dan manajemen kesehatan.

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang definisi dan batasan manajemen
2. Mampu menjelaskan tentang pendekatan praktis mempelajari manajemen kesehatan
3. Mampu menjelaskan tentang sejarah perkembangan manajemen
4. Mampu menjelaskan tentang ruang lingkup manajemen
5. Mampu menjelaskan tentang fungsi manajemen
6. Mampu menjelaskan tentang tingkatan manajemen

7. Mampu menjelaskan tentang beberapa tinjauan manajemen
8. Mampu menjelaskan tentang macam-macam manajemen

A. Definisi dan Batasan Manajemen

Manajemen berasal dari bahasa Inggris “*management*” dengan kata kerja *to manage* yang secara umum berarti mengurus. Dalam arti khusus manajemen dipakai bagi pimpinan dan kepemimpinan, yaitu orang-orang yang melakukan kegiatan memimpin, disebut “manajer” (Oxford, 2005). Selain itu, untuk mengartikan dan mendefinisikan manajemen dari berbagai literatur dapat dilihat dari tiga pengertian, yaitu (Louis A, 2009):

1. Manajemen sebagai suatu proses
2. Manajemen sebagai suatu kolektivitas manusia
3. Manajemen sebagai ilmu dan manajemen sebagai seni.

Untuk lebih jelasnya ada beberapa definisi dari manajemen, yaitu sebagai berikut:

1. John D. Millett (1954) membatasi manajemen sebagai *management is the process of directing and facilitating the work of people organized in formal groups to achieve a desired goal*, yaitu suatu proses pengarahan dan pemberian fasilitas kerja kepada orang yang diorganisasikan dalam kelompok formal untuk mencapai tujuan (Millet, 1954).
2. Plunket (2005) membatasi sebagai *people who are allocate and oversee the use of resources*, yaitu orang yang mengatur dan mengawasi penggunaan sumber daya. Plunket (2005) mendefinisikan manajemen sebagai *one or more managers*

individually and collectively setting and achieving goals by exercising related functions (planning organizing staffing leading and controlling) and coordinating various resources (information materials money and people)". Artinya, manajemen merupakan satu atau lebih manajer yg secara individu maupun bersama-sama menyusun dan mencapai tujuan organisasi dengan melakukan fungsi-fungsi terkait (perencanaan pengorganisasian penyusunan staf pengarahan dan pengawasan) dan mengkoordinasi berbagai sumber daya (informasi material uang dan orang) (Punket, 2005).

3. G.R. Terry (1960) menyebutkan bahwa *management is distinct process consisting of planing, organizing, actuating and controlling performed to determine and accomplish stated objectives by the use of human being and other resources*. Artinya, manajemen adalah suatu proses khusus yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan lainnya (Terry, 1960).
4. Daft (2003) menyebutkan bahwa *management is the attainment of organizational goals in an effective and efficient manner through planning organizing leading and controlling organizational resources*. Artinya, manajemen merupakan pencapaian tujuan organisasi dengan cara yang efektif dan efisien lewat perencanaan pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan sumberdaya organisasi (Daft, 2009).

5. Siswanto (2007) menyebutkan bahwa manajemen sebagai ilmu (*science*) dan sebagai seni. Manajemen merupakan suatu ilmu dan seni, karena antara keduanya tidak bisa dipisahkan. Manajemen sebagai suatu ilmu pengetahuan karena telah dipelajari sejak lama dan telah diorganisasikan menjadi suatu teori. Hal ini dikarenakan didalamnya menjelaskan tentang gejala-gejala *managment*, gejala-gejala ini lalu diteliti dengan menggunakan metode ilmiah yang diwujudkan dalam bentuk suatu teori. Sedangkan, manajemen sebagai suatu seni, memandang bahwa di dalam mencapai suatu tujuan diperlukan kerja sama dengan orang lain, perlu diketahui mengenai cara memerintahkan pada orang lain agar mau bekerja sama (Siswanto, 2007).

Maka, berdasarkan pendapat-pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Hasibuan, 2005).

B. Pendekatan Praktis Mempelajari Manajemen Kesehatan

Dalam mempelajari manajemen kesehatan, terdapat lima pendekatan yang dapat digunakan dalam mengkaji fungsi dan unsur manajemen, antara lain (Maulana, 2004):

1. *Management by objective* (Manajemen dilaksanakan untuk mencapai tujuan organisasi)

Pertama kali diperkenalkan oleh Peter Drucker dalam bukunya *The Practice of Management* pada tahun 1954.

Management by objective dapat juga disebut sebagai manajemen berdasarkan sasaran, manajemen berdasarkan hasil (*management by result*), *goals management*, *work planning and review* dan lain sebagainya yang pada intinya sama. *Management by objective* menekankan pada pentingnya peranan tujuan dalam perencanaan yang efektif, dengan menetapkan prosedur pencapaian baik yang formal maupun informal, pertama dengan menetapkan tujuan yang akan dicapai dilanjutkan dengan kegiatan yang akan dilaksanakan sampai selesai baru diadakan peninjauan kembali atas pekerjaan yang telah dilakukan (Maulana, 2004).

Manajemen berdasarkan sasaran adalah aktifitas memadukan sumber-sumber organisasi menjadi satu kesatuan. Manajemen adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya dari anggota organisasi serta penggunaan semua sumber daya yang ada pada organisasi untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Sasaran harusnya mempunyai persyaratan dengan menggambarkan 5 karakter yaitu dengan singkatan SMART yaitu (Maulana, 2004):

- a. *Spesific*, yaitu dimana sasaran harus jelas.
- b. *Measurable*, yaitu sasaran itu harus biasa diukur.
- c. *Attainable*, yaitu sasaran harus realistic dan bisa dijalankan oleh organisasi.
- d. *Relevant*, yaitu sarana harus menyambung dan mendukung visi dan misi besar organisasi.
- e. *Time-Bound*, yaitu sasaran harus punya batasan waktu.

Kegiatan MBO singkatan dari *management by objective* yaitu proses partisipasi yang melibatkan bawahan dan para manajer dalam setiap tingkatan organisasi yang dirumuskan dengan bentuk misi atau sasaran, yang dapat diukur dimana penggunaan ukuran ini sebagai pedoman bagi pengoperasian satuan kerja. Untuk melaksanakan kegiatan manajemen berdasarkan sasaran terdapat langkah kegiatan yaitu (Maulana, 2004):

- a. Meninjau sasaran organisasi.
- b. Merumuskan sasaran kerja individu.
- c. Memantau perkembangan.
- d. Evaluasi kinerja karyawan.

Salah satu contoh penerapan *manajemen by objective* terdapat pada organisasi puskesmas. Salah satu tugas pokok kepala puskesmas adalah mengatur pekerjaan staf yang diperbantukan kepadanya. Kepala puskesmas harus mengerti visi dan misi Puskesmas yang dipimpinnya dan mampu mengajak staf Puskesmas menerjemahkan visi dan misi organisasi dalam rencana strategis puskesmas dan rencana operasional masing-masing program. Seorang pimpinan puskesmas harus menjabarkan secara operasional visi dan misi puskesmas ke dalam kegiatan yang akan dilaksanakan oleh staf puskesmas untuk mencapai tujuan pelayanan puskesmas. Maka, disinilah pentingnya ketrampilan seorang pimpinan merumuskan strategi dan kebijakan pengembangan program sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerjanya. Staf puskesmas harus paham dan terampil merumuskan

masalah program yang dihadapi oleh unit kerjanya dan masalah kesehatan masyarakat yang berkembang sesuai dengan bidang dan wilayah binaannya (Darma, 2009).

2. *Management is how to work with others* (manajemen adalah kerja sama untuk mencapai tujuan bersama)

Adanya pendekatan ini, fungsi manajemen akan dapat dipelajari dari proses kerja sama yang berkembang antara pimpinan dengan stafnya dalam mencapai tujuan organisasi. Sumber daya lain yang penting adalah dana dan material. Manajemen harus mampu mengelola sumberdaya tersebut untuk mencapai tujuan organisasi. Aplikasi pendekatan ini dibidang kesehatan misalnya: Seorang bidan puskesmas akan mampu memberikan pertolongan persalinan untuk ibu-ibu hamil di wilayah kerjanya jika ibu hamil memilih fasilitas kesehatannya dan dia memiliki staf pembantu bidan yang akan menjaga ibu-ibu selama perawatan masa nifas. Bidan dan staf pembantu bidan adalah SDM penting dalam melaksanakan program KIA. Pengembangan tugas Bidan Puskesmas mempunyai arti penting dalam manajemen puskesmas (Darma, 2009).

3. Manajemen ditinjau dari aspek perilaku manusia

Manusia sebagai sumber daya utama manajemen selalu akan responsif pada saat berinteraksi dengan orang lain. Manajemen dapat dipelajari melalui perilaku organisasi tersebut. Perilaku organisasi ditentukan oleh upaya kepemimpinan yang mampu membangkitkan motivasi staf. Perilaku organisasi kesehatan memiliki ciri khas sendiri yang berbeda dengan organisasi

lain. Misalnya didalam puskesmas, seorang SKM yang menjadi kepala Puskesmas harus mampu memotivasi kinerja dokter, bidan, dan tenaga kesehatan lain yang memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda-beda (Darma, 2009).

4. Manajemen sebagai suatu proses

Manajemen sebagai proses dapat dipelajari melalui fungsi-fungsi manajemen. Fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, dan penilaian. Dapat dicontohkan bahwa dalam manajemen kesehatan, seorang kepala puskesmas harus mampu melaksanakan fungsi-fungsi manajemen dalam melaksanakan program-program kesehatan masyarakat di puskesmas (Darma, 2009).

5. Manajemen sebagai ilmu terapan

Manajemen sebagai ilmu terapan, artinya manajemen harus peduli dengan fungsi sosialnya di masyarakat (mempunyai kegunaan yang dapat dipakai dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuannya). Dapat dicontohkan bahwa dalam sebuah Puskesmas, Kepala puskesmas harus memiliki wawasan yang cukup luas dan terus mengembangkan diri dengan mempelajari berbagai ilmu yang terkait dengan tugas-tugasnya. Seorang SKM yang menjadi pimpinan organisasi kesehatan harus mampu menghitung persediaan dana, memahami kebijakan anggaran pemerintah dan menghitung pengeluaran biaya kesehatan untuk memelihara kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya (Darma, 2009).

C. Sejarah Perkembangan Manajemen

Ilmu manajemen merupakan salah satu disiplin ilmu sosial. Pada tahun 1886 Frederick W. Taylor melakukan suatu percobaan *time and motion study* dengan teorinya dan berjalan. Berdasarkan hal inilah lahir konsep teori efisiensi dan efektivitas. Kemudian Taylor menulis buku berjudul *The Principle of Scientific Management* (1911) yang merupakan awal dari lahirnya manajemen sebagai ilmu. Selain itu ilmu manajemen sebagai ilmu pengetahuan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut (Dalimunthe RF,2005):

1. Adanya kelompok manusia, yaitu kelompok yang terdiri atas dua orang atau lebih.
2. Adanya kerjasama dari kelompok tersebut.
3. Adanya kegiatan proses/usaha.
4. Adanya tujuan.

Selanjutnya ilmu manajemen merupakan kumpulan disiplin ilmu sosial yang mempelajari dan melihat manajemen sebagai fenomena dari masyarakat modern. Fenomena masyarakat modern itu merupakan gejala sosial yang membawa perubahan terhadap organisasi. Ada beberapa adalah faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kehidupan suatu organisasi, yaitu (Dalimunthe RF,2005):

1. Tekanan pemilik perusahaan.
2. Kemajuan teknologi.
3. Saingan baru.
4. Tuntutan masyarakat.

5. Kebijakanaksanaan pemerintah.
6. Pengaruh dunia Internasional.

Terdapat tiga aliran pemikiran manajemen yaitu (Dalimunthe RF,2005):

1. Aliran klasik.
2. Aliran hubungan manusiawi.
3. Aliran manajemen modern.

Prinsip Teori Manajemen Aliran Klasik

Awal sekali ilmu manajemen timbul akibat terjadinya revolusi industri di Inggris pada abad 18. Para pemikir tersebut memberikan perhatian terhadap masalah-masalah manajemen yang timbul baik itu di kalangan usahawan, industri maupun masyarakat. Para pemikir itu yang terkenal antara lain, Robert Owen, Henry Fayol, Frederick W Taylor dan lainnya (Dalimunthe RF,2005).

a. *Robert Owen* (1771 -1858)

Robert Owen adalah orang yang menentang praktek-praktek memperkerjakan anak-anak usia 5 atau 6 tahun dan standar kerja 13 jam per hari. Tersentuh dengan kondisi kerja tersebut, Owen mengajukan adanya perbaikan terhadap kondisi kerja ini. Pada tahun-tahun awal revolusi industri, ketika para pekerja dianggap instrumen yang tidak berdaya, Owen meningkatkan kondisi kerja di pabrik, menaikkan usia minimum kerja bagi anak-anak, mengurangi jam kerja karyawan, menyediakan makanan bagi karyawan

pabrik, mendirikan toko-toko untuk menjual keperluan hidup karyawan dengan harga yang layak, dan berusaha memperbaiki lingkungan hidup tempat karyawan tinggal, dengan membangun rumah-rumah dan membuat jalan, sehingga lingkungan hidup dan pabrik menjadi menarik. Sebab itu, beliau disebut “Bapak Personal Manajemen Modern”. Selain itu, Owen lebih banyak memperhatikan pekerja, karena menurutnya, investasi yang penting bagi manajer adalah sumber daya manusia. Selain mengenai perbaikan kondisi kerja, beliau juga membuat prosedur untuk meningkatkan produktivitas, seperti prosedur penilaian kerja dan bersaing juga secara terbuka (Dalimunthe RF,2005).

b. Charles Babbage (1792 -1871)

Charles Babbage adalah seorang guru besar matematika yang tertarik pada usaha penilaian efisiensi pada operasional suatu pabrik, dengan menerapkan prinsip-prinsip ilmiah agar terwujud peningkatan produktivitas dan penurunan biaya. Beliau pertama kali mengusulkan adanya pembagian kerja berdasarkan spesialisasi pekerjaan yang sesuai dengan keterampilan tertentu, sehingga pekerjaan dibuat rutin dan lebih mudah dapat dikendalikan dengan alat kalkulator. Babbage merupakan penemu kalkulator mekanis pada tahun 1822, yang disebut “mesin penambah dan pengurang (*Difference Machine*)”. Prinsip-prinsip dasarnya digunakan pada mesin-mesin hitung hampir seabad kemudian. Pada tahun 1833 beliau menyusun sebuah mesin analitis (*analytical machine*), yaitu sebuah komputer otomatis dan merupakan

dasar komputer modern, sehingga beliau sering dinamakan Bapak Komputer.

Tulisannya dituangkan dalam bukunya yang berjudul “*On the Economy Of Machinery and Manufactures*” (1832) (Dalimunthe RF,2005).

Beliau juga tertarik pada prinsip efisiensi dalam pembagian tugas dan perkembangan prinsip-prinsip ilmiah, untuk menentukan seorang manajer harus memakai fasilitas, bahan, dan tenaga kerja supaya rmendapatkan hasil yang sebaik-baiknya. Disamping itu Babbage sangat memperhatikan faktor manusia, Babbage menyarankan sebaiknya ada semacam sistem pembagian keuntungan antara pekerja dan pemilik pabrik, sehingga para pekerja memperoleh bagian keuntungan pabrik, apabila mereka ikut menyumbang dalam peningkatan produktivitas. Beliau menyarankan para pekerja selayaknya menerima pembayaran tetap atas dasar sifat pekerjaan mereka, ditambahkan dengan pembagian keuntungan, dan bonus untuk setiap saran yang diberikan dalam meningkatkan produktivitas (Dalimunthe RF,2005).

c. Frederick W. Taylor (1856 -1915)

Frederick W. Taylor dikenal dengan manajemen ilmiahnya dalam upaya meningkatkan produktivitas. Gerakannya yang terkenal adalah gerakan efisiensi kerja. Taylor membuat prinsip-prinsip yang menjadi intinya manajemen ilmiah yang terkenal dengan rencana pengupahan yang menghasilkan turunnnya biaya dan meningkatkan produktivitas, mutu, pendapatan pekerjaan dan semangat kerja karyawan. Adapun

filsafat Taylor memiliki 4 prinsip yang ditetapkan yaitu (Dalimunthe RF,2005):

1. Pengembangan manajemen ilmiah secara benar.
2. Pekerjaan diseleksi secara ilmiah dengan menempatkan pekerjaan yang cocok untuk satu pekerjaan.
3. Adanya pendidikan dan pengembangan ilmiah dari para pekerja.
4. Kerjasama yang baik antara manajemen dengan pekerja.

Dalam menerapkan ke-empat prinsip ini, beliau menganjurkan perlunya revolusi mental di kalangan manajer dan pekerja. Adapun prinsip-prinsip dasar menurut Taylor mendekati ilmiah adalah (Dalimunthe RF,2005):

1. Adanya ilmu pengetahuan yang menggantikan cara kerja yang asal-asalan.
2. Adanya hubungan waktu dan gerak kelompok.
3. Adanya kerja sama sesama pekerja dan bukan bekerja secara individual.
4. Bekerja untuk hasil yang maksimal.
5. Mengembangkan seluruh karyawan hingga taraf yang setinggi-tingginya, untuk tingkat kesejahteraan maksimum para karyawan itu sendiri dan perusahaan.

d. Henry L Gant (1861 -1919)

Sumbangan Henry L. Grant yang terkenal adalah sistem bonus harian dan bonus ekstra untuk para mandor. Beliau juga memperkenalkan sistem “*Charting*” yang terkenal dengan “*Gant*

Chart". Grant menekankan pentingnya mengembangkan minat hubungan timbal balik antara manajemen dan para karyawan, yaitu kerja sama yang harmonis. Henry beranggapan bahwa unsur manusia sangat penting sehingga menggarisbawahi pentingnya mengajarkan, mengembangkan pengertian tentang sistem pada pihak karyawan dan manajemen, serta perlunya penghargaan dalam segala masalah manajemen.

Metodenya yang terkenal adalah metode grafis dalam menggambarkan rencana-rencana dan memungkinkan adanya pengendalian manajerial yang lebih baik dengan menekankan pentingnya waktu maupun biaya dalam merencanakan dan mengendalikan pekerjaan. Hal ini yang menghasilkan terciptanya "Gantt Chart" yang terkenal tersebut. Teknik ini pelopor teknik-teknik modern seperti PERT (*Program Evaluation and Review Technique*) (Dalimunthe RF,2005).

e. *The Gilbreths (Frank B. Gilbreth: 1868 -1924 dan Lilian Gilbreth (1878-1972)*

Banyak manfaat dan jasa yang diberikan oleh manajemen ilmiah, namun satu hal penting dilupakan oleh manajemen ini, yaitu kebutuhan sosial manusia dalam berkelompok, karena terlalu mengutamakan keuntungan dan kebutuhan ekonomis dan fisik perusahaan dan pekerjaan. Aliran ini melupakan

kepuasan pekerjaan pekerja sebagai manusia biasa. Dalam menerapkan prinsip-prinsip manajemen ilmiah, harus memandang para pekerja dan mengerti kepribadian serta kebutuhannya. Ketidakpuasan di antara pekerja karena kurang

adanya perhatian dari pihak manajemen terhadap pekerja (Dalimunthe RF,2005).

f. Henry Fayol (1841 -1925)

Henry Fayol mengarang buku “*General and Industrial management*”. Pada tahun 1916, dengan sebutan teori manajemen klasik yang sangat memperhatikan produktivitas pabrik dan pekerja, disamping memperhatikan manajemen bagi satu organisasi yang kompleks, sehingga beliau menampilkan satu metode ajaran manajemen yang lebih utuh dalam bentuk cetak biru. Fayol berkeyakinan keberhasilan para manajer tidak hanya ditentukan oleh mutu pribadinya, tetapi karena adanya penggunaan metode manajemen yang tepat (Dalimunthe RF,2005).

Sumbangan-sumbangan dari Aliran Klasik

Adapun sumbangan-sumbangan dari aliran klasik adalah sebagai berikut (Terry, 2009):

1. Metode-metode yang dikembangkan dapat diterapkan pada berbagai kegiatan organisasi, selain di organisasi industri.
2. Teknik-teknik efisiensi (seperti studi gerak dan waktu), bahwa gerak fisik dan alat dapat lebih diefisienkan.
3. Penekanan pada seleksi dan pengembangan karyawan dengan cara ilmiah menunjukkan pentingnya kemampuan dan faktor pelatihan dalam meningkatkan efektivitas kerja seorang pekerja.

4. Manajemen ilmiah yang menekankan pentingnya rancangan kerja mendorong manajer mencari cara terbaik untuk pelaksanaan tugas.
5. Manajemen ilmiah tidak hanya mengembangkan pendekatan rasional dalam memecahkan masalah, tetapi menunjukkan jalan ke arah profesionalisasi dari manajemen.

Keterbatasan Aliran Klasik

Adapun keterbatasan dari aliran klasik adalah sebagai berikut (Terry, 2009):

1. Sering peningkatan produksi tidak disertai dengan peningkatan pendapatan.
2. Hubungan manajemen dan karyawan tetap jauh.
3. Manusia dipandang sebagai sesuatu yang rasional bahwa manusia dapat dimotivasi dengan pemenuhan kebutuhan ekonomi dan fisik, namun mengabaikan frustrasi dan ketegangan yang dialami karyawan apabila mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan sosial mereka serta mengabaikan kepuasan karyawan atas hasil kerjanya.

Aliran Hubungan Manusiawi

Pada tahap aliran perilaku atau hubungan manusiawi organisasi melihat pada hakikatnya adalah sumber daya manusia. Aliran ini memandang aliran klasik kurang lengkap karena terlihat kurang mampu mewujudkan efisiensi produksi yang sempurna dengan keharmonisan di tempat kerja. Manusia dalam sebuah organisasi tidak selalu dapat dengan mudah

diramalkan perilakunya karena sering juga tidak rasional. Oleh sebab itu, para manajer perlu dibantu dalam menghadapi manusia, melalui ilmu sosiologi dan psikologi. Ada tiga orang pelopor aliran perilaku yaitu (Dalimunthe RF,2005):

a. Hugo Munsterberg (1863 -1916) yaitu Bapak Psikologi Industri.

Sumbangannya yang terpenting adalah berupa pemanfaatan psikologi dalam mewujudkan tujuan-tujuan produktivitas sarna seperti dengan teori-teori manajemen lainnya. Bukunya "*Psychology and Indutrial Efficiency*", Hugo memberikan 3 cara untuk meningkatkan produktivitas:

- a) Menempatkan seorang pekerja terbaik yang paling sesuai dengan bidang pekerjaan yang akan dikerjakannya.
 - b) Menciptakan tata kerja yang terbaik yang memenuhi syarat-syarat psikologis untuk memaksimalkan produktivitas.
 - c) Menggunakan pengaruh psikologis agar memperoleh dampak yang paling tepat dalam mendorong karyawan.
- b. Elton Mayo (1880-1949)

Tokoh ini memperkenalkan hubungannya yang diartikan sebagai satu gerakan yang memiliki hubungan timbal balik manajer dan bawahan sehingga manajer dan bawahan secara serasi mewujudkan kerjasama yang memuaskan, dan tercipta semangat dan efisiensi kerja yang memuaskan. Disini terlihat adanya peran faktor-faktor sosial dan psikologis dalam memberi dorongan kerja kepada karyawan (Dalimunthe RF,2005).

c. William Ouchi (1981)

William Ouchi, dalam bukunya “*theory Z -How America Business Can Meet The Japanese Challenge* (1981)”, memperkenalkan teori Z pada tahun 1981 untuk menggambarkan adaptasi Amerika atas perilaku Organisasi Jepang. Teori beliau didasarkan pada perbandingan manajemen dalam organisasi. Jepang disebut tipe perusahaan Jepang dengan manajemen dalam perusahaan Amerika disebut perusahaan tipe Amerika. Sumbangan para ilmuwan yang beraliran hubungan manusiawi ini terlihat dalam peningkatan pemahaman terhadap motivasi perseorangan, perilaku kelompok, ataupun hubungan antara pribadi dalam kerja dan pentingnya kerja bagi manusia. Para manajer diharapkan semakin peka dan terampil dalam menangani dan berhubungan dengan bawahannya. Bahkan muncul berbagai jenis konsep yang lebih mengaji pada masalah-masalah kepemimpinan, penyelesaian perselisihan, memperoleh dan memanfaatkan kekuasaan, perubahan organisasi dan konsep komunikasi. Walaupun demikian aliran ini tidak bebas dari kritikan, karena di samping terlalu umum, abstrak dan kompleks, sukar sekali bagi manajer untuk menerangkan tentang perilaku manusia yang begitu kompleks dan sukar memilih nasehat ilmuwan yang mana yang sebaiknya harus dituruti dalam mencapai solusi di dalam perusahaan (Dalimunthe RE,2005).

Aliran Manajemen Modern

Muncul aliran ini lebih kepada aliran kuantitatif merupakan gabungan dari *Operation Research* dan *Management Science*.

Pada aliran ini berkumpul para sarjana matematika, fiiska, dan sarjana eksakta lainnya dalam memecahkan masalah-masalah yang lebih kompleks. Tim sarjana ini di Inggris, di Amerika Serikat, sesudah perang Dunia II dikenal dengan sebutan “OR Tema” dan setelah perang dimanfaatkan dalam bidang industri. Masalah-masalah sulit yang memerlukan “OR Tim” ini antara lain di bidang transportasi dan komunikasi. Kehadiran teknologi komputer, membuat prosedur OR lebih diformasikan menjadi aliran Ilmu Manajemen Modern (Dalimunthe RF,2005).

Pengembangan model-model dalam memecahkan masalah-masalah manajemen yang kompleks. Adanya bantuan komputer, maka dapat memberi pemecahan masalah yang lebih berdasar rasional kepada para manajer dalam membuat putusan-putusannya. Teknik-teknik ilmu manajemen ini membantu para manajer organisasi dalam berbagai kegiatan penting, seperti dalam hal penganggaran modal, manajemen *cash flow*, penjadwalan produksi, strategi pengembangan produksi, perencanaan sumber daya manusia dan sebagainya.

Aliran ini juga memiliki kelemahan karena kurang memberi perhatian kepada

hubungan manusia. Oleh karena itu, sangat cocok untuk bidang perencanaan dan pengendalian, tetapi tidak dapat menjawab masalah-masalah sosial individu seperti motivasi, organisasi, dan kepegawaian. Konsep dari aliran ini sebenarnya sukar dipahami oleh para manajer karena dapat menyangkut kuantitatif sehingga para manajer itu merasa jauh dan tidak

terlibat dengan penggunaan teknik-teknik ilmu manajemen yang sangat ilmiah dan kompleks (Dalimunthe RF,2005).

D. Ruang Lingkup Manajemen

Ruang Lingkup Manajemen terdiri dari sebagai berikut (Purhadi, 2003):

1. Lingkungan Luar (Eksternal) terdiri dari:
 - a. Lingkungan Umum, meliputi ekonomi, politik, hukum, sosio kultural (budaya), teknologi, dimensi internasional (seperti globalisasi dan paham ekonomi), dan kondisi lingkungan alam.
 - b. Lingkungan Khusus (Tugas), meliputi pemilik (stockholder), customer, klien, pemasok (suplier), pesaing, suplai tenaga kerja, badan pemerintah, lembaga keuangan, media, dan serikat pekerja.
2. Lingkungan Dalam (Internal) terdiri dari:
 - a. Manusia (specialized dan manajerial personal).
 - b. Finansial (sumber, alokasi, dan control dana).
 - c. Fisik (gedung, kantor, dll).
 - d. Sistem dan Teknologi.
 - e. Sistem Nilai dan Budaya Organisasi.

Untuk mengukur dan menganalisis lingkungan ini digunakan analisis SWOT (Purhadi, 2003).

E. Fungsi Manajemen

Pekerjaan yang dilakukan oleh para manajer pada saat mengelola perusahaan dapat dikelompokkan ke dalam kelompok-kelompok tugas yang memiliki tujuan yang disebut fungsi manajemen. Fungsi manajemen diartikan sebagai sejumlah kegiatan yang meliputi berbagai jenis pekerjaan yang digolongkan dalam satu kelompok sehingga membentuk suatu kesatuan administratif. Koontz dan Weirich (1993) berpendapat bahwa fungsi manajemen dikelompokkan ke dalam lima fungsi. Kelima fungsi tersebut dilaksanakan secara simultan untuk menjamin tercapainya tujuan perusahaan (Ismail, 2009).

Sebagaimana yang dikatakan oleh Louis A. Allen di dalam bukunya “*The Profession of Management*” menyatakan bahwa manajemen itu adalah suatu jenis pekerjaan khusus yang menghendaki usaha mental dan fisik yang diperlukan untuk memimpin, merencanakan, menyusun, mengawasi, serta meneliti. Menurut Allen pekerjaan manajer itu mencakup empat fungsi yaitu (Ismail, 2009):

1. Memimpin (*Leading*)

Memimpin adalah pekerjaan yang dilakukan oleh seorang manajer agar orang lain bertindak. Fungsi *Leading* ini terdiri dari beberapa kegiatan yaitu sebagai berikut (Ismail, 2009):

- a. Mengambil keputusan (*decision making*).
- b. Mengadakan komunikasi (*communicating*).
- c. Memberikan motivasi (*motivating*).

- d. Memilih orang-orang (*selecting people*).
 - e. Mengembangkan orang-orang (*developing people*).
2. Merencanakan (*Planning*)
- Kegiatan merencanakan meliputi beberapa kegiatan yaitu (Ismail, 2009):
- a. Meramalkan (*forecasting*) adalah pekerjaan seorang manajer dalam memperkirakan waktu yang akan datang.
 - b. Menetapkan maksud dan tujuan (*establishing objective*) yaitu pekerjaan manajer dalam menentukan tujuan atau sasaran.
 - c. Mengacarakan (*programming*) menetapkan urutan kegiatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan.
 - d. Mengatur waktu (*scheduling*) menetapkan urutan yang tepat, hal ini sangat penting agar semua tindakan dapat berhasil dengan baik.
 - e. Menyusun anggaran belanja (*budgeting*) mengalokasikan sumber daya yang ada.
 - f. Mengembangkan prosedur (*developing procedures*) menormalisasikan cara-cara pelaksanaan pekerjaan.
 - g. Menetapkan dan menafsirkan kebijaksanaan (*establishing and interpreting policies*) menetapkan dasar-dasar pelaksanaan pekerjaan.
3. Menyusun (*Organizing*)
- Pekerjaan yang dilakukan oleh seorang manajer dalam mengatur dan menghubungkan pekerjaan yang akan

dilakukan sehingga dapat dilaksanakan dengan efektif. Fungsi manajemen *organizing* ini meliputi (Ismail, 2009):

- a. Merencanakan struktur organisasi.
 - b. Mendelegasikan tanggung jawab dan wewenang.
 - c. Menetapkan hubungan-hubungan.
4. Mengawasi dan meneliti (*Controlling*)
- Pekerjaan seorang manajer dalam menilai dan mengatur pekerjaan yang diselenggarakan dan yang telah selesai. Cara-cara pengawasan dalam manajemen diperoleh melalui (Ismail, 2009):
- a. Perkembangan derajat pekerjaan.
 - b. Pengukuran hasil pekerjaan.
 - c. Penilaian hasil pekerjaan.
 - d. Pengambilan tindakan perbaikan.

Sedangkan, fungsi-fungsi pokok manajemen menurut GR. Terry yang membentuk manajemen sebagai suatu proses adalah sebagai berikut (Ismail, 2009):

1. *Planning* yaitu kegiatan menentukan berbagai tujuan dan penyebab tindakan-tindakan selanjutnya yang kegiatannya meliputi (Ismail, 2009):
 - a. Menjelaskan, menetapkan, dan memastikan tujuan yang akan dicapai.
 - b. Meramalkan peristiwa atau keadaan pada waktu yang akan datang.

- c. Memperkirakan kondisi-kondisi pekerjaan yang akan dilakukan.
 - d. Memilih tugas-tugas yang sesuai untuk mencapai tujuan.
 - e. Membuat rencana secara menyeluruh dengan menekankan kreativitas agar diperoleh sesuatu yang baru dan lebih baik.
 - f. Membuat kebijaksanaan, prosedur, standar dan metode-metode untuk pelaksanaan kerja.
 - g. Memikirkan peristiwa yang kemungkinan akan terjadi.
 - h. Mengubah rencana sesuai dengan petunjuk hasil pengawasan.
2. *Organizing* adalah kegiatan membagi pekerjaan diantara anggota kelompok serta membuat ketentuan dalam hubungan-hubungan yang diperlukan. Tugas-tugasnya yaitu (Ismail, 2009):
- a. Membagi pekerjaan ke dalam tugas-tugas operasional
 - b. Mengelompokkan tugas-tugas ke dalam posisi-posisi secara operasional
 - c. Menggabungkan jabatan-jabatan yang operasional ke dalam unit-unit yang saling berkaitan
 - d. Memilih dan menempatkan orang untuk pekerjaan yang sesuai
 - e. Menjelaskan persyaratan dari setiap jabatan

- f. Menyesuaikan wewenang dan tanggung jawab bagi setiap anggota
 - g. Menyediakan berbagai fasilitas untuk pegawai
 - h. Menyelaraskan organisasi sesuai dengan petunjuk hasil pengawasan
3. *Actuating* adalah kegiatan menggerakkan anggota-anggota kelompok untuk melaksanakan pekerjaan sesuai dengan tugasnya masing-masing yang meliputi (Ismail, 2009):
- a. Melakukan kegiatan berpartisipasi dengan senang hati terhadap semua keputusan, tindakan atau perbuatan.
 - b. Mengarahkan dan menantang orang lain agar bekerja sebaik mungkin.
 - c. Memotivasi anggota.
 - d. Berkomunikasi secara efektif.
 - e. Meningkatkan anggota agar memahami potensinya secara penuh.
 - f. Memberi imbalan atau penghargaan terhadap pekerjaan yang telah dilakukan dengan baik.
 - g. Mencukupi keperluan pegawai sesuai dengan pekerjaannya.
 - h. Berupaya memperbaiki pengarahan sesuai dengan petunjuk hasil pengawasan.
4. Pengawasan (*controlling*) adalah kegiatan untuk menyesuaikan antara pelaksanaan dengan rencana-rencana yang

telah ditentukan. Kegiatan-kegiatannya yaitu meliputi (Ismail, 2009):

- a. Membandingkan hasil-hasil pekerjaan dengan rencana secara keseluruhan.
- b. Menilai hasil pekerjaan sesuai dengan standar hasil kerja.
- c. Membuat media pelaksanaan secara tepat.
- d. Memberitahukan media pengukur pekerjaan.
- e. Memindahkan data secara terperinci agar dapat terlihat perbandingan dan penyimpangan-penyimpangannya.
- f. Membuat saran tindakan-tindakan perbaikan jika dirasa perlu oleh anggota.
- g. Memberi tahu anggota yang bertanggung jawab terhadap pemberian penjelasan.
- h. Menyesuaikan pengawasan sesuai dengan petunjuk hasil pengawasan.

Sehubungan dengan ini menurut Terry perlu memahami konsep **PIRO** singkatan dari *Manusia (people)* merupakan sumber daya manajemen yang paling penting tersedia bagi manajer. *Gagasan (Ideas)* merupakan milik yang paling berharga dari manajer berupa pemahaman mengenai sesuatu beberapa konsep-konsep pemikiran yang diperlukan. *Resources* adalah berupa sumber daya lain selain manusia juga merupakan faktor penting untuk keberhasilan manajer dalam mengkoordinasikan berbagai fasilitas serta mengkaitkannya

satu dengan yang lainnya secara serasi. *Objectives* merupakan tujuan-tujuan yang memberi makna bagi penggunaan manusia, gagasan dan sumber daya.

Harold Koontz dan Cyril O'Donel menyebutkan bahwa terdapat lima fungsi pokok dalam manajemen yaitu (Ismail, 2009):

1. *Planning.*
2. *Organizing.*
3. *Staffing.*
4. *Directing and Leading.*
5. *Controlling.*

Luther Gulick sekitar 1930 mengatakan bahwa fungsi manajemen adalah **POSDCORB** yaitu singkatan dari (Ismail, 2009):

P = Planning

O = Organizing

S = Staffing

D = Directing

C = Coordinating

R = Reporting

B = Budgeting

Henri Fayol menyebutkan bahwa tugas utama seorang manajer adalah sebagai berikut (Ismail, 2009):

1. Merencanakan
2. Mengorganisasikan

3. Mengkoordinasikan
4. Mengawasi

Setiap manajer atau pimpinan harus menjalankan keempat fungsi tersebut di dalam organisasi sehingga hasilnya merupakan suatu keseluruhan yang sistematis (Ismail, 2009).

F. Tingkatan Manajemen

Menurut tingkatannya manajemen dibedakan menjadi tiga tingkatan, yaitu (Amirullah dan Haris Budiyono, 2004):

1. Manajemen Puncak (*Top Management*)
2. Manajemen Tengah (*Middle Management*)
3. Manajemen Bawah (*Low Management*)

Beberapa Contoh:

1. Pada suatu departemen, maka tingkatan manajemennya adalah:

Manajemen Puncak adalah menteri.

Manajemen Tengah adalah para Direktur Jenderal.

Manajemen Bawah adalah para kepala bagian/bidang, subbagian/sub bidang.

2. Pada suatu Kantor Balai Besar/Eselon II, maka tingkatan manajemennya adalah:

Manajemen Puncak adalah Kepala Balai Besar.

Manajemen Tengah adalah para Kepala Bagian/Kepala Bidang.

Manajemen Bawah adalah para Kepala Sub Bagian/
Bidang.

3. Pada suatu UPT/Eselon III, maka tingkatan manajemennya adalah:

Manajemen Puncak adalah Kepala UPT, Direktur.

Manajemen Tengah adalah para Kepala Sub Bagian

Manajemen Bawah adalah para Kepala Urusan.

G. Beberapa Tinjauan Manajemen

Beberapa tinjauan manajemen adalah sebagai berikut:

1. Segi Sifat Kerja

Dari sifat kerja manajemen dapat digolongkan menjadi tiga golongan, yaitu :

- a. Manajemen Administratif (MA)

Manajemen administratif adalah manajemen atau pejabat /pimpinan yang kerjanya menitik beratkan pada pemikiran kerja (suatu pendekatan dari pimpinan atas sampai ke tingkat paling bawah serta para pekerjanya). Dipelopori oleh *Henry Fayol*.

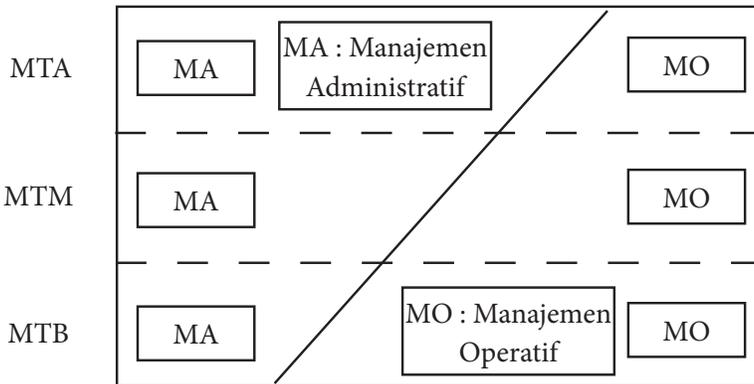
- b. Manajemen Operatif (MO)

Manajemen operatif adalah manajemen atau pejabat /pimpinan yang langsung memimpin kerja ke arah tercapainya kerja yang nyata. Maksudnya adalah suatu pendekatan dari pimpinan atas sampai ke tingkat paling bawah yang titik beratnya pada efisiensi dan produktivitas. Dipelopori oleh *F.W. Taylor*.

c. Manajemen Administratif dan Manajemen Operatif (MA/MO)

Manajemen administratif dan manajemen operatif adalah manajemen atau pejabat /pimpinan yang dapat bertindak sebagai manajemen administratif dan manajemen operatif (pejabat interpretor), yakni dapat menterjemahkan manajemen administrative ke manajemen operatif dan sebaliknya.

Peranan pejabat ini sangat penting, karena hasil karya manajemen administrasi yang bersifat garis-garis besar (umum) dan berbentuk kebijakan (policy=bahasa pikir). Untuk memudahkan dalam pelaksanaan oleh pejabat pelaksana dalam tugas interpretor diberikan dalam bentuk kerja praktis (operasional). Perbedaan MA dan MO dapat dilihat dalam bagan di bawah ini:



Gambar 1.1 Perbedaan MA dan MO

Keterangan :

MTA : Manajemen Tingkat Atas

MTM : Manajemen Tingkat Menengah

MTB : Manajemen Tingkat Bawah

Gambaran kemampuan administrasi, manajemen dan teknik operasional pada tingkatan manajemen.

Tingkatan Manajemen	Kemampuan Administrasi/ Manajemen	Kemampuan Teknik-Operasional
Manajemen Tingkat Atas (MTA)	(90-92)%	(8-10)%
Manajemen Tingkat Menengah (MTM)	(70-85)%	(15-30)%
Manajemen Tingkat Bawah (MTB)	(40-55)%	(45-60)%
Workman (Pelaksana)	5%	95%

H. Macam-macam Manajemen

Adapun macam-macam manajemen adalah sebagai berikut (Amsyah,1989):

1. Manajemen Ilmiah (*Scientific Management*)

Manajemen Ilmiah adalah manajemen yang berdasar ilmu, artinya yang dapat dikaji secara ilmiah, dianalisis dengan menggunakan metode ilmiah dan dapat diperoleh suatu sintesis. Dikatakan manajemen ilmiah karena dapat manajemen dapat dipelajari secara ilmiah di tempat-tempat pendidikan (sekolah, pendidikan tinggi atau tempat-tempat kursus). Pelopor Manajemen Ilmiah adalah *F.W. Taylor*

(USA) dan *H.Fayol* (Perancis). Mereka mencoba mengkaji/mempelajari gerak perusahaan serta mencoba mengubah cara kerja dan cara berpikir di kalangan perusahaan. Kalau semula secara tradisional perusahaan digerakkan dan dikendalikan oleh pemilik perusahaan itu sendiri, maka *F.W. Taylor* mengatakan tidak harus digerakkan dan dikendalikan oleh pemilik perusahaan (pemegang saham), tetapi hendaknya dipimpin oleh orang-orang yang betul-betul mempunyai kecakapan dan kemampuan serta pengalaman yang cukup. Maka *F.W. Taylor* mengubah cara kerja dengan sistem *gerak dan waktu* (*time and motion study*). Ia membuat daftar catatan yang harus dipergunakan oleh para pekerja, daftar catatan itu berisi tugas-tugas yang harus dikerjakan. Setiap gerak dalam proses produksi dicatat secara cermat gerak dan waktunya untuk menyelesaikan pekerjaan.

2. Manajemen Sistematis

Manajemen Sistematis menunjukkan bahwa segala sesuatu diatur secara sistematis, yaitu secara tertib, rapi dan teratur dengan tujuan untuk menghindarkan hal-hal yang tidak dikehendaki. Dengan perkataan lain, sebelum usaha/kegiatan berjalan segala sesuatu harus diperinci dengan sematang-matangnya. Sehingga saat kegiatan pelaksanaan dimulai sampai dengan tujuan yang diinginkan berjalan lancar dan menjadi kenyataan. Penerapan manajemen ini dapat dilihat pada operasi penerbangan, pelayaran dan sektor perhubungan lainnya. Segala Sesuatu yang berkaitan dengan perjalanan

telah dipersiapkan dengan sangat terinci dan cermat untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan selama perjalanan.

3. Manajemen Terbuka (*Open Management*)

Manajemen Terbuka sering menimbulkan salah pengertian, yang dimaksud dengan “terbuka “ di sini adalah di mana pimpinan sebelum mengambil suatu keputusan terlebih dahulu memberi kesempatan kepada staf dan bawahannya untuk memberikan saran-saran, ide-ide atau pendapat-pendapat, namun keputusan tetap ditentukan oleh pimpinan. Kesempatan untuk memberikan masukan-masukan kepada pimpinan dengan tujuan agar para staf atau bawahan ikut serta memikirkan kesulitan-kesulitan yang dihadapi organisasi dan ikut serta pula memecahkannya termasuk mengembangkan organisasi.

Ditinjau dari pengertian positif dimana segala sesuatu yang dilakukan oleh pimpinan harus dikontrol oleh staf atau bawahannya, hal ini karena biasanya dalam setiap jabatan pasti ada yang bersifat rahasia dan tidak boleh terbuka. Dengan sifat keterbukaan ini yaitu dengan diberikan kesempatan untuk mengemukakan gagasan-gagasan, pendapat-pendapat atau saran-saran dapat menimbulkan kegairahan, apalagi kalau gagasan-gagasan, pendapat-pendapat atau saran-saran dapat diterima dan digunakan, maka yang mempunyai ide tersebut akan merasa senang. Selain itu akan timbul suatu kompetisi yang sehat berlomba untuk mengembangkan inisiatif dan daya kreasi.

4. Manajemen Demokratis

Manajemen demokratis adalah mengarah ke demokrasi Pancasila, yang termaktub dalam Preambule Undang-Undang Dasar 1945 dimana dalam Demokrasi Pancasila disebutkan “*Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan/perwakilan*” serta dengan mewujudkan keadilan sosial bagi rakyat Indonesia. Jadi para staf dan bawahan bukan sekedar menyumbangkan pemikiran, prakarsa serta pertimbangan semata, tetapi ikut serta menentukan keputusan atas dasar musyawarah untuk mufakat.

5. Manajemen Tradisional

Manajemen Tradisional adalah manajemen yang digunakan dengan sistem kerja dan cara berpikir mengikuti cara-cara zaman dahulu dan bahkan sampai masa sekarang ini masih ada yang menggunakannya. Manajemen tradisional biasanya digunakan turun temurun, tidak ada kreasi, monoton dan tidak dinamis.

6. Manajemen Bapak

Dikatakan “manajemen bapak”, karena dalam setiap usaha/kegiatan dari organisasi selalu mengikuti jejak bapak (pimpinan), apa yang dikatakan bapak itulah yang benar. Untuk manajemen semacam ini terdapat aspek baik buruknya. *Kebaikannya* adalah kalau pemimpin tetap pada proporsi yang sebenarnya dan berlaku objektif, pekerjaan dapat dilaksanakan dengan cepat sesuai tujuan organisasinya. *Keburukannya* adalah kalau bapaknya berlaku tidak baik, maka bawahannya pun

akan berlaku seperti bapaknya, maka lambat laun perusahaan/ organisasinya akan hancur. Keburukan lainnya adalah kalau kalau bapaknya sudah mampu memimpin dan diganti dengan bapak yang baru (tidak mengikuti cara lama), maka akan mengalami hambatan dalam memimpin bawahannya.

BAB II

PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang perencanaan program kesehatan.

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang batasan perencanaan
2. Mampu menjelaskan tentang manfaat perencanaan (*planning*)
3. Mampu menjelaskan tentang aspek-aspek perencanaan
4. Mampu menjelaskan tentang macam-macam perencanaan dalam organisasi
5. Mampu menjelaskan tentang unsur-unsur perencanaan
6. Mampu menjelaskan tentang langkah-langkah menyusun perencanaan (*planning*)

A. Batasan Perencanaan

Batasan atau pengertian perencanaan bermacam-macam sesuai dengan pendapat para ahli manajemen. Menurut Newman (1937), *planning is deciding in advance what is to be done*, yaitu perencanaan adalah penentuan terlebih dahulu apa yang akan dikerjakan (Newman WH,1937). Sedangkan, menurut A. Allen (1958), *planning is the determination of a course of action to achieve a desired result*, yaitu perencanaan adalah penentuan serangkaian tindakan untuk mencapai hasil yang diinginkan (Allen LA, 1958). Pada dasarnya yang dimaksud dengan perencanaan yaitu memberi jawaban atas pertanyaan-pertanyaan apa (*what*), siapa (*who*), kapan (*when*), dimana (*where*), mengapa (*why*) dan bagaimana (*how*). Jadi, perencanaan yaitu fungsi seorang manajer yang berhubungan dengan pemilihan dari sekumpulan kegiatan-kegiatan dan keputusan tujuan-tujuan, kebijaksanaan-kebijaksanaan serta program-program yang dilakukan (Handoko, 2003).

Menurut Sutarno NS (2004), perencanaan diartikan sebagai perhitungan dan penentuan tentang hal yang akan dijalankan dalam rangka mencapai tujuan tertentu, dimana menyangkut tempat, oleh siapa pelaku itu atau pelaksana dan sebagaimana tata cara mencapai itu. Cropper (1992) berpendapat bahwa *planning is the basis from which other function are spawned. Without a congruent plan, organizations usually lack a central focus*. Artinya, perencanaan adalah unsur dasar yang akan dikembangkan menjadi seluruh fungsi berikutnya. Tanpa rencana yang tepat dan pada sebuah organisasi akan kehilangan

fokus sentral berpijak bukan sekedar daftar kegiatan yang harus dilakukan (Cropper, 1992). Perencanaan merupakan suatu proses mempersiapkan serangkaian pengambilan keputusan untuk dilakukannya tindakan dalam mencapai tujuan organisasi, dengan dan tanpa menggunakan sumber-sumber yang ada (Sutarno NS, 2004). Berdasarkan pendapat-pendapat tersebut, bahwa perencanaan adalah sebagai suatu proses atau suatu tindakan pemilihan yang terbaik atau menguntungkan dari berbagai alternatif dalam usaha pencapaian tujuan (Ekowati, 2005).

B. Manfaat Perencanaan (*Planning*)

Beberapa manfaat dari perencanaan adalah sebagai berikut (Wiludjeng S, 2007):

1. Perencanaan dipakai sebagai alat pengawasan dan pengendalian kegiatan sehari-hari perusahaan. Perencanaan yang telah disusun dengan baik akan memudahkan para pelaksana untuk mengetahui bahwa tindakan tersebut menyimpang atau telah sesuai dengan rencana.
2. Perencanaan dengan adanya perencanaan yang disusun (tentunya sebelum suatu kegiatan dilakukan) dengan cermat dapatlah dipilih dan ditetapkan kegiatan-kegiatan mana yang diperlukan dan mana yang tidak.
3. Perencanaan dengan adanya rencana, segala kegiatan dapat dilakukan secara tertib dan teratur sesuai dengan tahap-tahap yang semestinya.

C. Aspek-aspek Perencanaan

Definisi perencanaan tersebut menjelaskan bahwa perencanaan merupakan suatu proses untuk mencapai tujuan perusahaan secara menyeluruh. Definisi perencanaan tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa perencanaan menggunakan beberapa aspek yakni (Erly S, 2003):

1. Penentuan tujuan yang akan dicapai.
2. Memilih dan menentukan cara yang akan ditempuh untuk mencapai tujuan atas dasar alternatif yang dipilih.
3. Usaha-usaha atau langkah-langkah yang ditempuh untuk mencapai tujuan atas dasar alternative yang dipilih.

Selain aspek tersebut, perencanaan juga mempunyai manfaat bagi perusahaan sebagai berikut (Erly S, 2003):

1. Dengan adanya perencanaan, maka pelaksanaan kegiatan dapat diusahakan dengan efektif dan efisien.
2. Dapat mengatakan bahwa tujuan yang telah ditetapkan tersebut, dapat dicapai dan dapat dilakukan koreksi atas penyimpangan-penyimpangan yang timbul seawal mungkin.
3. Dapat mengidentifikasi hambatan-hambatan yang timbul dengan mengatasi hambatan dan ancaman.
4. Dapat menghindari adanya kegiatan pertumbuhan dan perubahan yang tidak terarah dan terkontrol.

D. Macam-macam Perencanaan dalam Organisasi

Menurut Marwan Asri dan John Suprihanto (1986) bahwa perencanaan dapat dipecah menjadi beberapa macam (Marwan A, 1991):

1. Menurut jangka waktunya

Menurut jangka waktunya, perencanaan dapat dikelompokkan menjadi:

- a. Perencanaan menengah: jangka waktu 1-2 tahun.
- b. Perencanaan jangka pendek: jangka waktu 1 tahun atau kurang.
- c. Perencanaan jangka panjang. jangka waktu 5 tahun atau lebih.

2. Menurut ruang lingkungannya

Menurut ruang lingkungannya, perencanaan dapat dibagi menjadi 3 macam:

- a. Perencanaan fisik.
- b. Perencanaan fungsional.
- c. Perencanaan menyeluruh.

Melihat tingkat hirarkis, ada tiga jenis perencanaan: perencanaan strategis, taktis, dan operasional (Wiludjeng S, 2007):

1. Perencanaan Strategis

Perencanaan strategis dianggap oleh organisasi secara keseluruhan dan dihasilkan oleh tingkat hirarki yang lebih tinggi dari sebuah organisasi. Berkaitan dengan tujuan jangka panjang

dan strategi dan tindakan untuk mencapainya. Perencanaan ini merupakan proses dimana eksekutif/top manajer meramal arah jangka panjang dari suatu entitas dengan menetapkan target spesifik pada kinerja, dengan mempertimbangkan kondisi internal dan eksternal untuk melakukan tindakan perencanaan yang dipilih (Wiludjeng S, 2007).

Hal ini biasanya dilakukan dalam organisasi pada tingkat manajerial, atau tingkat tertinggi pemerintah, yang dilakukan dengan cara taktik dan prosedur yang digunakan untuk mencapai tujuan tertentu atau diberikan perencanaan jangka panjang lebih dari 5 tahun. Perencanaan strategis juga merupakan suatu hal untuk merencanakan strategi dalam segala hal atau dalam kehidupan sehari-hari setiap orang (Wiludjeng S, 2007).

2. Perencanaan Taktis/Taktik

Pada tingkat kedua dari perencanaan, taktis, kinerja berada dalam setiap area fungsional bisnis, termasuk sumber daya tertentu. Perkembangannya terjadi oleh tingkat organisasi menengah, bertujuan untuk efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia untuk jangka menengah proyeksi. Dalam perusahaan besar dengan mudah mengidentifikasi tingkat perencanaan, yang diberikan oleh setiap kepala bagian. Bagian taktis merupakan proses yang berkelanjutan dan pengambilan keputusan untuk menentukan tindakan (Wiludjeng S, 2007).

Bagian ini dilakukan secara sistemik karena merupakan totalitas yang dibentuk oleh sistem dan subsistem, seperti yang terlihat dari sudut pandang sistemik. Teknik ini memungkinkan

pengukuran siklus dan evaluasi sebagai dijalankan yang secara dinamis dan interaktif dilakukan dengan orang lain dan merupakan teknik yang mengkoordinasikan berbagai kegiatan untuk mencapai tujuan yang diinginkan dari efisiensi (Wiludjeng S, 2007).

3. Perencanaan Operasional

Ketidakpastian yang disebabkan oleh tekanan dan pengaruh lingkungan harus berasimilasi pada pertengahan atau taktik yang harus mengkonversi dan menafsirkan keputusan strategis dan membuat rencana yang akan dilakukan, kemudian menjadi rencana operasional dan rincian yang akan dijalankan pada tingkat operasional. Langkah pada tingkat operasional sesuai dengan perencanaan taktis, yaitu mengidentifikasi prosedur spesifik dan proses yang diperlukan di tingkat bawah organisasi, menyajikan rencana aksi atau rencana operasional. Hal ini dihasilkan oleh tingkat organisasi yang lebih rendah, dengan fokus pada kegiatan rutin perusahaan. Oleh karena itu, rencana dikembangkan untuk waktu yang singkat. Perencanaan operasional ini dilakukan pada karyawan di tingkat terendah dari organisasi (Wiludjeng S, 2007).

4. Perencanaan Normatif

Perencanaan normatif mengacu pada standar, kebijakan serta peraturan yang ditetapkan untuk operasi organisasi. Hal ini bergantung pada pembentukan standar, metodologi, dan metode untuk berfungsinya kegiatan yang direncanakan. Standar-standar tentang pendirian aturan dan atau undang-undang dan atau kebijakan dalam setiap kelompok atau

organisasi, terutama untuk menjaga pengendalian, pemantauan dan pengembangan perencanaan dan pengembangan standar dan kebijakan (Wiludjeng S, 2007).

E. Unsur-unsur Perencanaan

Perencanaan yang baik harus dapat menjawab 6 pertanyaan yang disebut sebagai unsur-unsur perencanaan, yaitu (Manullang M, 2001):

1. Tindakan apa yang harus dilakukan.
2. Apa sebabnya tindakan tersebut harus dilakukan.
3. Dimana tindakan tersebut dilakukan.
4. Kapan tindakan tersebut dilakukan.
5. Siapa yang akan melakukan tindakan tersebut.
6. Bagaimana cara melaksanakan tindakan tersebut.

Pendapat lain mengatakan bahwa suatu rencana harus mengandung unsur-unsur (Manullang M, 2001):

1. Tujuan: menerangkan tujuan yang hendak dicapai dari kegiatan yang dilakukan. Tujuan ini dapat bersifat material maupun bersifat moral.
2. Politik: merupakan peraturan-peraturan yang digariskan bagi tindakan-tindakan organisasi yang dihubungkan dengan tujuan yang akan dicapai.
3. Prosedur: urutan-urutan pelaksanaan yang akan dilalui dan harus diikuti oleh karyawan atau orang yang melaksanakan suatu kegiatan atau tindakan dalam mencapai tujuan.

4. *Budget*: ikhtisar dari masukan yang diharapkan akan diperoleh yang dikaitkan dengan *output* yang dikeluarkan yang dinyatakan dalam bentuk angka-angka.
5. Program: serangkaian tindakan yang akan dilakukan diwaktu yang akan datang, terdiri atas penggabungan dari politik, prosedur, dan *budget*.

Menurut Louis A. Allen (1958) kegiatan-kegiatan fungsi perencanaan yaitu (Allen LA, 1958):

1. *Forecasting*, yaitu memperkirakan pekerjaan-pekerjaan yang akan dilakukan pada saat yang akan datang yang akan dilakukan oleh manajer. Kegiatan yang dilakukan oleh manajer ini atas dasar sistematis dan kontinuitas pekerjaan serta berdasarkan dimana ia bekerja.
2. *Establishing objective*, yaitu menentukan tujuan akhir yang akan dicapai dari apa yang telah direncanakan keseluruhannya baik tujuan tiap pekerjaan maupun tujuan globalnya.
3. *Programming*, yaitu dibuat suatu program yang terdiri dari serangkaian tindakan kegiatan untuk mencapai tujuan tertentu berdasarkan pada prioritas pelaksanaan.
4. *Sceduling*, yaitu membuat jadwal pekerjaan sehingga dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
5. *Budgeting*, yaitu penyusunan anggaran untuk mengaplikasikan sumber-sumber yang ada atas dasar efisiensi dan efektifitas, anggaran belanja ini dinyatakan dalam bentuk uang.

6. *Develoving* prosedur, yaitu menentukan cara yang tepat dalam penyelenggaraan pekerjaan di dlaam rangka adanya efisiensi, ektivitas, dan keseragaman pekerjaan.
7. *Establisng* dan *interpreting policy*, yaitu manajer harus dapat menafsirkan kebijakan yang akan diambil agar terjamin keselarasan dan keseragaman kegiatan serta tindakan yang akan dilakukan.

F. Langkah-Langkah Menyusun Perencanaan (*Planning*)

Adapun langkah-langkah dalam menyusun perencanaan (*planning*) adalah sebagai berikut (Sutarno NS, 2004):

1. Menetapkan sasaran

Kegiatan perencanaan dimulai dengan menetapkan apa saja yang ingin dicapai oleh organisasi, tanpa dasar yang jelas, sumber daya yang ada akan meluas menyebar dengan menetapkan prioritas dan merinci serta mengkalkulasi sasaran secara jelas maka organisasi dapat mengarahkan sumber daya yang lebih efektif dan efisien serta tepat guna dan tepat sasaran.

2. Merumuskan posisi organisasi

Posisi organisasi saat ini, pemimpin harus mengetahui posisi organisasinya saat ini, misalnya sumber daya yang dimiliki organisasinya saat ini. Kemudian, rencana baru dapat disusun setelah diketahui posisi organisasinya, kekuatan-kekuatan yang akan melaksanakan dari apa-apa yang telah direncanakan.

3. Mengidentifikasi berbagai faktor

Mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat selanjutnya perlu diketahui faktor-faktor balik dari dalam

maupun yang datang dari luar yang diperkirakan dapat membantu dan mendukung serta yang menghambat organisasi untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan.

4. Menyusun langkah-langkah untuk mencapai sasaran

Langkah terakhir dalam menyusun perencanaan adalah mengembangkan berbagai kemungkinan alternatif atau langkah yang diambil untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan, mengevaluasi alternatif ini dengan memilih mana yang baik yang dianggap cocok dan memuaskan.

Berdasarkan langkah-langkah diatas, diketahui bahwa fungsi perencanaan pada dasarnya adalah suatu proses pengambilan keputusan sehubungan dengan hasil yang diinginkan, dengan penggunaan sumber daya dan pembentukan suatu sistem komunikasi yang memungkinkan pelaporan dan pengendalian hasil akhir serta perbandingan hasil-hasil tersebut dengan rencana yang di buat. Banyak kegunaan dari pembuatan perencanaan yakni terciptanya efisiensi dan efektivitas pelaksanaan kegiatan perusahaan, dapat melakukan koreksi atas penyimpangan sedini mungkin, mengidentifikasi hambatan-hambatan yang timbul menghindari kegiatan, pertumbuhan dan perubahan yang tidak terarah dan terkontrol (Erly S, 2003).

BAB III

PENORGANISASIAN PROGRAM KESEHATAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang pengorganisasian program kesehatan.

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang batasan fungsi pengorganisasian
2. Mampu menjelaskan tentang prinsip pokok organisasi
3. Mampu menjelaskan tentang manfaat pengorganisasian
4. Mampu menjelaskan tentang langkah-langkah pengorganisasian
5. Mampu menjelaskan tentang wewenang dalam organisasi
6. Mampu menjelaskan tentang pengembangan organisasi
7. Mampu menjelaskan tentang organisasi sebagai sistem sosial

8. Mampu menjelaskan tentang peran manajer dalam organisasi

A. Batasan Fungsi Pengorganisasian

Robbins (1990) menyebutkan bahwa organisasi adalah kesatuan (*entity*) sosial yang dikoordinasikan secara sadar, dengan sebuah batasan yang relatif dapat didefinisikan, yang bekerja atas dasar aturan formal, relative, dan terus menerus mencapai suatu tujuan bersama atau tujuan kelompok (Robbins, 1990). Koontz dan O'Donnel (1977) menjelaskan bahwa fungsi pengorganisasian manajer meliputi penentuan penggolongan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk tujuan-tujuan perusahaan, pengelompokan kegiatan-kegiatan tersebut kedalam suatu bagian yang dipimpin oleh seorang manajer, serta melimpahkan wewenang untuk melaksanakannya (Koontz, 1977).

Pengorganisasian adalah keseluruhan proses pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas, tanggung jawab atau wewenang sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai satu kesatuan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Berdasarkan batasan tersebut diatas, pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) semua kegiatan yang beraspek personil, finansial, material, dan tata cara dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Melalui fungsi pengorganisasian dapat diketahui (Rimawati E, 2015):

1. Pembagian tugas untuk perorangan dan kelompok.
2. Hubungan organisatoris antar orang di dalam organisasi tersebut melalui kegiatan yang dilakukannya.
3. Pendelegasian wewenang.
4. Pemanfaatan staf dan fasilitas fisik.

B. Prinsip Pokok Organisasi

Henri Fayol adalah ahli manajemen berkebangsaan Prancis yang memberi pengaruh sangat besar dalam konsep manajemen dan administrasi modern. Menurut Henri Fanyol (1918), berikut ini 14 prinsip-prinsip organisasi Henry Fayol (Fanyol H, 1918):

1. Pembagian Kerja

Organisasi adalah sekelompok orang yang bekerja untuk meraih tujuan bersama. Namun, pada dasarnya, sebuah organisasi terdiri atas bagian-bagian tertentu yang masing-masing memiliki tanggung jawab. Oleh karena itu, harus ada pembagian kerja yang jelas antara tiap-tiap bagian. Prinsip-prinsip organisasi berupa pembagian kerja akan memberi pengaruh positif pada efisiensi dan efektivitas organisasi. Pembagian itu menghindarkan sekelompok orang terkonsentrasi pada pekerjaan tertentu, sementara pekerjaan yang lain terbengkalai.

2. Pendelegasian Wewenang

Pendelegasian wewenang sangat penting agar setiap elemen dalam organisasi memiliki rasa tanggung jawab. Prinsip-prinsip organisasi ini di satu sisi merupakan bagian dari

pembagian kerja dan di sisi lain merupakan pelimpahan tanggung jawab. Di samping itu, pendelegasian wewenang sangat penting fungsinya dalam komando.

3. Disiplin

Setiap organisasi pasti memiliki tata tertib dan peraturan-peraturan menyangkut sistem kerja. Namun, semua tata tertib dan peraturan itu menjadi tidak ada artinya jika tidak ditunjang dengan kedisiplinan para pelaksananya. Oleh karena itu, disiplin dalam suatu organisasi adalah prinsip-prinsip organisasi yang sangat mendasar yang mempengaruhi kinerja organisasi secara keseluruhan.

4. Kesatuan Komando

Komando dalam hal ini adalah kepemimpinan dalam menjalankan visi dan misi organisasi. Dalam pelaksanaan lapangan, komando dan wewenang bisa didelegasikan kepada struktur di bawahnya. Namun, hakikatnya, komando tetap harus tunggal. Adanya lebih dari satu komando akan membuat organisasi bergerak tidak fokus pada tujuan.

5. Kesatuan Tujuan

Organisasi tanpa tujuan yang jelas adalah omong kosong. Tujuan organisasi harus tergambar dengan jelas dalam visi dan misi organisasi tersebut. Sebab, tujuan organisasi ini menjadi acuan gerak dan program kerja. Kesatuan tujuan dari seluruh jenjang organisasi merupakan kunci pokok keberhasilan organisasi tersebut dalam mengorganisasi elemen-elemennya.

6. Prioritas

Setiap anggota organisasi pasti memiliki kepentingan masing-masing. Kadang-kadang, kepentingan individu itu berjalan selaras dengan kepentingan organisasi. Namun, saat kepentingan tersebut bertentangan, setiap anggota organisasi semestinya mendahulukan kepentingan organisasinya. Inilah prinsip-prinsip organisasi.

7. Penghargaan atas Prestasi dan Sanksi Kesalahan

Penghargaan dan sanksi adalah semacam stimulasi bagi setiap anggota organisasi. Ini merupakan bentuk apresiasi. Bentuknya tidak harus selalu uang atau nilai-nilai nominal. Tiap-tiap organisasi perlu menerapkan penghargaan dan sanksi ini dalam bentuk-bentuk yang sesuai dengan organisasi tersebut. Prinsip-prinsip organisasi ini juga sangat penting diterapkan.

8. Sentralisasi dan Desentralisasi Pengambilan Keputusan

Sentralisasi dan desentralisasi dalam pengambilan keputusan sangat erat hubungannya dengan efektivitas dan efisiensi organisasi. Organisasi yang baik menerapkan prinsip-prinsip organisasi ini secara proporsional. Ada hal-hal yang tidak bisa disentralisasikan kepada pemimpin manajemen dan begitu juga sebaliknya. Tidak semua keputusan harus diambil dengan musyawarah yang melibatkan seluruh elemen. Tingkat-tingkat keputusan itu dikembangkan sesuai jenjang dan kapasitas masing-masing.

9. Wewenang

Garis wewenang dari atas sampai ke bawah merupakan rujukan dalam pelaksanaan program. Setiap elemen organisasi harus memahami garis wewenang sehingga tidak terjadi kelambatan birokratis atau sebaliknya. Prinsip-prinsip organisasi berupa garis wewenang ini juga berfungsi menegaskan kembali kesatuan komando.

10. Tata Tertib

Tata tertib dalam organisasi berfungsi untuk meletakkan orang yang tepat pada posisi yang tepat. Dengan demikian, kinerja organisasi akan berjalan dengan optimal.

11. Keadilan dan Kejujuran

Keadilan dalam segala elemen merupakan syarat mutlak dalam organisasi. Di samping itu, jenjang atas harus jujur dan terbuka kepada jenjang-jenjang di bawahnya sampai level akar rumput. Kejujuran ini akan membawa dampak pada kepercayaan bawahan kepada atasan.

12. Stabilitas dan Regulasi

Harus diperhatikan masa kerja yang efektif dan efisien, mengatur perputaran dan peralihan tugas untuk menghindari kejenuhan dan merangsang pembaruan-pembaruan. Namun, di sisi lain, harus dipikirkan agar regulasi tersebut tidak menjadi beban bagi organisasi. Sebab, perputaran dan pergantian jabatan yang terlalu tinggi pun berpengaruh buruk pada efektivitas kerja dan efisiensi biaya.

13. Inisiatif

Organisasi yang baik harus mampu menumbuhkan inisiatif anggotanya dalam pengelolaan organisasi. Iklim organisasi juga harus dibangun sedemikian rupa agar mampu menstimulasi munculnya ide dan inisiatif anggota dari berbagai jenjang. Inisiatif adalah prinsip-prinsip organisasi yang juga sangat penting.

14. Keselarasan dan Persatuan

Hubungan interpersonal antaranggota organisasi memiliki pengaruh sangat besar dalam kinerja anggota. Tanpa hubungan yang baik dan selaras, organisasi tidak akan berjalan baik. Di samping itu, keselarasan tersebut sangat penting perannya dalam memelihara persatuan dan kesatuan anggota.

Sedangkan, menurut A.M. Williams (1965) yang mengemukakan mengenai prinsip prinsip organisasi meliputi (Williams AM, 1965):

1. Organisasi harus mempunyai tujuan yang jelas

Organisasi dibentuk atas dasar adanya tujuan yang ingin dicapai, dengan demikian tidak mungkin suatu organisasi tanpa adanya tujuan. Misalnya, organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas sebagai suatu organisasi, mempunyai tujuan yang ingin dicapai antara lain, memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan lain lain.

2. Prinsip skala hirarkhi

Dalam suatu organisasi harus ada garis kewenangan yang jelas dari pimpinan, pembantu pimpinan sampai pelaksana, sehingga dapat mempertegas dalam pendelegasian wewenang dan pertanggungjawaban, dan akan menunjang efektivitas jalannya organisasi secara keseluruhan.

3. Prinsip kesatuan perintah

Dalam hal ini, seseorang hanya menerima perintah atau bertanggung jawab kepada seorang atasan saja.

4. Prinsip pendelegasian wewenang

Seorang pemimpin mempunyai kemampuan terbatas dalam menjalankan pekerjaannya, sehingga perlu dilakukan pendelegasian wewenang kepada bawahannya. Pejabat yang diberi wewenang harus dapat menjamin tercapainya hasil yang diharapkan. Dalam pendelegasian, wewenang yang dilimpahkan meliputi kewenangan dalam pengambilan keputusan, melakukan hubungan dengan orang lain, dan mengadakan tindakan tanpa minta persetujuan lebih dahulu kepada atasannya lagi.

5. Prinsip pertanggungjawaban

Dalam menjalankan tugasnya setiap anggota harus bertanggung jawab sepenuhnya kepada atasan.

6. Prinsip pembagian pekerjaan

Suatu organisasi, untuk mencapai tujuannya, melakukan berbagai aktivitas atau kegiatan. Agar kegiatan tersebut dapat berjalan optimal maka dilakukan pembagian tugas/

pekerjaan yang didasarkan kepada kemampuan dan keahlian dari masing-masing pegawai. Adanya kejelasan dalam pembagian tugas, akan memperjelas dalam pendelegasian wewenang, pertanggungjawaban, serta menunjang efektivitas jalannya organisasi.

7. Prinsip rentang pengendalian

Artinya bahwa jumlah bawahan atau staf yang harus dikendalikan oleh seorang atasan perlu dibatasi secara rasional. Rentang kendali ini sesuai dengan bentuk dan tipe organisasi, semakin besar suatu organisasi dengan jumlah pegawai yang cukup banyak, semakin kompleks rentang pengendaliannya.

8. Prinsip fungsional

Bahwa seorang pegawai dalam suatu organisasi secara fungsional harus jelas tugas dan wewenangnya, kegiatannya, hubungan kerja, serta tanggung jawab dari pekerjaannya.

9. Prinsip pemisahan

Bahwa beban tugas pekerjaan seseorang tidak dapat dibebankan tanggung jawabnya kepada orang lain.

10. Prinsip keseimbangan

Keseimbangan antara struktur organisasi yang efektif dengan tujuan organisasi. Dalam hal ini, penyusunan struktur organisasi harus sesuai dengan tujuan dari organisasi tersebut. Tujuan organisasi tersebut akan diwujudkan melalui aktivitas/ kegiatan yang akan dilakukan. Organisasi yang aktivitasnya sederhana (tidak kompleks) contoh 'koperasi di suatu desa terpencil', struktur organisasinya

akan berbeda dengan organisasi koperasi yang ada di kota besar seperti di Jakarta, Bandung, atau Surabaya.

11. Prinsip fleksibilitas

Organisasi harus senantiasa melakukan pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan dinamika organisasi sendiri (internal factor) dan juga karena adanya pengaruh di luar organisasi (external factor), sehingga organisasi mampu menjalankan fungsi dalam mencapai tujuannya.

12. Prinsip kepemimpinan

Dalam organisasi apapun bentuknya diperlukan adanya kepemimpinan, atau dengan kata lain organisasi mampu menjalankan aktivitasnya karena adanya proses kepemimpinan yang digerakan oleh pemimpin organisasi tersebut.

C. Manfaat Pengorganisasian

Beberapa manfaat organisasi yaitu (Alam S, 2007):

1. Organisasi sebagai penuntun pencapaian tujuan. Pencapaian tujuan akan lebih efektif dengan adanya organisasi yang baik.
2. Organisasi dapat mengubah kehidupan masyarakat. Contoh dari manfaat ini ialah, jika organisasi bergerak di bidang kesehatan dapat membentuk masyarakat menjadi dan memiliki pola hidup sehat. Organisasi Kepramukaan, akan menciptakan generasi mudah yang tangguh dan ksatria.
3. Organisasi menawarkan karier. Karier berhubungan dengan pengetahuan dan keterampilan. Jika kita menginginkan

karier untuk kemajuan hidup, berorganisasi dapat menjadi solusi.

4. Organisasi sebagai cagar ilmu pengetahuan. Organisasi selalu berkembang seiring dengan munculnya fenomena-fenomena organisasi tertentu. Peran penelitian dan pengembangan sangat dibutuhkan sebagai dokumentasi yang nanti akan mengukir sejarah ilmu pengetahuan.

Sedangkan, pengorganisasian bermanfaat untuk hal-hal berikut (Alam S, 2007):

1. Memungkinkan pembagian tugas sesuai dengan keadaan perusahaan.
2. Mengakibatkan adanya spesialisasi dalam melaksanakan tugas.
3. Anggota organisasi mengetahui tugas-tugas yang akan dikerjakan dalam rangka mencapai tujuan.

D. Langkah-langkah Pengorganisasian

Secara garis besar, langkah-langkah pengorganisasian dimulai dari merencanakan, melaksanakan, dan memantau kerja organisasi. Secara garis besar adalah sebagai berikut (Umar H, 2003):

1. Merinci seluruh pekerjaan yang harus dilaksanakan organisasi agar sesuai dengan misi dan visinya.
2. Membagi beban kerja ke dalam aktivitas-aktivitas yang secara logis dan memadai dapat dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang.

3. Mengkombinasikan pekerjaan anggota organisasi dengan cara yang logis dan efisien.
4. Menetapkan mekanisme untuk mengkoordinasikan pekerjaan anggota organisasi dalam satu kesatuan yang harmonis.
5. Memantau efektivitas organisasi dan mengambil langkah-langkah penyesuaian untuk mempertahankan atau meningkatkan efektivitas.

E. Wewenang dalam Organisasi

Wewenang adalah kekuasaan resmi yang dimiliki seseorang untuk bertindak dan memerintah orang lain. Tanpa ada wewenang terhadap suatu pekerjaan, jangan mengerjakan pekerjaan tersebut karena tidak mempunyai dasar hukum untuk melakukannya (Hasibuan, 2000). Wewenang (*authority*) hanya dapat dimiliki oleh unsur manusia. Hal ini disebabkan oleh manusia harus selalu berperan aktif dalam setiap kegiatan. Tanpa peran serta tenaga kerja manusia, alat-alat handal dan canggih yang dimiliki lembaga tidak ada gunanya. Manusia merupakan unsur terpenting dalam manajemen, karena tujuan manajemen dan proses manajemen ditetapkan oleh manusia. Setiap kegiatan untuk mencapai tujuan itu harus dengan bantuan tenaga kerja manusia dan tujuan itu pun untuk memenuhi kepuasan/kebutuhan manusia (Malik H, 2013).

Dalam suatu organisasi, unit-unit pegawai digabungkan bersama melalui suatu wewenang yang menetapkan hubungan antara unit-unit tersebut. Hubungan seperti itu perlu ditetapkan karena hanya apabila hubungan tersebut dipahami benar-

benar oleh tiap-tiap unit maka mereka dapat berfungsi sebagai komponen pelaksana. Pada umumnya wewenang dapat diartikan sebagai hak seorang pimpinan untuk mengambil tindakan yang diperlukan agar tugas serta tanggung jawab dapat dilaksanakan dengan baik (Malik H, 2013). Daft (2002) mengemukakan bahwa wewenang adalah hak formal dan legitimasi dari seseorang manajer untuk membuat keputusan, mengeluarkan perintah, dan mengalokasikan sumber daya untuk mencapai hasil yang diinginkan oleh organisasi (Daft, 2002).

Wewenang adalah kekuasaan untuk mengambil keputusan yang membimbing tindakan-tindakan individu-individu lainnya. Namun menurut Herujito (2001) menyatakan setiap pejabat dalam organisasi harus melaksanakan tugas dan kewajibannya berdasarkan atas wewenang yang melekat pada jabatannya mempunyai arti setelah kepadanya diberi wewenang organisasi, wewenang organisasi merupakan hak untuk bertindak atau hak untuk memberi perintah dan juga untuk menimbulkan tindakan-tindakan dari orang lain (Herujito, 2001). Jadi, dapat dijelaskan bahwa wewenang (*authority*) merupakan dasar untuk bertindak, berbuat, dan melakukan kegiatan/aktivitas dalam suatu lembaga. Tanpa wewenang orang-orang dalam lembaga tidak dapat berbuat apa-apa. Dalam *authority* selalu terdapat *power and right*, tetapi dalam *power* belum tentu terdapat wewenang yang baik (Hasibuan, 2000).

Adapun jenis-jenis *authority* adalah sebagai berikut (Hasibuan, 2000):

1. *Line authority / relationship*. Wewenang lini terjadi bila terdapat hubungan wewenang langsung antara atasan bawahan, yang berarti tiap manajer melaksanakan wewenang yang utuh kepada seluruh bawahan nya.
2. *Staff authority/relationship*. Biasanya staf mempunyai hak untuk memberikan saran usulan dan pendapat pada para manajer lini, dimana manajer lini adalah orang-orang yang bertanggung jawab atas keberhasilan atau kegagalan organisasi. Dengan adanya wewenang staf ini, terdapat keuntungan maupaun kelemahan yang ditimbulkan terhadap organisasi. Adapun keuntungannya sebagai berikut (Hasibuan, 2000):
 - a. Bisa mendapatkan saran-saran dari para ahli dalam berbagai area dalam organisasi.
 - b. Para ahli dalam fungsi staf mempunyai cukup waktu untuk berpikir, mengumpulkan data dan menganalisisnya dimana manajer lininya tidak dapat melakukannya.
 - c. Dapat membantu manajer lini agar bias bekerja efektif.

Sedangkan kelemahannya adalah (Hasibuan, 2000):

- a. Mengabaikan wewenang lini dari manajer departemen.
- b. Kurangnya tanggung jawab staf.

- c. Kemungkinan adanya perbedaan pola pikir staf dengan realitanya, karena mereka tidak benar-benar menerapkan apa yang mereka sarankan.
 - d. Dilanggar nya prinsip kesatuan perintah (*unity of command*).
 - e. Terlalu banyak aktivitas staf dapat menyulitkan control dari manajer lini.
3. *Functional authority*. Hak yang didelegasikan kepada seorang individu atau departemen untuk mengontrol aktivitas yang spesifik yang dilakukan oleh karyawan dimana pun aktivitas itu berada dalam organisasi (dalam departemen lain).
 4. *Personality authority* (wewenang kewibawaan). Wewenang kewibawaan seseorang adalah karena kecakapan, perilaku, ketangkasan, dan kemampuan, sehingga ia disegani.

Sementara itu Hasibuan (2006) mengklasifikasi sumber-sumber wewenang (*authority*) sebagai berikut (Hasibuan, 2006):

1. Teori wewenang formal (*Formal authority theory*). Menurut teori ini, *authority* yang dimiliki seseorang bersumber dari barang-barang yang dimilikinya, sebagaimana yang diatur oleh undang-undang, hukum, dan hukum adat dari lembaga tersebut.
2. Teori penerimaan wewenang (*Acceptance authority theory*). Menurut teori ini, *authority* seseorang bersumber dari penerimaan, kepatuhan, dan pengakuan para bawahan

terhadap perintah, dan kebijakan-kebijakan atas kuasa yang dipegangnya.

3. Wewenang diperoleh seseorang karena situasi (*Authority of the situation*). Menurut teori ini, *authority* seseorang bersumber dari situasi, misalnya keadaan darurat atau kejadian-kejadian luar biasa.
4. Wewenang karena posisi (jabatan) dalam organisasi (*Position authority*). Menurut teori ini, wewenang yang diperoleh seseorang bersumber dari posisi (kedudukan) superior yang dijabatnya didalam organisasi yang bersangkutan.
5. Wewenang teknis (*Technical authority*). Menurut teori ini, wewenang seseorang (operator) bersumber atau berasal dari computer yang dipakainya untuk memproses data.
6. Wewenang hukum (*Yuridis authority*). Menurut teori ini, wewenang seseorang bersumber dari hukum atau undang-undang yang berlaku.

F. Pengembangan Organisasi

Menurut Abdul Azis Wahab (2008), pengembangan organisasi adalah teknik manajerial untuk mengimplementasikan perubahan penting dalam organisasi. Dalam pengertian yang lebih luas lagi pengertian pengembangan organisasi telah dijelaskan oleh beberapa pakar antara lain (Wahab AA, 2008):

1. Warren B. Bennis

Pengembangan organisasi adalah suatu jawaban terhadap perubahan, suatu strategi pendidikan yang kompleks

yang diharapkan untuk merubah kepercayaan, sikap, nilai dan susunan organisasi, sehingga organisasi dapat lebih baik dalam menyesuaikan dengan teknologi, pasar dan tantangan yang baru serta perputaran yang cepat dari perubahan itu sendiri.

2. Richard Bechrd

Pengembangan organisasi adalah suatu usaha (1) berencana (2) meliputi organisasi secara keseluruhan dan (3) diurus dari atas, untuk meningkatkan efektivitas dan kesehatan organisasi melalui pendekatan berencana dalam proses organisasi, dengan memakai pengetahuan ilmu perilaku.

3. Wendell L. French & Ceci H. Bell, Jr

Pengembangan organisasi dapat didefinisikan sebagai suatu yang direncanakan, proses yang sistematis yang menerapkan asas-asas ilmu perilaku yang dikenalkan dalam kegiatan organisasi secara terus menerus untuk mencapai tujuan penyempurnaan organisasi secara efektif, wewenang organisasi lebih besar serta efektivitas organisasi yang lebih besar.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pengembangan organisasi adalah merupakan implementasi dari sebuah perubahan yang terencana berdasarkan ilmu perilaku secara kontinu dan sesuai dengan kondisi yang berlaku, untuk mencapai tingkat efektivitas organisasi (Pudjosumedi, 2010). Tujuan pengembangan organisasi adalah sebagai berikut (Thoha M, 2002):

1. Meningkatkan kepercayaan dan dukungan diantara para anggota organisasi.
2. Meningkatkan kesadaran berkonfrontasi dengan masalah-masalah organisasi baik dalam kelompok ataupun diantara anggota-anggota kelompok.
3. Meningkatkan suatu lingkungan “kewenangan dalam tugas” yang didasarkan atas tugas pengetahuan dan ketrampilan.
4. Meningkatkan derajat keterbukanaan dalam berkomunikasi baik vertikal, horizontal maupun diagonal.
5. Meningkatkan tingkat kesemangatan dan kepuasan orang-orang yang ada di dalam organisasi.
6. Mendapatkan pemecahan yang sinergetik terhadap masalah-masalah yang mempunyai frekuensi besar.
7. Meningkatkan tingkat pertanggungjawaban pribadi dan kelompok baik di dalam pemecahan masalah maupun di dalam pelaksanaan.

Untuk lebih memaknai arti dan tujuan dari pengembangan organisasi, perlu juga dipahami bagaimana sifat-sifat dasar yang terdapat pada pengembangan organisasi tersebut. Berikut sifat dasar dalam pengembangan organisasi (Gunawan, 2009):

1. Pengembangan organisasi merupakan suatu strategi terencana dalam mewujudkan perubahan organisasional, perubahan yang dimaksud harus mempunyai sasaran yang jelas dan didasarkan pada suatu diagnosis yang tepat mengenai permasalahan yang dihadapi oleh organisasi.

2. Pengembangan organisasi harus berupa kolaborasi antara berbagai pihak yang akan mengalami dampak perubahan yang akan terjadi, keterlibatan dan partisipasi para anggota organisasi harus mendapat perhatian.
3. Program pengembangan organisasi menekankan cara-cara baru yang diperlukan guna meningkatkan kinerja seluruh anggota organisasi.
4. Pengembangan organisasi mengandung nilai-nilai humanistik dalam arti bahwa dalam meningkatkan efektifitas organisasi, potensi manusia harus menjadi bagian yang penting.
5. Pengembangan organisasi menggunakan pendekatan kesisteman yang berarti selalu memperhitungkan pentingnya inter relasi, interaksi dan inter dependensi.
6. Pengembangan organisasi menggunakan pendekatan ilmiah untuk mencapai efektivitas organisasi.

G. Organisasi sebagai Sistem Sosial

Pengertian organisasi adalah suatu kelompok orang yang mempunyai tujuan yang sama. Tujuan merupakan hasil yang berupa barang, jasa, uang, pengetahuan dan lain-lain. Sistem adalah komponen-komponen yang mempunyai hubungan antara satu dengan yang lainnya, yang saling berpengaruh dan tak dapat dipisahkan. Sedangkan, pengertian dari sosial adalah manusia yang berkaitan dengan masyarakat dan para anggotanya (*dikutip dari W3 dictionary*). Dengan demikian, sistem sosial merupakan orang-orang dalam masyarakat

dianggap sebagai sistem yang disusun oleh karakteristik dari suatu pola hubungan dimana sistem tersebut bekerja untuk mewujudkan keinginannya. Beberapa hal yang menggambarkan organisasi sebagai sistem sosial antara lain dengan adanya organisasi sosial (Nasikin, 2006).

Organisasi sebagai sistem pada dasarnya yaitu suatu organisasi harus mampu bertahan dan berkembang dalam lingkungannya dan menghadapi komponen-komponen sosial yang terjadi didalamnya. Sistem sosial adalah Sejumlah kegiatan hubungan timbal balik yang kurang lebih bersifat konsisten. Sistem sosial diciptakan manusia untuk mempengaruhi perilaku manusia. Dalam sistem sosial hubungan timbal balik terjadi antara masyarakat, organisasi dan kelompok sosial. Dalam masyarakat terjadi interaksi dan juga terdapat fakta sosial yang bersifat umum. Selain fakta umum juga terdapat fakta eksternal yang bersifat memaksa seperti norma hukum (Nasikin, 2006).

Organisasi akan berjalan dengan baik jika diatur dengan sistem yang baik sehingga cakupan sosial didalamnya dapat bekerja sesuai dengan yang telah diatur dalam suatu sistem. Cakupan sosial yang dimaksud adalah pekerjaan, komunikasi serta koordinasi yang dilakukan dalam organisasi tersebut untuk mencapai tujuan bersama. Di bawah ini unsur sistem sosial berdasarkan unsur sistem (Nasikin, 2006):

1. Adanya elemen-elemen yaitu masyarakat.
2. Adanya interaksi atau hubungan antar elemen-elemen atau bagian-bagian dalam setiap individu.

3. Elemen-elemen masyarakat menjadi satu keutuhan yang tidak dapat dipisahkan.

4. Mempunyai tujuan yang sama dalam lingkungan sosial.

Sedangkan organisasi sebagai sistem mempunyai ciri-ciri diantaranya (Nasikin, 2006):

1. Terbuka, yaitu sebuah organisasi mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan sekitar baik positif maupun negatif.

2. Suatu sistem terdiri dari dua atau lebih sub sistem, maksudnya organisasi mempunyai struktur yang jelas dari susunan atas sampai bawah dalam struktur organisasi.

3. Diantara sub sistem terjadi ketergantungan dalam organisasi adanya kegiatan dimana proses yang dilakukan dan dikerjakan secara bertahap dan teratur sesuai dengan prosedurnya.

4. Kemampuan menyesuaikan diri, organisasi harus mempunyai sifat fleksibel dalam menyikapi lingkungan sosial yang berbeda termasuk individu didalamnya.

5. Adanya tujuan, organisasi harus menentukan tujuan yang dicapainya agar dapat menukur tingkat keberhasilan organisasi itu sendiri.

6. Mempunyai batas, suatu organisasi meskipun terbuka tetapi harus mempunyai batasan-batasan dengan lingkungan sosial, karena meskipun organisasi berbaaur dengan lingkungannya namun tidak menjadikan organisasi itu lebur dengan lingkungan sosial karena organisasi pada dasarnya mempunyai prinsip yang dianut.

7. Mekanisme kontrol, organisasi menerima masukan-masukan dari masyarakat khususnya stakeholder untuk dapat memperbaiki dan meningkatkan kualitas produk organisasi.

Ciri-ciri organisasi sosial

Menurut Berelson dan Steiner(1964) sebuah organisasi memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Berelson dan Steiner, 1964):

1. Formalitas, merupakan ciri organisasi sosial yang menunjuk kepada adanya perumusan tertulis dari pada peraturan, ketetapan, prosedur, kebijaksanaan, tujuan, strategi, dan seterusnya.
2. Hierarkhi, merupakan ciri organisasi yang menunjuk pada adanya suatu pola kekuasaan dan wewenang yang berbentuk piramida, artinya ada orang tertentu yang memiliki kedudukan dan kekuasaan serta wewenang yang lebih tinggi dari pada anggota biasa pada organisasi tersebut.
3. Besarnya dan Kompleksnya, dalam hal ini pada umumnya organisasi sosial memiliki banyak anggota sehingga hubungan sosial antar anggota adalah tidak langsung (impersonal), gejala ini biasanya dikenal dengan gejala “birokrasi”.
4. Lamanya (*duration*), menunjuk pada diri bahwa eksistensi suatu organisasi lebih lama daripada keanggotaan orang dalam organisasi itu.

Ada juga yang menyatakan bahwa organisasi sosial, memiliki beberapa ciri lain yang berhubungan dengan keberadaan organisasi itu, diantaranya adalah (Sutisna, 1985):

1. Rumusan batas operasionalnya (organisasi) jelas. Seperti yang telah dibicarakan diatas, organisasi akan mengutamakan pencapaian tujuan berdasarkan keputusan yang telah disepakati bersama. Dalam hal ini, kegiatan operasional sebuah organisasi dibatasi oleh ketetapan yang mengikat berdasarkan kepentingan bersama, sekaligus memenuhi aspirasi anggotanya.
2. Memiliki identitas yang jelas. Organisasi akan cepat diakui oleh masyarakat sekelilingnya apabila memiliki identitas yang jelas. Identitas berkaitan dengan informasi mengenai organisasi, tujuan pembentukan organisasi, maupun tempat organisasi itu berdiri, dan lain sebagainya.
3. Keanggotaan formal, status dan peran. Pada setiap anggotanya memiliki peran serta tugas masing masing sesuai dengan batasan yang telah disepakati bersama.

H. Peran Manajer dalam Organisasi

Henry Mintzberg tahun 1966 melakukan penelitian sek-sama terhadap 5 eksekutif untuk menentukan apa yang dilakukan para manajer tersebut pada tugas-tugasnya. Berdasarkan pengamatannya terhadap para manajer ini, Mintzberg menyimpulkan bahwa para manajer menjalankan sepuluh peran berbeda, yang sangat saling berkaitan, atau serangkaian perilaku yang terkait dengan pekerjaan mereka. Seperti ditunjukkan

dalam tabel 1, kesepuluh peran itu dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok utama, yakni yang berkaitan dengan hubungan interpersonal, transfer informasi, dan pengambilan keputusan (Henry Mintzberg, 1988).

Tabel 1. Peran-peran manajer dalam organisasi

Peran	Uraian	Contoh
Interpersonal		
Kepala Simbolis	Kepala simbolis; diwajibkan menjalankan sejumlah tugas rutin yang bersifat legal atau sosial.	Upacara, sebutan status sosialisasi
Pemimpin	Bertanggung jawab memotivasi dan mengarahkan karyawan	Hampir semua kegiatan manajerial melibatkan karyawan
Penghubung	Memelihara jaringan kontak luar yang memberikan bantuan dan informasi	Menerima surat, pekerjaan dewan eksternal
Informasional		
Monitor	Menerima berbagai informasi; berperan sebagai pusat syaraf informasi internal dan eksternal organisasi	Menangani semua surat dan kontak yang dikategorikan terkait dengan penerimaan informasi

Peran	Uraian	Contoh
Penyampai	Menyalurkan informasi yang diterima dari luar atau dari karyawan lain ke anggota organisasi	Meneruskan surat ke dalam organisasi untuk tujuan pemberian informasi; kontak verbal yang melibatkan aliran informasi ke bawahan seperti sesi kajian
Juru Bicara	Menyalurkan informasi ke orang luar atas rencana, kebijakan, tindakan, dan hasil organisasi; berperan sebagai ahli industri organisasi tersebut	Pertemuan-pertemuan dewan; menangani kontak yang mencakup penyebaran informasi ke orang luar
Pengambilan Keputusan		
Pengusaha	Mencari peluang dalam organisasi dan lingkungannya dan memperakarsai proyek-proyek untuk membuat perubahan	Sesi-sesi strategi dan kajian mencakup pemrakarsaan atau perancangan proyek-proyek perbaikan.
Pengelola Gangguan	Bertanggung jawab atas tindakan perbaikan ketika organisasi menghadapi gangguan penting yang tidak terduga	Sesi-sesi strategi dan kajian mencakup gangguan dan krisis

Peran	Uraian	Contoh
Pengalokasi Sumberdaya	Membuat atau menyetujui keputusan penting organisasi	Menjadwalkan; memintak otorisasi, menyusun anggaran, tugas pemrograman karyawan
Perunding	Bertanggung jawab mewakili perusahaan dalam perundingan besar	Perundingan kontrak

Sumber: Mintzber, The Nature of Managerial Work.

a. Peran Interpersonal

Semua manajer dituntut untuk menjalankan tugas-tugas yang sifatnya seremonial dan simbolik. Dapat dicontohkan bahwa ketika Rektor satu Perguruan Tinggi menyerahkan Ijazah pada waktu wisuda ia menjalankan peran kepemimpinan simbolis. Semua manajer mempunyai peran kepemimpinan. Peran ini meliputi perekrutan, pelatihan, pemberian motivasi, dan pendisiplinan karyawan. Peran ketiga dalam pengelompokan interpersonal adalah peran *penghubung*. Mintzberg menggambarkan kegiatan ini sebagai menghubungi pihak luar yang memberi informasi kepada manajer. Pihak luar ini dapat berupa individu atau kelompok di dalam dan di luar organisasi tersebut. Manajer penjualan yang menerima informasi dari manajer pengendalian mutu di dalam perusahaannya sendiri mempunyai kerjasama hubungan internal. Ketika manajer penjualan tersebut berhubungan dengan para eksekutif penjualan lain melalui asosiasi perdagangan pemasaran, ia mempunyai suatu kerjasama hubungan eksternal (Ruky A, 2002).

b. Peran Informasional

Dalam hal ini dapat dicontohkan bahwa semua manajer pada tataran tertentu, mengumpulkan informasi dari organisasi-organisasi dan institusi-institusi di luar lembaga mereka. Umumnya, mereka mendapatkan informasi dengan membaca majalah dan berbincang dengan orang lain untuk mempelajari perubahan-perubahan selera publik, apa yang mungkin sedang direncanakan oleh para pesaing, dan semacamnya. Mintzberg menyebut ini sebagai peran *pemantau*. Para manajer juga berperan sebagai penghubung untuk meneruskan informasi kepada para anggota organisasi. Ini disebut sbagai peran *penyebarnya*. Disamping itu, para manajer menjalankan peran *juru bicara* ketika mereka mewakili organisasinya dihadapan pihak luar (Ruky A, 2002).

c. Peran Pengambilan Keputusan

Mintzberg mengidentifikasi empat peran yang terkait dengan pengambilan pilihan. Dalam peran *kewirausahaan*, para manajer memprakarsai dan mengawasi proyek-proyek baru yang akan memperbaiki kinerja organisasi mereka. Sebagai *penyelesai masalah*, para manajer menjalankan tindakan korektif untuk menikapi masalah-masalah yang tidak diduga. Sebagai *pengalokasi sumber daya*, para manajer bertanggung jawab mengalokasikan sumber daya manusia, fisik, dan moneter. Terakhir, para manajer menjalankan peran perunding, yang di dalamnya mereka membahas berbagai isu dan melakukan tawar menawar dengan unit-unit lain demi keuntungan unitnya (Ruky A, 2002).

BAB IV

PENGGERAKAN DAN PELAKSANAAN (*ACTUATING*)

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang penggerakkan dan pelaksanaan (*actuating*).

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang tujuan fungsi aktuasi
2. Mampu menjelaskan tentang faktor penghambat fungsi aktuasi
3. Mampu menjelaskan tentang kepemimpinan
4. Mampu menjelaskan tentang aspek komunikasi dalam organisasi

A. Tujuan Fungsi Aktuasi

Aktuasi adalah kata lain dari *direction* (bimbingan) dan merupakan fungsi manajemen yang tidak dapat dilepaskan dari

beberapa fungsi manajemen lainnya, serta saling berhubungan erat. *Aktuasi*, *direction*, *motivating*, dan *influencing* disepakati untuk mempunyai pengertian yang sama yaitu gerak pelaksanaan yang diarahkan untuk mewujudkan tujuan organisasi. Jadi, *actuating* artinya menggerakkan orang-orang agar mau bekerja dengan sendirinya atau dengan kesadaran secara bersama-sama untuk mencapai tujuan yang dikehendaki secara efektif (Disman, 2013).

Definisi fungsi penggerakkan menurut para ahli adalah sebagai berikut (Disman, 2013):

1. Drs. Malayu Hasibuan

Pengerakkan/pengarahan adalah mengarahkan semua karyawan agar mau bekerja sama dan bekerja efektif dalam mencapai tujuan perusahaan.

2. G.R.Terry

Actuating is setting all members of the group to want to achieve and to strike to achieve the objective willingly and keeping with the managerial planning and organizing efforts.

3. Koontz dan O'Donnel

Directing and leading are the interpersonal aspects of managing by which subordinate are led to understand dan contribute effectively and efficiensy to the attainment of enterprise objectives.

4. Muninjaya

Penggerakkan adalah hubungan antara aspek-aspek individual yang ditimbulkan oleh adanya pengaturan terhadap bawahan-bawahan untuk dapat dipahami dan pembagian pekerjaan yang efektif untuk tujuan perusahaan yang nyata.

Fungsi aktuasi merupakan usaha untuk menciptakan iklim kerja sama di antara staf pelaksana program sehingga tujuan organisasi dapat tercapai secara efektif dan efisien. Fungsi aktuasi tidak terlepas dari fungsi manajemen lainnya. Fungsi penggerak dan pelaksanaan dalam istilah lainnya yaitu *actuating* (memberi bimbingan), *motivating* (membangkitkan motivasi), *directing* (memberikan arah), *influencing* (mempengaruhi) dan *commanding* (memberikan komando atau perintah). Jadi, penggerakkan adalah kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan untuk membimbing, menggerakkan, mengatur segala kegiatan yang telah diberi tugas dalam melaksanakan sesuatu kegiatan usaha. Penggerakkan dapat dilakukan dengan cara persuasif atau bujukan dan instruktif, tergantung bagaimana cara yang paling efektif. Penggerakkan dapat dikatakan efektif, jika dipersiapkan dan dikerjakan dengan baik serta benar oleh karyawan yang ditugasi untuk itu (Disman, 2013).

Pada dasarnya ruang lingkup pelaksanaan fungsi aktuasi berpusat pada pengelolaan sumber daya manusia. Tujuan utama dilakukannya aktuasi adalah untuk terciptanya kerjasama yang lebih efisien, berkembangnya kemampuan, dan keterampilan anggota serta timbulnya perasaan untuk menyukai pekerjaan yang dilakukan. Semua ini ditentukan

dan sangat tergantung pada kemampuan dari para manajer. Para manajer harus menunjukkan, dalam tingkah laku maupun melalui keputusan-keputusan yang ditetapkan, bahwa manajer memberi perhatian yang besar terhadap anggotanya. Selain memperhatikan kepentingan anggotanya manajer dituntut mampu menumbuhkan kepercayaan dan keyakinan para anggota, menciptakan, dan memelihara suasana serta lingkungan kerja yang memuaskan dan menyadarkan para anggota mengenai pentingnya peranan mereka masing-masing dalam usaha mencapai tujuan. Untuk menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam organisasi, peranan kepemimpinan (*leadership*), motivasi staf, kerja sama dan komunikasi antar staf merupakan hal pokok yang perlu mendapat perhatian paramanajer organisasi (Disman, 2013).

Fungsi aktuasi haruslah dimulai pada diri manajer selaku pimpinan organisasi. Manajer yang ingin berhasil menggerakkan karyawannya agar bekerja lebih produktif, harus memahami dan menerapkan ilmu psikologi, ilmu komunikasi, kepemimpinan dan sosiologi. Seorang manajer harus mampu bersikap yaitu objektif dalam menghadapi berbagai persoalan organisasi melalui pengamatan, objektif dalam menghadapi perbedaan dan persamaan karakter stafnya baik sebagai individu maupun kelompok manusia. Manajer mempunyai tekad untuk mencapai kemajuan, peka terhadap lingkungan dan adanya kemampuan bekerja sama dengann orang lain secara harmonis (Brantas, 2009). Tujuan fungsi aktuasi lainnya adalah (Brantas, 2009):

1. Menciptakan kerja sama yang lebih efisien.
2. Mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf.
3. Menumbuhkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan.
4. Mengusahakan suasana lingkungan kerja yang meningkatkan motivasi dan prestasi kerja staf.
5. Membuat organisasi berkembang secara dinamis.

B. Faktor Penghambat Fungsi Aktuasi

Kegagalan manajer menumbuhkan motivasi staf merupakan hambatan utama fungsi aktuasi. Hal ini dapat terjadi karena manajer kurang memahami hakekat perilaku dan hubungan antar manusia. Seorang manajer yang berhasil akan menggunakan pengetahuannya tentang perilaku manusia untuk menggerakkan sifatnya agar bekerja secara optimal dan produktif. Salah seorang pelopor yang memperkenalkan teori perilaku manusia adalah *Abraham H. Maslow*, teorinya membahas tentang jenjang (tingkatan) kebutuhan manusia (*hierarchy of needs*) yaitu sebagai berikut (Maslow, 1984):

1. Kebutuhan untuk keseimbangan faal (*physical needs*) kebutuhan untuk melangsungkan kehidupan, seperti makanan, minuman, tidur, istirahat dan seksual.
2. Kebutuhan untuk rasa aman dan tenteram (*security needs*) kebutuhan yang ada kaitannya dengan kepastian untuk hidup yang bebas dari ancaman dan bahaya dari sudut ekonomi sosial.
3. Kebutuhan untuk diterima lingkungan sosialnya (*social needs*) Kebutuhan seseorang sebagai anggota kelompok

simpati yang dicintai dan disayangi. Kebutuhan sosial ini disebut juga nama *the belonging and love needs*.

4. Kebutuhan untuk di akui (*self esteem needs*) Kebutuhan status, kehormatan, pengakuan, gengsi, sukses mencapai kedudukan dan status sosial yang lebih tinggi.
5. Kebutuhan untuk menunjukkan kemampuan diri (*self actualization needs*) Kebutuhan untuk melakukan sesuatu sesuai dengan bakatnya, ingin berprakarsa, mengeluarkan idea, dan gagasan kebutuhan penampilan diri ini disebut juga dengan *realization needs*.

C. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk mempengaruhi perubahan perilaku orang lain, baik langsung maupun tidak langsung. Seorang manajer yang ingin kepemimpinannya baik, maka pemimpin tersebut harus (Muninjaya, 2004):

1. Memotivasi dirinya sendiri untuk bekerja dan peka terhadap lingkungan.
2. Memiliki Kepekaan yang tinggi terhadap permasalahan organisasi dan komitmen tinggi untuk memecahkannya. Pemimpin harus selalu merasa ditantang untuk mengatasi hambatan yang akan menjadi penghalang tercapainya tujuan organisasi yang ia pimpin.
3. Menggerakkan atau memotivasi staf agar mereka mau sadar.

4. Melaksanakan tugas-tugas pokok organisasi sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab yang melekat pada setiap tugas tersebut.

Adapun fungsi-fungsi kepemimpinan adalah sebagai berikut (Muninjaya, 2004):

1. Pengambilan keputusan dan merealisasi keputusan itu.
2. Pendelegasian wewenang dan pembagian kerja kepada para bawahan.
3. Meningkatkan daya guna dan hasil guna semua unsur manajemen (6M).
4. Memotivasi bawahan, supaya bekerja efektif dan bersemangat.
5. Pemrakarsa, penggiatan, dan pengendalian rencana.
6. Mengkoordinasi dan mengintegrasikan kegiatan-kegiatan bawahan.
7. Mengembangkan imajinasi, kreativitas dan loyalitas bawahan.
8. Penilaian prestasi dan pemberian teguran atau penghargaan kepada bawahan.
9. Pengembangan bawahan melalui pendidikan dan pelatihan.
10. Melaksanakan pengawasan melekat (waskat) dan tindakan-tindakan perbaikan jika perlu.

Adapun unsur-unsur kepemimpinan adalah sebagai berikut (Muninjaya, 2004):

1. Pemimpin (*leader-head*) adalah orang yang memimpin.
2. Bawahan (pengikut) adalah orang-orang yang dipimpin.
3. Organisasi adalah alat dan wadah untuk melakukan kepemimpinan.
4. Tujuan (*objective*) adalah sasaran yang ingin dicapai.
5. Lingkungan adalah internal dan eksternal perusahaan.

Ada beberapa batasan tentang kepemimpinan, antara lain (Kuntoro, 2010):

1. Kepemimpinan adalah perpaduan berbagai perilaku yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut mempunyai kemampuan untuk mendorong orang lain bersedia dan dapat menyelesaikan tugas-tugas tertentu yang dipercayakan kepadanya (*Ordway Tead*).
2. Kepemimpinan adalah suatu proses yang mempengaruhi aktifitas seseorang atau sekelompok orang untuk mau berbuat dan mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan (*Stogdill*).

Dapat dipahami dari batasan di atas bahwa kepemimpinan akan muncul apabila ada seseorang yang karena sifat-sifat dan perilakunya mempunyai kemampuan untuk mendorong orang lain untuk berpikir, bersikap, dan ataupun berbuat sesuatu sesuai dengan apa yang diinginkannya (Kuntoro, 2010).

1. Gaya Kepemimpinan Diktator

Pada gaya kepemimpinan diktator (*dictatorial leadership style*) ini upaya mencapai tujuan dilakukan dengan menimbulkan ketakutan serta ancaman hukuman. Tidak ada hubungan dengan bawahan, karena mereka dianggap hanya sebagai pelaksana dan pekerja saja.

2. Gaya Kepemimpinan Autokratis

Pada gaya kepemimpinan ini (*autocratic leadership style*) segala keputusan berada di tangan pemimpin. Pendapat atau kritik dari bawahan tidak pernah dibenarkan. Pada dasarnya sifat yang dimiliki sama dengan gaya kepemimpinan diktator tetapi dalam bobot yang agak kurang.

3. Gaya Kepemimpinan Demokratis

Pada gaya kepemimpinan demokratis (*democratic leadership style*) ditemukan peran serta bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan secara musyawarah. Hubungan dengan bawahan dibangun dengan baik. Segi positif dari gaya kepemimpinan ini mendatangkan keuntungan antara lain: keputusan serta tindakan yang lebih obyektif, tumbuhnya rasa ikut memiliki, serta terbinanya moral yang tinggi. Sedangkan kelemahannya: keputusan serta tindakan kadang-kadang lamban, rasa tanggung jawab kurang, serta keputusan yang dibuat terkadang bukan suatu keputusan yang terbaik.

4. Gaya Kepemimpinan Laissez-Faire

Pada gaya kepemimpinan santai (*Laissez-Faire leadership style*) ini peranan pimpinan hampir tidak terlihat karena segala keputusan diserahkan kepada bawahan, jadi setiap anggota organisasi dapat melakukan kegiatan masing-masing sesuai dengan kehendak masing-masing pula.

Macam-macam wewenang pemimpin adalah sebagai berikut (Siagaan, 2004):

1. *Formal authority* (wewenang resmi) adalah wewenang yang sah dan legal yang dimiliki oleh seorang pemimpin, karena kedudukannya dalam suatu perusahaan. Dalam wewenang resmi ini kepemimpinan dapat memerintah, memotivasi dan mempengaruhi tingkah laku bawahannya sesuai dengan keinginannya, jika perlu memberikan hukuman. Wewenang kepemimpinan ini berasal dari:
 - a. *Top down authority*, adalah wewenang yang berasal dari kekuasaan pemimpin puncak turun ke pimpinan yang lebih rendah.
 - b. *Bottom-up authority*, adalah wewenang yang berdasarkan diri pada teori penerimaan (*acceptance theory*).
2. *Personality authority* (kewibawaan) adalah wewenang karena wibawa yang dimiliki seseorang pemimpin.

D. Aspek Komunikasi dalam Organisasi

Komunikasi merupakan salah satu hal yang penting dalam penggerakan staf disuatu organisasi. Selain itu, komunikasi

merupakan hal yang terpenting dalam manajemen, karena proses manajemen baru terlaksana, jika komunikasi dilakukan. Berikut pengertian-pengertian mengenai komunikasi menurut para ahli (Siagaan, 2004):

1. Henry Clay Lindgren mengatakan bahwa *effective leadership means effective communication* atau kepemimpinan yang efektif berarti komunikasi yang efektif.
2. Drs. H. Malayu S.P Hasibuan menyebutkan bahwa komunikasi adalah suatu alat untuk menyampaikan perintah, laporan, berita, ide, pesan atau informasi dari komunikator kepada komunikan agar diantara mereka terdapat interaksi.
3. Harold Koontz dan Cyril O'Donnel menyebutkan bahwa komunikasi digambarkan sebagai pemindahan informasi dari seseorang ke orang lain terlepas dari percaya atau tidak. Tetapi informasi yang ditransfer tentulah harus dipahami si penerima.

Komunikasi organisasi meliputi aspek-aspek, yaitu: Pertama, Peristiwa komunikasi, berkaitan dengan seberapa jauh informasi diciptakan, ditampilkan, dan disebarkan ke seluruh bagian dalam organisasi (Pace dan Faules, 2001). Dalam konteks komunikasi organisasi mengolah dan memproses informasi tersebut menurut Pace dan Faules (2001) ada lima faktor penting yang harus diperhatikan agar organisasi berjalan efektif. Ke lima faktor tersebut, yaitu (1) kualitas media informasi, (2) aksesibilitas informasi, (3)

penyebaran informasi, (4) beban informasi, dan (5) ketepatan informasi (Pace & Faules, 2001).

1. Kualitas media informasi berkaitan dengan penerbitan, petunjuk tertulis, laporan, surat elektronik (e-mail), video conferencing, voice messaging, faksimail, papan buletin komputer, dan media lainnya yang dipergunakan dalam organisasi. Jika faktor-faktor tersebut dinilai menarik, tepat, efisien, dan dapat dipercaya, umumnya para pegawai cenderung menyatakan kebanggaannya dalam bentuk kualitas *output* organisasi.
2. Aksesibilitas informasi berkaitan dengan seberapa jauh informasi tersedia bagi para anggota organisasi dari berbagai sumber dalam organisasi. Sumber-sumber informasi dalam organisasi yang dimaksud menurut Pace dan Faules (2001) seperti rekan sekerja, bawahan, pimpinan langsung atau tidak langsung, selentingan (*grapevine*) penyelia langsung, dan juga dari informasi tertulis. Mitchell & Larson (1987) menyebutkan ada lima jenis informasi yang dapat diakses dari atasan oleh para bawahannya, yaitu: (a) *Job Instruction. Directives stating what should be done and/or how to do it.* (b) *Job rationale. Information designed to produce an understanding of the task and its relationship to other organizational task.* (c) *Procedures and practices. Information about regulations, policies, and benefits.* (d) *Performance feed back. Information about how well an individual, group, or organizational unit is performing.* (e) *Indoctrinations of goals. Information of an ideological nature*

design to inculcate a sense of mission (Mitchell & Larson, 1987).

3. Penyebaran informasi berkaitan dengan seberapa jauh informasi disebarkan keseluruhan bagian dalam organisasi dan bagaimana pula menerima informasi dari seluruh bagian organisasi. Purwanto (2003) mengemukakan bagi organisasi yang berskala kecil yang hanya memiliki beberapa pegawai, maka penyampaian informasi dapat dilakukan secara langsung kepada para pegawainya, tetapi bagi organisasi yang berskala besar yang memiliki ratusan bahkan ribuan pegawai, maka penyampaian informasi kepada mereka merupakan suatu pekerjaan yang cukup rumit yang pada pelaksanaannya akan membentuk suatu pola yang disebut pola komunikasi (*patterns of communications*). Pola komunikasi ini dapat dibedakan ke dalam saluran komunikasi formal (*formal communications channel*) dan saluran komunikasi non formal (*informal communications channel*). Dalam kaitannya dengan proses penyampaian informasi dari pimpinan kepada bawahan, maka pola transformasi informasinya dapat berbentuk komunikasi dari atas ke bawah, komunikasi dari bawah ke atas, komunikasi horizontal, dan komunikasi diagonal Purwanto (2003).
4. Beban Informasi. Menurut Pace dan Faules (2001) beban informasi berkaitan dengan seberapa jauh para anggota organisasi merasa bahwa mereka menerima informasi lebih banyak atau kurang daripada yang dapat mereka

tangani atau yang mereka perlukan agar dapat berfungsi secara efektif.

5. Ketepatan Informasi. Menurut Pace dan Faules (2001) ketepatan informasi berkaitan dengan seberapa jauh informasi yang diketahui anggota organisasi tentang suatu informasi tertentu dibandingkan dengan jumlah bit informasi sesungguhnya di dalam suatu informasi. Ketepatan informasi (*information fidelity*) dalam komunikasi organisasi berkaitan dengan kecermatan. Artinya, sejauhmana para anggota organisasi memahami jumlah informasi yang didistribusikan kepada mereka sesuai dengan jumlah informasi yang sesungguhnya ada dalam pesan tertentu.

Kedua, iklim komunikasi organisasi. Pace dan Faules (2001) mengatakan iklim komunikasi organisasi terdiri dari persepsi-persepsi atas unsur-unsur organisasi dan pengaruh unsur-unsur tersebut terhadap komunikasi. Pengaruh ini didefinisikan, disepakati, dikembangkan, dan dikokohkan secara berkesinambungan melalui interaksi dengan anggota organisasi lainnya. Dalam melakukan interaksi, pimpinan organisasi sebagai seorang komunikator harus dapat memilih metode dan teknik komunikasi yang disesuaikan dengan situasi pada waktu komunikasi dilancarkan sehingga tercapai kepuasan atas komunikasi atau tercipta iklim komunikasi organisasi yang menyenangkan. Iklim komunikasi merupakan citra makro bagi organisasi (Pace & Faules, 2001).

Ketiga, kepuasan komunikasi organisasi. Pace dan Faules (2001) mengungkapkan bahwa istilah kepuasan komunikasi

digunakan untuk menyatakan keseluruhan tingkat kepuasan yang dirasakan pegawai dalam lingkungan total komunikasinya. Delapan dimensi kepuasan komunikasi yaitu sebagai berikut: (1) Sejauhmana komunikasi dalam organisasi memotivasi dan merangsang para pegawai untuk memenuhi tujuan organisasi dan untuk berpihak kepada organisasi. (2) Sejauhmana para penyelia terbuka pada gagasan, mau mendengarkan dan menawarkan bimbingan untuk memecahkan persoalan-persoalan yang berkaitan dengan pekerjaan. (3) Sejauhmana pra individu menerima informasi tentang lingkungan kerja saat itu. (4) Sejauhmana pertemuan-pertemuan diatur dengan baik, pengarahan tertulis singkat dan jelas, dan jumlah komunikasi, dalam organisasi cukup. (5) sejauhmana terjadinya desas-desus dan komunikasi horizontal yang cermat dan mengalir bebas. (6) Sejauhmana informasi tentang organisasi sebagai suatu keseluruhan memadai. (7) Sejauhmana para bawahan responsif terhadap komunikasi ke bawah dan memperkirakan kebutuhan penyelia. (8) Sejauh mana pegawai merasa bahwa mereka mengetahui bagaimana mereka dinilai dan bagaimana kinerja mereka dihargai (Pace & Faules, 2001).

Tujuan Komunikasi, yaitu untuk memberikan perintah, laporan, informasi, ide, saran, dan menjalin hubungan-hubungan dari seorang komunikator kepada komunikan atau penerimanya. Adapun unsur-unsur komunikasi adalah sebagai berikut (Hasibuan, 2006):

1. Komunikator (pemberi=*giver*), yaitu orang yang menyampaikan pesan komunikasi itu.

2. Pesan, yaitu informasi, perintah, laporan, berita dan lain-lainnya yang disampaikan itu.
3. Saluran (simbolis=*channel*), yaitu orang yang menerima pesan komunikasi tersebut.
4. Komunikan (penerima = *receiver*), yaitu orang yang menerima komunikasi tersebut.
5. *Feedback (action)*, yaitu reaksi yang ditimbulkan oleh komunikasi itu.

Adapun fungsi-fungsi komunikasi adalah sebagai berikut (Hasibuan, 2006):

1. *Instructive*, yaitu komunikasi dalam hal ini berfungsi untuk memberikan perintah dari atasan kepada bawahannya.
2. *Evaluative*, yaitu komunikasi berfungsi untuk menyampaikan laporan dari bawahan kepada atasannya.
3. *Informative*, yaitu komunikasi dalam hal ini berfungsi untuk menyampaikan informasi, berita dan pesan-pesan.
4. *Influencing*, yaitu komunikasi dalam hal ini berfungsi untuk memberikan saran-saran, nasihat-nasihat dari seseorang kepada orang lain.

Adapun ruang lingkup komunikasi adalah sebagai berikut (Siagaan, 2004):

1. *Public communication* (komunikasi massa) adalah komunikasi dalam arti luas, artinya pesan komunikasi itu ditujukan kepada masyarakat luas, baik yang dikenal maupun tidak.

2. *Business communication* adalah komunikasi dalam arti sempit, artinya pesan komunikasi itu dilakukan dalam suatu perusahaan atau organisasi.

Tipe-tipe komunikasi adalah sebagai berikut (Siagaan, 2004):

1. Komunikasi formal (*formal communication*) adalah komunikasi dalam organisasi formal, pesannya instructive dan evaluative yang dilakukan mengikuti rangkaian hierarki formal organisasi serta hubungannya dengan tugas-tugas dan tanggung jawab.
2. Komunikasi informal (*informal communication=the grapevine*=pohon anggur) adalah komunikasi dalam organisasi informal atau formal. Pesan komunikasinya berfungsi *informative* dan *evaluative*, jadi tidak berhubungan dengan tugas dan tanggung jawab.

Adapun metode-metode dalam komunikasi adalah (Siagaan, 2004):

1. Komunikasi langsung
2. Komunikasi tidak langsung
3. Komunikasi searah
4. Komunikasi dua arah

Hambatan-hambatan komunikasi adalah sebagai berikut (Siagaan, 2004):

1. Hambatan semantis, yaitu hambatan karena bahasa, kata-kata atau kalimat-kalimat yang dipergunakan penafsirannya banyak.

2. Hambatan teknis, yaitu hambatan yang disebabkan oleh alat-alat teknis yang dipergunakan untuk berkomunikasi yang baik.
3. Hambatan boilogis, yaitu hambatan yang ditimbulkan oleh kurang baiknya panca indra komunikator/komunikan, misalnya gagu/tuli.
4. Hambatan psikologis, yaitu hambatan kejiwaan yang disebabkan perbedaan status dan keadaan.
5. Hambatan kemampuan, yaitu hambatan yang disebabkan komunikan kurang mampu menangkap dan menafsirkan pesan komunikasi, sehingga dipersepsi serta dilakukan salah.

Manajer dalam proses manajemen selalu memperalat komunikasi untuk memerintah, mengkoordinasi, dan menerima laporan. Manajer yang efektif, jika komunikasinya berjalan efektif. Jika komunikasi efektif maka pelaksanaan tugas-tugas akan benar dan pemborosan dapat dikurangi. Jadi, peranan komunikasi dalam proses manajemen sangat menentukan berhasil atau tidaknya seorang manajer mencapai tujuan organisasi (Siagaan, 2004).

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM KESEHATAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang monitoring dan evaluasi pelaksanaan program kesehatan

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang batasan monitoring dan evaluasi
2. Mampu menjelaskan tentang prinsip-prinsip monitoring dan evaluasi
3. Mampu menjelaskan tentang manfaat monitoring dan evaluasi
4. Mampu menjelaskan tentang proses monitoring dan evaluasi

5. Mampu menjelaskan tentang cara mendapatkan data pada saat monitoring dan evaluasi
6. Mampu menjelaskan tentang jenis monitoring dan evaluasi

A. Batasan Monitoring dan Evaluasi

Keberhasilan sebuah program dapat dilihat dari apa yang direncanakan dengan apa yang dilakukan, apakah hasil yang diperoleh berkesesuaian dengan hasil perencanaan yang dilakukan. Untuk dapat memperoleh implementasi rencana yang sesuai dengan apa yang direncanakan manajemen harus menyiapkan sebuah program yaitu monitoring, monitoring ditujukan untuk memperoleh fakta, data dan informasi tentang pelaksanaan program, apakah proses pelaksanaan kegiatan dilakukan sesuai dengan apa yang telah direncanakan (Soetisna, 2000). Selanjutnya temuan-temuan hasil monitoring adalah informasi untuk proses evaluasi sehingga hasilnya apakah program yang ditetapkan dan dilaksanakan memperoleh hasil yang berkesesuaian atau tidak (Asep, 2010).

Monitoring dan Evaluasi (ME) adalah dua kata yang memiliki aspek kegiatan yang berbeda yaitu kata Monitoring dan Evaluasi. Monitoring merupakan kegiatan untuk mengetahui apakah program yang dibuat itu berjalan dengan baik sebagaimana mestinya sesuai dengan yang direncanakan, adakah hambatan yang terjadi dan bagaimana para pelaksana program itu mengatasi hambatan tersebut. Monitoring terhadap sebuah hasil perencanaan yang sedang berlangsung menjadi alat pengendalian yang baik dalam seluruh proses implementasi (Asep, 2010).

Monitoring lebih menekankan pada pemantauan proses pelaksanaan. Monitoring juga lebih ditekankan untuk tujuan supervisi. Proses dasar dalam monitoring ini meliputi tiga tahap yaitu: (1) menetapkan standar pelaksanaan; (2) pengukuran pelaksanaan; (3) menentukan kesenjangan (deviasi) antara pelaksanaan dengan standar dan rencana. Menurut Dunn (1981), monitoring mempunyai empat fungsi, yaitu (Dunn, 2003):

1. Ketaatan (*compliance*). Monitoring menentukan apakah tindakan administrator, staf, dan semua yang terlibat mengikuti standar dan prosedur yang telah ditetapkan.
2. Pemeriksaan (*auditing*). Monitoring menetapkan apakah sumber dan layanan yang diperuntukkan bagi pihak tertentu bagi pihak tertentu (target) telah mencapai mereka.
3. Laporan (*accounting*). Monitoring menghasilkan informasi yang membantu “menghitung” hasil perubahan sosial dan masyarakat sebagai akibat implementasi kebijaksanaan sesudah periode waktu tertentu.
4. Penjelasan (*explanation*). Monitoring menghasilkan informasi yang membantu menjelaskan bagaimana akibat kebijaksanaan dan mengapa antara perencanaan dan pelaksanaannya tidak cocok.

Penilaian (evaluasi) merupakan tahapan yang berkaitan erat dengan kegiatan monitoring, karena kegiatan evaluasi dapat menggunakan data yang disediakan melalui kegiatan monitoring. Dalam merencanakan suatu kegiatan hendaknya

evaluasi merupakan bagian yang tidak terpisahkan, sehingga dapat dikatakan sebagai kegiatan yang lengkap. Evaluasi diarahkan untuk mengendalikan dan mengontrol ketercapaian tujuan. Evaluasi berhubungan dengan hasil informasi tentang nilai serta memberikan gambaran tentang manfaat suatu kebijakan. Istilah evaluasi ini berdekatan dengan penafsiran, pemberian angka dan penilaian. Evaluasi dapat menjawab pertanyaan “Apa perbedaan yang dibuat”. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui apakah program itu mencapai sasaran yang diharapkan atau tidak, evaluasi lebih menekankan pada aspek hasil yang dicapai (*ouput*). Evaluasi baru bisa dilakukan jika program itu telah berjalan dalam suatu periode, sesuai dengan tahapan rancangan dan jenis program yang dibuat dan dilaksanakan, misalnya disekolah, untuk satu caturwulan atau enam bulan atau satu tahun pelajaran (Dunn, 2003).

Umpan balik dari sebuah program akan dipergunakan dalam perbaikan dan penyesuaian komponen-komponen yang tidak maksimal dalam pelaksanaan dalam pelaksanaan program, monitoring tujuannya adalah seperti yang dikemukakan di atas oleh karena itu monitoring sangat diperlukan untuk keberhasilan sebuah program (Mohanty, 1998). Monitoring bertujuan mendapatkan umpan balik bagi kebutuhan program yang sedang berjalan, dengan mengetahui kebutuhan ini pelaksanaan program akan segera mempersiapkan kebutuhan tersebut. Kebutuhan bisa berupa biaya, waktu, personel, dan alat. Pelaksanaan program akan mengetahui berapa biaya yang dibutuhkan, berapa lama waktu yang tersedia untuk kegiatan tersebut. Dengan demikian akan diketahui pula berapa jumlah

tenaga yang dibutuhkan, serta alat apa yang harus disediakan untuk melaksanakan program tersebut (Soewardi, 1994).

Evaluasi bertujuan memperoleh informasi yang tepat sebagai bahan pertimbangan untuk mengambil keputusan tentang perencanaan program, keputusan tentang komponen input pada program, implementasi program yang mengarah kepada kegiatan dan keputusan tentang *ouput* menyangkut hasil dan dampak dari program kegiatan. Secara lebih terperinci monitoring bertujuan untuk (Soewardi, 1994):

1. Mengumpulkan data dan informasi yang diperlukan.
2. Memberikan masukan tentang kebutuhan dalam melaksanakan program.
3. Mendapatkan gambaran ketercapaian tujuan setelah adanya kegiatan.
4. Memberikan informasi tentang metode yang tepat untuk melaksanakan kegiatan.
5. Mendapatkan informasi tentang adanya kesulitan-kesulitan dan hambatan-hambatan selama kegiatan.
6. Memberikan umpan balik bagi sistem penilaian program.
7. Memberikan pernyataan yang bersifat penandaan berupa fakta dan nilai.

Proses pengambilan keputusan berjalan atau berhentinya/ perubahan sebuah atau beberapa program yang berkaitan dilakukan melalui proses evaluasi. Fungsi Pengawasan dalam kerangka kegiatan monitoring dan evaluasi terutama

kaitannya dengan kegiatan para pimpinan dalam tugas dan tanggungjawabnya adalah sebagai berikut (Soewardi, 1994):

1. Mempertebal rasa tanggung jawab terhadap pejabat yang disertai tugas dan wewenang dalam pelaksanaan pekerjaan.
2. Membidik para pejabat agar mereka melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan.
3. Untuk mencegah terjadinya penyimpangan, kelainan dan kelemahan agar tidak terjadi kerugian yang tidak diinginkan.
4. Untuk memperbaiki kesalahan dan penyelewengan agar pelaksanaan pekerjaan tidak mengalami hambatan dan pemborosan-pemborosan.

Evaluasi sebagai kegiatan yang tidak bisa dipisahkan dari kegiatan monitoring memiliki fungsi sebagai berikut (Rifai, 1986):

1. Evaluasi sebagai pengukur kemajuan.
2. Evaluasi sebagai alat perencanaan.
3. Evaluasi sebagai alat perbaikan.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat dijelaskan bahwa fungsi monitoring yang pokok adalah: mengukur hasil yang sudah dicapai dalam melaksanakan program dengan alat ukur rencana yang sudah dibuat dan disepakati; menganalisa semua hasil pemantauan (monitoring) untuk dijadikan bahan dalam mempertimbangkan keputusan serta usaha perbaikan dan penyempurnaan (Soewardi, 1994).

B. Prinsip-Prinsip Monitoring dan Evaluasi

Hal yang paling prinsipil dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi adalah acuan kegiatan monitoring adalah ketentuan-ketentuan yang disepakati dan diberlakukan, selanjutnya *sustainability* kegiatannya harus terjaga, dalam pelaksanaannya objektivitas sangat diperhatikan dan orientasi utamanya adalah pada tujuan program itu sendiri. Adapun prinsip-prinsip monitoring sebagai berikut (Suryana, 2010):

1. Monitoring harus dilakukan secara terus-menerus.
2. Monitoring harus menjadi umpan terhadap perbaikan kegiatan program organisasi.
3. Monitoring harus memberi manfaat baik terhadap organisasi maupun terhadap pengguna produk atau layanan.
4. Monitoring harus dapat memotivasi staf dan sumber daya lainnya untuk berprestasi.
5. Monitoring harus berorientasi pada peraturan yang berlaku.
6. Monitoring harus obyektif.
7. Monitoring harus berorientasi pada tujuan program.

Adapun mengenai prinsip-prinsip evaluasi, terdapat ada 6 prinsip, yaitu (Fattah N, 1996):

1. Prinsip berkesinambungan, artinya dilakukan secara berlanjut.
2. Prinsip menyeluruh, artinya keseluruhan aspek dan komponen program harus dievaluasi

3. Prinsip obyektif, artinya pelaksanaannya bebas dari kepentingan pribadi.
4. Prinsip sah, yaitu mengandung konsistensi yang benar-benar mengukur yang seharusnya diukur.
5. Prinsip penggunaan kritis.
6. Prinsip kegunaan atau manfaat.

C. Manfaat Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan bagian terpenting dalam suatu siklus pengelolaan program, seperti *planning*, *actuating*, dan *organizing*. Tujuan monev adalah untuk mengetahui tingkat pencapaian dan kesesuaian antara rencana yang telah ditetapkan dalam perencanaan program dengan hasil yang dicapai melalui kegiatan dan atau program secara berkala. Apabila dalam pelaksanaan monev ditemukan masalah atau penyimpangan, maka secara langsung dapat dilakukan bimbingan, saran-saran dan cara mengatasinya serta melaporkannya secara berkala kepada pemangku kepentingan. Dengan demikian manfaat dari monev adalah (Hariwung, 1989):

1. Mengetahui proses dan hasil terhadap penyelenggaraan program.
2. Alat manajemen untuk proses belajar dari pengalaman.
3. Untuk membuat perencanaan dan melaksanakan rencana dengan lebih baik di masa mendatang.
4. Dapat diketahui berbagai hal yang ebrkaitan dengan tingkat pencapaian tujuan (keberhasilan),

ketidakberhasilan, hambatan, tantangan, dan ancaman tertentu dalam mengelola program.

5. Sebagai alat untuk mengukur kemajuan dan pencapaian program.

Hasil monev dapat digunakan sebagai (Ametembun, 1971):

1. Bahan untuk melaksanakan perbaikan program dimasa yang akan datang.
2. Media untuk pembelajaran dan pemikiran strategik bagi pemimpin dan staf serta stakholder yang terlibat dalam program.
3. Membantu organisasi untuk membuat keputusan sesuai dengan visi dan misi organisasi.

D. Proses Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan dengan mengikuti langkah langkah, pertama melakukan kegiatan perencanaan kegiatan, dimana langkah dan prosedur serta komponen isi yang akan dimonitoring dan dievaluasi disiapkan dengan baik, kedua pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasinya itu sendiri, dan ketiga melaporkan hasil kegiatan dalam bentuk laporan tertulis sebagai bahan untuk evaluasi dan balikan atas program-program yang sudah dilakukan (Dunn, 2003).

1. Tahap Perencanaan

Persiapan dilaksanakan dengan mengidentifikasi hal-hal yang akan dimonitor, variabel apa yang akan dimonitor serta menggunakan indikator mana yang sesuai dengan tujuan program. Rincian tentang variabel yang dimonitor

harus jelas dulu, serta pasti mengenai batasannya dan definisinya.

2. Tahap Pelaksanaan

Monitoring ini untuk mengukur keterampilan seseorang dalam menggunakan suatu tugasnya. Setelah memastikan definisi yang tepat tentang variabel yang dimonitor serta indikatornya, maka laksanakan monitoring tersebut.

3. Tahap Pelaporan

Pada langkah ketiga, yaitu menentukan apakah prestasi kerja itu memenuhi standar yang sudah ditentukan dan di sini terdapat tahapan evaluasi, yaitu mengukur kegiatan yang sudah dilakukan dengan standar yang harus dicapai. Selanjutnya temuan-temuan tersebut ditindaklanjuti dan hasilnya menjadi laporan tentang program.

E. Cara Mendapatkan Data Pada Saat Monitoring dan Evaluasi

Dalam kegiatan monev proses pengumpulan data merupakan suatu hal yang sangat penting. Pengumpulan data ini merupakan suatu kegiatan yang terkait dengan keadaan *real* di lapangan (empiris). Hasil pengumpulan data ini digunakan untuk penyimpulan pada kegiatan penelitian, termasuk di dalamnya monitoring dan evaluasi (monev). Pengumpulan data merupakan prosedur yang sistematis dan terstandarkan untuk memperoleh data dalam suatu penelitian. Dalam pemilihan metode penelitian, selalu tergantung pada permasalahan penelitian yang akan dipecahkan dan jenis data yang akan

dikumpulkan. Masalah penelitian menentukan jenis data yang diperlukan, dan jenis data ini memandu pemilihan metode atau cara pengumpulan data. Pada monev metode pengumpulan data yang digunakan adalah survei, observasi, dokumentasi, wawancara, dan isian singkat (angket terbuka) (Moerdiyanto, 2011).

1. Survei

Metode survei adalah cara pengumpulan data dimana responden menjawab pertanyaan (kuesioner) yang telah disusun sebelumnya, dengan menggunakan alat yang berupa daftar pertanyaan atau kuesioner. Dengan metode ini dapat dikumpulkan data yang banyak dalam relatif cepat.

2. Observasi

Pengamatan atau observasi adalah teknik pengumpulan data dimana peneliti mengumpulkan data dengan mengamati secara langsung pada kejadian atau proses di lapangan. Jenis informasi yang diperoleh dapat berupa karakteristik benda, proses interaksi benda, atau perilaku manusia baik interaksinya dengan benda/alat maupun interaksinya dengan manusia lain.

3. Wawancara

Wawancara (*interview*) merupakan proses untuk memperoleh data dalam suatu penelitian dengan mengadakan tanya-jawab antara peneliti dengan responden dengan bertatapmuka langsung. Wawancara terjadi jika ada interaksi antara pewawancara dengan responden. Keberhasilan pelaksanaan wawancara ini tergantung pada proses interaksi yang terjadi.

Unsur yang menentukan proses interaksi ini adalah wawasan dan pengertian (*insight*) yang dimiliki oleh pewawancara.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya interaksi antara pewawancara dan responden adalah situasi wawancara dan isi pertanyaan yang ditanyakan. Isi pertanyaan yang ditanyakan merupakan factor yang dapat mempengaruhi situasi wawancara, juga dapat berpengaruh pada kenyamanan pewawancara dan responden. Terkait dengan hal ini, diperlukan suatu keterampilan yang dapat menciptakan situasi yang kondusif agar dapat menggugah responden untuk mengungkapkan keadaan yang sebenarnya, sebagai data yang diinginkan dalam penelitian.

4. Dokumentasi

Dalam suatu penelitian, kadang-kadang peneliti tidak perlu melaksanakan pengumpulan/penjaringan data secara langsung dari responden. Untuk suatu tujuan penelitian tertentu, peneliti menggunakan data sekunder. Data sekunder ini merupakan data yang telah ada, atau data yang telah dikumpulkan oleh peneliti lain ataupun hal-hal yang telah dilakukan oleh orang lain. Cara mengumpulkan data semacam ini merupakan cara pengumpulan data dengan dokumentasi.

Data-data sekunder yang terkait dengan penelitian ini disebut dengan dokumen. Dokumen-dokumen ini biasanya dikumpulkan oleh lembaga lembaga yang terkait. Misalnya untuk penelitian yang terkait dengan pendidikan, seorang peneliti akan mengetahui perkembangan kemampuan matematika siswa SMP antar tahun, dapat menghubungi Dinas

Pendidikan. Kelebihan metode ini, peneliti tidak langsung berhubungan dengan responden. Cara ini akan menghemat waktu dan biaya yang diperlukan untuk penelitian. Kekurangan metode ini, peneliti hanya dapat memperoleh data yang telah ada dan terbatas pada apa yang telah dikumpulkan. Kadang-kadang untuk dapat memperoleh datanya terhambat oleh sistem birokrasi (Moerdiyanto, 2011).

F. Jenis Monitoring dan Evaluasi

Adapun jenis monitoring adalah sebagai berikut (Moerdiyanto, 2011):

1. Aspek masukan (input) proyek antara lain mencakup: tenaga manusia, dana, bahan, peralatan, jam kerja, data, kebijakan, manajemen dsb. yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan proyek.
2. Aspek proses /aktivitas yaitu aspek dari proyek yang mencerminkan suatu proses kegiatan, seperti penelitian, pelatihan, proses produksi, pemberian bantuan dan sebagainya.
3. Aspek keluaran (*ouput*), yaitu aspek proyek yang mencakup hasil dari proses yang terutama berkaitan dengan kuantitas (jumlah).

Sedangkan, jenis evaluasi adalah sebagai berikut (Erizal, 2013):

1. Evaluasi awal kegiatan, yaitu penilaian terhadap kesiapan program atau mendeteksi kelayakan program.

2. Evaluasi formatif, yaitu penilaian terhadap hasil-hasil yang telah dicapai selama proses kegiatan program dilaksanakan. Waktu pelaksanaan dilaksanakan secara rutin (per bulan, triwulan, semester dan atau tahunan) sesuai dengan kebutuhan informasi hasil penilaian. Evaluasi formatif bersifat internal berfungsi untuk meningkatkan kinerja lembaga, mengembangkan program/personal, bertujuan untuk mengetahui perkembangan program yang sedang berjalan (*in-progress*). Monitoring dan supervisi, termasuk dalam kategori evaluasi formatif, dilakukan selama kegiatan program sedang berlangsung, dan akan menjawab berbagai pertanyaan:
 - a. Apakah program berjalan sesuai rencana?
 - b. Apakah semua komponen berfungsi sesuai dengan tugas masing-masing?
 - c. Jika tidak apakah perlu revisi, modifikasi?
3. Evaluasi sumatif, yaitu penilaian hasil-hasil yang telah dicapai secara keseluruhan dari awal kegiatan sampai akhir kegiatan. Waktu pelaksanaan pada saat akhir program sesuai dengan jangka waktu program dilaksanakan. Untuk program yang memiliki jangka waktu enam bulan, maka evaluasi sumatif dilaksanakan menjelang akhir bulan keenam. Untuk evaluasi yang menilai dampak program, dapat dilaksanakan setelah program berakhir dan diperhitungkan dampaknya sudah terlihat nyata. Evaluasi sumatif, dilakukan pada akhir program, bertujuan untuk mengetahui keberhasilan program yang telah

dilaksanakan, memberikan pertanggung-jawaban atas tugasnya, memberikan rekomendasi untuk melanjutkan atau menghentikan program pada tahun berikutnya. Evaluasi akan dapat menjawab pertanyaan:

- a. Sejauh mana tujuan program tercapai?
- b. Perubahan apa yang terjadi setelah program selesai?
- c. Apakah program telah dapat menyelesaikan masalah?
- d. Perubahan perilaku apa yang dapat ditampilkan, dilihat dan dirasakan setelah selesai mengikuti pelatihan?

BAB VI

SUBSISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang subsistem pelayanan kesehatan.

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang batasan pelayanan kesehatan
2. Mampu menjelaskan tentang macam-macam pelayanan kesehatan
3. Mampu menjelaskan tentang syarat pokok pelayanan kesehatan
4. Mampu menjelaskan tentang masalah pelayanan kesehatan
5. Mampu menjelaskan tentang pelayanan kesehatan menyeluruh dan terpadu
6. Mampu menjelaskan tentang stratifikasi pelayanan kesehatan

A. Batasan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Definisi pelayanan kesehatan menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoadmojo (2003) adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat (Notoadmojo, 2003). Sedangkan, menurut Azrul Azwar (1996), pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Azwar, 1996).

Berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh Levey dan Loomba (1973), dapat diperoleh bahwa batasan pelayanan kesehatan mengandung hal usaha sendiri, usaha lembaga atau organisasi, memiliki tujuan yang dicapai, lingkup program, sasaran pelayanan. Berikut penjelasannya (Levey & Loomba, 1973):

1. Usaha sendiri, yaitu setiap usaha pelayanan kesehatan bisa dilakukan sendiri ditempat pelayanan, misalnya pelayanan bidan praktek mandiri.
2. Usaha lembaga atau organisasi, yaitu setiap usaha pelayanan kesehatan dilakukan secara kelembagaan atau organisasi kesehatan ditempat pelayanan, misalnya pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas.

3. Memiliki tujuan yang dicapai. Tiap pelayanan kesehatan memiliki produk yang beragam yang pada tujuan pokoknya adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
4. Lingkup program. Lingkup pelayanan kesehatan meliputi kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegah penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, atau gabungan dari keseluruhan.
5. Sasaran pelayanan. Tiap pelayanan kesehatan menghasilkan sasaran yang berbeda, tergantung dari program yang akan dilakukan, bisa untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara umum.

B. Macam-Macam Pelayanan Kesehatan

Menurut Hodgetts dan Cascio (1983) secara secara umum bentuk dan jenis pelayanan kesehatan banyak macamnya dapat dibedakan atas dua. Macam-macam pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termaksud dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memelihara kesehatan serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

2. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termaksud dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat. Perbedaan lebih lanjut dari kedua bentuk pelayanan kesehatan ini, dapat dilihat dari rincian Leavel dan Clark (1953), yang secara sederhana dapat diuraikan pada tabel berikut (Leavel & Clark, 1953):

Tabel 6.1 Perbedaan Pelayanan Kedokteran dengan Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kedokteran	Pelayanan kesehatan masyarakat
Tenaga pelaksananya terutama adalah dokter	Tenaga pelaksananya terutama ahli kesehatan masyarakat
Perhatian utamanya pada penyembuhan penyakit	Perhatian utamanya pada pencegahan penyakit
Sasaran utamanya adalah perseorangan atau keluarga	Sasaran utamanya adalah masyarakat keseluruhan
kurang memperhatikan efisiensi	Selalu memperhatikan efisiensi

Tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan dengan etik dokter	Menarik perhatian masyarakat, misalnya penyuluhan masyarakat
Menjalankan fungsi perseorangan dan terikat dengan undang-undang	Menjalankan fungsi pengorganisasian masyarakat dan didukung dengan undang-undang
Penghasilan diperoleh dari imbal jasa	Penghasilan merupakan gaji dari pemerintah
Bertanggung jawab hanya pada penderita	Bertanggungjawan kepada seluruh masyarakat
Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat saingan	Dapat memonopoli upaya kesehatan
Masalah administrasi sangat sederhana	Menghadapi berbagai persoalan kepemimpinan

C. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Sekalipun pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat, namun untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok, syarat pokok yang dimaksud adalah (Wijono, 2000):

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di

masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Artinya, semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaanya dalam masyarakat adalah setiap saat yang dibutuhkan.

2. Dapat diterima dengan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya, pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

4. Mudah di jangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan arena itu hanya mungkin di nikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah di tetapkan.

D. Masalah Pelayanan Kesehatan

Dalam syarat pokok pelayanan kesehatan terdiri atas 5 hal. Namun, kelima persyaratan pokok ini sering kali tidak dipenuhi dalam perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran. Dengan telah berkembangnya ilmu dan teknologi, terjadi beberapa perubahan dalam pelayanan kesehatan. Perubahan yang seperti ini di satu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan seperti misalnya meningkatnya mutu pelayanan yang dapat

dilihat dari makin menurunnya angka kesakitan, cacat, dan kematian serta meningkatnya umur harapan hidup rata-rata. Tetapi di pihak lain, perubahan yang seperti ini ternyata juga mendatangkan banyak masalah sebagai berikut (Wijono, 2000):

1. Terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan

Timbulnya pengkotakan dalam pelayanan kesehatan (*fragmented health services*), erat hubungannya dengan munculnya spesialisasi dan sub spesialisasi dalam pelayanan kesehatan. Dampak negative yang ditimbulkan ialah menyulitkan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang apabila, berkelanjutan pada gilirannya akan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

2. Berubahnya sifat pelayanan kesehatan

Perubahan ini muncul sebagai akibat telah terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan, yang pengaruhnya terutama ditemukan pada hubungan dokter pasien. Sebagai akibat munculnya spesialis dan sub spesialis menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat lagi diberikan secara menyeluruh. Perhatian tersebut hanya tertuju kepada keluhan dan ataupun organ tubuh yang sakit saja.

Perubahan sifat pelayanan kesehatan makin bertambah nyata, jika diketahui bahwa pada saat ini telah banyak dipergunakan pula berbagai peralatan kedokteran canggih. Ketergantungan yang kemudian muncul terhadap berbagai peralatan kedokteran canggih tersebut,

dapat menimbulkan berbagai dampak negatif yang merugikan, yaitu (Wijono, 2000):

- a. Makin renggangnya hubungan dokter dan pasien antara dokter dan pasien telah terdapat suatu tabir pemisah yakni berbagai peralatan kedokteran yang dipergunakan tersebut.
- b. Makin mahalnya biaya kesehatan keadaan yang seperti ini mudah diperkirakan akan menyulitkan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

Kedua perubahan dengan dampak negatif tersebut mau tidak mau akan mempengaruhi mutu pelayanan. Pelayanan Kesehatan yang hanya memperhatikan organ tubuh saja, tentu tidak akan berhasil secara sempurna menyelesaikan masalah kesehatan yang diderita seseorang (Wijono, 2000).

E. Pelayanan Kesehatan Menyeluruh dan Terpadu

Menyadari bahwa pelayanan kesehatan yang berkotak-kotak bukanlah pelayanan kesehatan yang baik, maka berbagai pihak berupaya mencari jalan keluar yang sebaik-baiknya. Salah satu dari jalan keluar tersebut ialah memperkenalkan kembali bentuk pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu (*comprehensive and integrated health services*). Pengertian pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu ada dua macam. Pertama, pelayanan kesehatan yang berhasil memadukan berbagai upaya kesehatan yang ada di masyarakat yakni, pelayanan peningkatan dan pemeliharaan

kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan (Azwar, 2000).

Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu apabila kelima jenis pelayanan ini diselenggarakan bersamaan. Kedua, pelayanan kesehatan yang menerapkan pendekatan yang menyeluruh (*holistic approach*). Jadi, tidak hanya memperhatikan keluhan penderita saja, tetapi juga berbagai latar belakang sosial ekonomi, social budaya, sosial psikologi, dan lain sebagainya. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu apabila pendekatan yang dipergunakan memperhatikan berbagai aspek kehidupan dari para pemakai jasa pelayanan kesehatan. Tergantung dari filosofi serta perkembangan pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh suatu Negara, maka upaya yang dilakukan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu ini agak berbeda. Secara umum upaya pendekatan yang dimaksud dapat dibedakan atas 2 macam, yaitu (Azwar, 2000):

1. Pendekatan institusi

Jika pelayanan kesehatan masih bersifat sederhana maka kehendak untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu dilakukan melalui pendekatan institusi (*institutional approach*). Dalam arti penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilakukan dalam satu atap. Disini setiap bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dikelola dalam satu instuisi kesehatan saja.

2. Pendekatan sistem

Tentu mudah untuk dipahami bahwa Negara yang pelayanan kesehatannya telah berkembang dengan pesat, pendekatan institusi telah tidak mungkin di terapkan lagi. Akibat makin kompleknya pelayanan kesehatan adalah mustahil untuk menyediakan semua bentuk dan jenis pelayanan dalam suatu institusi. Bukan saja akan menjadi terlalu mahal, tetapi yang terpenting lagi akan tidak efektif dan efisien. Disamping memang dalam kehidupan masyarakat moderen kini, telah terdapa apa yang disebut dengan spesialisasi, yang apabila dapat diatur dan dimanfaatkan dengan baik, akan dapat memberikan hasil yang lebih memuaskan.

Dalam keadaan seperti ini, keinginan untuk mewujudkan pelayanan keserhatan yang menyeluruh dan terpadu di lakukan melalui pendekatan *system (system approach)* pengertian pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu yang dsiterapkan saat ini, adalah dalam arti *system*. Disini pelayanan kesehatan di bagi atas beberapa strata, untuk kemudian antara satu strata dengan strata lainnya, di ikat dalam satu mekanisme hubungan kerja, sehingga secara keseluruhan membentuk suatu kesatuan yang terpadu (Azwar, 2000).

F. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh tiap negara tidaklah sama, namun secara umum berbagai strata ini dapat di kelompokkan menjadi tiga macam yakni (Azwar, 1988):

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan.

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersediannya tenaga-tenaga spesialis.

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialis.

BAB VII

SUBSISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang subsistem pelayanan kesehatan

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang sistem rujukan
2. Mampu menjelaskan tentang program menjaga mutu
3. Mampu menjelaskan tentang pelayanan kedokteran
4. Mampu menjelaskan tentang pelayanan rawat jalan dan rawat inap
5. Mampu menjelaskan tentang pelayanan gawat darurat
6. Mampu menjelaskan tentang rumah sakit
7. Mampu menjelaskan tentang pelayanan dokter keluarga
8. Mampu menjelaskan tentang pelayanan kesehatan masyarakat
9. Mampu menjelaskan tentang puskesmas

A. Sistem Rujukan

Sistem rujukan kesehatan di Indonesia telah dirumuskan dalam Permenkes No. 01 tahun 2012. Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab timbal balik pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Sederhananya, sistem rujukan mengatur darimana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan keadaan sakitnya (Permenkes Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, 2012).

Pelaksanaan sistem rujukan di indonesia telah diatur dengan bentuk bertingkat atau berjenjang, yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua dan ketiga, dimana dalam pelaksanaannya tidak berdiri sendiri-sendiri namun berada di suatu sistem dan saling berhubungan. Apabila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer maka pelayanan kesehatan primer menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan di atasnya, demikian seterusnya. Apabila seluruh faktor pendukung (pemerintah, teknologi, transportasi) terpenuhi maka proses ini akan berjalan dengan baik dan masyarakat awam akan segera tertangani dengan tepat (Hatmoko, 2000).

Jenis rujukan secara konseptual menyangkut hal-hal sebagai berikut (Hatmoko, 2000):

1. Rujukan medik, meliputi:
 - a. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

- b. Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
 - c. Mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk mutu pelayanan pengobatan
2. Rujukan kesehatan, merupakan rujukan yang menyangkut masalah kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif yang antara lain meliputi bantuan:
- a. Survey epidemiologi dan pemberantasan penyakit atas kejadian luar biasa atau terjangkitnya penyakit menular.
 - b. Pemberian pangan atas terjadinya kelaparan di suatu wilayah.
 - c. Pendidikan penyebab keracunan, bantuan teknologi penanggulangan keracunan dan bantuan obat-obatan atas terjadinya keracunan massal.
 - d. Saran dan teknologi untuk penyediaan air bersih atas masalah kekurangan air bersih bagi masyarakat umum.
 - e. Pemeriksaan specimen air di laboratorium kesehatan dan lain-lain.

Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan yg lebih tinggi dilakukan apabila (Hatmoko, 2000):

1. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau subspecialistik.
2. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan yg lebih rendah dilakukan apabila (Hatmoko, 2000):

1. Permasalahan pasien dpt ditangani oleh tingkatan pelayanan yg lebih rendah sesuai dgn kompetensi dan kewenangannya.
2. Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut.
3. Pasien memerlukan pelayanan lanjutan yg dpt ditangani oleh tingkatan pelayanan yg lebih rendah & untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang.
4. Perujuk tdk dpt memberikan pelayanan kesehatan sesuai dgn kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

Rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan.

Rujukan horizontal dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yg sifatnya sementara atau menetap. Ketimpangan yang sering terjadi di masyarakat awam adalah pemahaman masyarakat tentang alur ini sangat rendah sehingga sebagian

mereka tidak mendapatkan pelayanan yang sebagaimana mestinya. Masyarakat kebanyakan cenderung mengakses pelayanan kesehatan terdekat atau mungkin paling murah tanpa memperdulikan kompetensi institusi ataupun operator yang memberikan pelayanan (Hatmoko, 2000).

Manfaat sistem rujukan

Adapun manfaat dari sistem rujukan adalah sebagai berikut (Hatmoko, 2000):

1. Dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan (*policy maker*), manfaat sistem rujukan adalah membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan; memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia; memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.
2. Dari sudut masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan (*health consumer*), manfaat sistem rujukan adalah meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang; mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena telah diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang setiap sarana pelayanan kesehatan.
3. Dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), manfaat sistem rujukan adalah memperjelas jenjang karier tenaga kesehatan

dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi.

4. Membantu peningkatan pengetahuan dan ketrampilan, yaitu: kerja sama yang terjalin; memudahkan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

Dalam membina sistem rujukan ini perlu ditentukan beberapa hal (Hatmoko, 2000):

1. Regionalisasi

Regionalisasi adalah pembagian wilayah pelaksanaan sistem rujukan. Pembagian wilayah ini didasarkan atas pembagian wilayah secara administratif, tetapi perlu didasarkan atas lokasi atau mudahnya sistem rujukan itu dicapai. Hal ini untuk menjaga agar pusat sistem rujukan mendapat arus penderita secara merata. Tiap tingkat unit kesehatan diharapkan melakukan penyaringan terhadap penderita yang akan disalurkan dalam sistem rujukan. Penderita yang dapat melayani oleh unit kesehatan tersebut, tidak perlu dikirim ke unit lain yang lebih mampu.

2. Penyaringan (*screening*)

Tiap unit kesehatan diharapkan melakukan penyaringan terhadap penderita yang akan disalurkan dalam sistem rujukan. Penderita yang dapat melayani oleh unit kesehatan tersebut, tidak perlu dikirim ke unit lain yang lebih mampu.

3. Kemampuan unit kesehatan dan petugas

Kemampuan unit kesehatan tergantung pada macam petugas dan peralatannya. Walaupun demikian diharapkan mereka dapat melakukan keterampilan tertentu. Khususnya dalam perawatan ibu dijabarkan keterampilan yang masing-masing diharapkan dari unit kesehatan, beserta petugasnya.

B. Program Menjaga Mutu

Berikut pengertian-pengertian mengenai program menjaga mutu menurut para ahli (Azwar, 1994):

1. Maltos & Keller (1989) menyebutkan bahwa program menjaga mutu adalah suatu upaya yang berkesinambungan, sistematis dan objektif dalam memantau dan menilai pelayanan yang diselenggarakan dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan, serta menyelesaikan masalah yang ditemukan untuk memperbaiki mutu pelayanan.
2. Ruels & Frank (1988) menyebutkan bahwa program menjaga mutu adalah suatu proses untuk memperkecil kesenjangan antara penampilan yang ditemukan dengan keluaran yang diinginkan dari suatu sistem, sesuai dengan batas-batas teknologi yang dimiliki oleh sistem tersebut
3. *The American Hospital Association* (1988) menyebutkan bahwa program menjaga mutu adalah suatu upaya terpadu yang mencakup identifikasi dan penyelesaian masalah pelayanan yang diselenggarakan, serta mencari

dan memanfaatkan berbagai peluang yang ada untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan.

4. *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (1988) menyebutkan bahwa program menjaga mutu adalah suatu program berlanjut yang disusun secara objektif dan sistematis dalam memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan, menggunakan berbagai peluang yang tersedia untuk meningkatkan pelayanan yang diselenggarakan serta menyelesaikan berbagai masalah yang ditemukan.

Tujuan program menjaga mutu mencakup dua hal yang bersifat pokok, yang jika disederhanakan dapat diuraikan sebagai berikut (Sondakh, 2010):

1. Tujuan antara

Tujuan antara yang ingin dicapai oleh program menjaga mutu ialah diketahuinya mutu pelayanan. Jika dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu, tujuan ini dapat dicapai apabila masalah serta prioritas masalah mutu berhasil ditetapkan.

2. Tujuan akhir.

Tujuan akhir yang ingin dicapai oleh program menjaga mutu ialah makin meningkatnya mutu pelayanan. Jika dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu, tujuan ini dapat dicapai apabila masalah dan penyebab masalah mutu berhasil diatasi.

Apabila program menjaga mutu dapat dilaksanakan, banyak manfaat yang akan diperoleh. Secara umum beberapa manfaat yang dimaksudkan adalah (Azwar, 1994):

1. Dapat lebih meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan. Peningkatan efektifitas yang dimaksud di sini erat hubungannya dengan dapat direleasaikannya masalah yang tepat dengan cara penyelesaian masalah yang benar. Karena dengan diselenggarakannya program menjaga mutu dapat diharapkan pemilihan masalah telah dilakukan secara tepat serta pemilihan dan pelaksanaan cara penyelesaian masalah telah dilakukan
2. Dapat lebih meningkatkan efesiensi pelayanan kesehatan. Peningkatan efesiensi yang dimaksudkan disini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya penyelenggaraan pelayanan yang berlebihan atau yang dibawah standar. Biaya tambahan karena pelayanan yang berlebihan atau karena harus mengatasi berbagai efek samping karena pelayanan yang dibawah standar akan dapat dicegah.
3. Dapat lebih meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan. Apabila peningkatan penerimaan ini dapat diwujudkan, pada gilirannya pasti akan berperan besar dalam turut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

4. Dapat melindungi pelaksana pelayanan kesehatan dari kemungkinan munculnya gugatan hukum.

Bentuk Program Menjaga Mutu

Bertitik tolak dari waktu penyelenggaraan maka jaminan mutu itu dapat dibedakan dalam tiga macam bentuk yaitu (Nurmawati, 2010):

1. Program jaminan mutu prospektif (*prospective quality assurance*)

Program menjaga mutu prospektif (*Prospective Quality Assurance*) adalah program menjaga mutu yang dilaksanakan sebelum pelayanan kesehatan diselenggarakan. Pada bentuk ini perhatian utama lebih ditujukan pada unsur masukan serta lingkungan. Untuk menjamin terselenggarakannya pelayanan kesehatan yang bermutu, dilakukan pemantauan dan penilaian terhadap tenaga pelaksana, dana, serta sarana; disamping terhadap kebijakan, organisasi, dan manajemen institusi kesehatan. (Jenny Sondakh. 2014)

2. Program jaminan mutu konkuren (*concurrent quality assurance*)

Program menjaga mutu konkuren (*Concurrent Quality Assurance*) adalah program menjaga mutu yang diselenggarakan bersamaan dengan pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini, perhatian utama lebih ditunjukkan pada unsur proses, yakni memantau dan menilai tindakan medis dan nonmedis yang dilakukan. Apabila sebuah tindakan tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan,

maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan kurang bermutu.

Program menjaga mutu konkuren dinilai paling baik, namun paling sulit dilaksanakan. Penyebab utamanya adalah karena adanya faktor tenggang rasa serta bias pada waktu pengamatan. Seorang akan cenderung lebih berhati-hati, apabila mengetahui sedang diamati. Kecuali apabila pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan oleh satu tim (*team work*), atau apabila telah terbentuk kelompok kesejawatan (*peer group*). Program menjaga mutu konkuren ini paling sulit dilaksanakan karena ada faktor tenggang rasa kesejawatan. Kecuali apabila kebetulan menyelenggarakan pelayanan kesehatan dalam satu tim (kerja tim) atau apabila telah terbentuk kelompok kesejawatan yang bertanggungjawab menyelenggarakan program menjaga mutu di institusi kesehatan masing-masing.

3. Jaminan mutu Retrospektif (*Retrospectif quality assurance*)

Program menjaga mutu retrospektif adalah program menjaga mutu yang dilaksanakan setelah pelayanan kesehatan diselenggarakan. Pada bentuk ini, perhatian utama lebih diutamakan pada unsur keluaran, yakni menilai penampilan pelayanan kesehatan. Jika penampilan tersebut berada dibawah standar yang ditetapkan, maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan kurang bermutu.

C. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Secara umum pelayanan kedokteran adalah sebagian dari pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya adalah perseorangan. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga. Pada saat ini pembagian tentang macam pelayanan kedokteran banyak ditemukan. Beberapa diantaranya yang terpenting adalah (Hodgetts, 1982):

a. Ditinjau dari tenaga pengelola

Untuk ini pelayanan kedokteran dapat dibedakan atas dua macam yakni:

- 1) Diselenggarakan oleh satu orang. Bentuk pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh satu orang amat populer di Indonesia, inilah sebabnya banyak ditemukan dokter dan ataupun bidan yang membuka praktek perseorangan.
- 2) Diselenggarakan oleh kelompok. Bentuk pelayanan kedokteran berkelompok merupakan hal yang baru di Indonesia dan banyak macamnya. Secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni:
 - Hanya menyelenggarakan satu macam pelayanan kedokteran saja, misalnya praktek bersama

dokter ahli kebidanan dan praktek bersama ahli kesehatan anak.

- Menyelenggarakan lebih dari satu macam pelayanan kedokteran, misalnya praktek bersama dokter ahli kebidanan dengan dokter ahli kesehatan anak.
- b. Ditinjau dari cara pelayanan yang diselenggarakan. Untuk ini pelayanan kedokteran dibedakan atas dua macam, yakni:
- 1) Pelayanan rawat jalan. Contoh pelayanan rawat jalan (*ambulatory*) adalah pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh poliklinik, balai pengobatan di Puskesmas.
 - 2) Pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Contoh pelayanan rawat jalan dan rawat inap (*hospitalization*) adalah pelayanan kedokteran oleh rumah sakit dan rumah sakit bersalin.
- c. Ditinjau dari macam pelayanan yang diselenggarakan.
- 1) Menyediakan satu macam pelayanan kedokteran saja. Misalnya praktek dokter umum.
 - 2) Menyediakan lebih dari satu macam pelayanan kedokteran
 - Pelayanan kedokteran tidak lengkap/tidak menyeluruh (*partial medical care*) misalnya yang diselenggarakan oleh BKIA.

- Pelayanan kedokteran lengkap/menyeluruh (*comprehensive medical care*) misalnya yang diselenggarakan oleh rumah sakit umum.

D. Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap

Pelayanan rawat jalan adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran, secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap. Pelayanan rawat jalan (*ambulatory*) adalah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*). Pelayanan rawat jalan ini termasuk tidak hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan yang telah lazim dikenal rumah sakit atau klinik, tetapi juga yang diselenggarakan di rumah pasien (*home care*) serta di rumah perawatan (*nursing homes*) (Hodgetts, 1982).

Bentuk pertama dari pelayanan rawat jalan adalah yang diselenggarakan oleh klinik yang ada kaitannya dengan rumah sakit (*hospital based ambulatory care*). Jenis pelayanan rawat jalan di rumah sakit secara umum dapat dibedakan atas 4 macam yaitu (Hodgetts, 1982):

1. Pelayanan gawat darurat (*emergency services*) yakni untuk menangani pasien yang butuh pertolongan segera dan mendadak.

2. Pelayanan rawat jalan paripurna (*comprehensive hospital outpatient services*) yakni yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Pelayanan rujukan (*referral services*) yakni hanya melayani pasien-pasien rujukan oleh sarana kesehatan lain. Biasanya untuk diagnosis atau terapi, sedangkan perawatan selanjutnya tetap ditangani oleh sarana kesehatan yang merujuk.
4. Pelayanan bedah jalan (*ambulatory surgery services*) yakni memberikan pelayanan bedah yang dipulangkan pada hari yang sama.

Rawat inap (*opname*) adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Hodgetts, 1982).

Menurut Revans (1986) bahwa pasien yang masuk pada pelayanan rawat inap akan mengalami tingkat proses transformasi, yaitu (Revans, 1986):

1. Tahap *Admission*, yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan keyakinan dirawat tinggal di rumah sakit.
2. Tahap *Diagnosis*, yaitu pasien diperiksa dan ditegakan diagnosis-nya. Tahap *Treatment*, yaitu berdasarkan

diagnosis pasien dimasukkan dalam program perawatan dan therapi.

3. Tahap *Inspection*, yaitu secara continue diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan.
4. Tahap *Control*, yaitu setelah dianalisa kondisinya, pasien dipulangkan. pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk didiagnosa ulang.

E. Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat (*emergency care*) adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera (*imediately*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*). Unit kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan gawat darurat disebut dengan nama Unit Gawat Darurat (*emergency Unit*). Kegiatan yang menjadi tanggung jawab UGD banyak macamnya. Secara umum dapat dibedakan atas tiga macam (Azwar, 1996):

1. Menyelenggarakan pelayanan gawat darurat Bertujuan menyelamatkan kehidupan penderita, namun sering dimanfaatkan hanya untuk memperoleh mendapatkan pelayanan pertolongan pertama dan bahkan pelayanan rawat jalan.
2. Menyelenggarakan pelayanan penyeringan untuk kasus-kasus yang membutuhkan pelayanan rawat inap intensif. Merujuk kasus-kasus gawat darurat yang dinilai berat untuk memperoleh pelayanan rawat inap intensif.

3. Menyelenggarakan pelayanan informasi medis darurat. Menampung serta menjawab semua pertanyaan semua anggota masyarakat tentang segala sesuatu yang ada hubungannya dengan keadaan medis darurat (*emergency medical questions*).

F. Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas nya, rumah sakit mempunyai fungsi (UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit):

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Dalam menyelenggarakan fungsinya, maka Rumah Sakit umum menyelenggarakan kegiatan (UU 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit):

1. Pelayanan medis.
2. Pelayanan dan asuhan keperawatan.
3. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis.
4. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan.
5. Pendidikan, penelitian dan pengembangan.
6. Administrasi umum dan keuangan.

Rumah sakit diklasifikasikan berdasarkan berbagai kriteria sebagai berikut (Siregar & Amalia, 2004):

1. Berdasarkan kepemilikan, terdiri atas:
 - a. Rumah sakit pemerintah.
 - b. Rumah sakit swasta.
2. Berdasarkan jenis pelayanan, terdiri atas:
 - a. Rumah sakit umum.
 - b. Rumah sakit khusus.
3. Berdasarkan afiliasi pendidikan, terdiri atas:
 - a. Rumah sakit pendidikan.
 - b. Rumah sakit non pendidikan.

G. Pelayanan Dokter Keluarga

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat diselenggarakan banyak macamnya. Secara umum dapat dibedakan atas dua macam. Pertama, pelayanan kesehatan personal (*personal*

health services) atau sering disebut pula sebagai pelayanan kedokteran (*medical services*). Kedua, pelayanan kesehatan lingkungan (*environmental health services*) atau sering disebut pula sebagai pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) (Hodgetts dan Cascio, 1983). Menurut Leave and Clark (1953), jika pelayanan kesehatan tersebut terutama ditujukan untuk menyembuhkan penyakit (*curative*) dan memulihkan kesehatan (*rehabilitative*) disebut dengan nama pelayanan kedokteran. Sasaran utama pelayanan kedokteran adalah perseorangan dan keluarga (Leave and Clark, 1953).

Dokter keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan titik berat kepada keluarga, tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi sebagai bagian dari unit keluarga dan tidak hanya menanti secara pasif, tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya. Pelayanan Dokter Keluarga melibatkan Dokter Keluarga (DK) sebagai penyaring di tingkat primer, dokter Spesialis (DSp) di tingkat pelayanan sekunder, rumah sakit rujukan, dan pihak pendana yang kesemuanya bekerja sama dibawah naungan peraturan dan perundangan. Pelayanan diselenggarakan secara komprehensif, kontinu, integratif, holistik, koordinatif, dengan mengutamakan pencegahan, menimbang peran keluarga dan lingkungan serta pekerjaannya (Prasetyawati, 2011).

Pelayanan diberikan kepada semua pasien tanpa memandang jenis kelamin, usia ataupun jenis penyakitnya. Dokter keluarga harus mempunyai kompetensi khusus yang lebih dari pada seorang lulusan fakultas kedokteran pada umumnya.

kompetensi yang harus dimiliki oleh setiap Dokter Keluarga secara garis besarnya adalah (Prasetyawati, 2011):

1. Menguasai dan mampu menerapkan konsep operasional kedokteran keluarga.
2. Menguasai pengetahuan dan mampu menerapkan ketrampilan klinik dalam pelayanan kedokteran keluarga.
3. Menguasai ketrampilan berkomunikasi dan diharapkan dapat menyelenggarakan hubungan profesional dokter-pasien untuk:
 - a. Secara efektif berkomunikasi dengan pasien dan semua anggota keluarga dengan perhatian khusus terhadap peran dan risiko kesehatan keluarga.
 - b. Secara efektif memanfaatkan kemampuan keluarga untuk berkerjasama menyelesaikan masalah kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit, serta pengawasan dan pemantauan risiko kesehatan keluarga.
 - c. Dapat bekerjasama secara profesional secara harmonis dalam satu tim pada penyelenggaraan pelayanan kedokteran/kesehatan.

Batasan pelayanan dokter keluarga banyak macamnya. Dua di antaranya yang dipandang cukup penting adalah (Prasetyawati, 2011):

1. Pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran yang menyeluruh yang memusatkan pelayanannya kepada keluarga sebagai suatu unit, dimana tanggung jawab dokter terhadap pelayanan kesehatan tidak dibatasi oleh golongan

umur atau jenis kelamin pasien, juga tidak oleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu saja (*The American Academy of Family Physician, 1969*).

2. Pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan spesialis yang luas yang bertitik tolak dari suatu pokok ilmu yang dikembangkan dari berbagai disiplin ilmu lainnya terutama ilmu penyakit dalam, ilmu kesehatan anak, ilmu kebidanan dan kandungan, ilmu bedah serta ilmu kedokteran jiwa, yang secara keseluruhan membentuk kesatuan yang terpadu, diperkaya dengan ilmu perilaku, biologi dan ilmu-ilmu klinik, dan karenanya mampu mempersiapkan dokter untuk mempunyai peranan yang unik dalam menyelenggarakan penatalaksanaan pasien, penyelesaian masalah, pelayanan konseling, serta dapat bertindak sebagai dokter pribadi yang mengkoordinasikan seluruh pelayanan kesehatan (*The American Academy of Family Physician, 1969*).

Adapun tugas dokter keluarga adalah sebagai berikut (Prasetyawati, 2011):

1. Menyelenggarakan pelayanan primer secara paripurna menyuruh, dan bermutu guna penapisan untuk pelayanan spesialistik yang diperlukan.
2. Mendiagnosis secara cepat dan memberikan terapi secara cepat dan tepat.
3. Memberikan pelayanan kedokteran secara aktif kepada pasien pada saat sehat dan sakit.

4. Memberikan pelayanan kedokteran kepada individu dan keluarganya.
5. Membina keluarga pasien untuk berpartisipasi dalam upaya peningkatan taraf kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan rehabilitasi.
6. Menangani penyakit akut dan kronik.
7. Melakukan tindakan tahap awal kasus berat agar siap dikirim ke rumah sakit.
8. Tetap bertanggung-jawab atas pasien yang dirujuk ke Dokter Spesialis atau dirawat di RS.
9. Memantau pasien yang telah dirujuk atau di konsultasikan.
10. Bertindak sebagai mitra, penasihat dan konsultan bagi pasiennya.
11. Mengkoordinasikan pelayanan yang diperlukan untuk kepentingan pasien.
12. Menyelenggarakan rekam Medis yang memenuhi standar.
13. Melakukan penelitian untuk mengembang ilmu kedokteran secara umum dan ilmu kedokteran keluarga secara khusus.

Adapun wewenang dokter keluarga adalah sebagai berikut (Prasetyawati, 2011):

1. Menyelenggarakan Rekam Medis yang memenuhi standar.
2. Melaksanakan pendidikan kesehatan bagi masyarakat.
3. Melaksanakan tindak pencegahan penyakit.

4. Mengobati penyakit akut dan kronik di tingkat primer.
5. Mengatasi keadaan gawat darurat pada tingkat awal.
6. Melakukan tindak prabedah, beda minor, rawat pascabedah di unit pelayanan primer.
7. Melakukan perawatan sementara.
8. Menerbitkan surat keterangan medis.
9. Memberikan masukan untuk keperluan pasien rawat inap.
10. Memberikan perawatan dirumah untuk keadaan khusus.

H. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan sasaran utamanya adalah masyarakat. Oleh karena ruang lingkup pelayanan kesehatan masyarakat menyangkut kepentingan masyarakat banyak, maka peranan pemerintah dalam pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai bagian atau porsi yang besar. Namun karena keterbatasan sumber daya pemerintah, maka potensi masyarakat perlu digali atau diikutsertakan dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat tersebut. Mengalang potensi masyarakat mencakup 3 dimensi, yaitu (Notoadmojo, 2003):

1. Potensi masyarakat dalam arti komunitas (misalnya masyarakat RT, RW, Kelurahan dan sebagainya). Bentuk-bentuk partisipasi dan penggalian potensi masyarakat dalam pelayanan kesehatan masyarakat seperti adanya dana sehat,

urusan untuk PMT (Pembinaan Makanan Tambahan), untuk anak balita, dan sebagainya.

2. Menggalang potensi masyarakat melalui organisasi-organisasi masyarakat atau sering disebut Lembaga-lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Penyelenggaraan pelayanan-pelayanan kesehatan masyarakat oleh LSM-LSM pada hakikatnya merupakan bentuk partisipasi masyarakat dalam system pelayanan kesehatan masyarakat.
3. Menggalang potensi masyarakat melalui perusahaan-perusahaan swasta yang ikut membantu meringankan beban penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas, Balikesmas, dan sebagainya).

Ada beberapa ketentuan yang perlu diperhatikan dalam pelayanan kesehatan masyarakat, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta, antara lain (Notoadmojo, 2003):

1. Penanggung jawab. Pengawasan, standar pelayanan, dan sebagainya dalam pelayanan kesehatan masyarakat baik pemerintah (Puskesmas) maupun swasta (Balikesmas) berada di bawah koordinasi penanggung jawab seperti Departemen Kesehatan.
2. Standar pelayanan. Pelayanan kesehatan masyarakat, baik pemerintah maupun swasta harus berdasarkan pada suatu standar tertentu. Di Indonesia standar ini telah ditetapkan oleh Departemene Kesehatan, dengan adanya Buku Pedoman Puskesmas.

3. Hubungan kerja. Dalam hal ini harus ada pembagian kerja yang jelas antara bagian satu dengan yang lain. Artinya, fasilitas kesehatan harus mempunyai struktur organisasi yang jelas yang menggambarkan hubungan kerja baik horizontal maupun vertikal.
4. Pengorganisasian potensi masyarakat. Keikutsertaan masyarakat atau pengorganisasian masyarakat ini penting, karena adanya keterbatasan sumber-sumber daya penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat.

Untuk memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada seluruh masyarakat, maka berikut ini akan dipaparkan beberapa program pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu (Notoadmojo, 2003):

1. Puskesmas.
2. Keluarga Berencana (KB).
3. Kesehatan Ibu dan Anak.
4. Kesehatan sekolah.
5. Kesehatan gigi dan mulut.
6. Kesehatan jiwa.
7. Laboratorium sederhana.
8. Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD).
9. Program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.
10. Pencegahan dan pemberantasan penyakit tak menular.
11. Program perbaikan gizi.
12. Program peningkatan kesehatan lingkungan.

I. Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat):

1. Masyarakat memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat.
2. Masyarakat mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu hidup dalam lingkungan sehat.
3. Masyarakat memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat):

1. Paradigma sehat.
2. Pertanggungjawaban wilayah.
3. Kemandirian masyarakat.
4. Pemerataan.
5. Teknologi tepat guna.
6. Keterpaduan dan kesinambungan.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya

kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan fungsi (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat):

1. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya.
2. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat):

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.

8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan.
9. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat):

1. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara omprehensif, berkesinambungan dan bermutu.
2. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
3. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
4. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung.
5. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi.
6. Melaksanakan rekam medis.
7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan.
8. Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan.
9. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.
10. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

BAB VIII

SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang subsistem pembiayaan kesehatan

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang batasan biaya kesehatan
2. Mampu menjelaskan tentang sumber biaya kesehatan
3. Mampu menjelaskan tentang macam-macam biaya kesehatan
4. Mampu menjelaskan tentang syarat pokok pembiayaan kesehatan
5. Mampu menjelaskan tentang masalah pokok pembiayaan kesehatan
6. Mampu menjelaskan tentang upaya penyelesaian masalah pembiayaan
7. Mampu menjelaskan tentang tarif pelayanan

8. Mampu menjelaskan tentang asuransi kesehatan
9. Mampu menjelaskan tentang biaya pelayanan kesehatan masyarakat

A. Batasan Biaya Kesehatan

Sub sistem pembiayaan kesehatan merupakan salah satu bidang ilmu dari ekonomi kesehatan (*health economy*). Yang dimaksud dengan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dari batasan ini segera terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut, yaitu (Lubis, 2009):

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan (*health provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dengan pengertian yang seperti ini tampak bahwa kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan atau pun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan.

2. Pemakai Jasa Pelayanan

Biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Berbeda dengan pengertian pertama, maka biaya kesehatan di sini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-

batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Pengertian biaya kesehatan tidaklah sama antara penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) dengan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*). Bagi penyedia pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan, bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan upaya kesehatan. Sesuai dengan terdapatnya perbedaan pengertian yang seperti ini, tentu mudah diperkirakan bahwa besarnya dana yang dihitung sebagai biaya kesehatan tidaklah sama antara pemakai jasa pelayanan dengan penyedia pelayanan kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*) yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

B. Sumber Biaya Kesehatan

Sumber pembiayaan untuk penyediaan fasilitas-fasilitas kesehatan melibatkan dua pihak utama yaitu pemerintah (*public*) dan swasta (*private*). Di sebagian besar wilayah Indonesia, sektor swasta mendominasi penyediaan fasilitas

kesehatan, lebih dari setengah rumah sakit yang tersedia merupakan rumah sakit swasta, dan sekitar 30-50% segala bentuk pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak swasta. Hal ini tentunya akan menjadi kendala, terutama bagi masyarakat golongan menengah ke bawah. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan jika menggunakan fasilitas-fasilitas kesehatan swasta tidak sebanding dengan kemampuan ekonomi sebagian besar masyarakat Indonesia yang tergolong menengah ke bawah (Lubis, 2009).

Sumber biaya kesehatan tidaklah sama antara satu negara dengan negara lain. Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut (Lubis, 2009):

1. Bersumber dari anggaran pemerintah

Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar. Contohnya, dana dari pemerintah pusat dan provinsi.

2. Bersumber dari anggaran masyarakat

Sistem ini mengharapakan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan

alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut. Contohnya, *Corporate Social Responsibility* (CSR) dan pengeluaran rumah tangga baik yang dibayarkan tunai atau melalui sistem asuransi.

3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri

Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit-penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain. Misalnya bantuan dana dari luar negeri untuk penanganan HIV dan virus H5N1 yang diberikan oleh WHO kepada negara-negara berkembang (termasuk Indonesia).

4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan-kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan.

Adanya keikutsertaan masyarakat menyelenggarakan pelayanan kesehatan, maka ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Selanjutnya dengan diikutsertakannya masyarakat membiayai pemanfaatan pelayanan kesehatan, maka pelayanan kesehatan tidaklah cuma-cuma. Masyarakat diharuskan membayar

pelayanan kesehatan yang dimanfaatkannya. Sekalipun pada saat ini makin banyak saja negara yang mengikutsertakan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, namun tidak ditemukan satu negara pun yang pemerintah sepenuhnya tidak ikut serta (Lubis, 2009).

Pada negara yang peranan swastanya sangat dominan pun peranan pemerintah tetap ditemukan. Paling tidak dalam membiayai upaya kesehatan masyarakat, dan ataupun membiayai pelayanan kedokteran yang menyangkut kepentingan masyarakat yang kurang mampu (Lubis, 2009).

C. Macam-macam Biaya Kesehatan

Biaya kesehatan banyak macamnya karena semuanya tergantung dari jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan atau dimanfaatkan. Hanya saja disesuaikan dengan pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan tersebut secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni (Lubis, 2009):

1. Biaya pelayanan kedokteran

Biaya yang dimaksudkan di sini adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.

2. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat

Biaya yang dimaksudkan di sini adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yakni yang tujuan

utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit. Sama halnya dengan biaya kesehatan secara keseluruhan, maka masing-masing biaya kesehatan ini dapat pula ditinjau dari dua sudut yakni dari sudut penyelenggara kesehatan (*health provider*) dan dari sudut pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*).

D. Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan

Suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok yakni (Lubis, 2009):

1. Jumlah

Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

2. Penyebaran

Berupa penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, niscaya akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

3. Pemanfaatan

Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapat pengaturan yang optimal, niscaya akan banyak menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat melaksanakan syarat-syarat pokok tersebut maka perlu dilakukan beberapa hal, yaitu (Lubis, 2009):

1. Peningkatan Efektifitas

Peningkatan efektifitas dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Berdasarkan pengalaman yang dimiliki, maka alokasi tersebut lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya mengutamakan upaya pencegahan, bukan pengobatan penyakit.

2. Peningkatan Efisiensi

Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian. Mekanisme yang dimaksud untuk peningkatan efisiensi antara lain:

- a. Standar minimal pelayanan. Tujuannya adalah menghindari pemborosan. Pada dasarnya ada dua macam standar minimal yang sering dipergunakan yakni:
 - Standar minimal sarana, misalnya standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium.
 - Standar minimal tindakan, misalnya tata cara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obat esensial.

Dengan adanya standard minimal pelayanan ini, bukan saja pemborosan dapat dihindari dan dengan demikian akan ditingkatkan efisiensinya, tetapi juga sekaligus dapat pula dipakai sebagai pedoman dalam menilai mutu pelayanan.

- b. Kerjasama. Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi ialah memperkenalkan konsep kerjasama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan. Terdapat dua bentuk kerjasama yang dapat dilakukan yakni:
- Kerjasama institusi, misalnya sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama ini dapat dihematkan dana yang tersedia serta dapat pula dihindari penggunaan peralatan yang rendah. Dengan demikian efisiensi juga akan meningkat.
 - Kerjasama sistem, misalnya sistem rujukan, yakni adanya hubungan kerjasama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya.

E. Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan

Akibat makin meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan juga karena telah dipergunakannya berbagai peralatan canggih, menyebabkan pelayanan kesehatan semakin bertambah kompleks. Kesemuanya ini disatu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan yakni makin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, namun di pihak lain ternyata juga mendatangkan banyak masalah. Adapun berbagai masalah tersebut jika ditinjau dari sudut pembiayaan kesehatan secara sederhana dapat disimpulkan sebagai berikut (Ali Imran, 2013):

1. Kurangnya dana yang tersedia

Banyak negara terutama di negara yang sedang berkembang, dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidaklah memadai. Rendahnya alokasi anggaran ini kait berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan dari pengambilan keputusan menganggap pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif melainkan bersifat konsumtif dan karena itu kurang diprioritaskan.

2. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Masalah lain yang dihadapi ialah penyebaran dana yang tidak sesuai, karena kebanyakan justru beredar di daerah perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk, terutama di negara yang sedang berkembang, kebanyakan penduduk bertempat tinggal di daerah pedesaan.

3. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Pemanfaatan dana yang tidak tepat juga merupakan salah satu masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan ini. Adalah mengejutkan bahwa di banyak negara ternyata biaya pelayanan kedokterannya jauh lebih tinggi dari pada pelayanan kesehatan masyarakat. Padahal semua pihak telah mengetahui bahwa pelayanan kedokteran dipandang kurang efektif dari pada pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Pengelolaan dana yang belum sempurna

Apabila dana yang tersedia amat terbatas, penyebaran dan pemanfaatannya belum begitu sempurna, namun jika yang dimiliki tersebut dapat dikelola dengan baik, dalam batas-batas

tertentu tujuan dari pelayanan kesehatan masih dapat dicapai. Namun, hal yang seperti ini sulit diwujudkan. Penyebab utamanya ialah karena pengelolaannya memang belum sempurna, yang kait berkait tidak hanya dengan pengetahuan dan keterampilan yang masih terbatas, tetapi juga ada kaitannya dengan sikap mental para pengelola.

5. Biaya kesehatan yang makin meningkat

Masalah lain yang dihadapi oleh pembiayaan kesehatan ialah makin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan itu sendiri. Banyak penyebab yang berperan di sini, beberapa yang terpenting adalah (Feldstein, 1988):

- a. Tingkat inflasi. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan biaya operasional pelayanan kesehatan masyarakat akan meningkat.
- b. Tingkat permintaan. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditemukan di masyarakat. Untuk bidang kesehatan peningkatan permintaan tersebut dipengaruhi setidaknya oleh dua faktor. Pertama, karena meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlah orangnya lebih banyak menyebabkan biaya yang harus disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan akan lebih banyak pula. Kedua, karena meningkatnya kualitas penduduk, yang karena pendidikan dan penghasilannya lebih baik, membutuhkan pelayanan

kesehatan yang lebih baik pula. Kedua keadaan yang seperti ini, tentu akan besar pengaruhnya pada peningkatan biaya kesehatan.

- c. Kemajuan ilmu dan teknologi. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai ilmu dan teknologi, yang untuk pelayanan kesehatan ditandai dengan makin banyaknya dipergunakan berbagai peralatan modern dan canggih.
- d. Perubahan pola penyakit. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh terjadinya perubahan pola penyakit dimasyarakat. Jika dahulu banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat akut, maka pada saat ini telah banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan berbagai penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ini ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit akan lebih banyak pula. Apabila penyakit yang seperti ini banyak ditemukan, tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan akan meningkat dengan pesat.
- e. Perubahan pola pelayanan kesehatan. Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola pelayanan kesehatan. Pada saat ini sebagai akibat dari perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health services*) dan satu sama lain tidak berhubungan. Akibatnya, tidak mengherankan jika kemudian sering dilakukan pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang

yang pada akhirnya akan membebani pasien. Lebih dari pada itu sebagai akibat makin banyak dipergunakannya para spesialis dan subspecialis menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat. Penelitian yang dilakukan Olell Feklstein (1971) menyebutkan jika Rumah Sakit lebih banyak mempergunakan dokter umum, maka Rumah Sakit tersebut akan berhasil menghemat tidak kurang dari US\$ 39.000 per tahun per dokter umum, dibandingkan jika Rumah Sakit tersebut mempergunakan dokter spesialis dan atau subspecialis.

F. Upaya Penyelesaian Masalah Pembiayaan

Untuk mengatasi berbagai masalah sebagaimana dikemukakan, telah dilakukan berbagai upaya penyelesaian yang memungkinkan. Berbagai upaya yang dimaksud secara sederhana dapat dibedakan atas beberapa macam yakni (Ali Imran, 2013):

1. Upaya meningkatkan jumlah dana
 - a. Terhadap pemerintah, meningkatkan alokasi biaya kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara.
 - b. Terhadap badan-badan lain di luar pemerintah, menghimpun dana dari sumber masyarakat serta bantuan luar negeri.
2. Upaya memperbaiki penyebaran, pemanfaatan dan pengelolaan dana

- a. Penyempurnaan sistem pelayanan, misalnya lebih mengutamakan pelayanan kesehatan masyarakat dan atau melaksanakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu.
 - b. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga pengelola.
3. Upaya mengendalikan biaya kesehatan
- a. Memperlakukan peraturan sertifikasi kebutuhan, dimana penambahan sarana atau fasilitas kesehatan hanya dapat dibenarkan jika dibuktikan dengan adanya kebutuhan masyarakat. Dengan diberlaluakannya peraturan ini maka dapat dihindari berdiri atau dibelinya berbagai sarana kesehatan secara berlebihan.
 - b. Memperlakukan peraturan studi kelayakan, dimana penambahan sarana dan fasilitas yang baru hanya dibenarkan apabila dapat dibuktikan bahwa sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dapat menyelenggarakan kegiatannya dengan tarif pelayanan yang bersifat sosial.
 - c. Memperlakukan peraturan pengembangan yang terencana, dimana penambahan sarana dan fasilitas kesehatan hanya dapat dibenarkan apabila sesuai dengan rencana pengembangan yang sebelumnya telah disetujui pemerintah.
 - d. Menetapkan standar baku pelayanan, diman pelayanan kesehatan hanya dibenarkan untuk diselenggarakan

jika tidak menyimpang dari standar baku yang telah ditetapkan.

- e. Menyelenggarakan program menjaga mutu.
- f. Menyelenggarakan peraturan tarif pelayanan.
- g. Asuransi kesehatan.

G. Tarif Pelayanan Kesehatan

Tarif adalah salah satu penerimaan dari rumah sakit selain dari: hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain, APBD, APBN, hasil investasi, dan lain-lain. Tarif merupakan sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan medik dan non medik yang dibebankan kepada masyarakat sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterimanya. Dimana pengenaan tarif rumah sakit ini tidak dimaksudkan untuk mencari laba dan ditetapkan dengan asas gotong royong dan adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat yang berpenghasilan rendah atau masyarakat miskin. Adapun dasar pengenaan tarif rumah sakit ditetapkan atas dasar jenis pelayanan, klasifikasi rumah sakit, tingkat kecanggihan pelayanan dan kelas perawatan (Trisnantoro, 2009).

Tarif rumah sakit merupakan aspek yang sangat diperhatikan baik oleh rumah sakit swasta maupun rumah sakit pemerintah. Bagi sebagian rumah sakit pemerintah, tarif memang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menkes atau Pemerintah Daerah. Hal ini menunjukkan adanya kontrol ketat pemerintah sebagai pemilik terhadap rumah sakit sebagai firma atau pelaku usaha. Akan tetapi disadari bahwa tarif pemerintah

pada umumnya mempunyai *cost-recovery* (pemulihan biaya) yang rendah. Apabila tarif mempunyai tingkat pemulihan biaya rendah diberlakukan pada kelas layanan bawah (misalnya kelas III) maka hal tersebut merupakan sesuatu yang layak, sehingga terjadi subsidi pemerintah bagi masyarakat miskin untuk menggunakan pelayanan rumah sakit. Akan tetapi, apabila tingkat pemulihan biaya ternyata juga rendah untuk kelas VIP misalnya, maka dapat terjadi subsidi untuk masyarakat atas (Trisnantoro, 2009).

Adanya penggolongan rumah sakit berdasarkan pemiliknya maka penanganan penetapan tarif dan tujuan penetapan tersebut dipengaruhi oleh pemiliknya, sehingga dengan latar belakang kepemilikan tersebut, tarif dapat ditetapkan dengan berbagai tujuan sebagai berikut (Trisnantoro, 2009):

1. Pemulihan Biaya

Tarif dapat ditetapkan untuk meningkatkan pemulihan biaya rumah sakit. Keadaan ini terutama terdapat pada rumah sakit pemerintah yang semakin lama semakin berkurang subsidi. Pada masa lalu, kebijakan swadana rumah sakit pemerintah pusat ditetapkan berdasarkan pemulihan biaya (*cost recovery*). Oleh karena itu, muncul pendapat yang menyatakan bahwa kebijakan swadana berkaitan dengan naiknya tarif rumah sakit.

2. Subsidi silang

Dalam manajemen rumah sakit diharapkan ada kebijakan agar masyarakat ekonomi kuat dapat ikut meringankan pembiayaan pelayanan rumah sakit bagi masyarakat

ekonomi lemah. Dengan konsep subsidi silang ini maka tarif bangsal VIP atau kelas 1 harus berada diatas unit cost agar surplusnya dapat dipakai untuk mengatasi kerugian di bangsal kelas III. Selain subsidi silang berbasis pada ekonomi, rumah sakit juga diharapkan melakukan kebijakan penetapan tarif yang berbeda pada bagian-bagiannya. Sebagai contoh, Instalasi Rawat Darurat (IRD) mempunyai potensi sebagai bagian yang mendatangkan kerugian. Oleh karena itu, perlu disubsidi oleh bagian lain yang mempunyai potensi mendatangkan keuntungan, misalnya instalasi farmasi. Kebijakan subsidi silang ini secara praktis sulit dilakukan karena terjadi tarif rumah sakit yang melakukan subsidi silang jauh berada di atas tarif pesaingnya. Apabila rumah sakit memaksakan melakukan subsidi silang dari tarif-tarif yang ada dikhawatirkan akan terjadi penurunan mutu pelayanan dalam jangka panjang dibandingkan dengan rumah sakit yang tidak mempunyai tujuan untuk subsidi silang (Trisnantoro, 2009).

3. Meningkatkan Akses Pelayanan

Ada suatu rumah sakit mempunyai misi untuk melayani masyarakat miskin. Oleh karena itu, pemerintah atau pemilik rumah sakit ini mempunyai kebijakan penetapan tarif serendah mungkin. Diharapkan dengan tarif yang rendah maka akses orang miskin menjadi lebih baik. Akan tetapi, patut diperhatikan bahwa akses tinggi belum berarti menjamin mutu pelayanan yang baik. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa mutu pelayanan rumah sakit pemerintah rendah mutu pelayanan yang baik. Berbagai

penelitian menunjukkan bahwa mutu pelayanan rumah sakit pemerintah rendah akibat subsidi pemerintah terbatas dan tarif rumah sakit rendah dengan sistem manajemen yang birokratis. Kegagalan pemerintah memberikan subsidi cukup bagi biaya operasional dan pemeliharaan rumah sakit yang mempunyai tarif rendah menyebabkan mutu pelayanan rumah sakit semakin rendah memberikan subsidi cukup bagi biaya operasional dan pemeliharaan rumah sakit yang mempunyai tarif rendah menyebabkan mutu pelayanan rumah sakit semakin rendah secara berkesinambungan (Trisnantoro, 2009).

4. Meningkatkan Mutu Pelayanan

Pada berbagai rumah sakit pemerintah daerah, kebijakan penetapan tarif pada bangsal VIP dilakukan berdasarkan pertimbangan untuk peningkatan mutu pelayanan dan peningkatan kepuasan kerja dokter spesialis, sebagai contoh, bangsal VIP dibangun untuk mengurangi waktu spesialis di rumah sakit swasta. Terlalu lamanya waktu yang dipergunakan dokter spesialis pemerintah di rumah sakit swasta dapat pemerintah di rumah sakit swasta dapat mengurangi mutu pelayanan (Trisnantoro, 2009).

5. Untuk Tujuan Lain

Beberapa tujuan lainnya, misalnya mengurangi pesaing, memaksimalkan pendapatan, menciptakan *corporate image*. Penetapan tarif untuk mengurangi pesaing dapat dilakukan untuk mencegah adanya rumah sakit yang baru yang akan menjadi pesaing. Dengan cara ini, rumah

sakit yang sudah terlebih dahulu beroperasi mempunyai strategi agar tarifnya tidak sama dengan rumah sakit baru. Penetapan tarif untuk memperbesar keuntungan dapat dilakukan pada pasar rumah sakit yang cenderung dikuasai satu rumah sakit (monopoli). Oleh karena itu, penetapan tarif dapat dilakukan dengan tujuan memaksimalkan pendapatan. Tanpa kehadiran pesaing dalam suasana pasar dengan demand tinggi, maka tarif dapat dipasang pada tingkat yang setinggi-tingginya, sehingga dapat meningkatkan surplus secara maksimal.

Penetapan tarif yang bertujuan minimalisasi penggunaan pelayanan, mengurangi pemakaian, tarif dapat ditetapkan secara tinggi. Sebagai contoh, tarif pemeriksaan umum pada rumah sakit pemerintah ditetapkan jauh lebih dibandingkan dengan pelayanan serupa di Puskesmas. Dengan cara ini, maka fungsi rujukan dapat ditingkatkan sehingga masyarakat hanya menggunakan rumah sakit apabila perlu saja (Trisnantoro, 2009).

Penetapan tarif dengan tujuan menciptakan *Corporate Image* adalah penetapan tarif yang ditetapkan dengan tujuan meningkatkan citra sebagai rumah sakit golongan masyarakat kelas atas. Sebagai contoh, berbagai rumah sakit di Jakarta menetapkan tarif bangsal super VIP dengan nilai yang sangat tinggi. Timbul kesan seolah-olah berlomba untuk mendapatkan citra rumah sakit paling mewah. Pengenaan tarif pada rumah sakit umum daerah khususnya kelas III harus sesuai dengan Undang-undang Rumah Sakit Tahun 2009

pada Pasal 50 ayat 2 dimana besaran tarif pada kelas III yang dikelola Pemerintah Daerah ditetapkan dengan Peraturan Daerah. Selanjutnya bila dilihat pada Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan badan Layanan Umum pada Pasal 9 disebutkan bahwa BLU dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang / jasa layanan yang diberikan, yang disusun atas dasar perhitungan biaya per unit layanan atau hasil per investasi dana (Trisnantoro, 2009).

Pada prosedur penetapan tarif diusulkan oleh BLU kepada menteri/pimpinan lembaga/kepada SKPD yang sesuai dengan kewenangannya, kemudian usul tarif layanan dari menteri/pimpinan lembaga/ kepala SKPD selanjutnya ditetapkan oleh Menteri Keuangan/gubernur/bupati/walikota sesuai dengan kewenangannya. Dalam penetapan tarif bagi BLU harus mempertimbangkan: kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, asas keadilan dan kepatutan, kompetisi yang sehat (Trisnantoro, 2009).

H. Asuransi Kesehatan

Asuransi adalah memastikan bahwa seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya karena ada pihak yang akan menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya (Hasbullah, 2001). Asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan risiko (sakit) dari risiko perorangan menjadi risiko kelompok. Dengan cara tersebut, beban ekonomi yang harus dipikul

oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan (Hasbullah, 2001). Selain itu, asuransi kesehatan merupakan sistem pembiayaan kesehatan yang paling tepat untuk dapat menjamin kelangsungan pemeliharaan kesehatan masyarakat (Januraga, 2010).

Manfaat asuransi kesehatan adalah mendekatkan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, membantu mengubah sesuatu yang tidak pasti menjadi pasti dan terencana khususnya dalam hal pembiayaan kesehatan, membantu mengurangi risiko perorangan menjadi risiko kelompok melalui mekanisme membagi risiko atau *risk sharing* antara mereka yang berisiko tinggi dan rendah (Djuhaeni, 2007). Secara universal, beberapa jenis asuransi kesehatan yang berkembang di Indonesia (Djuhaeni, 2007):

1. Asuransi Kesehatan Sosial (*Social Health Insurance*)

Asuransi ini memegang teguh prinsipnya bahwa kesehatan adalah sebuah pelayanan sosial, pelayanan kesehatan tidak boleh semata-mata diberikan berdasarkan status sosial masyarakat sehingga semua lapisan berhak untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan (Suryono, 1992). Asuransi kesehatan sosial dilaksanakan menggunakan prinsip:

- a. Keikutsertaan bersifat wajib.
- b. Menyertakan tenaga kerja dan keluarganya.
- c. Iuran/premi berdasarkan gaji/pendapatan. Untuk Askes menetapkan 2% dari gaji pokok PNS.

- d. Premi untuk tenaga kerja ditanggung bersama (50%) oleh pemberi kerja dan tenaga kerja.
 - e. Premi tidak ditentukan oleh risiko perorangan tetapi didasarkan pada risiko kelompok.
 - f. Tidak diperlukan pemeriksaan kesehatan awal.
 - g. Jaminan pemeliharaan kesehatan bersifat menyeluruh.
2. Asuransi Kesehatan Komersial

Private insurance atau asuransi kesehatan komersial menurut UU No 2 Tahun 1992 tentang usaha perasuransian adalah suatu perjanjian asuransi yang bersifat sukarela, diselenggarakan atas kehendak pribadi dengan maksud untuk melindungi dirinya dari kemungkinan terjadi kerugian karena suatu peristiwa yang tidak tertentu. Pada umumnya *private insurance* diusahakan oleh perusahaan swasta, firma, maupun pemerintah (Thabrany, 2001).

I. Biaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Dalam pembiayaan kesehatan suatu negara selalu mempertimbangkan keikutsetaan sektor swasta yang ikut berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Dari sisi pemerintah, pembiayaan kesehatan dihitung pada besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi semua warga negaranya, pengeluaran dana oleh pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak diperhitungkan sehingga total pembiayaan kesehatan Indonesia adalah jumlah biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah ditambah dengan jumlah

dana yang dikeluarkan oleh pengguna jasa pelayanan kesehatan untuk sektor swasta (Arianto, 2012).

Menurut Azrul Azwar (1996), biaya kesehatan digolongkan menjadi biaya pelayanan kedokteran dan biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat adalah biaya yang dikeluarkan dalam penyelenggaraan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat dengan tujuan utama lebih ke upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit (aspek promotif dan rehabilitatif) dengan sumber dana utama dari pemerintah (Azwar, 1996).

Sekalipun keikutsertaan masyarakat pada pembiayaan kesehatan masyarakat adalah penting, namun jika ditinjau dari kompleksitas masalah kesehatan masyarakat, tampak sumber biaya yang terpenting adalah Pemerintah. Sejalan dengan besarnya peranan pemerintah dalam pembiayaan kesehatan masyarakat, maka mekanisme pembiayaan yang diterapkan, umumnya mengikuti system dan atau mekanisme pemerintahan. Untuk ini, tergantung dari system pemerintah yang dianut, mekanisme pembiayaan yang berlaku dapat beraneka macam. Jika disederhanakan, secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu (Azwar, 1996):

1. Mekanisme Pembiayaan Sentralisasi

Pada Negara yang menganut asas sentralisasi, semua biaya pelayanan kesehatan ditanggung oleh pemerintah pusat. Dana tersebut sesuai dengan hirarki pemerintahan yang berlaku, disalurkan secara berjenjang ke institusi yang diserahkan

tanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat.

2. Mekanisme pembiayaan desentralisasi

Pada Negara yang menganut asas desentralisasi, semua biaya pelayanan kesehatan masyarakat ditanggung oleh pemerintah daerah. Tergantung pula dari system pemerintah yang dianut, maka peranan pemerintah daerah ini dapat dibedakan pula atas dua macam yakni:

a. Otonom

Disini tanggung jawab pemerintah daerah adalah sepenuhnya termasuk dalam hal melakukan hal kebijakan.

b. Semi Otonom

Disini tanggung jawab pemerintah daerah bersifat terbatas karena lazimnya sepanjang yang bersifat kebijakan masih mendapat pengaturan dari pemerintah pusat.

Untuk Indonesia sesuai dengan undang-undang No.5 tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Pemerintahan Daerah, tanggung jawab, penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, dan arena itu juga pembiayaannya, berada ditangan pemerintah daerah. Hanya saja karena banyak hal, kemampuan yang dimiliki oleh pemerintah daerah masih terbatas, menyebabkan uluran tangan pemerintah pusat masih banyak ditemukan. Sesuai dengan keadaan yang seperti ini, maka mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia secara umum dapat dibedakan atas tiga macam yakni (Azwar, 1996):

1. Mengikuti Asas Desentralisasi

Sesuai dengan UU No.5 tahun 1974 , biaya pelayanan kesehatan masyarakat sepenuhnya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah.

2. Mengikuti Asas Dekonsentrasi

Akibat kemampuan pemerintah daerah masih terbatas, maka beberapa program tertentu masih menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat. Mekanisme pembiayaan yang seperti ini dikenal dengan asas dekonsentrasi.

3. Mengikuti Asas Perbantuan

Sama halnya dengan asas dekonsentrasi, sebagai akibat ketidak-mampuan, menyebabkan Pemerintah Daerah belum dapat melaksanakan beberapa program tertentu. Upaya penyelesaiannya bukan menarik tanggung jawab tersebut ke Pemerintah Pusat melainkan Pemerintah Pusat memberikan bantuan kepada Pemerintah Daerah. Mekanisme pembiayaan yang seperti ini dikenal dengan nama asas perbantuan (*medebewind*).

BAB IX

PEMBANGUNAN KESEHATAN SAAT INI

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang pembangunan kesehatan saat ini

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang gambaran upaya pembangunan kesehatan di Indonesia
2. Mampu menjelaskan tentang isu-isu dan masalah pokok kesehatan di Indonesia
3. Mampu menjelaskan tentang upaya penyelesaian masalah kesehatan yang terjadi
4. Mampu menjelaskan tentang fokus pembangunan kesehatan di Indonesia

A. Gambaran Upaya Pembangunan Kesehatan di Indonesia

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Pembangunan kesehatan harus diimbangi dengan intervensi perilaku yang memungkinkan masyarakat lebih sadar, mau, dan mampu melakukan hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*) (Robert, 2005).

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai penduduk yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia (Sarwono, 2004). Adapun tujuan utama dari pembangunan kesehatan yaitu (Depkes RI, 2015):

1. Peningkatan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan.
2. Perbaikan mutu lingkungan hidup yang dapat menjamin kesehatan.

3. Peningkatan status gizi masyarakat.
4. Pengurangan kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas).
5. Pengembangan keluarga sehat sejahtera.

Upaya Pembangunan Kesehatan

Adapun upaya pembangunan kesehatan yang dilakukan adalah sebagai berikut (Abu Bakar, 2002):

1. Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai lanjut usia.
2. Meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat.
3. Mengembangkan sistem jaminan sosial tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja untuk mendapatkan perlindungan, keamanan, dan keselamatan kerja yang memadai, yang pengelolannya melibatkan pemerintah, perusahaan dan pekerja.
4. Membangun ketahanan sosial yang mampu memberi bantuan penyelamatan dan pemberdayaann terhadap penyandang masalah kesejahteraan sosial dan korban

bencana serta mencegah timbulnya gizi buruk dan turunnya kualitas generasi muda.

5. Membangun apresiasi terhadap penduduk lanjut usia dan veteran untuk menjaga harkat martabatnya serta memanfaatkan pengalamannya.
6. Meningkatkan kepedulian terhadap penyandang cacat, fakir miskin dan anak-anak terlantar, serta kelompok rentan sosial melalui penyediaan lapangan kerja yang seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
7. Meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian, peningkatan kualitas program keluarga berencana.
8. Memberantas secara sistematis perdagangan dan penyalahgunaan narkotik dan obat-obatan terlarang dengan memberikan sanksi yang seberat-beratnya kepada produsen, pengedar dan pemakai.

B. Isu-isu dan Masalah Pokok Kesehatan di Indonesia

Isu strategis bidang kesehatan masyarakat menurut laporan statistik WHO tahun 2008 adalah sebagai berikut (Mubarak, 2012):

1. Kemajuan dalam mencapai MDG's poin 5 (peningkatan kesehatan ibu) yaitu kematian ibu. Rasio kematian ibu secara total menurun 5,4% (target MGD's 5,5%) dari tahun 1990 s/d 2005, dengan penurunan rata-rata 0,4% per tahun.

2. Kesenjangan cakupan dan ketidaksetaraan dalam pelayanan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak. Terdapat perbedaan antara yang diobservasi dengan idealnya dengan 4 area intervensi yaitu KB, imunisasi, perawatan ibu dan bayi baru lahir dan pengobatan anak sakit. Survei dari 54 negara menunjukkan 18 negara mengalami kesenjangan mencapai 50% bahkan lebih, antara 30% dan 49% di 29 negara dan kurang dari 30% di 7 negara.
3. Perkiraan HIV/AIDS yang cenderung menurun. Jumlah ODHA terus meningkat tapi lebih rendah dari perkiraan sebelumnya. Data yang ada sekarang menunjukkan bahwa prevalensi HIV mencapai puncak mendekati 6% sekitar tahun 2000 dan menurun sekitar 5% tahun 2007, hal ini merefleksikan bentuk perubahan yang signifikan dari perilaku beresiko tinggi tapi juga akibat kematangan pandemi HIV di Sub Sahara Afrika.
4. Kemajuan dalam memerangi malaria. Dengan indikator proporsi dari daerah berisiko menggunakan pencegahan dan pengobatan yang efektif dan mengurangi kejadian dan kematian akibat malaria berupa peningkatan penggunaan ITN (*Insecticide Treated Nett*).
5. Penurunan kematian akibat tembakau. Kematian akibat tembakau/rokok adalah penyakit jantung, *stroke*, dan lainnya, dan tembakau/rokok menyumbang 10% dari kematian seluruh dunia.
6. Kanker payudara dalam skrining dan kematiannya. Skrining menggunakan mamografi pada wanita umur 50-69 tahun

dapat mengurangi kematian akibat kanker payudara sebesar 15-25%.

7. *Trend* kematian yang menurun dan umur harapan hidup di Eropa.
8. Monitoring KLB terutama *meningococcal meningitis* di Afrika.
9. *Trend* masa depan angka kematian dilihat dari penyebab kematiannya. Penyakit jantung iskemik (14,2%), stroke (12,1%), COPD (8,6%) infeksi saluran pernafasan bawah (3,8%), kecelakaan lalu lintas (3,6%), kanker trakea bronkus (3,4%), DM (3,3%), *hypertension heart disease* (2,1%) *stomach cancer* (1,9%), dan HIV/AIDS (1,8%).
10. Penurunan kemiskinan dan pengeluaran biaya pelayanan kesehatan *catastropic*. Belanja perawatan kesehatan *catastropic* terjadi di negara dengan semua tingkatan dan banyak terjadi di negara pendapatannya menengah kebawah dan lebih parah pada negara miskin.

Di Indonesia masih banyak kasus penyakit menular, meningkatnya macam penyakit degeneratif dan munculnya penyakit baru. Menurut SDKI 2002-2003, AKI sebesar 307/100.000 kelahiran hidup, AKB 35/1.000 kelahiran hidup. Target Kemenkes 2009, AKI dari 307 menjadi 226/100.000 kelahiran hidup, AKB dari 35 menjadi 26/1.000 kelahiran hidup, prevalensi gizi kurang pada balita dari 25,8% menjadi 20% dan UHH dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun. Salah satu strateginya adalah dengan menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat dengan membentuk desa

siaga dengan menempatkan bidan dan melatih kader dari masyarakat. Upaya terobosannya berupa pembentukan poskestren, dasipena, dewan kesehatan rakyat, jamkesmas, jaminan ketersediaan dan stabilisasi harga obat, revitalisasi Puskesmas, percepatan pembangunan kesehatan di Papua dan reformasi di WHO (Mubarak, 2012).

Tantangan yang dapat menghambat pencapaian sasaran pembangunan tersebut diantaranya lingkungan (sosial ekonomi dan alam), disparietas pembiayaan pembangunan kesehatan, kerjasama lintas sektor, desentralisasi masih belum sempurna, distribusi nakes belum merata. Penyelenggaraan upaya kesehatan secara paripurna harus dapat memberikan keseimbangan antara upaya pelayanan secara preventif, promotif, kuravif dan rehabilitatif secara terpadu dan berkesinambungan (Notoadmojo, 2007).

Dalam kegiatan *problem solving* bidang kesehatan masyarakat, diperlukan upaya-upaya menemukan dan memecahkan masalah kesehatan masyarakat, melakukan surveilans, maupun monitoring masalah kesehatan masyarakat yang ada di wilayahnya dengan pendekatan partisipatif. Demikian juga kegiatan-kegiatan yang berada di level di atasnya misalnya tingkat kecamatan dan kabupaten sampai tingkat pusat. Sehingga kegiatan pemberdayaan masyarakat akan menjadi sangat vital karena semua masalah kesehatan masyarakat berada dan dekat dengan masyarakat. Tatkala masyarakat sudah mandiri, diharapkan masalah-masalah kesehatan masyarakat akan dapat diatasi sendiri oleh masyarakat dengan penggunaan *resources* yang tersedia di wilayah tersebut (Notoadmojo, 2007).

Pendekatan yang dapat dilakukan untuk melakukan identifikasi pemecahan masalah kesehatan masyarakat adalah dengan pendekatan siklus pemecahan masalah kesehatan masyarakat. Pendekatan yang dilakukan bukan dengan sistem *top down* ataupun *bottom up*, akan tetapi menggunakan pendekatan yang bersifat *partnership* dan partisipatif sehingga program atau kegiatan kesehatan akan berjalan sustainabel (langgeng). Pendekatan ini memungkinkan semua komponen masyarakat terlibat aktif dengan satu sama lain bisa *sharing resources* yang dimiliki (Notoadmojo, 2007).

C. Upaya Penyelesaian Masalah Kesehatan yang Terjadi

Salah satu model proses pemecahan masalah adalah dengan pendekatan siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*). Siklus pemecahan masalah kesehatan masyarakat merupakan proses yang terus menerus yang ditujukan untuk proses perbaikan pelayanan kesehatan berkelanjutan yang dilakukan dengan cara melibatkan semua komponen masyarakat (Timuneno, 2007). Dalam proses ini semua komponen masyarakat diharapkan terlibat sehingga proses partisipatif terhadap masalah dan program kesehatan akan berjalan langgeng (Hiahani, 2014). Semua komponen masyarakat juga dapat menggali kemampuan masing-masing (sumber daya) untuk melaksanakan program kesehatan masyarakat (Komariah, 2011). Berikut langkah-langkah pemecahan masalah kesehatan masyarakat (Musthofa, 2009):

1. Identifikasi masalah kesehatan masyarakat

Masalah adalah kesenjangan atau perbedaan yang terjadi antara harapan dan kenyataan atau suatu ketidakseimbangan antara apa yang seharusnya terjadi dengan apa yang sesungguhnya terjadi. Dalam analisis masalah mencoba menjawab pertanyaan masalah sebagai berikut:

- a. Apakah terdapat suatu masalah?
- b. Apakah masalah tersebut serius atau gawat?
- c. Perlu data apa saja dalam merinci permasalahan tersebut?

Dalam proses pemecahan masalah, satu langkah pertama yang penting adalah identifikasi masalah dengan pernyataan atau rumusan masalah yang harus jelas. Umumnya pernyataan masalah yang dikemukakan adalah masih bersifat umum dan belum bisa diukur. Contohnya adalah jumlah tenaga paramedis di rumah sakit masih kurang. Pernyataan masalah yang terlalu luas ataupun sempit dapat mengaburkan persoalan. Rumusan masalah yang baik akan mempermudah sekaligus mempertajam musababnya. Masalah dapat dilihat dengan cara menganalisis kesenjangan (*gap analysis*) dari apa yang seharusnya (standar yang ada) dengan apa yang terjadi, melihat kecenderungan kejadian yang mungkin menjadi lebih buruk dari waktu ke waktu (*trend analysis*) dan melihat apakah telah terjadi KLB. Dalam menganalisis masalah dapat menggunakan data dasar yang dapat berupa data primer maupun sekunder (Musthafa, 2009).

a. Analisis Kesenjangan (*Gap Analysis*)

Identifikasi masalah berdasarkan kesenjangan (*gap*) dari apa yang seharusnya (berdasarkan target, cakupan, idealnya) dan yang telah dicapai atau kondisi sebenarnya. Kesenjangan dapat diidentifikasi dari capaian dan target yang diharapkan dalam satu kurun waktu tertentu. Departemen kesehatan telah menetapkan standard pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan dan dapat digunakan sebagai acuan untuk menentukan apakah antara program kesehatan yang telah dijalankan sesuai atau mencapai standard seperti yang ada dalam SPM kesehatan atau tidak. Contohnya adalah cakupan air bersih di Puskesmas Sambud sebesar 45% pada tahun 2007 yang seharusnya cakupan tersebut menurut standard pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan sebesar 85%. Hal tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara cakupan air bersih yang diharapkan dengan yang sebenarnya terjadi. Jadi disini jelas bahwa permasalahannya adalah cakupan air bersih masih rendah atau dibawah target. Langkah yang dapat ditempuh dalam identifikasi masalah kesehatan masyarakat antara lain (Musthofa, 2009):

1. Lakukan *review* terhadap data-data yang relevan dengan kasus-kasus pada tahun atau bulan sebelumnya dengan cara membuat listing atau daftarnya.
2. Identifikasi masalah kesehatan atau pelayanan kesehatan yang mempengaruhi masalah tersebut.
3. Dalam merumuskan masalah sebaiknya secara tajam dengan kalimat yang sederhana dan spesifik.

4. Perlu melihat juga data-data dari tahun sebelumnya (minimal 3 tahun yang lalu) dengan melihat trend atau kecenderungan masalah tersebut.
 5. Identifikasi indikator kesehatan kemudian diikuti identifikasi indikator pelayanan kesehatan yang ada terkait masalah kesehatan yang ada.
 6. Identifikasi indikator-indikator yang dapat menghambat performance pelayanan kesehatan yang terkait masalah.
 7. *Listing* atau buat daftar data-data yang tidak tersedia di fasilitas kesehatan yang ada, kemudian lakukan pencarian data tambahan yang belum tersedia ini yang dirasa penting. Setelah semua lengkap persiapkan untuk merumuskan masalah-masalah yang ada.
- b. Analisis sistem (*System Analisis*)

Identifikasi masalah dengan pendekatan sistem yakni menjelaskan hubungan masalah tersebut dengan faktor-faktor lain yang mempengaruhinya. Sistem yang layak atau umum dipakai adalah pendekatan *input-proses-output-outcome-impact*. Untuk mengidentifikasi masalah dapat dilihat dari sisi inputnya seperti orang, teknologi, sarana prasarana, kebijakan, dana dan sebagainya. Pada sisi proses masalah dapat diidentifikasi seperti pada tahap perencanaan dan pelaksanaan, masalah tersebut muncul yang terkait dengan manajemen dan kinerja pelayanan kesehatan. Masalah juga bisa diidentifikasi pada sisi output seperti lingkungan, perilaku, akses dan kualitas pelayanan yang akan mempengaruhi hasil akhir (Komariah, 2011).

Hasil akhir (*outcome*) dapat diindikasikan oleh adanya berbagai angka kesakitan maupun status gizi yang keduanya dapat mempengaruhi kematian, indikator kesakitan, status gizi, dan kematian secara berurutan dan bersama-sama berdampak pada derajat kesehatan. Selanjutnya dari masukan, proses dan hasil dapat menghasilkan suatu dampak (*impact*) dalam hal ini bidang kesehatan, misalnya derajat kesehatan yang dapat diindikasikan dengan umur harapan hidup. Sebagai contoh untuk mengidentifikasi penyebab pelayanan di loket puskesmas yang tidak ramah dan informatif. Dapat dianalisis dari sisi input seperti apakah personil atau petugasnya tidak kompeten, sarana prasarana penunjang sudah usang atau apakah ruang kerjanya kurang nyaman atau sempit dan sebagainya. Analisis lanjut pada sisi proses seperti apakah dengan peralatan yang sudah usang atau ketinggalan jaman dapat merangsang petugas untuk melakukan proses entry data pasien atau administrasi menjadi tidak lancar atau proses pencatatannya tidak jelas atau tidak ada mekanisme yang jelas dalam pencatatan atau bisa juga dari para pasien misalnya ketidakjelasan prosedur atau mekanisme pendaftaran yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Kedua hal tersebut dapat meningkatkan emosi para petugas sehingga muncul ketidakramahan dalam pelayanan dan pada akhirnya muncul sutau hasil yang berupa pelayanan tidak memuaskan (Musthofa, 2009).

c. Analisis Trend (*Trend Analysis*)

Analisis trend merupakan suatu metode analisis yang ditujukan untuk melakukan suatu estimasi atau peramalan pada masa yang akan datang. Untuk melakukan peramalan

dengan baik maka dibutuhkan berbagai macam informasi atau data yang cukup banyak dan diamati dalam periode waktu yang relatif cukup panjang, sehingga dari hasil analisis tersebut dapat diketahui sampai berapa besar fluktuasi yang terjadi dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terhadap perubahan tersebut. Secara teoritis dalam analisis time series yang paling menentukan adalah kualitas atau keakuratan dari informasi atau data-data yang diperoleh serta waktu atau periode dari data-data tersebut dikumpulkan. Jika data yang dikumpulkan tersebut semakin banyak maka semakin baik pula estimasi atau peramalan yang diperoleh, begitu pula sebaliknya (Musthofa, 2009).

2. Prioritasi masalah kesehatan masyarakat

Banyaknya masalah menyebabkan perlu adanya penentuan prioritas karena tidak semua masalah dapat diselesaikan dalam waktu bersamaan. Penentuan prioritas masalah ini berguna untuk mencari penyebab dan solusinya. Penetapan prioritas harus berdasarkan data atau fakta secara kualitatif maupun kuantitatif, subyektif atau obyektif, serta adanya wawasan dan kebijaksanaan serta intuisi yang dimiliki. Penetapan prioritas dapat dilakukan dengan menggunakan teknik skoring dan pembobotan. Dalam memprioritaskan permasalahan kesehatan masyarakat ada berbagai macam pertimbangan yang dapat dikemukakan antara lain (Musthofa, 2009):

1. Kegawatan. Dapat dianalisis dari segi apakah masalah tersebut telah mengancam secara jelas berapa banyak nyawa, jenis penyakit yang menyerang masyarakat (misalkan:

penyakit SARS lebih berbahaya dari penyakit panu), dan segi keparahan atau kerusakan yang dapat mengindikasikan kegawatan.

2. Besar Masalah. Dilihat dari berapa banyak orang dalam suatu populasi dalam wilayah dan periode tertentu menderita atau terkena dampak dari penyakit atau suatu aktivitas yang merugikan.
3. Distribusi Masalah. Masalah kesehatan masyarakat yang ada apakah telah menjangkau seluruh wilayah secara geografis atau secara administratif, semakin luas jangkauannya maka akan menjadikan masalah lebih berat. Secara epidemiologi dapat digunakan agar lebih komplit.
4. Kecepatan penyebaran. Untuk penyakit menular bisa diasumsikan banyaknya kejadian penyakit menular per satuan waktu.
5. Ketersediaan Sumber Daya. Sumber daya dapat berupa tenaga, kader, jumentik, dana, alat, sarana dan prasarana. Semakin tersedia sumber daya, maka masalah kesehatan masyarakat semakin dapat ditanggulangi

Beberapa teknik yang dapat digunakan untuk membantu memilih prioritas masalah antara lain histogram, Pareto Diagram, MCUA, Delbecq, Delphi, Hanlon, Voting dan sebagainya. Pemilihan prioritas masalah kesehatan Matriks *Multiple Criteria Utility Assessment* (MCUA) menghendaki kesepakatan yang berdasar data atau informasi dari berbagai anggota atau komponen masyarakat serta stakeholder terkait (Musthofa, 2009).

3. Perumusan masalah kesehatan masyarakat

Langkah berikutnya setelah penentuan prioritas masalah yaitu membuat rumusan masalah kesehatan masyarakat yang telah ditetapkan. Dalam membuat pernyataan masalah, hindarilah pernyataan yang bersifat umum, belum bisa diukur, terlalu luas atau terlalu sempit karena akan mengaburkan persoalan. Pertanyaan yang dapat diajukan untuk merumuskan masalah antara lain adalah (Musthofa, 2009):

- a. Apa masalahnya?
- b. Dimana masalah tersebut terjadi?
- c. Siapa yang terkena Masalah?
- d. Kapan masalah terjadi?
- e. Berapa besar masalah tersebut?

4. Analisis penyebab dari masalah kesehatan masyarakat

Hal pertama yang harus dilakukan adalah menguraikan gejala-gejala dan penyebab masalah. Teknik yang dapat digunakan antara lain *brainstorming* dan diagram sebab akibat (*fishbone diagram*, *why-why diagram*, *mindmap* dsb). Selanjutnya yang perlu dilakukan adalah mencermati sebab-sebab utama yang sangat menentukan terjadinya masalah yang telah diprioritaskan. Langkah yang dapat dilakukan untuk mencari penyebab masalah kesehatan masyarakat agar sistematis antara lain (Musthofa, 2009):

- a. Lakukan *brainstorming* agar dapat didapatkan penyebab atau faktor risiko dari masalah kesehatan yang ada secara komprehensif, misalkan melalui pendekatan teori Blum.

- b. Pilihlah penyebab utama atau faktor risiko dengan melibatkan peserta atau sektor lain.
- c. Jika menggunakan pendekatan *fish bone* maka letakkan masalah pada kepala dan penyebab pada duri-durinya, apabila ada penyebab yang lebih detil maka dibuat duri yang lebih kecil lagi. Jika menggunakan *mind map*, maka letakkan masalah tersebut di tengah dengan ukuran kotak yang lebih besar dan penyebab/faktor risiko pada setiap sudut.
- d. Cocokkan penyebab atau faktor risiko tersebut dengan masalah kesehatan yang ada apakah relevan atau tidak.

5. Prioritasi penyebab utama atau faktor risiko dalam masalah kesehatan masyarakat

Hal ini perlu dilakukan guna menghindari meloncat/mengalih dalam solusi yang sesungguhnya tidak menyelesaikan masalah pokoknya serta dilandasi dengan data. Metode yang dapat digunakan antara lain dengan voting terbobot, matriks MUA (Musthofa, 2009).

6. Identifikasi alternatif solusi potensial dan prioritas solusi

Setelah penyebab masalah kesehatan masyarakat ditentukan, selanjutnya dibuat rencana alternatif pemecahan masalah. Dibawah ini adalah langkah-langkah identifikasi alternatif solusi masalah kesehatan masyarakat (Musthofa, 2009):

- a. Lakukan *review* terkait kelemahan pelayanan kesehatan dengan masalah yang ada.

- b. Dengan melihat *mind map/fish bone/why-why* diagram, lakukanlah *brainstorming*. Ide-ide pemecahan masalah yang muncul dalam *brainstorming*, selanjutnya disaring dan diklasifikasikan kedalam kategori-kategori yang spesifik.
- c. Kemudian, buatlah kriteria yang feasibel dan efektif terkait ide solusi yang diberikan.
- d. Setelah itu, dengan merujuk pada penyebab/faktor risiko utama, lakukanlah strategi/aksi utama untuk melakukan solusi tersebut.
- e. Jika dibuat dengan cara *mind map*, maka letakkan solusi pada kotak yang berada di tengah dan pada kotak disekitarnya di isi dengan tindakan-tindakan spesifik untuk mengatasi masalah tersebut.

Dalam mencari alternatif solusi penyebab faktor risiko masalah, diperlukan (Musthofa, 2009):

- a. Pemahaman akan masalah yang ada.
- b. Pemahaman tentang sub sistem masalah dan model masalah.

Setelah alternatif solusi penyebab masalah kesehatan didapatkan, dalam pelaksanaan dan pengimplementasian diperlukan beberapa kriteria yang patut diperhitungkan, seperti (Musthofa, 2009):

- a. Relevansi (Relevansi hasil alternatif dengan tujuan pemecahan masalah harus logis).

- b. Efektivitas (Sejauh mana alternatif tersebut dapat menghasilkan output yang diharapkan).
- c. *Relative Cost* (Berapa besar biaya bagi masing masing alternatif).
- d. *Technical Feasibility* (Apakah alternatif tersebut layak dan dapat dijalankan).
- e. Personil (Tersediakah sumber daya untuk melaksanakan alternatif tersebut).
- f. Keuntungan (Keuntungan-keuntungan yang mungkin diperoleh ketika menjalankan alternatif tersebut).
- g. Kerugian (Kerugian-kerugian yang mungkin timbul ketika menjalankan alternatif tersebut).

Selanjutnya, beberapa solusi potensial didapatkan maka kemukakan hal apa saja yang mungkin mendukung atau menghambat solusi tersebut. Dalam analisis keputusan, beberapa pertanyaan yang dapat membantu antara lain (Musthofa, 2009):

- a. Sasaran apa yang harus diperhatikan dalam pengambilan keputusan solusi.
- b. Bedakan sasaran yang bersifat keharusan dan keinginan.
- c. Alternatif mana yang memenuhi sasaran batasan keharusan.
- d. Tindakan apa yang diperlukan untuk menghilangkan penyebab yang harus dilaksanakan sebagai solusi.
- e. Apa risiko dan konsekuensi dari solusi yang dipilih.
- f. Data dan informasi apa yang diperlukan dalam memilih solusi.

- g. Solusi tersebut haruslah rasional dengan pendekatan-pendekatan tertentu.

7. Kelayakan implementasi solusi

Dalam merencanakan implementasi dari solusi yang terpilih, maka kita bisa menggunakan metode analisis medan daya. Analisis ini menggunakan kekuatan dan penghambat dari solusi yang akan dipilih tersebut. Namun dalam pendekatan *apreciative inquiry*, maka akan lebih baik jika banyak hal-hal positif yang mendorong untuk terlaksananya solusi tersebut. Dengan pendekatan ini akan teridentifikasi kelayakan dari solusi yang ada untuk mengatasi penyebab/faktor risiko kesehatan masyarakat (Musthofa, 2009).

8. Perencanaan pelaksanaan solusi

Perencanaan solusi kesehatan masyarakat adalah suatu proses kegiatan usaha yang terus-menerus dan menyerluruh dari penyusunan suatu rencana, penyusunan program kegiatan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian. Dibawah ini adalah langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk merencanakan pelaksanaan solusi (Musthofa, 2009):

- a. Persiapkan kegiatan operasional secara detail dan tahapan penting untuk mengimplementasikan strategi.
- b. Ceklah kesesuaian antara tujuan dan aktivitasnya, prioritaskan kegiatan dan persiapkan rencana implementasinya.
- c. Tuliskan perkiraan hasil yang dilakukan pada setiap aktivitas.

- d. Buatlah *Gantt-Chart* untuk lebih bisa menguraikan jadwal dan kegiatan. Lakukan dokumentasi atas hasil-hasilnya.

Dalam penyusunan rencana, perlu diperhatikan unsur-unsur analisis situasi yang berupa tinjauan sebelum dan sesudah rencana. Untuk mempermudahnya, dapat dilakukan sebagai berikut (Musthofa, 2009):

- a. Tetapkan tujuan spesifik dari pemecahan masalah terpilih.
- b. Kegiatan apa yang harus dilakukan agar tujuan tersebut tercapai.
- c. Volume kegiatan yang akan dilaksanakan.
- d. Alokasi biaya yang diperlukan untuk masing-masing kegiatan.
- e. Penanggung jawab dari kegiatan yang akan dilaksanakan.
- f. Hasil yang akan dicapai.
- g. Waktu yang ditetapkan untuk pelaksanaan kegiatan.

9. Pelaksanaan kegiatan

Pelaksanaan kegiatan harus sesuai dengan rencana kegiatan yang telah ditetapkan dan disepakati. Apabila pelaksanaan kegiatan tidak mencapai hasil seperti apa yang tetap ditetapkan oleh indikator yang dipilih, maka langkah pelaksanaan harus dikoreksi. Kesalahan yang sering dilakukan adalah melakukan pelaksanaan tidak sesuai rencana kegiatan yang telah disepakati dan kurang memperhatikan indikator keberhasilan (Musthofa, 2009).

Contoh : Melaksanakan solusi terpilih

Misalnya solusi terpilih adalah pelatihan penyuluhan pada petugas penyuluh kesehatan puskesmas:

- a. Tetapkan tujuan spesifik dari pemecahan masalah terpilih.
- b. Kemudian tentukan siapa yang akan menjadi pelaksana kegiatan, batas waktu pelaksanaan kegiatan, faktor-faktor pendorong dan penghambat serta indikator keberhasilannya.

10. Monitoring dan evaluasi

Monitoring adalah suatu cara untuk mengetahui apakah suatu kegiatan berjalan sesuai dengan rencana serta menggunakan sumber daya secara tepat/ Evaluasi adalah penilaian tentang bagaimana program dijalankan untuk mencapai tujuan. Prinsip monitoring dan evaluasi (Musthofa, 2009):

- a. Berdasarkan standar yang diketahui bersama.
- b. Berorientasi solusi.
- c. Partisipatif.
- d. Berjenjang/tingkatan.
- e. Terbuka.
- f. Adil.

D. Fokus Pembangunan Kesehatan di Indonesia

Dalam usaha membangun sistem ketatanegaraannya berbagai negara khususnya negara maju berusaha merancang dan membuat kebijakan-kebijakan untuk meningkatkan seluruh aspek seperti ekonomi, kesehatan, politik, sosial, dan sebagainya. Berdasarkan beberapa aspek tersebut, kebijakan pembangunan

kesehatan dinilai menjadi salah satu fokus penting dalam usaha pembangunan suatu negara. Hal ini dikarenakan faktor kesehatan merupakan aspek sentral yang berpengaruh bagi semua lini pembangunan kesehatan (Musthofa, 2009).

Fokus dalam pembangunan kesehatan juga menjadi prioritas kebijakan pemerintah Indonesia. Pelaksanaan pembangunan kesehatan tahun 2005-2025 memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, usia lanjut, dan keluarga miskin. Adapun sasaran pembangunan kesehatan pada akhir tahun 2014 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui percepatan pencapaian MDGs. Berdasarkan survei demografi dan Kesehatan Indonesia, dalam tiga dekade terakhir, berbagai indikator derajat kesehatan masyarakat di Indonesia menunjukkan adanya perbaikan. Contohnya umur harapan hidup pada saat lahir meningkat menjadi 70,6 tahun dan angka kematian ibu menurun menjadi 228 per 100.000 Kelahiran hidup. Masalah kesehatan individu dan kelompok masyarakat setiap saat akan membutuhkan pelayanan kesehatan yang kompleks, karena setiap manusia memiliki kebuthan dan resiko kesehatan sehingga akan bergantung pada upaya kesehatan dan SDM yang berkualitas agar dapat hidup sehat (Musthofa, 2009).

BAB X

SISTEM KESEHATAN DAN KERANGKA KEBIJAKAN KESEHATAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang sistem kesehatan dan kerangka kebijakan kesehatan.

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang batasan sistem
2. Mampu menjelaskan tentang komponen pembentuk sistem
3. Mampu menjelaskan tentang sistem kesehatan
4. Mampu menjelaskan tentang cakupan sistem kesehatan
5. Mampu menjelaskan tentang istilah yang berhubungan dengan kebijakan
6. Mampu menjelaskan tentang batasan kebijakan kesehatan
7. Mampu menjelaskan tentang alasan pentingnya kebijakan kesehatan

A. Batasan Sistem

Sistem adalah elemen-elemen yang saling berhubungan membentuk suatu kesatuan atau organisasi. Sistem adalah keterkaitan diantara elemen-elemen dalam suatu pola untuk mencapai tujuan tertentu (Muninjaya, 2004). Dua prinsip dasar suatu sistem adalah: (1) elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem dan (2) interkoneksi, yaitu saling keterkaitan antar komponen dalam pola tertentu. Contoh: suatu organisasi terdiri dari fungsi manajemen dan administrasi, produk-produk, pelayanan, kelompok-kelompok dan orang-orang (Lumbangaol, 2008). Ketika salah satu bagian tersebut mengalami perubahan, maka secara bisa jadi seluruh sistem dalam organisasi ikut berubah (USAID Indonesia, 2013).

Menurut Azwar (2004) disebutkan bahwa sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai suatu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien. Sedangkan menurut Lumbangaol (2008) sistem adalah hubungan satu unit dengan unit-unit lainnya yang saling berhubungan satu sama lainnya dan yang tidak dapat dipisahkan serta menuju satu kesatuan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Apabila satu unit macet atau terganggu, unit lainnya pun akan terganggu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut.

Menurut Azwar (2004) ciri-ciri sistem dibedakan atas enam macam yakni (Azwar, 2004):

1. Sistem mempunyai tujuan dan karena itu semua perilaku yang ada pada sistem pada dasarnya bermaksud mencapai tujuan.
2. Sistem sekalipun terdiri dari berbagai bagian atau elemen, tetapi secara keseluruhan merupakan suatu yang bulat dan utuh jauh melebihi kumpulan bagian atau elemen tersebut.
3. Berbagai bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem saling terkait, berhubungan serta berinteraksi.
4. Sistem bersifat terbuka dan selalu berinteraksi dengan sistem lain yang lebih luas, yang biasanya disebut dengan lingkungan.
5. Sistem mempunyai kemampuan transformasi, artinya mampu mengubah sesuatu menjadi sesuatu yang lain. Dengan perkataan lain, sistem mampu mengubah masukan menjadi keluaran.
6. Sistem mempunyai mekanisme pengendalian, baik dalam rangka menyatukan berbagai bagian atau elemen, atau dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran.

Menurut Azwar (2004) ada 6 unsur dalam suatu sistem yaitu (Azwar, 2004):

1. Masukan (*input*) adalah kumpulan elemen atau bagian yang terdapat dalam system dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya system tersebut.
2. Proses (*process*) adalah kumpulan elemen atau bagian yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

3. Keluaran (*output*) adalah kumpulan elemen atau bagian yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
4. Umpan balik (*feedback*) adalah kumpulan elemen atau bagian yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.
5. Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem
6. Lingkungan (*environment*) adalah dunia di luar sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

B. Komponen Pembentuk Sistem

Menurut Muninjaya (2004) sistem adalah suatu rangkaian komponen yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai suatu tujuan yang jelas. Komponen suatu sistem terdiri dari *input*, proses, *output*, *effect outcome* dan mekanisme umpan baliknya. Hubungan antara komponen-komponen sistem ini berlangsung secara aktif dalam suatu tatanan lingkungan. *Input* yaitu sumber daya atau masukan yang dikonsumsi oleh suatu sistem. Sumber daya dari suatu sistem adalah *man, money, material, method, machine* dan *market*, disingkat dengan 6M. Proses yaitu semua kegiatan sistem. Melalui proses akan diubah input menjadi *output*. *Output* yaitu hasil langsung (keluaran) suatu sistem *effect* yaitu hasil tidak langsung yang pertama dari proses suatu sistem. Pada umumnya *effect* suatu sistem dapat dikaji pada perubahan pengetahuan, sikap perilaku kelompok Masyarakat yang dijadikan sasaran program. *Outcome* yaitu dampak atau hasil tidak langsung diri proses suatu sistem (Muninjaya, 2004).

C. Sistem Kesehatan

Sistem kesehatan merupakan jaringan penyedia pelayanan Kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun material. Sistem kesehatan juga bisa mencakup sektor pertanian dan sektor pendidikan yaitu universitas dan lembaga pendidikan lain, pusat penelitian, perusahaan konstruksi, serta organisasi yang memproduksi teknologi spesifik seperti produk farmasi, alat dan suku cadang. Definisi sistem kesehatan dari WHO yaitu seluruh kegiatan yang dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, maka yang tercakup di dalamnya adalah pelayanan kesehatan formal dan non-formal seperti pengobatan tradisional, pengobatan alternatif, dan pengobatan tanpa resep. Selain itu, ada juga aktivitas kesehatan masyarakat berupa promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, peningkatan keamanan lingkungan dan jalan raya, dan pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan (USAID Indonesia, 2013).

Sistem Kesehatan menurut WHO adalah semua kegiatan yang tujuan utamanya untuk meningkatkan, mengembalikan dan memelihara kesehatan. Tujuan utama sistem kesehatan ada tiga, yaitu (USAID Indonesia, 2013):

1. Peningkatan status kesehatan.
2. Perlindungan resiko terhadap biaya kesehatan: *Universal coverage*.
3. Kepuasan publik.

D. Cakupan Sistem Kesehatan

Kesehatan tidak hanya merupakan hak warga tetapi juga merupakan barang investasi yang menentukan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi negara. Karena itu negara berkepentingan agar seluruh warganya sehat, sehingga ada kebutuhan untuk melembagakan pelayanan kesehatan *universal*. Ada dua isu mendasar untuk mewujudkan tujuan pelayanan kesehatan dengan cakupan *universal*, yaitu cara membiayai pelayanan kesehatan untuk semua warga dan cara mengalokasikan dana kesehatan untuk menyediakan pelayanan kesehatan dengan efektif, efisien, dan adil (Murti, 2014).

Cakupan *universal* yang disebut juga cakupan semesta atau *universal coverage* merupakan sistem kesehatan di mana setiap warga di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang bermutu dan dibutuhkan, dengan biaya yang terjangkau. Cakupan *universal* mengandung dua elemen inti: (1) Akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga; dan (2) Perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan (Murti, 2014).

Akses pelayanan kesehatan yang adil menggunakan prinsip keadilan vertikal. Prinsip keadilan vertikal menegaskan, kontribusi warga dalam pembiayaan kesehatan ditentukan berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*), bukan berdasarkan kondisi kesehatan/ kesakitan seorang. Dengan keadilan vertikal, orang berpendapatan lebih rendah membayar

biaya yang lebih rendah daripada orang berpendapatan lebih tinggi untuk pelayanan kesehatan dengan kualitas yang sama. Dengan kata lain, biaya tidak boleh menjadi hambatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (*needed care, necessary care*) (Murti, 2014).

Untuk melindungi warga terhadap risiko finansial dibutuhkan sistem pembiayaan kesehatan pra-upaya (*prepaid system*), bukan pembayaran pelayanan kesehatan secara langsung (*direct payment, out-of-pocket payment, dan fee-for-service*). Dalam *prepaid system* terdapat pihak yang menjamin pembiayaan kesehatan warga sebelum warga sakit dan menggunakan pelayanan kesehatan. Jadi sistem pra-upaya berbeda dengan pembayaran langsung yang tidak menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan sebelum warga sakit dan menggunakan pelayanan kesehatan (Murti, 2014).

E. Istilah yang berhubungan dengan Kebijakan

Berikut istilah-istilah yang berhubungan dengan kebijakan:

1. Kebijakan: Kebijakan adalah aturan tertulis yang merupakan keputusan formal organisasi, yang bersifat mengikat, yang mengatur perilaku dengan tujuan untuk menciptakan tatanilai baru dalam masyarakat (Dunn, 1999).
2. Hukum: ketentuan, peraturan dan ketentuan yang telah disepakati oleh masyarakat dan para penegak hukum, yang harus dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. Hukum

mengandung sanksi-sanksi tertentu untuk diterapkan pada para pelanggar hukum (Hariri, 2012).

3. Peraturan: Ketentuan yang mengikat warga kelompok masyarakat, dipakai sebagai panduan, tatanan, dan kendalikan tingkah laku yang sesuai dan diterima. Setiap warga masyarakat harus menaati aturan yang berlaku; atau ukuran, kaidah yang dipakai sebagai tolok ukur untuk menilai atau membandingkan sesuatu (Safie, 2007).
4. Undang-undang: hukum yang telah disahkan oleh badan legislatif atau unsur pemerintahan yang lainnya.
5. Keputusan: Keputusan merupakan suatu pemecahan masalah sebagai suatu hukum situasi yang dilakukan melalui pemilihan satu alternatif dari beberapa alternatif (Dunn, 1999).
6. Pemerintah: Sebagai organ atau alat negara yang menjalankan tugas dan fungsi pemerintahan. Pemerintah adalah kekuasaan yang memerintah suatu negara, atau badan tertinggi yang memerintah suatu negara (Sudrajat, 2008).

F. Batasan Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik. Konsep dari kebijakan publik dapat diartikan sebagai adanya suatu negara yang kokoh dan memiliki kewenangan serta legitimasi, di mana mewakili suatu masyarakat dengan menggunakan administrasi dan teknik yang berkompeten terhadap keuangan dan implementasi dalam mengatur kebijakan. Kebijakan

adalah suatu konsensus atau kesepakatan terhadap suatu persoalan, di mana sasaran dan tujuannya diarahkan pada suatu prioritas yang bertujuan, dan memiliki petunjuk utama untuk mencapainya (Evan & Manning, 2003).

Definisi kebijakan kesehatan bervariasi. Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan (Bornemisza & Sondorp, 2002). Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan (Cassels, 1995). Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendisain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinandeterminan kesehatan (Davies, 2001 & Milio 2001), termasuk kebijakan kesehatan internasional (Hunter, 2005 & Labonte, 1998 & Mohindra, 2007).

Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Green & Thorogood, 1998). Kebijakan-kebijakan kesehatan dibuat oleh pemerintah dan swasta. Kebijakan merupakan produk pemerintah, walaupun pelayanan kesehatan cenderung dilakukan secara swasta, dikontrakkan atau melalui suatu kemitraan, kebijakannya disiapkan oleh pemerintah di mana keputusannya mempertimbangkan juga aspek politik (Buse, May

& Walt, 2005). Jelasnya kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang merupakan tanggung jawab pemerintah dan swasta. Sedangkan tugas untuk menformulasi dan implementasi kebijakan kesehatan dalam satu negara merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan (WHO, 2000).

Pengembangan kebijakan biasanya *top-down* di mana Departemen Kesehatan memiliki kewenangan dalam penyiapan kebijakan. Implementasi dan strateginya adalah *bottom-up*. Kebijakan seharusnya dikembangkan dengan partisipasi oleh mereka yang terlibat dalam kebijakan itu. Hal ini untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut realistis dan dapat mencapai sasaran. Untuk itu perlu komitmen dari para pemegang dan pelaksana kebijakan. Kebijakan kesehatan harus berdasarkan pembuktian yang menggunakan pendekatan *problem solving* secara linear. Penelitian kesehatan adalah suatu kegiatan untuk mendapatkan bukti yang akurat. Setelah dilakukan penelitian kesakitan dan penyakit dari masyarakat, termasuk kebutuhan akan kesehatan, sistem kesehatan, tantangannya selanjutnya adalah mengetahui persis penyebab dari kesakitan dan penyakit itu. Walaupun disadari betapa kompleksnya pengertian yang berbasis bukti untuk dijadikan dasar dari kebijakan (Fafard, 2008).

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Gormley, 1999). Kebijakan kesehatan juga peduli terhadap dampak dari lingkungan dan sosial ekonomi terhadap kesehatan (Poter, Ogden and Pronyk, 1999). Kebijakan

kesehatan dapat bertujuan banyak terhadap masyarakat. Untuk kebanyakan orang kebijakan kesehatan itu hanya peduli kepada konten saja. Contohnya, pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan swasta atau kebijakan dalam hal pemantapan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan berpihak pada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran, menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan-keputusan penting (WHO, 2000).

G. Alasan Pentingnya Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan hal yang penting. Hal itu disebabkan antara lain sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Jelasnya sektor kesehatan ibarat suatu *sponge* yang mengabsorpsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan. Ada yang mengatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan *driver* dari ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, baik itu bio-medical maupun produksi, termasuk usaha dagang yang ada pada bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia (Buse, Mays & Walt, 2005). Kebijakan kesehatan itu adalah tujuan dan sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian (Lee, Buse & Fustukian, 2002). Kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi, kekuatan dari aspek politik yang memengaruhi masyarakat pada tingkat lokal, nasional dan dunia (Leppo, 1997).

BAB XI

KEKUASAAN DAN PROSES KEBIJAKAN KESEHATAN

Tujuan umu

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang kekuasaan dan proses kebijakan kesehatan.

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

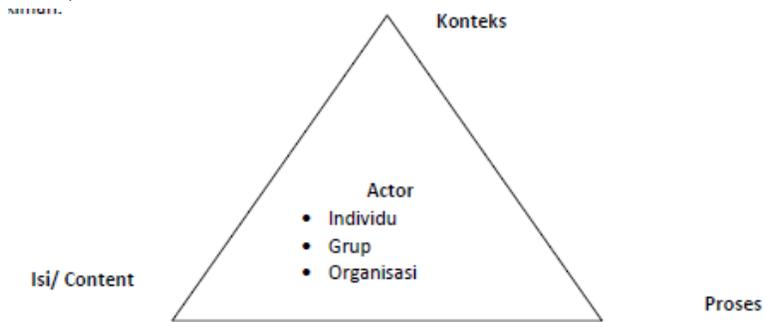
1. Mampu menjelaskan tentang segitiga kebijakan kesehatan
2. Mampu menjelaskan tentang faktor kontekstual yang mempengaruhi kebijakan
3. Mampu menjelaskan tentang proses penyusunan kebijakan kesehatan
4. Mampu menjelaskan tentang tahap dalam penyusunan kebijakan menurut tahap heuristik
5. Mampu menjelaskan tentang batasan kekuasaan
6. Mampu menjelaskan tentang dimensi kekuasaan

A. Segitiga Kebijakan Kesehatan

Kerangka yang digunakan dalam penjelasan ini digunakan untuk memahami pentingnya mempertimbangkan isi kebijakan, proses penyusunan kebijakan dan bagaimana kekuatan digunakan dalam kebijakan kesehatan. Hal tersebut mengarah ke pemaparan peran Negara secara nasional dan internasional, serta kelompok-kelompok yang membentuk masyarakat social secara nasional dan global, memahami bagaimana mereka berinteraksi dan mempengaruhi kebijakan kesehatan. Kerangka ini (Gambar 11.1) berfokus pada isi, konteks, proses dan pelaku. Kerangka tersebut digunakan agar karena membantu dalam mengeksplorasi secara sistematis bidang politik yang terabaikan dalam kebijakan kesehatan dan kerangka tersebut dapat diterapkan dinegara dengan penghasilan rendah, menengah dan tinggi (Walt, 1994).

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks, dan segitiga ini menunjukkan kesan bahwa ke-empat faktor dapat dipertimbangkan secara terpisah. Sebenarnya tidak demikian, pada kenyataannya, para pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu atau seorang anggota suatu kelompok atau organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja; konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti: ketidak-stabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya; serta proses penyusunan kebijakan, bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan, dan bagaimana isu tersebut dapat berharga dan dipengaruhi oleh

pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Isi dari kebijakan menunjukkan sebagian atau seluruh bagian ini. Jadi, segitiga tersebut tidak hanya membantu dalam berpikir sistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mungkin mempengaruhi kebijakan, tetapi juga berfungsi seperti peta yang menunjukkan jalan-jalan utama sekaligus bukit, sungai, hutan, jalan setapak dan pemukiman. Berikut gambar segitiga analisis kebijakan (Walt, 1994):



Gambar 11.1 Segitiga Analisis Kebijakan (Walt G dan Gilson L, 1994)

Berdasarkan Gambar 11.1 diatas, pelaku berada ditengah kerangka kebijakan kesehatan. Pelaku dapat digunakan untuk menunjuk individu (seorang negarawan-Nelson Mandela, mantan Presiden Afrika Selatan, misal), organisasi seperti World bank atau perusahaan multi-nasional seperti Shell, atau bahkan suatu Negara atau pemerintahan. Namun, penting untuk dipahami bahwa itu semua adalah penyederhanaan. Individu tidak dapat dipisahkan dari organisasi dimana mereka bekerja dan setiap organisasi atau kelompok dibangun dari sejumlah orang yang berbeda, yang tidak semuanya

menyuarakan hal yang sama, yang masing-masing memiliki norma dan kepercayaan yang berbeda (Walt, 1994).

B. Faktor Kontekstual yang Mempengaruhi Kebijakan

Konteks mengacu kefaktor sistematis-politik, ekonomi dan sosial, national dan internasional yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan. Ada banyak cara untuk mengelompokkan faktor-faktor tersebut, tetapi Leichter (1979) memaparkan cara yang cukup bermanfaat (Leichter, 1979):

1. Faktor situasional, merupakan kondisi yang tidak permanen atau khusus yang dapat berdampak pada kebijakan (contoh: perang, kekeringan). Hal-hal tersebut sering dikenal sebagai '*focusing event*'. Event ini bersifat satu kejadian saja, seperti: terjadinya gempa yang menyebabkan perubahan dalam aturan bangunan rumah sakit, atau terlalu lama perhatian publik akan suatu masalah baru. Contoh: terjadinya wabah HIV/AIDS (yang menyita waktu lama untuk diakui sebagai wabah internasional) memicu ditemukannya pengobatan baru dan kebijakan pengawasan pada TBC karena adanya kaitan diantara kedua penyakit tersebut dan orang-orang pengidap HIV positif lebih rentan terhadap berbagai penyakit, dan TBC dapat dipicu oleh HIV.
2. Faktor struktural, merupakan bagian dari masyarakat yang relatif tidak berubah. Faktor ini meliputi sistem politik, mencakup pula keterbukaan sistem tersebut dan kesempatan bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan kebijakan; faktor

struktural meliputi pula jenis ekonomi dan dasar untuk tenaga kerja. Contoh, pada saat gaji perawat rendah, atau terlalu sedikit pekerjaan yang tersedia untuk tenaga yang sudah

3. Terlatih, negara tersebut dapat mengalami perpindahan tenaga professional ini ke sektor di masyarakat yang masih kekurangan. Faktor struktural lain yang akan mempengaruhi kebijakan kesehatan suatu masyarakat adalah kondisi demografi atau kemajuan teknologi. Contoh, negara dengan populasi lansia yang tinggi memiliki lebih banyak rumah sakit dan obat-obatan bagi para lansianya, karena kebutuhan mereka akan meningkat seiring bertambahnya usia. Perubahan teknologi menambah jumlah wanita melahirkan dengan sesar dibanyak negara. Diantara alasan-alasan tersebut terdapat peningkatan ketergantungan profesi kepada teknologi maju yang menyebabkan keengganan para dokter dan bidan untuk mengambil resiko dan ketakutan akan adanya tuntutan. Maka, kekayaan nasional suatu negara akan berpengaruh kuat terhadap jenis layanan kesehatan yang dapat diupayakan.
4. Faktor budaya, dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan. Dalam masyarakat dimana hirarki menduduki tempat penting, akan sangat sulit untuk bertanya atau menantang pejabat tinggi atau pejabat senior. Kedudukan sebagai minoritas atau perbedaan bahasa dapat menyebabkan kelompok tertentu memiliki informasi yang tidak memadai tentang hak-hak mereka, atau menerima

layanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan khusus mereka. Di beberapa negara dimana para wanita tidak dapat dengan mudah mengunjungi fasilitas kesehatan (karena harus ditemani oleh suami) atau dimana terdapat stigma tentang suatu penyakit (missal: TBC atau HIV), pihak yang berwenang harus mengembangkan sistem kunjungan rumah atau kunjungan pintu ke pintu. Faktor agama dapat pula sangat mempengaruhi kebijakan, seperti yang ditunjukkan oleh ketidak-konsistennya President George W. Bush pada awal tahun 2000-an dalam hal aturan sexual dengan meningkatnya pemakaian kontrasepsi atau akses ke pengguguran kandungan. Hal tersebut mempengaruhi kebijakan di Amerika dan negara lain, dimana LSM layanan kesehatan reproduksi sangat dibatasi atau dana dari pemerintah Amerika dikurangi apabila mereka gagal melaksanakan keyakinan tradisi budaya President Bush.

5. Faktor internasional atau *exogenous*, yang menyebabkan meningkatnya ketergantungan antar negara dan mempengaruhi kemandirian dan kerjasama internasional dalam kesehatan. Meskipun banyak masalah kesehatan berhubungan dengan pemerintahan nasional, sebagian dari masalah itu memerlukan kerjasama organisasi tingkat nasional, regional atau multilateral. Contoh, pemberantasan polio telah dilaksanakan hampir di seluruh dunia melalui gerakan nasional atau regional, kadang dengan bantuan badan internasional seperti WHO. Namun, meskipun satu daerah telah berhasil

mengimunisasi polio seluruh balitanya dan tetap mempertahankan cakupannya, virus polio tetap bisa masuk ke daerah tersebut dibawa oleh orang-orang yang tidak diimunisasi yang masuk lewat perbatasan.

C. Proses Penyusunan Kebijakan Kesehatan

Proses mengacu kepada cara bagaimana kebijakan dimulai, dikembangkan atau disusun, dinegosiasi, dikomunikasikan, dilaksanakan dan dievaluasi. Pendekatan yang paling sering digunakan untuk memahami proses kebijakan adalah dengan menggunakan apa yang disebut tahapan heuristik. Yang dimaksud disini adalah membagi proses kebijakan menjadi serangkaian tahapan sebagai alat teoritis, suatu model dan tidak selalu menunjukkan apa yang sebenarnya terjadi didunia nyata. Namun, serangkaian tahapan ini membantu untuk memahami penyusunan kebijakan dalam tahapan-tahapan yang berbeda (Sabatier, 1993):

1. Identifikasi masalah dan isu: menemukan bagaimana isu-isu yang ada dapat masuk kedalam agenda kebijakan, mengapa isu-isu yang lain justru tidak pernah dibicarakan.
2. Perumusan kebijakan: menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan dihasilkan, disetujui, dan dikomunikasikan.
3. Pelaksanaan kebijakan: tahap ini yang paling sering diacuhkan dan sering dianggap sebagai bagian yang terpisah dari kedua tahap yang pertama. Namun, tahap ini yang diperdebatkan sebagai tahap yang paling penting

dalam penyusunan kebijakan sebab bila kebijakan tidak dilaksanakan, atau dirubah selama dalam pelaksanaan, sesuatu yang salah mungkin terjadi dan hasil kebijakan tidak seperti yang diharapkan.

4. Evaluasi kebijakan: temukan apa yang terjadi pada saat kebijakan dilaksanakan bagaimana pengawasannya, apakah tujuannya tercapai dan apakah terjadi akibat yang tidak diharapkan. Tahapan ini merupakan saat dimana kebijakan dapat diubah atau dibatalkan serta kebijakan yang baru ditetapkan.

Ada sejumlah peringatan dalam penggunaan kerangka yang berguna dan sederhana ini. Pertama, proses kebijakan terlihat seperti proses yang linier-dengan kata lain, proses ini berjalan dengan mulus dari satu tahap ke tahap yang lain, dari penemuan masalah hingga ke pelaksanaan dan evaluasi. Namun, sebenarnya jarang terlihat jelas sebagai suatu proses. Mungkin pada saat tahap pelaksanaan masalah baru ditemukan atau kebijakan mungkin diformulasikan tetapi tidak pernah mencapai tahap pelaksanaan. Dengan kata lain, penyusunan kebijakan jarang menjadi suatu proses yang rasional-iterative dan dipengaruhi oleh kepentingan sepihak. Banyak yang sependapat dengan Lindblom (1959) bahwa proses kebijakan adalah sesuatu yang dicampur aduk oleh para penyusun kebijakan (Lindblom, 1959).

D. Tahap dalam Penyusunan Kebijakan Menurut Tahap Heuristik

Pendekatan yang paling sering digunakan untuk mengerti suatu proses kebijakan adalah yang disebut *stages heuristic*, yaitu memilah proses kebijakan tersebut ke dalam suatu rangkaian tingkatan dengan menggunakan teori dan model serta tidak mewakili apa yang terjadi pada keadaan sebenarnya. Langkah-langkah adalah yang pertama, identifikasi masalah dan pengenalan akan hal-hal yang baru termasuk besar persoalan persoalannya. Pada langkah ini dieksplorasi bagaimana hal-hal yang menjadi perhatian masuk dalam ke dalam agenda. Kedua, formulasi kebijakan yang mengexplorasi siapa-siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan itu disepakati dan bagaimana akan dikomunikasikan. Ketiga, implementasi kebijakan. Tahap ini sering kali diabaikan namun demikian merupakan fase yang sangat penting dalam membuat suatu kebijakan, karena apabila kebijakan tidak diimplementasikan maka dapat dianggap keliru. Keempat, evaluasi kebijakan dimana diidentifikasi apa saja yang terjadi termasuk hal-hal yang muncul dan tidak diharapkan dari suatu kebijakan (Pollard, 2005). Agenda-agenda dari kebijakan kesehatan didominasi oleh hal-hal yang spesifik yang berhubungan dengan kebutuhan yang dirasakan dalam konteks sistem kesehatan untuk menjawab persoalan kesehatan masyarakat, penyebab penyakit-penyakit atau hal-hal yang berhubungan dengan organisasi dan manajemen kesehatan. Contohnya, obat-obatan, peralatan, akses terhadap fasilitas kesehatan dan lain sebagainya (Leppo, 2001).

E. Batasan Kekuasaan

Kekuasaan terdapat disemua bidang kehidupan, kekuasaan mencakup kemampuan untuk memerintah (agar yang diperintah patuh) dan juga untuk memberi keputusan-keputusan yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi tindakan-tindakan pihak lain. Kekuasaan (*power*) adalah kesempatan seseorang atau sekelompok orang untuk menyadarkan masyarakat akan kemauan-kemauannya sendiri, dengan sekaligus menerapkannya terhadap tindakan-tindakan perlawanan dari orang-orang atau golongan-golongan tertentu. Hak milik kebendaan dan kedudukan adalah sumber kekuasaan. Birokrasi juga merupakan salah satu sumber kekuasaan, disamping kemampuan khusus dalam bidang ilmu-ilmu pengetahuan ataupun atas dasar peraturan-peraturan hokum yang tertentu. Jadi, kekuasaan terdapat dimana-mana, dalam hubungan sosial maupun didalam organisasi-organisasi sosial (Soekanto, 2003).

Terkait dengan tipe kekuasaan, menurut Jhonson (1994), membagi kekuasaan dalam tiga tipe, (Jhonson, 1994):

1. Kekuasaan tradisional, yaitu kekuasaan yang bersumber dari tradisi masyarakat yang berbentuk kerajaan dimana status dan hak para pemimpin juga sangat ditentukan oleh adat kebiasaan. Tipe jenis ini melembaga dan diyakini memberi manfaat ketentraman pada warga.
2. Kekuasaan kharismatik. Tipe yang keabsahannya berdasarkan pengakuan terhadap kualitas istimewa dan kesetiaan kepada individu tertentu serta komunitas bentukkannya,

tipe ini di miliki oleh seseorang karena kharisma kepribadiannya. Kekuasaan tipe ini akan hilang atau berkurang apabila yang bersangkutan melakukan kesalahan fatal. Selain itu, juga dapat hilang apabila pandangan atau paham masyarakat berubah.

3. Kekuasaan rasional-legal, yaitu kekuasaan yang berlandaskan sistem yang berlaku. Bahwa semua peraturan ditulis dengan jelas dan diundangkan dengan tegas serta batas wewenang para pejabat atau penguasa ditentukan oleh aturan main. Kepatuhan serta kesetiaan tidak ditujukan kepada pribadi pemimpin, melainkan kepada lembaga yang bersifat impersonal. Dalam masyarakat demokratis kedudukan wewenang berupa sistem birokrasi, dan ditetapkan untuk jangka waktu terbatas (periode). Hal ini untuk mencegah peluang yang berkuasa menyalahgunakan kekuasaannya sekaligus menjamin kepentingan masyarakat atas kewenangan legal tersebut.

F. Dimensi Kekuasaan

Terdapat tiga dimensi kekuasaan, yaitu sebagai berikut:

1. Kekuasaan sebagai Pengambilan Keputusan

Kekuasaan dalam pengambilan keputusan menekankan pada tindakan individu atau kelompok yang mempengaruhi pemutusan kebijakan. Penelitian Rober Dahl, *Who Governs?* (Siapa yang berkuasa?), melihat kepada siapa yang membuat keputusan penting atas isu-isu yang terjadi di New Haven, Connecticut, Amerika (Dahl, 1961). Dahl

menyimpulkan tentang siapa yang berkuasa dengan mengkaji preferensi (keinginan) kelompok-kelompok berkepentingan dan membandingkannya dengan hasil kebijakan. Dahl menemukan bahwa ada perbedaan sumber daya yang memberi kekuasaan kepada warga masyarakat dan kelompok berkepentingan dan sumber daya ini tidak didistribusikan dengan merata: meski sejumlah individu memiliki kekayaan sumber daya politik, mereka menjadi miskin dalam aspek lainnya. Terdapat penemuan bahwa individu dan kelompok yang berbeda mampu untuk memberikan pengaruh pada isu kebijakan yang berbeda. Atas penemuan-penemuan tersebut, Dahl (1961) menyimpulkan bahwa kelompok-kelompok masyarakat yang berbeda, termasuk kelompok yang lemah, dapat menekan ke dalam sistem politik dan menguasai para pembuat keputusan sesuai dengan preferensi (keinginan) nya. Meski hanya sedikit orang yang berkuasa langsung atas keputusan-keputusan kunci, yang diartikan sebagai keberhasilan atau memveto usulan kebijakan, kebanyakan orang memiliki kekuasaan tidak langsung melalui kekuatan suara (*vote*).

2. Kekuasaan sebagai bahan pengambilan keputusan

Menurut ahli lain atas pengkajian Dahl, mengatakan bahwa pengkajiannya tersebut hanya berfokus pada isu-isu kebijakan yang dapat diamati dan tidak memperhatikan dimensi kekuasaan lain yang penting karena pengkajiannya tersebut melupakan adanya kemungkinan bahwa kelompok-kelompok dominan mengeluarkan pengaruh

mereka dengan membatasi agenda kebijakan kepada pemikiran-pemikiran yang dapat diterima. Bachrach dan Barats (1962) berpendapat bahwa 'kekuasaan juga dilakukan ketika seseorang mengeluarkan tenaganya untuk menciptakan atau memberlakukan nilai-nilai sosial dan politik serta kegiatan-kegiatan kelembagaan yang dapat membatasi lingkup proses politik hanya pada pemikiran umum dari isu-isu tersebut yang tidak membahayakan seseorang tersebut'. Akibatnya, kekuasaan sebagai latar belakang agenda menyoroti cara para kelompok berkuasa mengendalikan agenda tetap menjadi isu yang mengancam di bawah layar radar kebijakan. Menurut Bachrach dan Barats (1963), kekuasaan sebagai bukan pembuat keputusan mencakup kegiatan yang membatasi lingkup pembuatan keputusan untuk menyelamatkan isu dengan merubah nilai-nilai masyarakat yang dominan, mitos dan lembaga serta prosedur politik'. Dalam dimensi kekuasaan ini, beberapa isu tetap tersembunyi dan gagal memasuki area politik (Bachrach dan Barats, 1963).

3. Kekuasaan sebagai Pengendali Pikiran

Steven Lukes (1974) menggambarkan kekuasaan sebagai pengendali gagasan. Dengan kata lain, kekuasaan berfungsi sebagai kemampuan untuk mempengaruhi orang lain dengan membentuk keinginan mereka. Dalam dimensi ini, dimisalkan A melakukan kekuasaan kepada B pada saat A mempengaruhi B dengan cara yang tidak sesuai dengan keinginan B. Sebagai contoh, orang-orang miskin memberikan suara kepada Presiden Bush pada tahun

2004 meskipun kebijakan dalam negerinya tidak sesuai dengan keinginan mereka. Lukes berpendapat bahwa A memperoleh kepatuhan B melalui cara yang terselubung. Cara terselubung ini meliputi kemampuan untuk membentuk arti dan cara pandang terhadap kenyataan yang mungkin dilakukan melalui pengendalian informasi, media massa dan atau melalui pengendalian proses sosialisasi (Lukes, 1974).

BAB XII

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang implementasi kebijakan

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang batasan implementasi
2. Mampu menjelaskan tentang pendekatan proses implementasi
3. Mampu menjelaskan tentang keterampilan implementator
4. Mampu menjelaskan tentang teori implementasi program

A. Batasan Implementasi

Konsep implementasi berasal dari bahasa inggris yaitu *to implement*. Dalam kamus besar webster, *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan

sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu) (Wahab, 2004).

Mazmanian & Paul Sabatier dalam bukunya *Implementation and Public Policy* (1983) mendefinisikan implementasi sebagai *berikut* pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Umumnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya. Implementasi menurut Mazmanian (1983) merupakan pelaksanaan kebijakan dasar berbentuk undang-undang juga berbentuk perintah atau keputusan-keputusan yang penting atau seperti keputusan badan peradilan. Proses implementasi ini berlangsung setelah melalui sejumlah tahapan tertentu seperti tahapan pengesahan undang-undang, kemudian output kebijakan dalam bentuk pelaksanaan keputusan dan seterusnya sampai perbaikan kebijakan yang bersangkutan (Mazmanian, 1983).

Sedangkan, menurut Van Meter (1975), mendefinisikan implementasi sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan. Pandangan Van Meter (1975) bahwa implementasi merupakan tindakan oleh individu, pejabat, kelompok badan pemerintah atau swasta yang diarahkan pada

tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam suatu keputusan tertentu. Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat diketahui bahwa implementasi kebijakan menyangkut tiga hal, yaitu (Meter V, 1975):

1. Adanya tujuan atau sasaran kebijakan.
2. Adanya aktivitas/kegiatan pencapaian tujuan.
3. Adanya hasil kegiatan.

B. Pendekatan Proses Implementasi

Pendekatan dalam studi implementasi adalah sebagai berikut (Nugroho, 2003):

1. Pendekatan struktural (peran organisasi).
2. Pendekatan prosedural dan manajemen (Misal : *Network planning and Control/ NPC, Program Evaluation and Review Tehnique/PERT* dsb).
3. Pendekatan Perilaku (komunikasi, informasi, sikap dan sebagainya).
4. Pendekatan politis (aspek-aspek antar departemental/ politik).

Implementasi mengacu pada tindakan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan, tindakan ini berusaha untuk mengubah keputusan-keputusan tersebut menjadi pola-pola operasional serta berusaha mencapai perubahan-perubahan besar atau kecil sebagaimana yang telah diputuskan sebelumnya. Implementasi pada hakikatnya juga upaya pemahaman apa

yang seharusnya terjadi setelah sebuah program dilaksanakan. Implementasi kebijakan tidak hanya melibatkan instansi yang bertanggungjawab untuk pelaksanaan kebijakan tersebut, namun juga menyangkut jaringan kekuatan politik, ekonomi, dan sosial (James, 2006). Dalam tataran praktis, implementasi adalah proses pelaksanaan keputusan dasar. Proses tersebut terdiri atas beberapa tahapan yakni (Nugroho, 2003):

1. Tahapan pengesahan peraturan perundangan.
2. Pelaksanaan keputusan oleh instansi pelaksana.
3. Kesiadaan kelompok sasaran untuk menjalankan keputusan.
4. Dampak nyata keputusan baik yang dikehendaki atau tidak.
5. Dampak keputusan sebagaimana yang diharapkan instansi pelaksana.
6. Upaya perbaikan atas kebijakan atau peraturan perundangan.

Proses persiapan implementasi setidaknya menyangkut beberapa hal penting yakni (Widodo, 2007):

1. Penyiapan sumber daya, unit dan metode.
2. Penerjemahan kebijakan menjadi rencana dan arahan yang dapat diterima dan dijalankan.
3. Penyediaan layanan, pembayaran dan hal lain secara rutin.

Oleh karena itu, implikasi sebuah kebijakan merupakan tindakan sistematis dari pengorganisasian, penerjemahan dan aplikasi. Berikut ini merupakan tahapan-tahapan operasional implementasi sebuah kebijakan (Widodo, 2007):

1. Tahapan interpretasi. Tahapan ini merupakan tahapan penjabaran sebuah kebijakan yang bersifat abstrak dan sangat umum ke dalam kebijakan atau tindakan yang lebih bersifat manajerial dan operasional. Kebijakan abstrak biasanya tertuang dalam bentuk peraturan perundangan yang dibuat oleh lembaga eksekutif dan legislatif, bisa berbentuk perda ataupun undang-undang. Kebijakan manajerial biasanya tertuang dalam bentuk keputusan eksekutif yang bisa berupa peraturan presiden maupun keputusan kepala daerah, sedangkan kebijakan operasional berupa keputusan pejabat pemerintahan bisa berupa keputusan/peraturan menteri ataupun keputusan kepala dinas terkait. Kegiatan dalam tahap ini tidak hanya berupa proses penjabaran dari kebijakan abstrak ke petunjuk pelaksanaan/teknis namun juga berupa proses komunikasi dan sosialisasi kebijakan tersebut-baik yang berbentuk abstrak maupun operasional-kepada para pemangku kepentingan.
2. Tahapan pengorganisasian. Kegiatan pertama tahap ini adalah penentuan pelaksana kebijakan (*policy implementor*) yang setidaknya dapat diidentifikasi sebagai berikut: instansi pemerintah (baik pusat maupun daerah), sektor swasta, LSM maupun komponen masyarakat. Setelah pelaksana kebijakan ditetapkan, maka dilakukan penentuan prosedur tetap kebijakan yang berfungsi sebagai pedoman, petunjuk dan referensi bagi pelaksana dan sebagai pencegah terjadinya kesalahpahaman saat para pelaksana tersebut menghadapi masalah. Prosedur tetap tersebut terdiri atas prosedur operasi standar (SOP) atau

standar pelayanan minimal (SPM). Langkah berikutnya adalah penentuan besaran anggaran biaya dan sumber pembiayaan. Sumber pembiayaan bisa diperoleh dari sektor pemerintah (APBN/APBD) maupun sektor lain (swasta atau masyarakat). Selain itu juga diperlukan penentuan peralatan dan fasilitas yang diperlukan, sebab peralatan tersebut akan berperan penting dalam menentukan efektifitas dan efisiensi pelaksanaan kebijakan. Langkah selanjutnya adalah penetapan manajemen pelaksana kebijakan. Hal ini diwujudkan dalam penentuan pola kepemimpinan dan koordinasi pelaksanaan, dalam hal ini penentuan focal point pelaksana kebijakan. Setelah itu, jadwal pelaksanaan implementasi kebijakan segera disusun untuk memperjelas hitungan waktu dan sebagai salah satu alat penentu efisiensi implementasi sebuah kebijakan.

3. Tahapan implikasi. Tindakan dalam tahap ini adalah perwujudan masing-masing tahapan yang telah dilaksanakan sebelumnya.

C. Keterampilan Implementator

Keterampilan adalah kecakapan untuk menyelesaikan tugas. atau kecakapan yang disyaratkan. Dalam pengertian luas, jelas bahwa setiap cara yang digunakan untuk mengembangkan manusia, bermutu dan memiliki pengetahuan, keterampilan dan kemampuan sebagaimana diisyaratkan (Suparno, 2004). Jadi, keterampilan implementator adalah kecakapan yang dimiliki baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta untuk

melakukan tindakan-tindakan yang dilakukan yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan (Van Meter & Van Horn,1975).

D. Teori Implementasi Program

Implementasi program atau kebijakan merupakan salah satu tahap yang penting dalam proses kebijakan publik. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak dan tujuan yang diinginkan. Setyadi (2005) menyatakan bahwa proses implementasi kebijakan tidak hanya menyangkut perilaku badan administratif yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri kelompok sasaran, tetapi juga menyangkut jaringan kekuatan-kekuatan politik, ekonomi, dan sosial yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku semua pihak yang terlibat, dan pada akhirnya berpengaruh terhadap dampak negatif maupun positif, dengan demikian dalam mencapai keberhasilan implemetasi, diperlukan kesamaan pandangan tujuan yang hendak dicapai dan komitmen semua pihak untuk memberikan dukungan (Setyadi, 2005). Keberhasilan implementasi suatu kebijakan, dapat diukur dengan melihat kesesuaian antara pelaksanaan atau penerapan kebijakan dengan desain, tujuan dan sasaran kebijakan itu sendiri serta memerikan dampak atau hasil yang positif bagi pemecahan permasalahan yang dihadapi (Ekowati, 2005).

Teori Implementasi menurut Edward (1980) menjelaskan bahwa terdapat empat variable kritis dalam implementasi kebijakan public atau program diantaranya, komunikasi atau

kejelasan informasi, konsistensi informasi (*communications*), ketersediaan sumberdaya dalam jumlah dan mutu tertentu (*resources*), sikap dan komitmen dari pelaksana program atau kebijakan birokrat (*disposition*), dan struktur birokrasi atau standar operasi yang mengatur tata kerja dan tata laksana (*bureaucratic structure*). Variabel-variabel tersebut saling berkaitan satu sama lain untuk mencapai tujuan implementasi kebijakan (Edward, 1980).

1. Komunikasi (*communications*): berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan pada organisasi dan atau publik, ketersediaan sumberdaya untuk melaksanakan kebijakan, sikap dan tanggap dari para pelaku yang terlibat, dan bagaimana struktur organisasi pelaksana kebijakan. Komunikasi dibutuhkan oleh setiap pelaksana kebijakan untuk mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Bagi suatu organisasi, komunikasi merupakan suatu proses penyampaian informasi, ide-ide diantara para anggota organisasi secara timbal balik dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Keberhasilan komunikasi ditentukan oleh 3 (tiga) indikator, yaitu penyaluran komunikasi, konsistensi komunikasi dan kejelasan komunikasi. Faktor komunikasi dianggap penting, karena dalam proses kegiatan yang melibatkan unsur manusia dan unsur sumber daya akan selalu berurusan dengan permasalahan mengenai hubungan yang dilakukan (Edward, 1980).

2. Ketersediaan sumberdaya (*resources*): berkenaan dengan sumber daya pendukung untuk melaksanakan kebijakan yaitu (Edward, 1980):
 - a. Sumber daya manusia: merupakan aktor penting dalam pelaksanaan suatu kebijakan dan merupakan potensi manusiawi yang melekat keberadaannya pada seseorang meliputi fisik maupun non fisik berupa kemampuan seorang pegawai yang terakumulasi baik dari latar belakang pengalaman, keahlian, keterampilan dan hubungan personal.
 - b. Informasi: merupakan sumberdaya kedua yang penting dalam implementasi kebijakan. Informasi yang disampaikan atau diterima haruslah jelas sehingga dapat mempermudah atau memperlancar pelaksanaan kebijakan atau program.
 - c. Kewenangan: hak untuk mengambil keputusan, hak untuk mengarahkan pekerjaan orang lain dan hak untuk memberi perintah.
 - d. Sarana dan prasarana: merupakan alat pendukung dan pelaksana suatu kegiatan. Sarana dan prasarana dapat juga disebut dengan perlengkapan yang dimiliki oleh organisasi dalam membantu para pekerja di dalam pelaksanaan kegiatan mereka.
 - e. Pendanaan: membiayai operasional implementasi kebijakan tersebut, informasi yang relevan, dan yang mencakupi tentang bagaimana cara mengimplementasikan suatu kebijakan, dan kerelaan atau kesanggupan dari

berbagai pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan tersebut. Hal ini dimaksud agar para implementator tidak melakukan kesalahan dalam mengimplementasikan kebijakan tersebut.

3. Sikap dan komitmen dari pelaksana program (*disposition*): berhubungan dengan kesediaan dari para implementor untuk menyelesaikan kebijakan publik tersebut. Kecakapan saja tidak mencukupi tanpa kesediaan dan komitmen untuk melaksanakan kebijakan. Disposisi menjaga konsistensi tujuan antara apa yang ditetapkan pengambil kebijakan dan pelaksana kebijakan. Kunci keberhasilan program atau implementasi kebijakan adalah sikap pekerja terhadap penerimaan dan dukungan atas kebijakan atau dukungan yang telah ditetapkan (Edward, 1980).
4. Struktur birokrasi (*bureaucratic structure*): berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi kebijakan public. Struktur birokrasi menjelaskan susunan tugas dan para pelaksana kebijakan, memecahkannya dalam rincian tugas serta menetapkan prosedur standar operasi (Edward, 1980).

BAB XIII

SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN)

Tujuan umum

Secara umum, pada bab ini bertujuan untuk menjelaskan tentang sistem kesehatan nasional (SKN).

Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada bab ini adalah:

1. Mampu menjelaskan tentang batasan SKN
2. Mampu menjelaskan tentang kegunaan dan landasan SKN
3. Mampu menjelaskan tentang perkembangan dan tantangan SKN
4. Mampu menjelaskan tentang asas SKN
5. Mampu menjelaskan tentang bentuk pokok SKN
6. Mampu menjelaskan tentang cara penyelenggaraan SK
7. Mampu menjelaskan tentang dukungan penyelenggaraan SKN

A. Batasan SKN

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. SKN merupakan pedoman dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. SKN bukan pedoman penyelenggaraan kesehatan bagi Departemen Kesehatan saja, tapi bagi semua potensi bangsa baik pemerintah (pusat, provinsi, kab/kota), masyarakat, maupun swasta. Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN dikelompokkan dalam subsistem (Depkes, 2009):

1. Upaya kesehatan.
2. Penelitian dan pengembangan kesehatan.
3. Pembiayaan kesehatan.
4. Sumber daya manusia kesehatan.
5. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
6. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan.
7. Pemberdayaan masyarakat.

SKN dilaksanakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. SKN dilaksanakan secara berkelanjutan, sistematis, terarah, terpadu, menyeluruh, dan tanggap terhadap perubahan dengan menjaga kemajuan, kesatuan, dan ketahanan nasional. SKN menjadi acuan dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan sampai dengan kegiatan monitoring dan evaluasi.

Pelaksanaan SKN harus memperhatikan hal-hal berikut, yaitu (Depkes, 2009):

8. Cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata.
9. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat.
10. Kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat.
11. Kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan.
12. Inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan.
13. Pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak.
14. Dinamika keluarga dan kependudukan.
15. Keinginan masyarakat.
16. Epidemiologi penyakit.

Prinsip dasar adalah norma, nilai, dan aturan pokok yang bermakna dari falsafah dan budaya Bangsa Indonesia, yang dipergunakan sebagai acuan berfikir dan bertindak. Terdapat 7 (tujuh) prinsip dasar SKN, dengan penekanan pada masing-masing uraian sebagai berikut (Depkes, 2009):

1. Perikemanusiaan. Terbaikannya pemenuhan kebutuhan kesehatan adalah bertentangan dengan prinsip kemanusiaan.

2. Hak Azasi Manusia. Diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap orang adalah hak azasi manusia, tanpa membedakan antara golongan, suku, agama, dan status sosial ekonomi.
3. Adil dan merata. Pelayanan kesehatan harus merata, bermutu, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat secara ekonomi dan geografi.
4. Pemberdayaan dan kemandirian masyarakat. Kesehatan merupakan tanggung jawab bersama, baik pemerintah maupun masyarakat dan perorangan (individu).
5. Kemitraan. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan menggalang kemitran yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta.
6. Pengutamaan dan manfaat. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan lebih mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan golongan dan perorangan. Pemanfaatan iptek dalam pembangunan kesehatan.
7. Tata pemerintahan yang baik. Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka, rasional/profesional, bertanggung jawab dan bertanggung gugat.

Dengan memperhatikan kondisi dan situasi di Indonesia serta kebutuhan dewasa ini maka diputuskan terdapat 6 (enam) subsistem dari SKN, yaitu (Perpres 72/2012 tentang SKN):

1. Subsistem upaya kesehatan.
2. Subsistem pembiayaan kesehatan.

3. Subsistem sumberdaya manusia kesehatan.
4. Subsistem obat dan perbekalan kesehatan.
5. Subsistem pemberdayaan masyarakat.
6. Subsistem manajemen kesehatan.

B. Kegunaan dan Landasan SKN

Penyusunan SKN ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN 2009 dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta. Tersusunnya SKN ini mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K), memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional. SKN ini merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan (Perpres 72/2012 tentang SKN).

Adapun Landasan Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai berikut (Perpres 72/2012 tentang SKN):

1. Landasan idiil yaitu Pancasila.
2. Landasan konstitusional, yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945:
 - a. Pasal 28A “Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya”,
 - b. Pasal 28B ayat (2) “Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.”,
 - c. Pasal 28C ayat (1) “Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia”,
 - d. Pasal 28H ayat (1) “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”,
 - e. Pasal 28H ayat (3) “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”,
 - f. Pasal 34 ayat (2) “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”,

- g. Pasal 34 ayat (3) “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.
3. Landasan Operasional meliputi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan ketentuan peraturan perundangundangan lainnya yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.

C. Perkembangan dan Tantangan SKN

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat. Kinerja sistem kesehatan telah menunjukkan peningkatan, antara lain ditunjukkan dengan peningkatan status kesehatan, yaitu penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007). Angka Kematian Ibu (AKI) juga mengalami penurunan dari 318 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Sejalan dengan penurunan angka kematian bayi, Umur Harapan Hidup (UHH) meningkat dari 68,6 tahun pada tahun 2009 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2007. Demikian pula telah terjadi penurunan prevalensi kekurangan gizi pada balita dari 29,5% pada akhir tahun 1997 menjadi sebesar 18,4% pada tahun 2007 (Riskesdas, 2007). Namun penurunan indikator kesehatan masyarakat tersebut masih belum seperti yang diharapkan. Upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan

dalam lingkungan strategis baru, harus terus diupayakan dengan perbaikan Sistem Kesehatan Nasional (Depkes, 2009)

a. Upaya Kesehatan

Akses pada pelayanan kesehatan secara nasional mengalami peningkatan, dalam kaitan ini akses rumah tangga yang dapat menjangkau sarana kesehatan ≤ 30 menit sebesar 90,7% dan akses rumah tangga 6 yang berada ≤ 5 km dari sarana kesehatan sebesar 94,1%. Peningkatan jumlah Puskesmas ditandai dengan peningkatan rasio Puskesmas dari 3,46 per 100.000 penduduk pada tahun 2003 menjadi 3,65 per 100.000 pada tahun 2007. Namun pada daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, serta pulau-pulau kecil terdepan dan terluar masih rendah. Jarak fasilitas pelayanan yang jauh disertai distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata dan pelayanan kesehatan yang mahal menyebabkan rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (Depkes, 2009).

b. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan sudah semakin meningkat dari tahun ke tahun. Persentase pengeluaran nasional sektor kesehatan pada tahun 2005 adalah sebesar 0,81% dari Produk Domestik Bruto (PDB) meningkat pada tahun 2007 menjadi 1,09 % dari PDB, meskipun belum mencapai 5% dari PDB seperti dianjurkan WHO. Demikian pula dengan anggaran kesehatan, pada tahun 2009 jumlah APBN kesehatan adalah sebesar Rp 5,54 Triliun meningkat menjadi sebesar 18,75 Triliun pada tahun 2007, namun

persentase terhadap seluruh APBN belum meningkat dan masih berkisar 2,6–2,8% (Depkes, 2009).

Proporsi pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah belum mengutamakan upaya pencegahan dan promosi kesehatan. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan sekitar 46,5% dari keseluruhan penduduk pada tahun 2008 yang sebagian besar berasal dari bantuan sosial untuk program jaminan kesehatan masyarakat miskin sebesar 76,4 juta jiwa atau 34,2% (Depkes, 2009).

c. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Upaya pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan belum memadai, baik jumlah, jenis, maupun kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan masih belum merata. Jumlah dokter Indonesia masih termasuk rendah, yaitu 19 per 100.000 penduduk bila dibandingkan dengan negara lain di ASEAN, seperti Filipina 58 per 100.000 penduduk dan Malaysia 70 per 100.000 pada tahun 2007 (Depkes, 2009).

Masalah strategis SDM Kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah: a) Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan SDM untuk pembangunan kesehatan; b) Perencanaan kebijakan dan program SDM Kesehatan masih lemah dan belum didukung sistem informasi SDM Kesehatan yang memadai; c) Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM Kesehatan.

Kualitas hasil pendidikan SDM Kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum memadai; d) Dalam pendayagunaan SDM Kesehatan, pemerataan SDM Kesehatan berkualitas masih kurang. Pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya. Regulasi untuk mendukung SDM Kesehatan masih terbatas; serta e) Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan serta dukungan sumber daya SDM Kesehatan masih kurang (Depkes, 2009).

d. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Pasar sediaan farmasi masih didominasi oleh produksi domestik, sementara itu bahan baku impor mencapai 85% dari kebutuhan. Di Indonesia terdapat 9.600 jenis tanaman berpotensi mempunyai efek pengobatan, dan baru 300 jenis tanaman yang telah digunakan sebagai bahan baku. Upaya perlindungan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan telah dilakukan secara komprehensif. Sementara itu pemerintah telah berusaha untuk menurunkan harga obat, namun masih banyak kendala yang dihadapi (Depkes, 2008).

Penggunaan obat rasional belum dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, masih banyak pengobatan yang dilakukan tidak sesuai dengan formularium (Chaerunissa, 2009). Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) digunakan sebagai dasar penyediaan obat di pelayanan kesehatan publik. Daftar Obat Esensial Nasional tersebut telah disusun sejak tahun 1980 dan direvisi secara

berkala sampai tahun 2008. Lebih dari 90% obat yang diresepkan di Puskesmas merupakan obat esensial generik. Namun tidak diikuti oleh sarana pelayanan kesehatan lainnya, seperti: di rumah sakit pemerintah kurang dari 76%, rumah sakit swasta 49%, dan apotek kurang dari 47%. Hal ini menunjukkan bahwa konsep obat esensial generik belum sepenuhnya diterapkan (Depkes, 2000).

e. Manajemen dan Informasi Kesehatan

Perencanaan pembangunan kesehatan antara Pusat dan Daerah belum sinkron. Begitu pula dengan perencanaan jangka panjang/menengah masih belum menjadi acuan dalam menyusun perencanaan jangka pendek. Demikian juga dengan banyak kebijakan yang belum disusun berbasis bukti dan belum bersinergi baik perencanaan di tingkat Pusat dan atau di tingkat Daerah. Hukum kesehatan belum tertata secara sistematis dan belum mendukung pembangunan kesehatan secara utuh. Regulasi bidang kesehatan pada saat ini belum cukup, baik jumlah, jenis, maupun efektifitasnya. Pemerintah belum sepenuhnya dapat menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu sesuai dengan prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*) (Depkes, 2009).

f. Pemberdayaan Masyarakat

Rumah tangga yang telah melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat meningkat dari 27% pada tahun 2005 menjadi 36,3% pada tahun 2007, namun masih jauh dari

sasaran yang harus dicapai pada tahun 2009, yakni dengan target 60%. Jumlah UKBM, seperti Posyandu dan Poskesdes semakin meningkat, tetapi pemanfaatan dan kualitasnya masih rendah. Hingga tahun 2008 sudah terbentuk 47.111 Desa Siaga dimana terdapat 47.111 buah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat lainnya yang terus berkembang pada tahun 2008 adalah Posyandu yang telah berjumlah 269.202 buah dan 967 Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren). Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan bahwa alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes walaupun sebenarnya memerlukan adalah karena pelayanannya tidak lengkap (49,6%), lokasinya jauh (26%), dan tidak ada Posyandu/Poskesdes (24%) (Depkes, 2009) (Riskesdas, 2007).

Perkembangan global, regional, dan nasional yang dinamis akan mempengaruhi pembangunan suatu negara, termasuk pembangunan kesehatannya. Hal ini merupakan faktor eksternal utama yang mempengaruhi proses pembangunan kesehatan dan menjadi tantangan SKN (Depkes, 2009). Faktor lingkungan strategis dapat dibedakan atas tatanan global, regional, nasional, dan lokal, serta dapat dijadikan peluang atau kendala bagi sistem kesehatan di Indonesia (Notoadmojo, 2005).

g. Tingkat Global dan Regional

Globalisasi merupakan suatu perubahan interaksi manusia secara luas, yang mencakup ekonomi, politik, sosial,

budaya, teknologi, dan lingkungan (Syani, 1987). Proses ini dipicu dan dipercepat dengan berkembangnya teknologi, informasi, dan transportasi yang mempunyai konsekuensi pada fungsi suatu negara dalam sistem pengelolannya. Era globalisasi dapat menjadi peluang sekaligus tantangan pembangunan kesehatan, yang sampai saat ini belum sepenuhnya dilakukan persiapan dan langkah-langkah yang menjadikan peluang dan mengurangi dampak yang merugikan, sehingga mengharuskan adanya suatu sistem kesehatan yang responsif. Komitmen Internasional, seperti: MDGs, adaptasi perubahan iklim (*climate change*), ASEAN Charter, jejaring riset Asia Pasifik, serta komitmen Nasional, seperti revitalisasi pelayanan kesehatan dasar dan pengarus-utamaan gender, perlu menjadi perhatian dalam pembangunan kesehatan (Depkes, 2009).

h. Tingkat Nasional dan Lokal

Pada tingkat nasional terjadi proses politik, seperti desentralisasi, demokratisasi, dan politik kesehatan yang berdampak pada pembangunan kesehatan, sebagai contoh: banyaknya peserta Pemilihan Kepala Daerah (Pilkada) yang menggunakan isu kesehatan sebagai janji politik. Proses desentralisasi yang semula diharapkan mampu memberdayakan daerah dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, namun dalam kenyataannya belum sepenuhnya berjalan dan bahkan memunculkan euforia di daerah yang mengakibatkan pembangunan kesehatan terkendala (Depkes, 2009).

Secara geografis, sebagian besar wilayah Indonesia rawan bencana, di sisi lain situasi sosial politik yang berkembang sering menimbulkan konflik sosial yang pada akhirnya memunculkan berbagai masalah kesehatan, termasuk akibat pembangunan yang tidak berwawasan kesehatan yang memerlukan upaya pemecahan melalui berbagai terobosan dan pendekatan. Perangkat regulasi dan hukum yang terkait dengan kesehatan masih belum memadai, sementara itu kesadaran hukum masyarakat masih rendah, dan masih lemahnya penegakan hukum menyebabkan berbagai hambatan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan (Depkes, 2009).

Oleh karena itu, perlu dilakukan berbagai terobosan/pendekatan terutama pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan yang memberikan penguatan kapasitas dan surveilans berbasis masyarakat, diantaranya melalui pengembangan Desa Siaga. Di bidang lingkungan, mekanisme mitigasi serta adaptasi dan pengenalan resiko akan perubahan iklim menuntut kegiatan kerjasama antara pihak lingkungan dengan pihak kesehatan dan seluruh sektor terkait (Depkes, 2009).

D. Asas SKN

Dalam menjamin efektifitas SKN, maka setiap pelaku pembangunan kesehatan harus taat pada asas yang menjadi landasan bagi setiap program dan kegiatan pembangunan kesehatan.

1. Dasar Pembangunan Kesehatan

Berdasarkan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Jangka Panjang Pembangunan Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025, pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Dalam Undang-undang tersebut, dinyatakan bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mendasarkan pada:

a. Perikemanusiaan

Pembangunan kesehatan harus berlandaskan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Tenaga kesehatan perlu berbudi luhur, memegang teguh etika profesi, dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

b. Pemberdayaan dan Kemandirian

Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berperan, berkewajiban, dan bertanggung-jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta

kepribadian bangsa dan semangat solidaritas sosial serta gotong-royong.

c. Adil dan Merata

Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, golongan, agama, dan status sosial ekonominya. Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan kembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

d. Pengutamakan dan Manfaat

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan atau golongan. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergisme yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik, sehingga secara berhasil guna dan bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, beserta lingkungannya.

Pembangunan kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin. Perlu diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi

antara Pusat dan Daerah dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan, yaitu: a) Berpihak pada Rakyat, b) Bertindak Cepat dan Tepat, c) Kerjasama Tim, d) Integritas yang Tinggi, dan e) Transparansi serta Akuntabilitas.

2. Dasar Sistem Kesehatan Nasional

Dalam penyelenggaraan, SKN perlu mengacu pada dasar-dasar sebagai berikut:

a. Hak Asasi Manusia (HAM)

Sesuai dengan tujuan pembangunan nasional dalam Pembukaan Undang-undang Dasar 1945, yaitu untuk meningkatkan kecerdasan bangsa dan kesejahteraan rakyat, maka setiap penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 antara lain menggariskan bahwa setiap rakyat berhak atas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya tanpa membedakan suku, golongan, agama, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

b. Sinergisme dan Kemitraan yang Dinamis

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan

prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional.

Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

c. Komitmen dan Tata Pemerintahan yang Baik (*Good Governance*)

Agar SKN berfungsi baik, diperlukan komitmen yang tinggi, dukungan, dan kerjasama yang baik dari para pelaku untuk menghasilkan tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (*good governance*). Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (transparan), rasional, profesional, serta bertanggung-jawab dan bertanggung-gugat (akuntabel).

d. Dukungan Regulasi

Dalam menyelenggarakan SKN, diperlukan dukungan regulasi berupa adanya berbagai peraturan perundangan yang mendukung penyelenggaraan SKN dan penerapannya (*law enforcement*).

e. Antisipatif dan Pro Aktif

Setiap pelaku pembangunan kesehatan harus mampu melakukan antisipasi atas perubahan yang akan terjadi, yang di dasarkan pada pengalaman masa lalu atau pengalaman yang terjadi di negara lain. Dengan mengacu pada antisipasi tersebut, pelaku pembangunan kesehatan perlu lebih proaktif terhadap perubahan lingkungan strategis baik yang bersifat internal maupun eksternal.

f. Responsif Gender

Dalam penyelenggaraan SKN, setiap penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan harus menerapkan kesetaraan dan keadilan gender. Kesetaraan gender dalam pembangunan kesehatan adalah kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat pembangunan kesehatan. Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan.

g. Kearifan Lokal

Penyelenggaraan SKN di daerah harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif dari meningkatnya peran serta masyarakat dan secara kualitatif dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani.

Dengan demikian kebijakan pembangunan daerah di bidang kesehatan harus sejalan dengan SKN, walaupun dalam prakteknya, dapat disesuaikan dengan potensi dan kondisi serta kebutuhan masyarakat di daerah terutama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi rakyat.

E. Bentuk Pokok SKN

1. Tujuan SKN

Tujuan SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Kedudukan Sistem Kesehatan Nasional

Adapun kedudukan sistem kesehatan nasional adalah sebagai berikut:

a. Suprasistem SKN

Suprasistem SKN adalah Ketahanan Nasional. SKN bersama dengan berbagai sistem nasional lainnya, diarahkan untuk mencapai Tujuan Bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945, yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian, abadi dan keadilan sosial. Dalam kaitan ini, undang-undang yang

berkaitan dengan kesehatan merupakan kebijakan strategis dalam pembangunan kesehatan.

b. Kedudukan SKN dalam Sistem Nasional Lainnya

Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggung jawab dari berbagai sektor lain terkait. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, SKN perlu menjadi acuan bagi sektor lain. Dalam penyelenggaraan pembangunan nasional, SKN dapat bersinergi secara dinamis dengan berbagai sistem nasional lainnya seperti: Sistem Pendidikan Nasional, Sistem Perekonomian Nasional, Sistem Ketahanan Pangan Nasional, Sistem Hankamnas, dan Sistem-sistem nasional lainnya.

c. Kedudukan SKN terhadap Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan di Daerah

Kedudukan SKN terhadap Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan di Daerah yaitu sebagai acuan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

d. Kedudukan SKN terhadap berbagai sistem kemasyarakatan termasuk swasta

Berbagai sistem kemasyarakatan merupakan bagian integral dari SKN. Dalam kaitan ini SKN dipergunakan sebagai acuan bagi masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan. Sedangkan potensi swasta merupakan bagian integral dari SKN. Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan perlu digalang kemitraan yang setara, terbuka, dan saling

menguntungkan dengan berbagai potensi swasta. SKN dapat mewarnai potensi swasta, sehingga sejalan dengan tujuan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan. Dengan mengacu terutama pada kedudukan SKN diatas dan pencapaian tujuan nasional.

3. Subsistem SKN

Pendekatan manajemen kesehatan dewasa ini dan kecenderungannya dimasa depan adalah kombinasi dari pendekatan: 1) Sistem, 2) Kontigensi, dan 3) Sinergi yang dinamis. Mengacu pada substansi perkembangan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dewasa ini serta pendekatan manajemen kesehatan tersebut diatas maka subsistem SKN meliputi:

a. Subsistem Upaya Kesehatan

Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan.

b. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber yakni pemerintah, pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat dan masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka

mencapai berbagai tujuan dari pembangunan kesehatan. Diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses terhadap pelayanan yang berkualitas.

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan public good yang menjadi tanggung jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat *private*, kecuali pembiayaan untuk orang miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan kesehatan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang pada waktunya diharapkan akan tercapai universal coverage sesuai dengan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2009 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

c. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumberdaya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, SKN juga memberikan fokus penting pada pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan, guna menjamin ketersediaan dan pendistribusian SDM Kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi: 1) perencanaan kebutuhan sumber daya manusia yang diperlukan, 2) pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM

Kesehatan, 3) pendayagunaan SDM Kesehatan , dan 4) pembinaan serta pengawasan SDM Kesehatan.

d. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan Minuman

Subsistem kesehatan ini meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin aspek keamanan, khasiat/ kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman yang beredar, ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial, perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat, penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri (Depkes, 2005).

e. Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan

Subsistem ini meliputi: kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan dan informasi kesehatan. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasilguna dan berdayaguna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, sinkronisasi serta penyerasian berbagai subsistem SKN. Dalam kaitan ini peranan informasi kesehatan sangat penting. Dari segi pengadaan data dan informasi dapat dikelompokkan kegiatannya sebagai berikut: 1) Pengumpulan, validasi, analisa dan desiminasi data dan informasi, 2) Manajemen sistem informasi, 3) Dukungan kegiatan dan sumber daya untuk unit-unit yang

memerlukan, dan 4) Pengembangan untuk peningkatan mutu sistem informasi kesehatan.

f. **Subsistem Pemberdayaan Masyarakat**

SKN akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Dalam pemberdayaan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat dari masyarakat sendiri. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya merupakan fokus dari pembangunan kesehatan.

F. Cara Penyelenggaraan SKN

Penyelenggaraan SKN dilaksanakan secara bertahap sebagai berikut:

1. **Penetapan SKN**

Untuk memperoleh kepastian hukum yang mengikat semua pihak, SKN perlu ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. **Sosialisasi dan Advokasi SKN**

SKN perlu disosialisasikan dan diadvokasikan ke seluruh pelaku pembangunan kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan kesehatan untuk memperoleh komitmen dan

dukungan dari semua pihak. Sasaran sosialisasi dan advokasi SKN adalah semua penentu kebijakan, baik di pusat maupun daerah, baik di sektor publik maupun di sektor swasta.

3. **Fasilitasi Pengembangan Kebijakan Kesehatan di Daerah**
Dalam pembangunan kesehatan di Daerah perlu dikembangkan kebijakan kesehatan, seperti: Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJP-D), (RPJM-D), Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD), yang penyelenggaraannya disesuaikan dengan kondisi, dinamika, dan masalah spesifik daerah dalam kerangka SKN. Pemerintah Pusat memfasilitasi pengembangan kebijakan kesehatan di daerah, memfasilitasi pengukuhan dalam bentuk peraturan perundang-undangan daerah, serta memfasilitasi sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah sesuai kebutuhan (Mansjoer, 2001).

G. Dukungan Penyelenggaraan SKN

SKN diupayakan agar mampu menyesuaikan dengan perkembangan dan dinamika pembangunan kesehatan yang dihadapi dalam penyelenggaraannya yang dilaksanakan secara berkesinambungan. Bila terjadi perubahan paradigma dan lingkungan strategis, SKN dapat disesuaikan dan disempurnakan dengan kondisi dan situasi yang berkembang.

1. Proses penyelenggaraan SKN.
2. Tata Penyelenggaraan SKN.
3. Penyelenggaraan SKN.
4. Sumber daya penyelenggaraan SKN.

DAFTAR PUSTAKA

- Abu Bakar, Badjuri dan Teguh Yuwono. Kebijakan publik, konsep dan strategi. Semarang: JIP FISIP Universitas Diponegoro. 2002.
- Alam S. Ekonomi. Jakarta: Esis. 2007.
- Ali Imran, La Ode. Ekonomi kesehatan. Kendari: Universitas Halu Oleo Press. 2013.
- Allen, Louis A. Karya manajemen, terjemahan JMA. Tahuteru. Jakarta: PT. Pembangunan. 1958.
- Ametembun NA. Supervisi pendidikan. Bandung: Rama. 1971.
- Amirullah dan Haris Budiyono. Pengantar Manajer. Yogyakarta: Graha Ilmu. 2004.
- Amsyah, Zulkifli. Manajemen Kearsipan. Gramedia Pustaka Utama. 1989.
- Arianto K. Perubahan pola pembiayaan kesehatan di Indonesia sejalan dengan perubahan pola politik yang terjadi. Universitas Gadjah Mada. 2012.
- Azwar, A. Pengantar administrasi kesehatan, cetakan pertama, edisi kedua. Jakarta: Binarupa Aksara, 1996.

- Azwar, Azrul. Menjaga mutu pelayanan kesehatan. Jakarta: Sinar Harapan. 2000.
- Azwar, Azrul. Pengantar administrasi kesehatan, edisi ketiga. Jakarta: Binarupa Aksara. 1996.
- Azwar, Azrul. Pengantar administrasi kesehatan. Edisi kedua Jakarta: PT. Binariya Aksara, 1988.
- Azwar, Azrul. Pengantar ilmu kesehatan masyarakat. FKUI, Jakarta, Indonesia. 1996.
- Azwar, Azrul. Program menjaga mutu pelayanan kesehatan (aplikasi prinsip lingkaran pemecahan masalah). Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia. 1994.
- Bachrach P & Baratz MS. Decision and nondecisions: An analytical framework. *American Political Science Review* 1963;57:641-51.
- Berelson & G.A. Steiner. Human behaviour an inventory of scientific finding. New York: Harcourt. 1964.*
- Bornemisza O & Sondorp E. Health policy formulation in complex political emergencies and post conflict countries. a literature review london school of hygiene & tropical medicine University of London. Department of Public Health and Policy. Health Policy Unit London UK. 2002.
- Brantas. Dasar-dasar manajemen. Bandung: Alfabeta. 2009.
- Buse K, May N, Walt G. Making health policy. understanding public health. Open University Press McGraw-Hill House. Berkshire England. UK. 2005.

- Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of international health development* 1995;7(3): 329-49.
- Chaerunissa, AY. *Farmasetika dasar*. Bandung: Widya Padjajaran. 2009.
- Cropper S., Eden C., Ackermann F. The analysis of cause maps. *Journal of Management Studies* 1992;29(3):309-324.
- Daft RL & Dorothy Marcic. *Management: the new workplace seventh edition*. China: Chengage Learning. 2009.
- Daft RL. *Manajemen edisi, alih bahasa oleh edward tanujaya dan shirly tiolina*. Jakarta: Salemba Empat. 2002.
- Dahl RA. *Who govern? democracy and power in an america city*. new heaven, CT: Yale University Press. 1961.
- Dalimunthe RF. *Sejarah perkembangan ilmu manajemen*. Universitas Sumatera Utara. 2005.
- Darma S. *Manajemen kinerja*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2009.
- Davies JK. Back to the future? prospects for healthy public policy. *Public Health Medicine* 2001; 3(2): 62-6.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Informatarium obat nasional Indonesia*. Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan. 2000.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Kebijakan obat nasional*. Jakarta. 2005.
- Departemen Kesehatan RI. *Pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat*. 2015.

- Departemen Kesehatan RI. Sistem kesehatan nasional. Jakarta. 2009
- Depkes RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Jakarta. 2008.
- Depkes RI. Millenium Development Goals 2015. Jakarta. 2008.
- Disman MS. Pengantar manajemen. Universitas Gunadharma. 2013.
- Djuhaeni H. Manajemen Mutu pelayanan kesehatan, pelatihan manajemen pelayanan dan teknis medis RSB, RB dan BPS Wilayah V, Priangan, Tasikmalaya, Persi, Cabang Jawa Barat. 1999.
- Dunn, William N. Analisis Kebijakan. Diterjemahkan Drs. Samodra Wibawa, MA dkk. Edisi ke 2. Jakarta. 1999.
- Edward III, Merilee S. Implementing public policy. Congressional Quarterly Press, Washington. 1980.
- Ekowati MRL. Perencanaan, implementasi, dan evaluasi kebijakan atau program. Surakarta: Pustaka Cakra. 2005.
- Ekowati, Mas Roro Lilik. Perencanaan, implementasi dan evaluasi kebijakan atau program, edisi revisi. Bandung: PT Rosdakarya. 2005.
- Erizal. Monitoring dan pengendalian proyek. Institut Pertanian Bogor. 2013.
- Erly S. Perencanaan pajak, edisi revisi. Jakarta: Salemba Empat. 2003.

- Evans G & Manning N. Helping governments keep their promises making ministers and governments more reliable through improved policy management report no. idp-187 south asia region-internal discussion paper. 2003.
- Fafard P. Evidence and healthy public policy: insights from health and political sciences. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy US. 2008.
- Fanyol H. Administration industrielle et generale. Paris: H Dunot. 1918.
- Fattah N. Landasan manajemen pendidikan. Bandung: Remaja Rosdakarya. 1996.
- Feldstein PJ. Health care economics. second edition. New York:John Wiley and Sons. 1983.
- Gormley K. Social policy and health care. Churchill Livingstone. 1999.
- GR. Terry. Principle of management. New york: RD Irwin. 1960.
- Grenn J &Thorogood N. Analysing health policy. a sociological approach. Addison Wesley Longman Ltd. Essex. 1998.
- Gunawan I. Perubahan dan pengembangan organisasi. 2009.
- Handoko, TH. Manajemen. BPFYogyakarta, Yogyakarta. 2003.
- Hariri, Wawan Muhwan. Pengantar Ilmu Hukum. Bandung: CV. Pustaka Setia. 2012.
- Hariwung AJ. Supervisi pendidikan. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. 1989.

- Hasibuan M. Manajemen sumber daya manusia. edisi revisi. Jakarta : Penerbit PT. Bumi Aksara. 2000.
- Hasibuan M.* manajemen dasar, pengertian, dan masalah, edisi revisi. Jakarta: Bumi Aksara. 2006.
- Hasibuan M. Manajemen: dasar, fungsi, dan masalah. Bandung: Bumi Aksara. 2006.
- Hasibuan. Dasar-dasar manajemen. Jakarta: Bumi Aksara. 2005.
- Hatmoko. Sistem pelayanan kesehatan dasar puskesmas. Samarinda: Universitas Mulawarman. 2000.
- Henry M et al.* Strategy safari, a guided tour through the. wilds of strategic management. New York, London, The Free Press. 1998.
- Herujito YM.* Dasar-dasar manajemen. Jakarta: P.T. Grasindo. 2001.
- Hiahani YD. Peningkatan komunikasi dan pemecahan masalah matematika melalui model pembelajaran learning cycle '5e' (PTK Pada Siswa Kelas X Semester Ganjil SMK Muhammadiyah Delanggu Tahun Ajaran 2013/2014). 2014.
- Hodgetts RM. Management: theory, process and practice. New York: CBS College Publishing. 1982.
- Hunter DJ. Choosing or losing health? Journal of Epidemiology and Community Health 2005;59(12):1010-3.
- Ismail. Pengantar manajemen. Erlangga: Jakarta. 2009.

- James, E. Anderson. Public policy making: an introduction. Belmont: Wadsworth. 2006.
- Januraga, Pande Putu dkk. Laporan penelitian pengembangan pelayanan kesehatan komprehensif berbasis Primary Health Care (PHC) bagi Pekerja Seks Perempuan (PSP) di Bali (Penjajagan Pendekatan Struktur Sosial Masyarakat dalam Penanggulangan HIV-AIDS). 2010.
- Jhonson, Doyle Paul. Teori sosiologi klasik dan modern Jilid 1. Jakarta: Penerbit PT. Gramedia. 1994.
- Komariah, Kokom. Penerapan metode pembelajaran problem solving model polya untuk meningkatkan kemampuan memecahkan masalah bagi siswa kelas IX J di SMPN 3 Cimahi. Prosiding Seminar Nasional Penelitian, Pendidikan dan Penerapan MIPA. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta. 2011.
- Koontz, Harold and O'Donnel, Cyril. Principles of management : an analysis of managerial functions, fifth edition, McGraw-Hill International Book Company, Cacho hermanos, Inc, Metro Manila. 1977.
- Kuntoro A. *Buku ajar manajemen keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2010.
- Labonte R. Healthy public policy and the World Trade Organization a proposal for an international health presence in future world trade/investment talks. Health Promotion International 1998;13(3):245-56.
- Leavell, H.R. & Clark, E.D. Textbook of preventive medicine. 1st ed. New York: McGraw-Hill. 1953.

- Leavell, H.R. & Clark, E.D. Textbook of preventive medicine. 1st ed. New York: McGraw-Hill. 1953.
- Lee K, Buse K & Fustukian S. Health policy in a globalising world. Cambridge University Press. UK. 2002.
- Leichter H. A Comparative approach to policy analysis: health care policy in four nation. Cambridge: Cambridge University Press. 1979.
- Leppo K. Strengthening capacities for policy development and strategic management in national health systems. A background paper prepared for the Forum of senior policy maker and manager of health systems WHO. Geneva, 16–18 July. 2001.
- Levey, Samuel & N. Paul Loomba. Health care administration: “a managerial perspective. 1973.
- Lindblom CE. The science of muddling through. Public Administrative Review 1959;19: 79-88.
- Louis A. Alen, alih bahasa oleh Prof. DR. D. P. Tampubolon. Profesi Manajemen. Jakarta: Penerbit Erlangga. 2009.
- Lubis AA. Ekonomi kesehatan. Medan: USU Press. 2009.
- Lukes S. Power: a radical approach. London: Macmillan. 1974.
- Lumbanbatu DD. Pengaruh persepsi pasien tentang mutu pelayanan rumah sakit terhadap keputusan berobat kembali di Rumah Sakit Dr. Abdul Malik TNI AU Medan Tahun 2013. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2013.
- Lumbangaol J. Sistem informasi manajemen pemahaman dan aplikasi. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia. 2008.

- Mansjoer, Arif, Kuspuji Triyanti, dkk. Kapita selekta kedokteran. Edisi III jilid I. Penerbit Media Aesculapius. FK-UI. 2001.
- Manullang M. Manajemen personalia. Yogyakarta: Gajah Mada University Press. 2001.
- Marwan A & John S. Pengantar ekonomi perusahaan. Jakarta: Karunika. 1991.
- Maslow AH. Motivasi dan kepribadian, seri manajemen no. 104 cetakan pertama. Jakarta: PT. Pustaka Binaman Pressindo. 1984.
- Maulana A. Sistem manajemen Jilid I Edisi 6. Jakarta: Bina Rupa Aksara. 1992.
- Mazmanian, Daniel H., & Paul A. Sabatier. Implementation and public policy. New York: HarperCollins. 1983.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Meter, Donald Van, & Carl Van Horn. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework dalam Administration and Society 6, 1975, London: Sage. 1975.
- Milio N. Glossary: healthy public policy. Journal of Epidemiology and Community Health 2001;55(9):622-3.
- Millet, John D. Management in the public service: The quest for effective performance. New York: McGraw-Hill. 1954.

- Mitchel TR & Larson. People and organization: an introduction to organizational behaviour. Singapore: Mc. Graw Hill Inc. 1987.
- Moerdiyanto. Teknik monitoring dan evaluasi (monev) dalam rangka memperoleh informasi untuk pengambilan keputusan manajemen. Universitas negeri Yogyakarta. 2011.
- Mohanty J. Educational administration, supervision, and school management. New Delhi: Deep & Deep Publication. 1998.
- Mohindra KS. Healthy public policy in poor countries: Tackling macro-economic policies. Health Promotion International 2007;22(2):163-9.
- Mubarak, Wahid Iqbal. Ilmu kesehatan masyarakat. Jakarta: Salemba Medika. 2012.
- Muninjaya, A.A.G. Manajemen kesehatan, Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2004.
- Muninjaya. *Manajemen kesehatan*. Jakarta: EGC. 2004.
- Murti B. Strategi untuk mencapai cakupan universal pelayanan kesehatan di Indonesia. Universitas Sebelas Maret. 2014.
- Musthofa, dkk. Menguasai pemecahan masalah kesehatan masyarakat dengan pendekatan partisipatif. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro. 2009.
- Nasikin. *Sistem sosial indonesia*. Jakarta: PT Grafindo Persada. 2006.

- Newman, WH. *Administrative action*, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. 1937.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Ilmu kesehatan masyarakat (prinsip-prinsip dasar)*. Jakarta: PT. Asdi Mahasatya. 2003.
- Notoatmodjo, Soekidjo. Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. 2003.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Kesehatan masyarakat ilmu dan seni*. Jakarta: Rineka Cipta. 2007.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. 2005.
- Nugroho, Riant. *Kebijakan publik formulasi, implementasi, dan evaluasi*. Jakarta. Elex Media Komputindo. 2003.
- Nurmawati. *Mutu pelayanan kebidanan*. Jakarta: TIM. 2009.
- Oxford, *Learner's Pocket Dictionary*. Newyork, Oxford University Press. 2005.
- Pace RW & Faules DF. *Komunikasi organisasi: strategi meningkatkan kinerja perusahaan*. Bandung: PT. Rosdakarya. 2001.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang *Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*.
- Pidarta M. *Manajemen pendidikan indonesia*. Jakarta: PT Rin Eka Cipta. 2004.
- Pollard A & Court J. *How civil society organization use evidence to influence policy processes: A literature review*. ODI Working Paper 249. 2005.

- Poter J., Ogden J., Pronyk P. Infectious disease policy: towards the production of health. *Health Policy and Planning* 1999;14(4): 322-8.
- Prasetyawati AE. Kedokteran keluarga dan wawasannya. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. 2011.
- Presiden Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- Presiden Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Pudjosumedi. Organisasi dan kepemimpinan. Jakarta: Uhamka Press. 2010.
- Punket. Management: meeting and exceeding customer expectations 10th edition. Chicago: Amazon Student. 2015.
- Purhadi G. Perkembangan ilmu manajemen. Jakarta: Binaputra. 2003.
- Purwanto D.* Komunikasi bisnis. Jakarta: Erlangga. 2003.
- Revans. Pemasaran jasa dan kualitas pelayanan. Jakarta: Balai Buku Indonesia. 1986.
- Rifai. M. Moh.* Administrasi dan supervisi pendidikan. Bandung: Jemmars. 1986.
- Rimawati E. Pengorganisasian. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro. 2015.

- Robbins SP. Organization theory: structure, design and applications, Prentice-Hall International, Inc, New Jersey. 1990.
- Robert, Priharjo. Konsep dan perspektif praktik keperawatan profesional. Jakarta: Buku Kedokteran EGC. 2005.
- Ruky A. Sukses sebagai manajer profesional. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. 2002.
- Sabatier P dan Jenkins-Smith H. Policy change and learning. Boulder, CO: Westview Press. 1993.
- Safie, Kencana Inu. Ilmu pemerintahan. Bandung: Mandar Maju. 2007.
- Sarwono, S. Prinsip dasar ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta. 2004.
- Setyadi, Iwan Tritenty. Evaluasi implementasi proyek inovasi manajemen perkotaan pekerjaan pemberdayaan sektor informal pedagang kaki lima kota magelang. Tesis. Yogyakarta: MPKD Universitas Gadjah Mada. 2005.
- Siagaan S. Fungsi-fungsi manajerial. Jakarta: Bumi Aksara. 2004.
- Siregar, Ch. J.P., dan Amalia, L. *Farmasi rumah sakit, teori dan penerapan*. Jakarta: Kedokteran EGC. 2004.
- Siswanto, HB.Dr. Pengantar manajemen. Jakarta: Bumi Aksara. 2007.
- Soekanto, Soerjono. Sosiologi suatu pengantar. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. 2003.

- Soetisna DA. Manajemen sumber daya manusia. Bandung: DAS-IDS Manajemen consultan. 2000.
- Soewardi L. Kepala sekolah dan tanggung jawab. Salatiga: Kanisius. 1994.
- Sondakh J., Marjati., Tatarini IP. Mutu pelayanan (kesehatan dan kebidanan). Jakarta: Salemba Medika. 2010.
- Sudrajat, Akhmad. Pengertian pendekatan, strategi, metode, teknik dan model pembelajaran. Bandung: Sinar Baru Algensindo. 2008.
- Suparno. Keterampilan dasar menulis. Jakarta: UT. 2004.
- Suryana A. Strategi monitoring dan evaluasi (monev) sistem penjaminan mutu internal sekolah. Universitas Pendidikan Indonesia. 2010.
- Suryono A. Asuransi kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992. *Jurnal Dinamika Hukum* 2009;9:3:213-221.
- Sutarno NS. *Manajemen perpustakaan*. Jakarta: Sumitra Media Utama. 2004.
- Sutisna O. *Administrasi pendidikan dasar teoritis untuk praktek profesional*. Bandung: Angkasa. 1985.
- Syani A. Kelompok dan masalah sosial. Fajar Agung. Jakarta. 1987.
- Thabrany, Hasbullah. Health insurance and the demand for medical care in Indonesia. Disertasi. University of California, Berkeley. 1995.

- Terry, George, dan Leslie W.Rue. Dasar-Dasar Manajemen. Jakarta: PT Bumi Aksara. 2009.
- Thoah M. Perilaku organisasi konsep dasar dan aplikasinya. Jakarta: Rajawali Grafindo Persada. 2002.
- Timuneno HM., Utomo & Widowati. Model pertumbuhan logistik dengan waktu tunda. *Jurnal Matematika* 2007;11(1):435.
- Trisnantoro, Laksono. Memahami penggunaan ilmu ekonomi dalam manajemen Rumah Sakit. Yogyakarta: Gajah Mada University Press. 2009.
- Umar H. Bussines an introduction. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka. 2003.
- USAID Indonesia. Kebijakan kesehatan dan reformasi kesehatan sistem kesehatan yang berkelanjutan. 2013.
- Wahab AA. Anatomi organisasi dan kepemimpinan pendidikan. Bandung: CV Alva beta. 2008.
- Wahab, Abdul. Analisis kebijakan dari formulasi ke implementasi kebijaksanaan negara. Jakarta: Bumi Aksar. 2004.
- Walt G & Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9:353-70.
- Watl G. Health policy: an introduction to process and power. London: Zed Books. 1994.
- Widodo, Joko. Analisis kebijakan publik. Malang :Bayu Media. 2007.

- Wijono Djoko. Manajemen mutu pelayanan kesehatan. Artikel Penelitian. Surabaya. 2000.
- Wijono, Djoko. Teori, strategi, dan aplikasi manajemen mutu pelayanan kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press. 1999.
- William A. Organization of canadian government administration. Yogyakarta: Pusataka Pelajar. 1965.
- William N Dunn. Pengantar analisis kebijakan publik (terjemahan). Yogyakarta: Gajahmada University press: 2003.
- Wiludjeng S. Pengantar manajemen. Yogyakarta: Garaha Ilmu. 2007.
- World Health Organisation (WHO). The world health report (health system: improving perfomance). Geneva. 2000.

TIM PENYUSUN



Dr. H. Syamsul Arifin, M.Pd., DLP Lahir di Daha Utara 18 Februari 1975. Tahun 1993 memulai pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar dokter tahun 2000. Tahun 2006 melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana manajemen pendidikan Universitas Lambung Mang-

kurat dan mendapatkan gelar magister pendidikan tahun 2008. Pada tahun 2011 mendapatkan sertifikat kompetensi dari KKI sebagai Dokter Layanan Primer (DLP). Pada tahun 2014 melanjutkan pendidikan Program Doktoral Ilmu Kesehatan di Universitas Airlangga .

Pada tahun 2001, menjabat sebagai Kepala Puskesmas Pasungkan. Tahun 2002 menjabat sebagai kepala Puskesmas Rawat Inap Negara. Sejak tahun 2003 menjadi staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Saat ini selain sebagai staf pengajar di FK Unlam Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, juga dipercaya sebagai Wakil Dekan bidang Keuangan dan Administrasi umum FK Unlam. Tidak hanya di institusi pendidikan, juga aktif di organisasi profesi

IDI dan sejak tahun 2007 dipercaya sebagai Direktur Klinik IDI Pangeran Antasari sampai 2012, dan Anggota seksi kesehatan pada Koalisi Kependudukan Provinsi Kalimantan Selatan.

Beberapa penghargaan yang pernah diterima, tahun 2001 telah mengantarkan Puskesmas Pasungkan sebagai puskesmas berprestasi juara III tingkat Provinsi Kalimantan Selatan. Tahun 2002 sebagai dokter Teladan II tingkat Kabupaten Hulu Sungai Selatan. Tahun 2011 sebagai ketua Program Studi berprestasi I tingkat Universitas Lambung Mangkurat.



Fauzie Rahman, SKM., MPH. Lahir di Amuntai 21 April 1986. Pada tahun 2004 memulai pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (PSKM FK UNLAM) dan mendapatkan gelar SKM pada tahun 2008, kemudian pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan di Jurusan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan (KMPK) Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar Master of Public Health (MPH) pada tahun 2013. Pada tahun 2008, menjadi verifikator independen Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) selama 1 Tahun dan mulai tahun 2009 menjadi staf tetap di PSKM FK UNLAM. Selama menjalani pendidikan S2, dipercaya menjadi Asisten Konsultan pada Divisi Manajemen Bencana, Pusamt Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran (PMPK FK UGM).

Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK Unlam, juga dipercaya sebagai sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat FK Unlam, serta Sekretaris ICT dan Kerjasama FK Unlam. Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi profesi Perhimpunan Promosi Kesehatan Masyarakat Indonesia.

Dibidang kegiatan kemahasiswaan, Ia juga berperan sebagai pembina di salah satu organisasi mahasiswa FK Unlam, dosen pembimbing mahasiswa berprestasi, dan dosen pembimbing kegiatan Pekan Ilmiah Mahasiswa tingkat Nasional. Selain itu, Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul

kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster. Ia juga aktif sebagai reviewer di Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan (BIMIKI) dan International Conference on Family Planning.



Vina Yulia Anhar, SKM. Lahir di Banjarmasin 11 Oktober 1993. Lulus SMA Negeri 1 Banjarmasin tahun 2011, kemudian melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar SKM dari universitas tersebut tahun 2015. Saat

ini, Ia berstatus sebagai asisten dosen di PSKM FK Unlam. Saat kuliah, Ia aktif dalam kegiatan organisasi mahasiswa seperti Badan Legislatif Mahasiswa (BLM), Himpunan Mahasiswa PSKM FK Unlam, dan KSI Asy-Syifa FK UNLAM. Pada tahun 2014, Ia berhasil meraih pencapaian sebagai mahasiswa berprestasi tingkat Universitas Lambung Mangkurat. Semenjak kuliah, Ia aktif menjadi asisten peneliti pada berbagai penelitian dan pengabdian masyarakat. Selain itu, ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, seperti modul Peer Educator HIV/AIDS pada Siswa/I SMA se-Kota Banjarbaru (2014), Buku Ajar Manajemen Rumah Sakit (2015), Pengantar Manajemen Sumber Daya Manusia (2015), Perencanaan Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat (2015), dan BBM Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah Sakit (2015). Pengalaman penulisan artikel ilmiah dalam jurnal publikasi yang pernah ditulisnya adalah The Implementation of BPJS Health Program At Public Health Center Martapura in Banjar Regency.



Anggun Wulandari, SKM. Lahir di Barabai 18 Februari 1994. Lulus SMA Negeri 1 Buntok Kabupaten Barito Selatan Provinsi Kalimantan Tengah pada tahun 2012, kemudian melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar SKM dari universitas tersebut tahun 2016. Saat ini, Ia berstatus sebagai asisten dosen di PSKM FK Unlam. Saat kuliah, Ia aktif dalam kegiatan organisasi mahasiswa seperti Forum Studi Ilmiah Mahasiswa (FSIM) FK Unlam dan Himpunan Mahasiswa PSKM FK Unlam. Selain itu, Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, seperti buku ajar Pengantar Manajemen Sumber Daya Manusia (2016), Perencanaan Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat (2016), Manajemen Strategi Kesehatan (2016), Manajemen Risiko (2016), Dasar-Dasar Kesehatan Lingkungan (2016), dan Sanitasi Darurat Kesehatan Pasca Bencana (2016). Pengalaman penulisan artikel ilmiah dalam jurnal publikasi yang pernah ditulisnya adalah Persepsi Tentang Peringatan Bergambar pada Kemasan Rokok dan Tingkat Pendidikan dengan Tindakan Perokok.



Buku ini disusun dalam rangka menyesuaikan dengan beberapa peraturan terbaru yang berlaku. Secara garis besar, buku ini terdiri dari beberapa bab yang memaparkan konsep dasar manajemen kesehatan yang dikaji pada berbagai aspek praktis dalam sebuah organisasi kesehatan. Diharapkan setelah mempelajari buku ini, para pembaca dapat dengan mudah memahami dan mengaplikasikannya.

pustaka **Banua**

ISBN 978-602-9864-41-0



9 786029 864410