

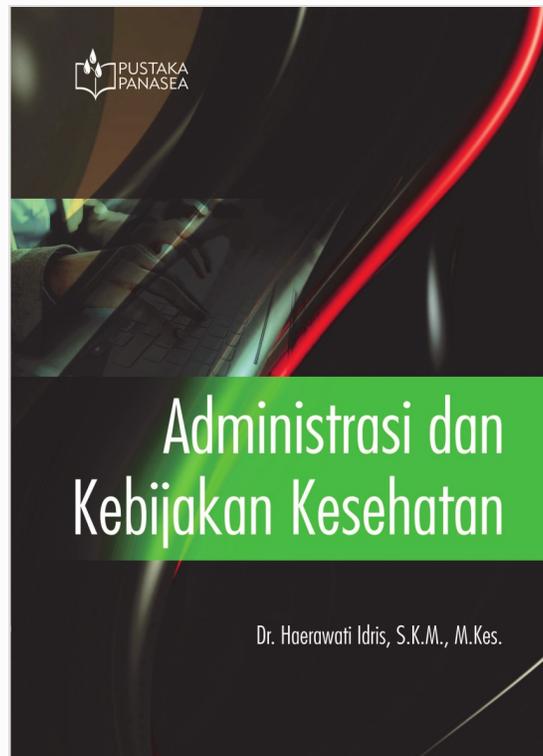


Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Haerawati Idris
Assignment title: pramuka
Submission title: buku administrasi & kebijakan keseh...
File name: ADMINISTRASI_KEBIJAKAN_KESE..
File size: 6.64M
Page count: 224
Word count: 46,837
Character count: 307,044
Submission date: 28-Jan-2021 05:54AM (UTC+0700)
Submission ID: 1495630946



buku administrasi & kebijakan kesehatan

by Haerawati Idris

Submission date: 28-Jan-2021 05:54AM (UTC+0700)

Submission ID: 1495630946

File name: ADMINISTRASI_KEBIJAKAN_KESEHATAN_3.pdf (6.64M)

Word count: 46837

Character count: 307044



Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Dr. Haerawati Idris, S.K.M., M.Kes.

Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Pustaka Panasea

Pustaka Panasea

Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Dr. Haerawati Idris, S.K.M., M.Kes.



ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

oleh Dr. Haerawati Idris, S.K.M., M.Kes.



Hak Cipta © 2018 pada penulis

Ruko Jambusari 7A Yogyakarta 55283

Telp: 0274-889398; 0274-882262; Fax: 0274-889057

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

Tajuk Entri Utama: Idris, Haerawati

ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN/Haerawati Idris

- Edisi Pertama. Cet. Ke-1. - Yogyakarta: Pustaka Panasea, 2018
xvi + 206 hlm.; 24 cm

Bibliografi.: 201 - 205

ISBN : 978-602-5990-07-6

E-ISBN : 978-602-5990-08-3

1. Kesehatan

I. Judul

610.73



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wa Barakaatuh.

Puji syukur ke hadirat Allah Yang Maha Pengasih karena atas berkah, rahmat, dan karunia-Nyalah penulisan buku “*Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*” dapat diselesaikan. Tidak lupa penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini.

Buku ini membahas mengenai dasar-dasar organisasi pelayanan kesehatan, perangkat organisasi kesehatan, sistem kesehatan juga pelaksanaan manajemen di dalam organisasi pelayanan kesehatan. Buku ini dapat digunakan oleh akademisi seperti mahasiswa, pengajar dan pembuat program kesehatan serta masyarakat umum lainnya yang memerlukan bahan bacaan untuk menambah pengetahuan.

Penulis menyadari bahwa buku ini merupakan salah satu dari sekian banyak tulisan yang membahas tentang pengantar administrasi kebijakan kesehatan. Oleh karenanya buku ini dapat digunakan sebagai pelengkap atau pembeding. Penulis menyadari bahwa buku ini jauh dari kata sempurna bahkan mungkin terdapat kelemahan dan kesalahan dalam penulisan. Oleh karena itu, penulis sangat menantikan saran dan kritik konstruktif dari pembaca guna perbaikan buku ini di masa datang.

Akhirnya penulis berharap semoga buku ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Penulis

Haerawati Idris

Pustaka Panasea



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB 1 ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN	1
1.1 Definisi Kesehatan Masyarakat	1
1.2 Administrasi, Organisasi dan Manajemen	4
1.3 Administrasi Publik dan Administrasi Kesehatan	9
1.4 Perangkat Organisasi Kesehatan	13
1.5 Organisasi Kelompok Kerja Informal	16
1.6 Pengantar Kebijakan Kesehatan	19
BAB 2 MANAJEMEN KESEHATAN	27
2.1 Pendahuluan	27
2.2 Sejarah Ilmu Manajemen	29
2.3 Fungsi Manajemen	34
2.4 Manajer sebagai Pelaksana Manajemen	38
2.5 Aplikasi Manajemen di Rumah Sakit	41
BAB 3 PERENCANAAN	47
3.1 Pendahuluan	47
3.2 Pengertian Perencanaan	48

3.3	Perencanaan Strategis	49
3.4	Alasan Pentingnya Perencanaan	51
3.5	Manfaat Perencanaan	53
3.6	Proses Perencanaan	54
3.7	Jenis Perencanaan	58
BAB 4	PENGGORGANISASIAN	63
4.1	Pendahuluan	63
4.2	Manfaat Pengorganisasian	66
4.3	Empat Pilar Pengorganisasian	66
4.4	Langkah Pengorganisasian	68
4.5	Struktur Organisasi	70
4.6	Faktor yang Memengaruhi Struktur Organisasi	72
4.7	Tipe Struktur Organisasi	73
BAB 5	PERGERAKAN DAN PELAKSANAAN	77
5.1	Pendahuluan	77
5.2	Tujuan Pelaksanaan	78
5.3	Faktor Penghambat dan Pendukung Fungsi Pelaksanaan	79
5.4	Kepemimpinan	81
5.5	Motivasi	90
5.6	Komunikasi	101
BAB 6	PENGAWASAN	109
6.1	Prinsip Pengawasan	109
6.2	Manfaat Pengawasan	111
6.3	Karakteristik Pengawasan yang Efektif	112
6.4	Proses Pengawasan	114
6.5	Metode Pengawasan	117
6.6	Jenis Pengawasan	118
6.7	Alat Bantu Pengawasan Manajerial	118

BAB 7	SISTEM KESEHATAN	121
7.1	Pendahuluan	121
7.2	Sistem Kesehatan	127
7.3	Subsistem SKN	130
BAB 8	PUSKESMAS SEBAGAI GATEKEEPER	151
8.1	Pendahuluan	151
8.2	Tujuan, Tugas, dan Fungsi Puskesmas	153
8.3	Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas	155
8.4	Kategori Puskesmas	156
8.5	Akreditasi Puskesmas	157
8.6	Enam Program Pokok Puskesmas	159
BAB 9	EPIDEMIOLOGI DALAM PELAYANAN KESEHATAN	167
9.1	Pengertian Epidemiologi	167
9.2	Jenis Epidemiologi	169
9.3	Ruang Lingkup Epidemiologi	170
9.4	Peran Epidemiologi dalam Mengatasi Masalah di Bidang Kesehatan Masyarakat	173
BAB 10	SISTEM KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA	177
10.1	Sistem Kesehatan di Jerman	177
10.2	Sistem Kesehatan di Inggris	181
10.3	Sistem Kesehatan Di Taiwan	183
10.4	Sistem Kesehatan di Singapura	186
10.5	Sistem Kesehatan di Malaysia	189
10.6	Sistem Kesehatan di Jepang	190
10.7	Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Maju dan Negara Berkembang	191
DAFTAR PUSTAKA		201

Pustaka Panasea



DAFTAR GAMBAR

3		
Gambar 1.1	Model Pengertian Administrasi sebagai Organisasi dan Manajemen	9
Gambar 1.2	Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan	11
Gambar 1.3	Segitiga Kebijakan (<i>Triangle of Health Policy</i>)	20
Gambar 2.1	Inti Manajemen	29
Gambar 2.2	Kegiatan dalam Fungsi Manajemen	37
Gambar 2.3	Tingkatan Manajemen	40
Gambar 3.1	Siklus atau Proses Perencanaan	56
Gambar 4.1	Hierarki Verikal dan Horizontal	68
Gambar 4.2	Organisasi Lini/Struktural	74
Gambar 4.3	Organisasi Fungsional	75
Gambar 4.4	Organisasi Bentuk Matriks	76
Gambar 5.1	Proses Motivasi sebagai Pendorong Perilaku Individu	91
Gambar 5.2	Teori Kebutuhan Maslow	95
Gambar 5.3	Proses Komunikasi	103
Gambar 6.1	Proses Pengawasan	115
Gambar 7.1	Unsur Sistem	123
Gambar 7.2	Proses Transformasi Informasi	125
Gambar 10.1	<i>Intermediate and Final Objectives of Universal Health Coverage That Health Financing can Influence</i>	196

Pustaka Panasea



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Perbedaan Pelayanan Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat	2
Tabel 2.1	Perbedaan Pendapat tentang Fungsi Manajemen	35
Tabel 5.1	Perbedaan Kepemimpinan dan Manajemen	83
Tabel 5.2	Perbedaan antara Pemimpin dan Bukan Pemimpin	85
Tabel 9.1	Perbedaan Epidemiologi Deskriptif dan Epidemiologi Analitik	170
Tabel 10.1	Perbandingan Sistem Kesehatan di Indonesia, Jerman dan Inggris	184
Tabel 10.2	Pembelian Layanan Kesehatan di Berbagai Negara	198

Pustaka Panasea



DAFTAR SINGKATAN

DEPKES	: Departemen Kesehatan
UPT	: Unit Pelaksana Teknik
UPD	: Unit Pelaksana Daerah
PUSTU	: Puskesmas pembantu
POLINDES	: Pondok bersalin desa
POSYANDU	: Pos pelayanan terpadu
MBO	: <i>Management by Objective</i>
TQM	: <i>Total quality management</i>
RS	: Rumah Sakit
SIM RS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SMART	: <i>Specific, Measurable, Appropriate, Realistic, Time Bound</i>
RKO	: Rencana Kerja Operasional
SDM	: Sumber Daya Manusia
PERT	: <i>Program Evaluation and Review Technique</i>
CPM	: <i>Critical path Method</i>
MBE	: <i>Management by Exception</i>
MIS	: <i>Management Information Systems</i>
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
BKIA	: Balai Kesehatan Ibu dan Anak
BP	: Balai Pengobatan
UKM	: Unit Kesehatan Masyarakat
UKP	: Unit Kesehatan Perorangan

UKBM : Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
KIE : Komunikasi, Informasi dan Edukasi
SIMPUS : Sistem Informasi Manajemen Puskesmas
IPM : Indeks Pembangunan Manusia

-oo0oo-

Pustaka Panasea

BAB 1

ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

1.1 Definisi Kesehatan Masyarakat

Sejarah kesehatan masyarakat di dunia dibagi menjadi dua periode yaitu periode sebelum dan sesudah ilmu pengetahuan. Masa sebelum ilmu pengetahuan berjalan, kesehatan masyarakat diperkenalkan oleh Asclepius atau Aesculapius dan Higea. Aesculapius merupakan dokter pertama yang berhasil menjalankan prosedur pengobatan dan bedah dengan baik. Adapun Higea merupakan asistennya yang berperan menyampaikan promosi hidup sehat dan pencegahan penyakit. Tindakan pengobatan yang dilakukan oleh Aesculapius bersifat kuratif atau tindakan yang dilakukan setelah terjadinya penyakit, sedangkan tindakan yang dilakukan oleh Higea merupakan upaya pendidikan kesehatan (promosi) dan pencegahan penyakit (preventif). Adanya perbedaan aliran ini tidak menyebabkan pertentangan, namun saling berhubungan dan berkolaborasi sehingga lambat laun menjadi cikal bakal ilmu kedokteran dan ilmu kesehatan masyarakat.

Berdasarkan paparan sejarah tersebut, ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni dengan tujuan mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan efisiensi hidup masyarakat melalui upaya kelompok-kelompok masyarakat yang terkoordinasi, perbaikan kesehatan lingkungan, mencegah dan memberantas penyakit

menular, dan melakukan pendidikan kesehatan untuk masyarakat atau perorangan.

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan salah satu disiplin ilmu dari rumpun ilmu kesehatan namun berbeda dari ilmu kesehatan lainnya, ilmu kesehatan masyarakat memiliki kekhasan tersendiri. Akan tetapi dalam praktiknya, perbedaan ini masih belum dipahami secara merata dan mengakibatkan salah pemahaman terhadap ilmu kesehatan masyarakat itu sendiri. Padahal, sejatinya ilmu kesehatan masyarakat memiliki kekhasan pada penekanan kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dengan menggunakan metode dan proses yang berfokus pada masyarakat bukan pada individu.

Adapun kekhasan ilmu kesehatan masyarakat, para ahli kesehatan masyarakat di Indonesia seperti Azwar (2010) membedakan secara umum bentuk dan jenis pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat sebagai berikut:

Tabel 1.1 Perbedaan Pelayanan Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat

No	Pelayanan Kedokteran	Pelayanan Kesehatan Masyarakat
1.	Tenaga pelaksana utama dalam pelayanan ini adalah dokter	Tenaga pelaksana utama dalam pelayanan ini adalah ahli kesehatan masyarakat
2.	Perhatian utama dalam pemberian pelayanan ialah penyembuhan penyakit	Perhatian utama dalam pemberian pelayanan ialah pencegahan penyakit
3.	Sasaran utama pelayanan ialah perseorangan atau keluarga	Sasaran utama pelayanan ialah masyarakat secara keseluruhan
4.	Kurang memperhatikan efisiensi	Selalu memperhatikan efisiensi
5.	Tidak boleh menarik perhatian karena hal tersebut bertentangan dengan etika dalam kedokteran	Dapat menarik perhatian masyarakat, sebagai contoh yakni melalui penyuluhan kesehatan atau lain sebagainya
6.	Menjalankan fungsi pelayanan kesehatan perseorangan yang berdasarkan pada aturan dalam UU	Menjalankan fungsi pelayanan kesehatan melalui pengorganisasian masyarakat dengan dukungan UU

Tabel 1.1 Perbedaan Pelayanan Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat
(Lanjutan)

No	Pelayanan Kedokteran	Pelayanan Kesehatan Masyarakat
7.	Penghasilan diperoleh dari imbal jasa	Penghasilan berupa gaji dari pemerintah
8.	Bertanggung jawab hanya kepada penderita	Bertanggung jawab kepada masyarakat
9.	Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan	Dapat memonopoli upaya kesehatan
10.	Masalah administrasi yang dihadapi amat sederhana	Menghadapi berbagai persoalan yang terkait dengan kepemimpinan

Sementara itu, Bernard J. Turnock (2002) menyatakan bahwa secara khusus kesehatan masyarakat memiliki tujuh keunikan dibandingkan dengan ilmu kesehatan lainnya, yaitu:

1. *Basic in Social Justice Philosophy*

Mulai berkembang sejak tahun 1848, landasan dasar dari kesehatan masyarakat adalah keadilan sosial. Hal ini dikarenakan setiap kegiatan kesehatan masyarakat dipandang sebagai urusan bersama/umum dengan input dan proses melibatkan masyarakat umum dan hasilnya juga berdampak bagi seluruh masyarakat.

2. *Inherent Political Nature*

Dalam hal penetapan tujuan, layanan, program serta alokasi sumber daya untuk kesehatan masyarakat merupakan urusan publik dan juga melibatkan sistem politik yang ada.

3. *Dynamic, Ever-Expanding Agenda*

Ruang lingkup kesehatan masyarakat sangat dinamis dan terus meluas melintasi berbagai tingkat tatanan sosial dan melibatkan berbagai disiplin ilmu. Pada tahun 1900an, kesehatan masyarakat hanya berfokus pada penyakit infeksi, setelah itu meluas menyangkut masalah dan kebutuhan kesehatan ibu dan anak, kemudian ke penyakit kronis, HIV dan AIDS, kewaspadaan terhadap bio-terorisme, dan saat ini sudah meluas menjadi pengelolaan layanan kesehatan termasuk reformasi kebijakan kesehatan.

4. *Link with Government*

Urusan kesehatan masyarakat melibatkan banyak pihak dalam pemerintahan, masyarakat dan dunia usaha sebagai kesatuan yang membentuk determinan kesehatan masyarakat. Dalam menyelesaikan setiap permasalahan kesehatan di masyarakat maka hubungan dengan pemerintah merupakan keharusan dalam pengelolaan kesehatan masyarakat.

5. *Grounding in the Sciences*

Intervensi kesehatan masyarakat membutuhkan penerapan berbagai keilmuan, baik dalam bentuk pendekatan maupun substansi area untuk menyetatkan masyarakat. Hal ini melibatkan keilmuan lain seperti epidemiologi, dan sekaligus ilmu biologi, ilmu sosial, dan ilmu psikologi.

6. *Use of Prevention as Prime Strategy*

Fokus dan strategi utama dalam dunia kesehatan masyarakat adalah pencegahan. Hal ini disadari oleh berbagai pihak yang terlibat dengan kesehatan masyarakat. Namun demikian, karena hasilnya yang tidak langsung terlihat, maka banyak masyarakat yang kurang peduli terhadap upaya pencegahan.

7. *Uncommon Culture and Bond*

Ruang lingkup yang luas dan kebutuhan intervensi kesehatan masyarakat yang juga melibatkan disiplin ilmu yang juga telah menghasilkan budaya dan ikatan tidak biasa dibandingkan profesi kesehatan lainnya. Akibatnya, para profesional kesehatan masyarakat melibatkan berbagai profesi yang luas seperti antropolog, sosiolog, psikolog, dokter, perawat, ahli gizi, pengacara, ekonom, ahli politik, pekerja sosial, laboran dan berbagai ahli lainnya.

1.2 Administrasi, Organisasi dan Manajemen

Administrasi

Secara terminologi, administrasi berasal dari kata *administrare* dalam latin yang berarti "ad=pada" dan "ministrar = melayani". Bila ditinjau dari segi etimologi, administrasi berarti memberikan pelayanan.

Administrasi menurut Dwight Waldo adalah kegiatan kerja sama secara rasional yang tercermin pada pengelompokan kegiatan menurut fungsi yang dilakukan. Administrasi harus terdiri dari sekelompok orang sebagai sumber daya penggerak dengan hubungan kerja sama antar anggota di dalamnya untuk melaksanakan suatu kegiatan, proses, dan juga usaha di bawah kepemimpinan dengan perusahaan dan pengawasan guna mencapai tujuan tertentu.

Dalam membahas mengenai administrasi sering dikaitkan dengan manajemen. Untuk ini ada dua pendapat dari para ahli terkait administrasi dan manajemen.

1. Administrasi berbeda dengan manajemen

a. Administrasi lebih rendah dari manajemen

Pendapat seperti ini dikemukakan oleh Samuel Level dan Psul Looma yang menyebutkan bahwa pekerjaan administrasi hanya melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan, sedangkan pekerjaan manajemen adalah merumuskan kebijakan tersebut.

b. Administrasi sama dengan manajemen

Pendapat seperti ini dikemukakan oleh Herman Finer yang menyatakan bahwa administrasi adalah seni manajemen, sedangkan manajemen hanyalah mengolah hal-hal yang berhubungan dengan sumber saja, yang pada dasarnya hanya merupakan bagian dari pekerjaan administrasi.

2. Administrasi sama dengan manajemen

Pendapat kedua tidak membedakan antara administrasi dengan manajemen. Menurut pendapat terakhir ini, kedua istilah tersebut sering dipakai secara bergantian untuk berbagai macam kegiatan yang sama.

1. Organisasi

Organisasi berasal dari kata *organon*, dalam bahasa Yunani berarti alat. Pengertian organisasi telah banyak disampaikan oleh para ahli, tetapi pada dasarnya tidak ada perbedaan yang signifikan, dan sebagai bahan perbandingan akan disampaikan beberapa pendapat sebagai berikut:

1. Chester I. Barnard mengemukakan bahwa "*I define organization as a system of cooperative of two more persons*" (Organisasi adalah sistem kerja sama antara dua orang atau lebih).
2. James D. Mooney mengatakan bahwa "*Organization is the form of every human association for the attainment of common purpose*" (organisasi adalah setiap bentuk kerja sama untuk mencapai tujuan bersama).
3. Dimock, menyatakan bahwa organisasi adalah "*Organization is the systematic bringing together of interdependence part to form a unified whole through which authority, coordination, and control may be exercised to achieve a given purpose*" (perpaduan secara sistematis daripada bagian-bagian yang saling ketergantungan atau berkaitan untuk membentuk suatu kesatuan yang bulat melalui kewenangan, koordinasi, dan pengawasan dalam usaha mencapai tujuan yang telah ditentukan).

Berdasarkan beberapa pengertian organisasi di atas, dapat disimpulkan bahwa setiap organisasi harus memiliki tiga unsur dasar, yaitu:

1. Orang-orang (sekumpulan orang),
2. Kerja sama,
3. Tujuan yang ingin dicapai.

Dengan demikian pengertian organisasi merupakan suatu wadah atau institusi atau kelompok atau ikatan formal dimana terdapat orang-orang yang saling bekerja sama untuk mencapai suatu tujuan tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya. Suatu organisasi tersusun dari unsur-unsur sebagai berikut:

1. Unsur inti (*core element*) yaitu manusia.
Manusia merupakan faktor utama yang membentuk organisasi.
2. Unsur kerja (*working element*) yang terdiri dari:
 - a. Sumber daya manusia
 - b. Kemampuan untuk bekerja
 - 1) Kemampuan untuk mempengaruhi orang lain
 - 2) Kemampuan melaksanakan asas-asas organisasi
 - c. Sumber daya bukan manusia
Iklim, udara, cuaca, air dan lain-lain.

Seperti yang telah diuraikan diatas, bahwa organisasi memiliki dua unsur dasar. Secara lebih rinci organisasi memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Adanya suatu kelompok orang yang dapat dikenal dan saling mengenali.
2. Adanya kegiatan yang berbeda-beda, tetapi satu sama lain saling berkaitan (*interdependence part*) yang merupakan kesatuan kegiatan.
3. Tiap-tiap orang memberikan sumbangan atau kontribusinya berupa pemikiran, tenaga, dan lain-lain.
4. Adanya kewenangan, koordinasi, dan pengawasan.
5. Adanya tujuan yang ingin dicapai.

Manajemen

Manajemen berasal dari kata *manegie* (latin: manus=tangan, *agere*=melakukan³, melaksanakan), yang berarti melakukan dengan tangan. Adapun manajemen merupakan suatu proses atau kegiatan kerja sama yang dilakukan oleh anggota-anggota organisasi untuk menggerakkan³ unsur-unsur manajemen dalam mencapai tujuan. George R. Terry (1986) dalam bukunya *principles of management*, mendefinisikan manajemen sebagai berikut:

"Management is a distinct process consisting of planning, organizing, actuating and controlling, utilizing in each both science and art, and followed in order to accomplish predetermined objectives"

Manajemen merupakan unsur dinamis dari administrasi yakni suatu proses yang sistematis terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pergerakan, pelaksanaan, dan juga pengawasan, dengan memadupadankan antara ilmu dan seni guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam³ mencapai tujuan yang telah ditetapkan, manajemen yang baik akan memanfaatkan sumber daya baik manusia, metode, uang, material, mesin, pasar dan waktu secara efektif dan efisien. Beberapa pengertian manajemen yang disampaikan oleh Ordway Ted dalam bukunya *"Personnel Administration: Its Principles and Practice"* adalah sebagai berikut:

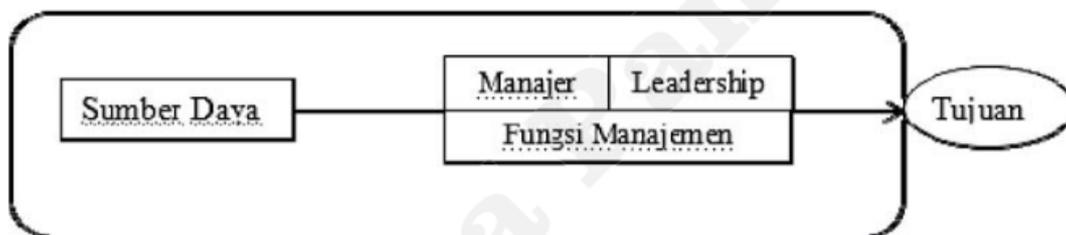
3

1. Manajemen sebagai sebuah sistem (*management as a system*)
Manajemen adalah suatu kerangka kerja yang terdiri dari berbagai bagian/komponen yang secara keseluruhan saling berkaitan, diorganisasikan sedemikian rupa dalam rangka mencapai tujuan organisasi.
2. Manajemen sebagai suatu proses (*management as a process*)
Manajemen adalah serangkaian tahap kegiatan yang diarahkan pada pencapaian suatu tujuan dengan pemanfaatan semaksimal mungkin sumber-sumber yang ada.
3. Manajemen sebagai suatu fungsi (*management as a function*)
Manajemen mempunyai kegiatan-kegiatan tertentu yang dapat dilakukan sendiri-sendiri tanpa menunggu selesainya kegiatan yang lain, sekalipun kegiatan yang satu dengan lainnya saling terkait dalam rangka mencapai tujuan organisasi.
4. Manajemen sebagai suatu ilmu pengetahuan (*management as a science*)
Manajemen adalah suatu ilmu yang bersifat interdisipliner dengan menggunakan bantuan ilmu-ilmu sosial, filsafat dan matematika.
5. Manajemen sebagai kumpulan orang (*management as a group people*)
Manajemen digunakan dalam arti kolektif untuk menunjukkan jabatan kepemimpinan di dalam organisasi, misalnya kelompok pimpinan atas, kelompok pimpinan menengah dan kelompok pimpinan bawah.
6. Manajemen sebagai kegiatan yang terpisah (*management as a separate activity*)
Manajemen memiliki kegiatan tersendiri dan terpisah dari kegiatan teknis lainnya.
7. Manajemen sebagai suatu profesi (*management as a profession*)
Manajemen mempunyai bidang pekerjaan atau bidang keahlian yang tertentu seperti halnya bidang-bidang lain, misalnya profesi di bidang kedokteran, profesi di bidang hukum, profesi di bidang perpajakan, dan sebagainya.

Terry dalam bukunya memberikan batasan yang tegas mengenai administrasi, organisasi, dan juga manajemen. Ia menyatakan bahwa:

“administration is the process and agency which is responsible for the determination of the aims for which an organization and its management”

Berdasarkan pernyataan di atas, administrasi merupakan suatu proses dan badan yang bertanggung jawab terhadap penentuan tujuan yang hendak dicapai yang didalamnya terdapat organisasi dan manajemen. Kaitan antara administrasi, manajemen, dan organisasi yakni organisasi merupakan unsur statis administrasi, sedangkan manajemen merupakan unsur dinamisnya. Agar mudah dipahami, model pengertian administrasi dengan lingkup organisasi dan manajemen melalui gambar berikut ini.



3

Gambar 1.1 Model Pengertian Administrasi sebagai Organisasi dan Manajemen

Berdasarkan gambar di atas³ dapat diketahui bahwa ada dua unsur pengertian administrasi, yaitu unsur statis administrasi (organisasi) dan unsur dinamis administrasi (manajemen). Organisasi merupakan suatu wadah atau institusi atau kelompok atau ikatan formal dimana terdapat orang-orang yang saling bekerja sama untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Adapun manajemen merupakan suatu proses atau kegiatan kerja sama yang dilakukan oleh anggota-anggota organisasi untuk menggerakkan unsur-unsur manajemen dalam mencapai tujuan.

1.3 Administrasi Publik dan Administrasi Kesehatan

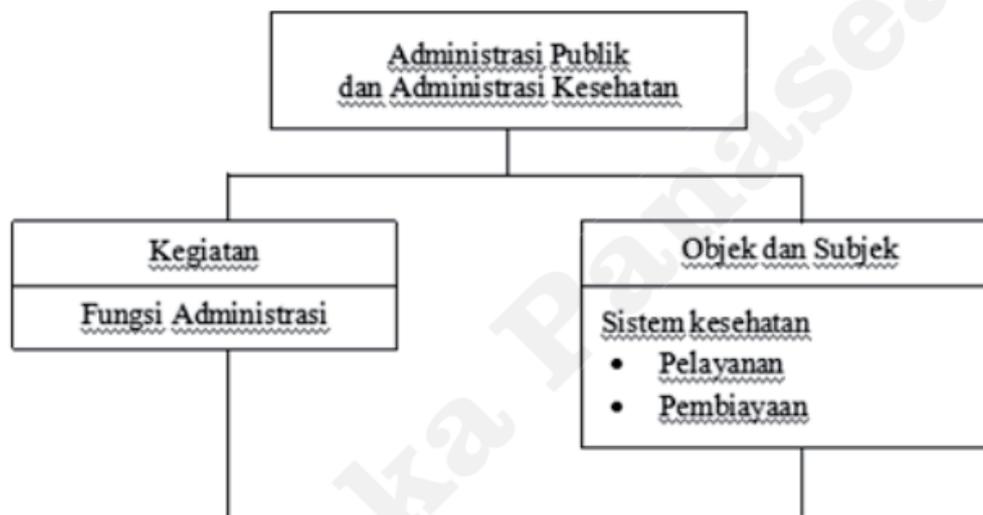
Administrasi publik atau administrasi negara pada dasarnya merupakan disiplin ilmu yang mempelajari tata kelola negara untuk melaksanakan

kehidupan bernegara. Hal ini melibatkan lembaga-lembaga pengelola negara yang meliputi lembaga legislatif, yudikatif, dan eksekutif serta hal-hal yang berkaitan dengan publik yang meliputi kebijakan publik, manajemen publik, administrasi pembangunan, dan etika yang mengatur penyelenggara negara. Administrasi publik dapat dilihat berdasarkan empat kategori, yaitu:

1. Administrasi berdasarkan kategori politik
Administrasi publik sebagai "*what government does*" atau apa yang dikerjakan pemerintah, baik langsung maupun tidak langsung sebagai suatu tahapan siklus pembuatan kebijakan publik, dan sebagai kegiatan yang dilakukan secara kolektif oleh pemerintah dan tidak dapat dikerjakan secara individu.
2. Administrasi berdasarkan kategori hukum atau legal
Administrasi publik adalah penerapan hukum (*law in action*), yaitu sebagai regulasi yang memberikan kekuasaan kepada penguasa untuk mengelola negara yang mana rakyat harus tunduk dan menaatinya.
3. Administrasi berdasarkan kategori manajerial
Administrasi publik adalah sebagai fungsi eksekutif dalam mengelola pemerintah.
4. Administrasi berdasarkan kategori mata pencaharian
Administrasi publik merupakan suatu bentuk profesi mulai dari tukang sapu sampai dokter ahli operasi otak di sektor publik, pada kenyataannya tanpa disadari profesi mereka adalah seorang administrator publik karena memberikan pelayanan kepada publik.

Adapun administrasi kesehatan adalah cabang ilmu administrasi yang secara khusus mempelajari kondisi-kondisi dan kejadian-kejadian sehat dan sakit pada masyarakat. Tujuan yang akan dicapai dalam administrasi kesehatan masyarakat adalah tercapainya tingkat derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Menurut Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan/KPAK Amerika Serikat (1974) yang dijabarkan oleh Azwar (1996), administrasi kesehatan adalah suatu proses yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengkoordinasian, dan penilaian terhadap sumber, tata cara, dan

kesanggupan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan, perawatan kedokteran, serta lingkungan sehat dengan menyediakan dan menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat. Ruang lingkup administrasi kesehatan mencakup kegiatan yang pelaksanaannya didukung oleh fungsi administrasi serta objek dan subjek administrasi itu sendiri. Pengelolaan keduanya lalu menghasilkan pelayanan yang disertai dengan pembiayaan seperti yang digambarkan dalam gambar 1.2 berikut ini.



Gambar 1.2 Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan

Terdapat lima unsur pokok yang perannya amat penting dalam menentukan berhasil atau tidaknya pelaksanaan administrasi kesehatan masyarakat. Darman (2016), Siagian (2004) dan Sutedja (2005) menyatakan bahwa kelima unsur pokok yang dimaksud ialah masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), sasaran (*target*) serta dampak (*impact*).

1. Masukan

a. Sumber Daya Manusia (*Man*)

Sumber daya manusia merupakan kunci keberhasilan penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, dan juga peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Hal yang paling mendasar dalam manajemen sumber daya manusia adalah

perkiraan kebutuhan pegawai, sebab menjadi bagian tersulit dan terpenting dalam suatu organisasi. Pertama, organisasi perlu melakukan identifikasi berbagai tantangan yang mempengaruhi permintaan, baik secara langsung seperti persediaan personalia dan aspek organisasi lainnya maupun secara tidak langsung seperti halnya perubahan lingkungan eksternal. Kedua, organisasi harus memperhatikan perkiraan kebutuhan pegawai dalam satu periode tertentu.

b. Sumber Daya Dana (*Money*)

Ketersediaan dana erat kaitannya dengan kinerja pegawai. Muninjaya (2004) menyatakan bahwa jika ketersediaan dana kurang, maka kinerja dan motivasi pegawai akan menurun dan pada akhirnya dapat mempengaruhi pencapaian target dan tujuan yang telah ditetapkan.

c. Sarana dan Prasarana (*Material*)

Sarana atau alat merupakan bagian dari organisasi yang dibutuhkan guna menyelenggarakan pelayanan dan mencapai suatu tujuan. Sarana dan prasarana harus direncanakan dengan baik sehingga sesuai dengan standar yang ada dan mampu menunjang pelayanan yang bermutu.

e. Petunjuk Pelaksanaan (*Method*)

Kebijakan merupakan cara untuk mencapai sasaran tahunan. Kebijakan mencakup pedoman, peraturan, dan juga prosedur yang ditetapkan untuk mendukung usaha pencapaian sasaran yang sudah dinyatakan. Di samping itu, dengan adanya kebijakan dapat memperjelas pekerjaan apa yang harus dikerjakan dan oleh siapa.

f. Mesin (*Machine*)

Dalam kegiatan organisasi, mesin sangatlah dibutuhkan. Penggunaan mesin akan membawa kemudahan atau menghasilkan efektifitas yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja.

2. Proses

Proses dalam organisasi merupakan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini

dikenal dengan nama fungsi administrasi (*function of administration*). Pada umumnya, proses dan ataupun fungsi administrasi ini merupakan tanggung jawab pimpinan.

3. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah hasil dari suatu pekerjaan administrasi. Di dunia kesehatan, keluaran dari pekerjaan administrasi adalah pelayanan kesehatan (*health service*). Pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua macam, yaitu pelayanan kedokteran (*medical service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*).

4. Sasaran

Sasaran adalah ditujukan kepada siapa keluaran yang dihasilkan. Untuk administrasi kesehatan dibedakan menjadi empat, yakni perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (*direct target group*) maupun sasaran tidak langsung (*indirect target group*).

5. Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang ditimbulkan oleh keluaran. Dalam lingkup administrasi kesehatan, dampak yang diharapkan adalah semakin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat ini akan tercapai bila kebutuhan (*needs*) dan tuntutan (*demands*) baik perseorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat akan kesehatan, pelayanan kedokteran, serta lingkungan yang sehat dapat terpenuhi.

1.4 Perangkat Organisasi Kesehatan

Organisasi-organisasi kesehatan masyarakat sering digambarkan sebagai keunikan atau berbeda dari bentuk-bentuk organisasi yang lain, khususnya dari organisasi-organisasi industri. Selanjutnya, perbedaan ini dipercaya berpengaruh penting pada daerah manajemen. Sebagian besar perbedaan tersebut adalah:

1. Sulit mendefinisikan dan mengukur keluaran.
2. Pekerjaan yang dilakukan sangat berubah-ubah dan sangat rumit.

3. Pekerjaan selanjutnya adalah suatu keadaan yang tidak dapat ditanggguhkan atau diprediksi (*emergency*).
4. Aktivitas-aktivitas pekerjaan adalah dependen (terikat), memerlukan suatu tingkat koordinasi yang tinggi diantara kelompok-kelompok profesional yang bervariasi.
5. Pekerjaan meliputi suatu tingkat spesialisasi yang tinggi.
6. Keikutsertaan organisasi diprofesionalkan lebih tinggi dan loyalitas primernya termasuk profesi bila dibandingkan organisasi.

Sebelum membahas mengenai perangkat organisasi kesehatan, terlebih dahulu diketahui pengelompokan jenis organisasi. Adapun pengelompokan jenis organisasi dapat dilakukan dengan menggunakan kriteria sebagai berikut:

1. Berdasarkan jumlah orang yang memegang pucuk pimpinan
 - a. Bentuk tunggal, puncak pimpinan berada di tangan satu orang, semua kekuasaan dan tugas pekerjaan bersumber kepada satu orang.
 - b. Bentuk komisi, pimpinan organisasi merupakan suatu dewan yang terdiri atas beberapa orang, semua kekuasaan dan tanggung jawab dipikul oleh dewan sebagai suatu kesatuan.
2. Berdasarkan lalu lintas kekuasaan
 - a. Organisasi lini atau bentuk lurus, kekuasaan mengalir dari pimpinan organisasi langsung lurus kepada para pejabat yang memimpin unit-unit dalam organisasi.
 - b. Bentuk lini dan staf, dalam organisasi ini pimpinan dibantu oleh staf ahli pimpinan dengan tugas sebagai pembantu pimpinan dalam menjalankan roda organisasi.
 - c. Bentuk fungsional, bentuk organisasi dalam kegiatannya dibagi dalam fungsi-fungsi yang dipimpin oleh seorang ahli di bidangnya dengan hubungan kerja lebih bersifat horizontal.
3. Berdasarkan sifat hubungan personal
 - a. Organisasi formal adalah organisasi yang diatur secara resmi, seperti organisasi pemerintahan, organisasi yang berbadan hukum, dan lainnya.

- b. Organisasi informal adalah organisasi yang terbentuk karena hubungan bersifat pribadi, antara lain kesamaan minat atau hobi, dan lain-lain.
4. Berdasarkan tujuan
 - a. Organisasi yang tujuannya mencari keuntungan atau *profit oriented*.
 - b. Organisasi sosial atau *non profit oriented*.
 5. Berdasarkan kehidupan dalam masyarakat
 - a. Organisasi pendidikan
 - b. Organisasi kesehatan
 - c. Organisasi pertanian, dan lain-lain.
 6. Berdasarkan fungsi dan tujuan yang dilayani
 - a. Organisasi produksi, misalnya organisasi produk makanan.
 - b. Organisasi berorientasi pada politik, misalnya partai.
 - c. Organisasi yang bersifat integratif, misalnya serikat pekerja.
 - d. Organisasi pemelihara, misalnya peduli lingkungan, dan lain-lain.
 7. Berdasarkan pihak yang memakai manfaat
 - a. *Mutual benefit organization*, yaitu organisasi yang manfaatnya terutama dinikmati oleh anggotanya, seperti koperasi.
 - b. *Service organization*, yaitu organisasi yang kemanfaatannya dinikmati oleh pelanggan, misalnya bank.
 - c. *Business organization*, yaitu organisasi yang bergerak dalam dunia usaha, seperti perusahaan-perusahaan.
 - d. *Commonwealth organization*, yaitu organisasi yang manfaatnya terutama dinikmati oleh masyarakat umum, seperti organisasi pelayanan kesehatan, contohnya rumah sakit, puskesmas dan lain-lain.

Organisasi-Organisasi Kesehatan

1. Organisasi Kesehatan di Tingkat Pusat

Organisasi kesehatan di tingkat pusat adalah Departemen Kesehatan RI. Organisasi tingkat pusat (DEPKES) adalah suatu kesatuan yang terdiri atas unsur Sekretariat Jenderal, Inspektorat Jenderal, Direktorat Jenderal, Badan Litbang, Puskdiklat, termasuk Unit Pelaksana Teknik,

Unit Organik (rumah sakit), dan Proyek Pembangunan Sektor Kesehatan.

2. Organisasi kesehatan di Provinsi
 - a. Organisasi kesehatan pemerintah pusat. Organisasi kesehatan pemerintah pusat yang ada di Provinsi/Dati I adalah Unit Pelaksana Teknik (UPT) DEPKES (pusat) di Provinsi
 - b. Organisasi kesehatan pemerintah daerah. Daerah tingkat I mempunyai organisasi kesehatan berupa: Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I, Unit Pelaksana Teknik Daerah (UPTD) Dinkes dan Unit Pelaksana Daerah (UPD) Pemda Tk I
 - c. Rumah sakit kelas A maupun kelas B
 - d. Unit Pelaksana Teknis (UPT)
 - e. Organisasi kesehatan swasta
3. Organisasi kesehatan tingkat kabupaten/kota
 - a. Dinas kesehatan daerah tingkat II
 - b. Rumah sakit umum daerah kelas C
 - c. Unit Pelaksana Tehnis (UPT)
 - d. Organisasi kesehatan swasta
4. Organisasi kesehatan tingkat Kecamatan
 - a. Puskesmas
 - b. Puskesmas Pembantu
 - c. Puskesmas keliling
 - d. Unit pelaksana tehnis puskesmas
5. Organisasi pelaksanaan tingkat desa
 - a. Puskesmas Pembantu (PUSTU)
 - b. Pondok Bersalin Desa (POLINDES) dan bidan desa
 - c. Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU)

1.5 Organisasi Kelompok Kerja Informal

Kelompok kerja dapat dibagi menjadi dua kelompok, yakni kelompok kerja formal dan kelompok kerja informal. Kelompok kerja formal ditentukan oleh hubungan yang secara resmi diperintahkan antar pegawai-pegawai. Kelompok-kelompok kerja resmi biasanya ditunjukkan dalam peta

organisasi. Contoh kelompok kerja formal ialah pegawai negeri sipil, tentara/polisi, dan lain sebagainya. Adapun kelompok kerja informal adalah kelompok yang terbentuk dalam organisasi-organisasi sebagai hasil dari hubungan dan interaksi perorangan dan kelompok-kelompok yang berhubungan dari orang-orang, yang bekerja dalam kelompok-kelompok kerja formal dari organisasi. Menurut Sule dan Saifullah (2005) kelompok kerja informal adalah kelompok kerja yang berdiri berdasarkan kesamaan tuntutan, hobi, dan lain sebagainya, contoh dari kelompok kerja informal adalah perserikatan buruh.

Kerja merupakan pengalaman bagi setiap pegawai untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Interaksi dan kerja sama yang terjalin antar pegawai selama bekerja ini akan menimbulkan hubungan yang terus menerus dan membentuk satu kepentingan yang sama. Adanya kepentingan yang timbal balik, persahabatan, dan kebutuhan sosial merupakan faktor yang mendorong terbentuknya kelompok kerja informal. Kelompok kerja informal memberikan rasa aman kepada anggota kelompok, karena tingginya rasa kesetiakawanan dan mempunyai nilai-nilai kebersamaan.

Seorang pimpinan yang baik akan tetap memperhatikan dan mengakomodasi berbagai karakteristik pekerjaannya termasuk dengan adanya fenomena organisasi informal tersebut. Organisasi informal tersebut juga dapat membantu pimpinan dalam mencapai tujuan organisasi. Namun, jika tuntutan organisasi informal ternyata tidak diakomodasi dengan baik, organisasi informal ini akan menyebabkan konflik internal yang akan menghambat pencapaian tujuan organisasi. Beberapa keuntungan potensial dari kelompok-kelompok kerja informal:

1. Kelompok kerja informal bersatu padu dengan organisasi untuk membuat sistem yang dapat digunakan untuk dapat menyelesaikan pekerjaan.
2. Kelompok kerja informal meringankan beban pekerjaan bagi manajer formal dan mengisi beberapa dari kekosongan-kekosongan dalam kemampuan manajer.
3. Kelompok kerja informal memberikan kepuasan dan stabilitas kepada organisasi.

4. Kelompok kerja informal memberikan saluran komunikasi yang bermanfaat dalam organisasi.
5. Kelompok kerja informal mendorong para manajer untuk merencanakan dan menentukan kebijakan lebih hati-hati.

Beberapa faktor kunci yang perlu diperhatikan terkait kelompok kerja informal adalah:

1. Partisipasi berkelompok adalah sumber pokok dari pemusatan kebutuhan sosial bagi para pegawai.
2. Kelompok-kelompok informal mencoba melindungi anggota-anggotanya terhadap ancaman-ancaman yang dipahami datang dari manajemen.
3. Kelompok-kelompok mengembangkan cara-cara komunikasi untuk memberi informasi yang dikehendaki anggota-anggotanya. Jika manajemen tidak memberikan informasi yang diperlukan para pegawai, maka kelompok informal itulah yang mengusahakannya.
4. Kelompok-kelompok formal dan informal memperoleh status dan prestise dalam sebuah organisasi. Kelompok-kelompok dapat menggunakan status dan prestise mereka sebagai penangkal kekuatan untuk mempengaruhi yang lain-lain dalam organisasi.
5. Kelompok-kelompok mengembangkan dan menegakkan norma-norma untuk perilaku anggota-anggotanya. Norma-norma kelompok mungkin menunjang manajemen atau mungkin bekerja bertentangan dengan tujuan-tujuan manajemen.
6. Makin sejalur sebuah kelompok, makin banyak kontrol yang dipunyainya atas perilaku anggota-anggotanya. Kelompok yang sangat sejalur dapat memproduksi hasil-hasil besar dari tujuan-tujuan organisasi. Tetapi kelompok itu dapat pula sama efektif bekerja bertentangan dengan tujuan-tujuan organisasi, kalau kelompok itu beroperasi terhadap manajemen.
7. Kelompok-kelompok formal dan informal dalam sebuah organisasi kedua-duanya menetapkan peran-peran, yang mempengaruhi kegiatan-kegiatan dan tanggung jawab peran dalam sebuah kelompok

informal yang mungkin menghendaki, bahwa seorang perorangan melanggar harapan-harapan peran dari manajemen.

1.6 Pengantar Kebijakan Kesehatan

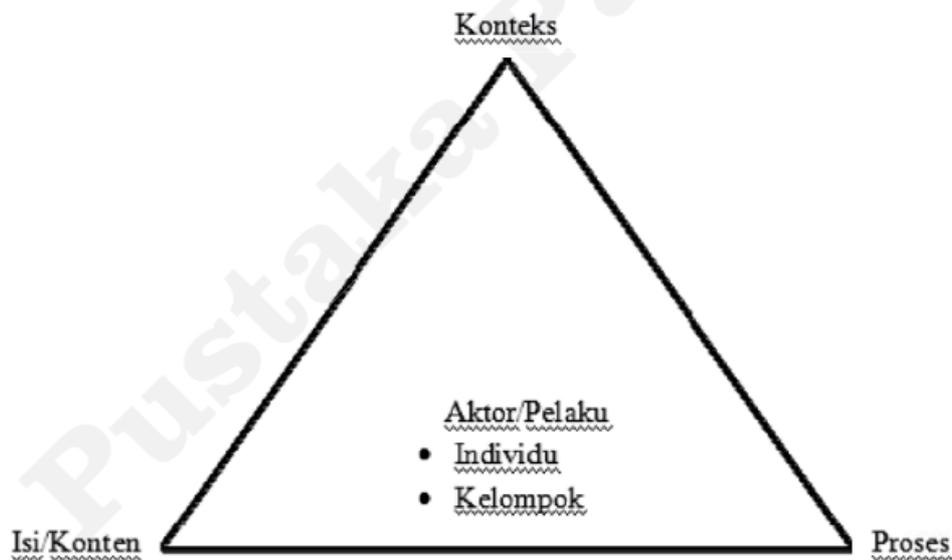
Kata kebijakan sudah tidak asing di telinga kita, kebijakan merupakan rangkaian keputusan yang berisi konsep dan asas yang dibuat oleh pihak tertentu untuk menjadi pedoman dalam melakukan sesuatu, ataupun cara bertindak dalam bidang tertentu, dapat berupa bidang kesehatan, pendidikan, perdagangan, perekonomian dan sebagainya. Pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam merumuskan kebijakan disebut sebagai pembuat kebijakan. Kebijakan tersusun dari tingkat rendah hingga tingkat tertinggi. Seperti di pemerintah pusat maupun daerah dan juga perusahaan multinasional ataupun daerah. Kelompok khusus dari pembuat kebijakan yang berkedudukan tinggi dalam suatu organisasi dan sering memiliki hubungan istimewa dengan para petinggi dari organisasi yang sama atau berbeda disebut sebagai elit kebijakan. Misalnya elit kebijakan di pemerintah dapat beranggota para menteri dalam kabinet, yang semuanya berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multinasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Kebijakan kesehatan dapat meliputi kebijakan publik dan kebijakan swasta tentang kesehatan. *Policy* (kebijakan) ialah ketetapan yang dikeluarkan oleh pembuat kebijakan mengenai permasalahan tertentu. Adapun kebijakan publik (*public policy*) merujuk pada kebijakan yang dikeluarkan oleh negara atau pemerintah berkaitan dengan kepentingan masyarakat luas. Adapun yang dimaksud kebijakan kesehatan atau *health policy* merupakan keputusan yang dikeluarkan oleh pembuat kebijakan dan berguna bagi institusi, organisasi, pelayanan, dan upaya pendanaan sistem kesehatan.

Segitiga Kebijakan Kesehatan

Segitiga kebijakan kesehatan atau *triangle of health policy* merupakan sebuah representasi dari kesatuan kompleksitas hubungan antar unsur-unsur kebijakan (konten, proses, konteks, dan aktor) yang dalam interaksinya

saling memberi pengaruh. Salah satu unsur dari segitiga kebijakan, yaitu aktor-aktor kebijakan (baik sebagai individu maupun kelompok), misalnya dipengaruhi oleh konteks dimana tempat tinggal dan tempat bekerja. Konteks merupakan rekayasa atau hasil interaksi dinamis dari banyak faktor seperti ideologi, kebijakan yang berubah-ubah, sejarah dan budaya. Segitiga kebijakan bermanfaat untuk dapat secara sistematis menganalisis dan mengetahui tentang berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kebijakan. Pemahaman tentang segitiga kebijakan bermanfaat secara sistematis untuk menganalisis dan mengetahui tentang berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kebijakan. Pemahaman tentang segitiga kebijakan seperti sebuah peta yang menunjukkan "jalan besar tetapi tetap menunjukkan kontur, sungai-sungai, hutan, arah jalan, dan tempat tinggal para penghuni di dalamnya" dari sebuah "rimba pengembangan kebijakan publik" (Walt dan Gilson, 1994).



Sumber: Walt and Gilson, 1994

Gambar 1.3 *Segitiga Kebijakan (Triangle of Health Policy)*

Penjelasan lebih lanjut tentang komponen-komponen dalam segitiga kebijakan adalah sebagai berikut:

1. Aktor/pelaku penyusun kebijakan

Aktor atau pemangku kebijakan adalah individu atau kelompok yang berkaitan langsung dengan sebuah kebijakan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan tersebut. Pemangku kebijakan tersebut bisa terdiri dari sekelompok warga, organisasi buruh, pedagang kaki lima, komunitas wartawan, partai politik, lembaga pemerintahan dan sebagainya. Gerakan sosial atau gerakan masyarakat merupakan perkumpulan kelompok masyarakat yang berbeda latar belakang guna membahas dan menunjukkan sikap terhadap isu atau fenomena tertentu yang terjadi di masyarakat. Misalnya, gerakan sosial tahun 1998 yang dilakukan oleh kelompok masyarakat yang berbeda latar belakang dan tempat tinggal bersatu melakukan perubahan pada tatanan politik di Indonesia ditandai dengan runtuhnya orde baru. Para pelaku gerakan sosial ini berusaha mempengaruhi proses politik yang ada baik di tingkat lokal, nasional bahkan tingkat internasional. Bahkan terkadang para pelaku ini dijadikan patner pemerintahan untuk berdiskusi dan memutuskan kebijakan yang tepat dikeluarkan oleh pemerintah.

2. Konteks

Konteks merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kebijakan kesehatan, misalnya sistematis-politik, ekonomi, sosial, nasional dan internasional. Berikut ini pengelompokan faktor tersebut, yaitu:

- a. Faktor situasional, faktor ini selalu berubah-ubah dan bersifat tidak tetap (permanen) terhadap kebijakan, misalnya kondisi perang ataupun pengaruh iklim. Faktor situasional ini juga dikenal dengan istilah '*focusing event*' atau kejadian yang terjadi hanya satu kejadian saja, misalnya kejadian gempa mendorong pemerintah untuk mengeluarkan kebijakan baru terkait standar struktur bangunan rumah sakit. faktor situasional ini juga erat kaitannya dengan permasalahan yang baru muncul dan telah lama menjadi perhatian publik. Misalnya fenomena wabah HIV/AIDS yang menyita perhatian publik dan ditetapkan sebagai wabah yang mengancam bagi kesehatan dunia mendorong para praktisi kesehatan melakukan penelitian dan

pengembangan kesehatan guna mencari pengobatan yang terbaik. Berkaitan dengan penyakit HIV/AIDS ini pemerintah juga mengeluarkan kebijakan pengawasan terhadap pasien TBC sebab adanya keterkaitan yang kuat antara penyakit TBC dengan HIV/AIDS. Penderita penyakit TBC memiliki kerentanan yang tinggi untuk terkena HIV/AIDS.

- b. Faktor struktural, faktor ini merupakan bagian dari masyarakat dan memiliki kecenderungan tidak mengalami perubahan. Contohnya yaitu sistem politik, yang meliputi keterbukaan sistem tersebut dan kesempatan bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan kebijakan; faktor struktural juga berkaitan dengan jenis ekonomi sebagai dasar bagi tenaga kerja, misalnya rendahnya gaji perawat atau sedikitnya lapangan pekerjaan untuk tenaga yang sudah terlatih, maka dapat menyebabkan perpindahan tenaga profesional ini ke bidang yang memerlukan sumber daya manusia. Faktor struktural lainnya yang dapat berpengaruh terhadap kebijakan kesehatan yaitu kondisi demografis ataupun kemajuan teknologi. Misalnya negara yang mempunyai populasi lansia cukup tinggi akan mengeluarkan kebijakan perbaikan kualitas rumah sakit dan peningkatan persediaan obat-obatan bagi lansia, karena seiring bertambahnya usia, kerentanan terhadap penyakit semakin tinggi oleh karenanya fasilitas kesehatan dan obat-obatan juga perlu disiapkan.
- c. Adanya kemajuan teknologi dalam bidang kesehatan, misalnya adanya teknologi melahirkan dengan sesar mendorong jumlah wanita hamil. Oleh karenanya, terdapat peningkatan ketergantungan profesi kepada teknologi maju yang menyebabkan keengganan para dokter dan bidan untuk mengambil risiko dan ketakutan adanya tuntutan.
- d. Faktor budaya, faktor budaya juga mampu mempengaruhi kebijakan kesehatan. Masyarakat yang memiliki budaya kepemimpinan otoriter, maka ketidakleluasaan masyarakat untuk bertanya ataupun memberikan masukan kepada pimpinan. Status kedudukan sebagai minoritas dalam suatu negara dan adanya perbedaan bahasa mempengaruhi kelompok tersebut untuk mendapatkan informasi yang memadai mengenai hak mereka ataupun mendapatkan pelayanan

diskriminasi dari berbagai pihak. Pemerintah hendaknya mengembangkan kebijakan *door to door* atau kunjungan ke rumah-rumah untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada negara yang memiliki budaya dimana wanita tidak memiliki kebebasan pergi tanpa ditemani suami dan dimana terdapat stigma buruk terhadap penyakit (misalnya HIV/AIDS ataupun TBC). Faktor agama juga turut mempengaruhi kebijakan di berbagai negara. Misalnya di Amerika Serikat President George W. Bush merubah kebijakan yang ia buat pada awal tahun 2000-an mengenai aturan seksual 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.

- e. Faktor internasional atau *exogenous*, faktor ini dapat meningkatkan ketergantungan antar negara dan mempengaruhi kemandirian serta kerja sama internasional dalam kesehatan. Pada dasarnya, permasalahan kesehatan banyak berhubungan dengan pemerintahan nasional akan tetapi beberapa masalah juga memerlukan pertimbangan dan kerja sama dengan berbagai pihak dari tingkat regional, nasional bahkan multilateral. Misalnya kasus polio yang terjadi di Indonesia beberapa tahun silam, pemberantasan penyakit ini dilakukan oleh seluruh negara di dunia bahkan melibatkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Perlunya kerja sama dari semua pihak ini erat kaitannya dengan penyebaran virus polio. Walaupun suatu daerah telah berhasil melakukan imunisasi kepada seluruh warganya, akan tetapi mereka masih memiliki peluang terkena polio dari orang-orang pendatang dari wilayah atau negara lain yang tidak diimunisasi yang masuk lewat perbatasan.

3. Proses penyusunan kebijakan

Proses penyusunan kebijakan merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai dari penyusunan, negosiasi, pengkomunikasian, pelaksanaan hingga pengevaluasian kebijakan tersebut. Dalam memahami proses kebijakan ini,

praktisi banyak menggunakan berbagai pendekatan, salah satunya² yaitu pendekatan yang disebut dengan 'tahapan heuristik', maksudnya adalah membagi proses kebijakan menjadi serangkaian tahapan sebagai alat teoritis, suatu model dan tidak selalu menunjukkan apa yang sebenarnya terjadi di dunia nyata. Namun, serangkaian tahapan ini membantu untuk memahami penyusunan kebijakan dalam tahapan-tahapan yang berbeda:

- a. Identifikasi masalah dan isu: menemukan bagaimana isu-isu yang ada dapat masuk kedalam agenda kebijakan, mengapa isu-isu yang lain justru tidak pernah dibicarakan.
- b. Perumusan kebijakan: menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan dihasilkan, disetujui, dan dikomunikasikan.
- c. 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.
- d. Evaluasi kebijakan: temukan apa yang terjadi pada saat kebijakan dilaksanakan bagaimana pengawasannya, apakah tujuannya tercapai dan apakah² terjadi akibat yang tidak diharapkan. Tahapan ini merupakan saat dimana kebijakan dapat diubah atau dibatalkan serta kebijakan yang baru ditetapkan.

4. Isi kebijakan

Terdiri dari sejumlah daftar pilihan keputusan tentang permasalahan yang tengah dibahas, yang dibuat oleh lembaga negara atau pejabat pemerintahan. Isi sebuah kebijakan merespon berbagai permasalahan publik (*public issues*) yang mencakup berbagai bidang kehidupan mulai dari pertahanan, keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan dan lain-lain. Secara umum isi kebijakan dituangkan dalam bentuk dokumen tertulis yang memiliki standar isi sebagai berikut:

- a. Pernyataan tujuan: mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan.
- b. Ruang lingkup: menerangkan siapa saja yang tercakup dalam kebijakan dan tindakan apa yang dipengaruhi oleh kebijakan.
- c. Durasi waktu yang efektif: mengidentifikasi kapan kebijakan mulai diberlakukan.
- d. Bagian pertanggungjawaban: mengindikasikan siapa individu atau organisasi yang bertanggung jawab dalam melaksanakan kebijakan.
- e. Pernyataan kebijakan: mengindikasikan aturan-aturan khusus atau modifikasi aturan terhadap perilaku organisasi yang membuat kebijakan tersebut.
- f. Latar belakang: mengindikasikan alasan dan sejarah pembuatan kebijakan tersebut, yang kadang-kadang disebut sebagai faktor-faktor multinasional.
- g. Definisi: menyediakan secara jelas dan tidak ambigu mengenai definisi bagi istilah dan konsep dalam dokumen kebijakan.

-oo0oo-

Pustaka Panasea

BAB 2

MANAJEMEN KESEHATAN

2.1 Pendahuluan

Sekilas telah kita bahas mengenai manajemen di bab sebelumnya, untuk mengupas lebih dalam terkait manajemen khususnya di bidang kesehatan masyarakat pada bab ini kita akan mempelajari mengenai sejarah ilmu manajemen, fungsi manajemen, manajer sebagai pembuat keputusan, dan aplikasi manajemen di rumah sakit.

Manajemen erat kaitannya dengan konsep organisasi. Sehubungan dengan hal tersebut maka ada baiknya kita kupas terlebih dahulu mengenai organisasi. Organisasi adalah *a group of people working together in a structured and coordinated fashion to achieve a set of goals* atau organisasi adalah sekelompok orang yang bekerja sama dalam struktur dan koordinasi tertentu dalam mencapai serangkaian tujuan tertentu. Pendapat lain menyatakan bahwa organisasi adalah sekumpulan orang atau kelompok yang memiliki tujuan tertentu dan berupaya untuk mewujudkan tujuannya melalui kerja sama.

Setiap organisasi memiliki tujuan berbeda-beda, tergantung pada jenis organisasi tersebut. Organisasi politik misalnya, dapat memiliki tujuan untuk menyalurkan aspirasi rakyat melalui aturan kelembagaan politik tertentu. Di sisi lain, organisasi sosial juga memiliki tujuan yang berbeda dengan organisasi politik. Organisasi sosial tidak bertujuan

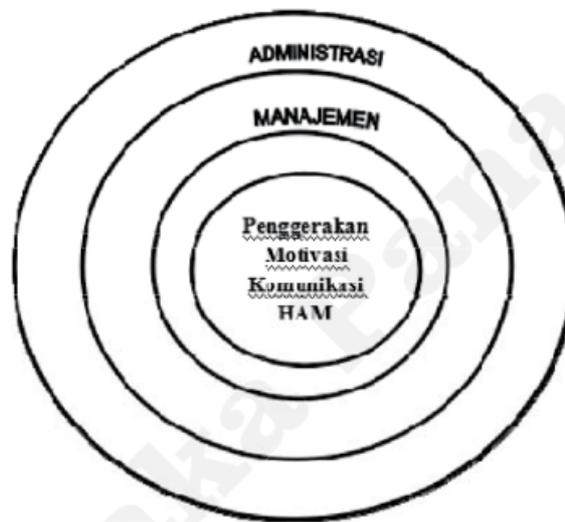
menyalurkan aspirasi rakyat, akan tetapi mereka memiliki tujuan lain yakni menjawab aspirasi rakyat melalui kegiatan tertentu yang secara nyata dapat dirasakan oleh masyarakat, misalnya melalui pemberian sumbangan, pelatihan, dan lain sebagainya. Berbeda dengan organisasi politik dan sosial, organisasi kesehatan juga memiliki tujuan sendiri. Adapun tujuan organisasi kesehatan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kegiatan-kegiatan baik secara kuratif, rehabilitatif, promotif maupun preventif.

Di dalam suatu organisasi terdapat berbagai macam perbedaan, baik perbedaan karakter individu, latar belakang yang berbeda dan juga motif yang dimilikipun berbeda-beda. Di samping itu, organisasi juga memiliki berbagai sumber daya yang berbeda-beda, misalnya peralatan, perlengkapan, dan lain-lain. Suatu organisasi paling tidak memiliki berbagai sumber daya yang berbeda, seperti sumber daya manusia (*human resources*), sumber daya alam (*natural resources*), sumber daya dana (*financial resources*) atau keuangan (*fund*), serta sumber daya informasi (*informational resources*). Keseluruhan sumber daya yang ada tersebut dapat dikelola melalui kerja sama dari individu yang berbeda-beda dengan adanya manajemen yang baik sehingga tujuan organisasi dapat tercapai.

Manajemen adalah seni dalam menyelesaikan sesuatu melalui orang lain atau *management is the art of getting things done through people*. Artinya dalam menyelesaikan sesuatu terkait pencapaian tujuan organisasi, manajemen melakukan serangkaian kegiatan berupa perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian orang-orang serta sumber daya organisasi. Terdapat tiga faktor yang terlibat dalam proses pencapaian tujuan tersebut, yakni:

1. Adanya penggunaan sumber daya organisasi, baik sumber daya manusia maupun faktor-faktor produksi lainnya.
2. Adanya proses yang bertahap dari mulai perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengimplementasian, hingga pengendalian dan pengawasan.
3. Adanya seni dalam menyelesaikan pekerjaan.

Manajemen juga merupakan pokok atau inti dari administrasi, sedangkan inti atau fokus manajemen adalah kepemimpinan. Kepemimpinan sendiri kekuatannya terletak pada penggerakan dan pelaksanaan. Pemimpin atau manajer yang sukses pada dasarnya adalah orang yang mampu menggerakkan orang lain dengan berkomunikasi, memotivasi dan berhubungan secara manusiawi, untuk mencapai tujuan yang dikehendaki. Oleh karenanya penyajian tentang manajemen akan lebih lengkap disertai dengan teori kepemimpinan.



Gambar 2.1 Inti Manajemen

2.2 Sejarah Ilmu Manajemen

Manajemen diperkirakan muncul pertama kali pada zaman peradaban Yunani Kuno dan Kerajaan Romawi. Hal ini terlihat dari ditemukannya bukti dari arsip sejarah pemerintahan, tentara dan pengadilan-pengadilan. Pembangunan piramida di Mesir dan berkembangnya kerajaan Romawi adalah salah satu contoh hasil kerja kelompok yang digerakkan oleh seorang atau beberapa pemimpinnya. Keberhasilan pembangunan ini jika tidak didasari oleh perencanaan dan kerja sama yang baik tentunya tidak akan berhasil. Adanya pembagian tugas, adanya kebijakan, hierarki pimpinan, perencanaan logistik dan keuangan merupakan cerminan prinsip-prinsip manajemen.

Menjelang pertengahan pertama abad ke 19, terjadi peningkatan dan kemajuan alat-alat produksi. Perencanaan, penentuan biaya produksi dan ukuran kerja mulai digunakan. Sepanjang abad ke 19 dan 20, perkembangan semakin pesat dengan banyaknya peneliti, industrialis, dan pegawai pemerintah yang tertarik dengan manajemen. Fokus perkembangan diarahkan pada organisasi, penggunaan waktu yang berdaya guna dan pengawasan anggaran. Sekitar tahun 1939, prinsip bahwa manusia merupakan unsur terpenting dalam manajemen menyebabkan banyak orang berpaling kepada penelitian perilaku manusia. Beberapa dasawarsa kemudian tersedianlah komputer yang membawa perubahan lebih besar pada beberapa metode analisis kuantitatif dalam manajemen. Penggunaan matematika dan statistik merupakan pendekatan baru terhadap manajemen. Yang lebih baru ialah masuknya pendekatan lain seperti pemusatan pengambilan keputusan dan analisis sistem.

Untuk lebih memahami mengenai sejarah manajemen, akan dijelaskan berdasarkan pelopor dan tokoh pemikir manajemen ilmiah seperti F.W. Taylor, Elton Mayo, dan Henry Fayol. Ketiga tokoh ini dan pengikutnya dipercaya sebagai peletak dasar studi di bidang manajemen yang berkembang hingga saat ini.

1. Frederick Winslow Taylor

Frederick Winslow Taylor (1870) merupakan tokoh dalam pengembangan ilmu manajemen. Ia merupakan seorang pengawas yang tengah mencoba berbagai cara untuk lebih meningkatkan hasil produksi perusahaan di tempatnya bekerja. Dari hasil percobaannya ia memperkenalkan suatu rangkaian studi gerak dalam berbagai kegiatan dan waktu yang telah digunakan oleh para pekerja untuk mencapai hasil yang telah ditetapkan. Ia dapat mengukur *a fair day's work* atau waktu yang wajar untuk menyelesaikan sebuah pekerjaan. Untuk mempersingkat waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan sebuah pekerjaan ia mengembangkan beberapa studi waktu dan gerak (*time and motion studi*).

Sistem pengajian yang dipakai adalah *differential piece work*, yaitu pembayaran tertentu untuk pekerjaan dengan standar tertentu. Tingkat

pembayarannya dapat lebih ditingkatkan lagi bila pekerja mampu menghasilkan lebih banyak dari standar yang telah ditetapkan. Manajemen harus membayar pekerja dengan upah yang lebih tinggi jika mereka menggunakan metode yang secara ekonomis dianggap lebih baik sekaligus menghindari mekanisme *slowing down* (memperlambat kerja). Dengan kata lain, sistem ini merupakan konsep baru untuk memisahkan perencanaan dengan pelaksanaan, dan sistem pengawasan fungsional.

Dalam studinya Taylor mengharapkan terjadinya perubahan baik pada pihak manajer maupun pada para buruh, sistem ini tidak berjalan dengan baik karena terhambat oleh kericuhan yang sering terjadi dikalangan para buruh/pekerja akibat persaingan yang tidak sehat dan sistem penggajian yang tidak sama bahkan ada pekerja yang malas merusak mesin produksi.

Kesulitan Taylor tersebut menginspirasi Henry Laurence Gantt untuk memperkenalkan *task and bonus plan*. Ide ini muncul dalam bentuk pemberian insentif atau bonus pada sistem penggajian, baik untuk pekerja yang bisa menepati waktu kerja dengan tepat waktu maupun jumlah dan kualitas hasil kerjanya. *Gantt Chart* merupakan metode yang digunakan untuk menggambarkan tingkat kemajuan pekerjaan yang telah dicapai dilihat dari perencanaan waktunya.

Pekerjaan Laurence Gantt dilanjutkan oleh Frank Gillberth yang juga dibantu oleh istrinya Lilian memperkenalkan Gillberth yaitu sistem kerja cepat. Suatu cara untuk mempercepat dan memperkecil jumlah gerakan untuk bidang-bidang pekerjaan tertentu dengan posisi yang menyenangkan (*ergonomic*). Dengan 17 elemen dasar yang disingkat dengan *Therblig* (kebalikan dari kata Gillberth) ia telah mengembangkan teknik dan konsep dasar studi yang lebih modern dari Taylor.

2. Henry Fayol

Tokoh yang paling terkenal dalam bidang analisis manajemen adalah Henry Fayol, ia merupakan ilmuwan yang berasal dari Perancis (1841). Pendapatnya lebih menekankan kepada di dalam manajemen tidak ada hukum yang mutlak. Seorang manajer perlu memahami prinsip-prinsip

manajemen untuk ⁵memimpin organisasinya. Dalam bukunya ia menyatakan bahwa fungsi administrasi terdiri dari *to plan, to organize, to command, to coordinate and to control*. Ia juga menyatakan sejumlah prinsip yang perlu diketahui oleh seorang administrator yaitu:

- a. *Division of work* (spesialisasi dalam pekerjaan)
- b. *Discipline* (setiap pekerja harus disiplin dengan tugas pokoknya)
- c. Mendahulukan kepentingan umum daripada kepentingan pribadi
- d. *Remuneration* (pembayaran yang sama untuk pekerjaan dengan ukuran sama)
- e. Sentralisasi (terpusatnya tanggung jawab pada satu pimpinan)
- f. *Order* (segalanya diatur pada tempatnya)
- g. *Equity* (tabiat baik dan adil harus dikembangkan)
- h. *Stability of tenure personnel* (pekerja dan manajer memerlukan waktu untuk mempelajari cara kerja masing-masing, perubahan personil akan terjadi karena pensiun, kematian, atau promosi jabatan)
- i. *Initiative* (dalam batas-batas kewenangan dan disiplin staf sangat diperlukan)
- j. *Spirit the corps* (mampu mengembangkan kekompakan dan rasa kebersamaan staf bawahan).

3. Elton Mayo

⁵ada tahun 1920an, Elton Mayo seorang psikolog melakukan penelitian tentang pengaruh kelelahan pada tingkat produktivitas pekerja dan berbagai pengaruh istirahat terhadap peningkatan output kerja (produktivitas pekerjaan). Dari percobaan yang dilakukannya muncul sebuah revolusi mental dalam pekerjaannya melalui manipulasi lingkungan. Spontanitas kerja telah terjadi tanpa pembayaran ekstra.

Menurut Mayo, manajemen yang baik mampu mencegah individu memiliki kesempatan untuk mementingkan kepentingan pribadi pekerja sehingga mereka mampu mengatasi *rabble hypothesis*. Hipotesis yang menggambarkan bahwa dalam sebuah organisasi terdapat kesemrawutan kerja karena masing-masing individu bertindak demi kepentingannya sendiri. Di samping itu, karena terjadinya *atomistic society* pada kelompok-kelompok pekerja, menyebabkan adanya gangguan *sense of belonging* dari

salah satu kelompok pekerja⁵ terhadap lingkungannya. Berdasarkan pendapatnya diketahui bahwa ada tiga jenis individu dewasa berdasarkan reaksinya terhadap lingkungan yaitu mereka akan bereaksi secara logis, tidaklogis dan bahkan rasional.

Mayo menyatakan ketidaksetujuannya terhadap pernyataan yang mengatakan bahwa manajemen harus selalu logis, karena sebagian besar⁵ pekerja masih dikuasai oleh emosinya. Sehingga perlu dikembangkan *sense of belonging* dan didukung dengan pengawasan yang lebih simpatik bukan bersifat kaku atau keras. Ia juga menganggap pekerja sebagai makhluk sosial yang tidak hanya dipacu oleh motivasi dan produktivitas⁵ kerjanya melalui upah, namun pegawai akan lebih produktif bila mendapat perhatian khusus untuk⁵ pengembangan motivasi mereka melalui insentif non material sehingga Mayo lebih dikenal dengan teorinya yakni *Human relationship theory*, dan *Rabble hypothesis*.

4. Teori Kepemimpinan

Teori ini disebut juga *continuum leadership*, dikembangkan pertama kali oleh Tannenbaum, Weschter dan Massarik pada tahun 1961. Isi teori ini adalah gaya yang dikembangkan oleh seorang pemimpin dipengaruhi oleh tiga faktor (kekuatan) utama. Ketiganya akan menentukan sejauh mana ia akan melakukan pengawasan terhadap kelompok yang dipimpinnya. Faktor yang pertama yakni bersumber dari dalam dirinya sebagai pimpinan, faktor kedua bersumber pada kelompok yang dipimpin dan faktor yang ketiga tergantung pada situasi.

5. *Management by Objective*

Teori ini diperkenalkan pertama kali pada awal tahun 1954 oleh Peter Drucker. MBO (*Management by Objective*) menekankan tujuan organisasi dan suatu perencanaan yang efektif. Sehingga ketika tujuan organisasi telah ditetapkan, manajer dan para anggotanya menentukan tugas dan tanggung jawab secara jelas dalam bentuk sasaran-sasaran yang dapat diukur, sebagai pedoman pelaksanaan oleh satuan-satuan organisasi. Berdasarkan hal tersebut, *management by objective* mengandung tiga prinsip pokok yang menjadi ciri utama penerapannya yaitu efisien dalam

pemanfaatan sumber daya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi, dan rasional dalam mengambil keputusan manajerial.

6. *Total Quality Management (TQM)*

Teori ini dikembangkan pertama kali di Jepang setelah perang dunia kedua berakhir oleh Edward Demming, Joseph Juran, Crosby, Ishikawa dan sebagainya. TQM lebih mengutamakan pada manajemen mutu dengan pengembangan dan menganalisis sebab akibat timbulnya masalah mutu produk.

7. Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem dalam manajemen dikembangkan sejak awal tahun 1960-an untuk memenuhi kebutuhan perubahan lingkungan manajemen. Pada pendekatan sistem, organisasi dipandang sebagai suatu kesatuan yang saling memiliki keterkaitan satu sama lain. Analisis sistem dalam manajemen kesehatan dilakukan dengan menganalisis masing-masing komponen sistem kesehatan yang berkaitan dengan komponen sistem pembangunan yang lain seperti pendidikan, pertanian, pertahanan-keamanan, kependudukan, sosial dan sebagainya dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi.

2 2.3 Fungsi Manajemen

Fungsi-fungsi manajemen merupakan serangkaian kegiatan yang dijalankan bertahap berdasarkan fungsi dan peranannya masing-masing. Seorang manajer atau pimpinan seyogyanya mampu melaksanakan fungsi manajemen supaya dapat dapat mencapai tujuan yang ditetapkan secara berdayaguna dan berhasil guna. Seorang manajer seyogyanya menjalankan fungsi perencanaan (*planning*), mampu mengorganisasikan (*organizing*), mampu menyusun dan mengatur staf (*staffing*), seharusnya memberikan pengarahan (*directing*) terkait tujuan organisasi atau pekerjaannya, pintar melakukan hubungan koordinasi (*coordinating*) dengan segala pihak yang berkaitan dengan pekerjaannya, juga melakukan pengamatan dan

penilaian (*evaluation*), serta pengendalian dan pengawasan (*controlling*) supaya pekerjaan terlaksana sesuai rencana dan jauh dari penyimpangan.

Banyak pengertian dikemukakan oleh para ahli terkait fungsi manajemen, namun masing-masing pengertian tersebut saling melengkapi dan bermanfaat dalam menambah wawasan bagi para manajer untuk menjalankan fungsi manajemen. Beberapa pendapat dari para ahli dibandingkan sebagai berikut:

Tabel 2.1 Perbedaan Pendapat tentang Fungsi Manajemen

G.R. Terry (POAC)	Henry Fayol (POCCC)	Luther Gulick (POSDCORB)	Koontz O'Donnell (POSDC)
<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>
<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>
<i>Actuating</i>	<i>Commanding</i>	<i>Staffing</i>	<i>Staffing</i>
<i>Controlling</i>	<i>Coordinating</i>	<i>Directing</i>	<i>Directing</i>
	<i>Controlling</i>	<i>Coordinating</i>	<i>Controlling</i>
		<i>Reporting</i>	
		<i>Budgeting</i>	

Fungsi-fungsi manajemen sebagaimana diterangkan oleh para ahli sangat baik bila dapat diterapkan dalam organisasi. Dalam buku ini, fungsi manajemen akan dijelaskan berdasarkan pendapat dari G.R Terry, Nickels, dan McHugh bahwa fungsi manajemen terdiri dari empat fungsi yakni:

1. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan adalah proses yang dimulai dengan penentuan tujuan, penentuan strategi dan taktik yang tepat untuk mewujudkan target dan tujuan organisasi selama suatu masa yang akan datang. Tanpa ada fungsi perencanaan, tidak akan ada kejelasan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh staf untuk mencapai tujuan organisasi. Kegiatan yang dilakukan pada fungsi perencanaan yaitu:

- a. Menetapkan tujuan dan target organisasi
- b. Merumuskan strategi untuk mencapai tujuan dan target
- c. Menentukan sumber daya yang diperlukan
- d. Menetapkan standar/indikator keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target tersebut.

2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian merupakan proses yang mencakup bagaimana strategi yang telah dirumuskan didesain dalam sebuah struktur yang tepat, menghimpun semua sumber daya yang dimiliki dan memanfaatkannya secara efisien, serta mengelompokkan dan menentukan berbagai kegiatan penting serta memberikan kekuasaan untuk melaksanakan kegiatan tersebut guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan yang dilakukan pada fungsi pengorganisasian yaitu:

- a. Mengalokasikan sumber daya, merumuskan dan menetapkan tugas, dan menetapkan prosedur yang diperlukan.
- b. Menetapkan struktur organisasi yang menunjukkan adanya garis kewenangan dan tanggung jawab.
- c. Kegiatan perekrutan, penyeleksian, pelatihan, dan pengembangan sumber daya manusia atau tenaga kerja.
- d. Kegiatan penempatan sumber daya manusia pada posisi yang tepat.

3. Pelaksanaan (*Actuating*)

Pelaksanaan merupakan tahapan pengimplementasian program yang telah direncanakan dan sumber daya yang telah disiapkan. Kejelasan komunikasi pengembangan motivasi dan penerapan kepemimpinan yang efektif akan sangat membantu pelaksanaan fungsi ini. Kegiatan yang dilaksanakan pada fungsi ini yaitu:

- a. Mengimplementasikan proses kepemimpinan, pembimbingan, dan pemberian motivasi kepada tenaga kerja agar dapat bekerja efektif dan efisien dalam mencapai tujuan
- b. Memberikan tugas dan penjelasan rutin mengenai pekerjaan
- c. Menjelaskan kebijakan yang diterapkan

- d. Memberikan pujian atau teguran kepada pegawai atas pekerjaan yang dilakukan

4. Pengawasan dan Pengendalian (Controlling)

Proses yang dilakukan secara terus menerus untuk memastikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasikan, dan diimplementasikan berjalan dengan baik serta mengadakan koreksi jika terjadi penyimpangan. Kegiatan yang dilakukan pada fungsi ini yaitu:

- a. Mengevaluasi keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target bisnis sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan.
- b. Mengambil langkah klarifikasi dan koreksi atas penyimpangan yang ditemukan.
- c. Melakukan berbagai alternatif solusi atas berbagai masalah yang terkait dengan pencapaian tujuan dan target.



Gambar 2.2 Kegiatan dalam Fungsi Manajemen

2.4 Manajer sebagai Pelaksana Manajemen

Kata manajemen sudah tidak asing lagi di telinga kita, begitu pula kata manajer. Manajer pada intinya adalah orang yang melakukan kegiatan manajemen atau individu yang bertanggung jawab secara langsung untuk memastikan kegiatan dalam sebuah organisasi dijalankan dengan baik. Tugas dari seorang manajer adalah memastikan bahwa keseluruhan tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi dapat terwujud melalui rangkaian kegiatan manajemen baik melalui kegiatan operasional maupun fungsional.

Untuk menjadi seorang manajer yang baik dan mampu mengimplementasikan kegiatan manajemen tersebut sesuai dengan fungsinya masing-masing maka diperlukan keahlian yang mumpuni (*managerial skill*). Keahlian-keahlian tersebut adalah:

1. Keahlian teknis (*technical skills*)
Yaitu keahlian yang diperlukan untuk melaksanakan pekerjaan yang khusus seperti menggunakan komputer, mengoperasikan mesin, melakukan pengobatan kepada pasien secara langsung dan sebagainya.
2. Keahlian berkomunikasi dan berinteraksi dengan masyarakat (*human relation skills*)
Yakni keahlian dalam beradaptasi, memahami, dan berinteraksi dengan seluruh anggota dalam organisasinya maupun dengan masyarakat luas. Contoh dari keahlian ini yaitu keahlian dalam negosiasi, memotivasi, meyakinkan bahkan merekrut orang.
3. Keahlian konseptual (*conceptual skills*)
Yakni keahlian dalam berfikir secara menyeluruh dan sistematis termasuk di dalamnya kegiatan menganalisis situasi, identifikasi masalah, bahkan keahlian dalam berfikir sistem dan mengevaluasi serta memilih solusi terbaik.
4. Keahlian dalam mengambil keputusan (*decision making skills*)
Yakni keahlian untuk mengidentifikasi masalah sekaligus menawarkan berbagai alternatif solusi atas permasalahan tersebut. Sebuah ciri

umum seorang manajer adalah ia seorang pembuat keputusan. Seorang manajer harus memutuskan tujuan-tujuan yang akan dikerjakan, memutuskan tindakan apa yang harus dilakukan, cara baru apa yang harus diperkenalkan, dan apa yang harus diperbuat untuk mempertahankan hasil yang memuaskan.

5. Keahlian dalam mengelola waktu (*time management skills*)

Yakni keahlian dalam memanfaatkan waktu secara efektif dan efisien sehingga berdayaguna.

Dalam menjalankan perannya sebagai pelaksana manajemen, manajer dibagi dalam berbagai tingkatan. Hal ini dikarenakan sangat jarang seseorang menguasai sekaligus seluruh keahlian manajemen tersebut, sehingga dengan adanya tingkatan manajer ini pembagian tugas dan peran dalam melaksanakan fungsi manajemen berjalan dengan baik. Berikut ini tingkatan manajemen atau hierarki manajemen:

1. Manajemen tingkat puncak atau *Top Management*. Untuk manajemen pada tingkat ini, keahlian yang dikuasai berupa keahlian konseptual, komunikasi, manajemen global, pengambilan keputusan, dan manajemen waktu. Manajemen tingkat ini mempunyai tanggung jawab penuh dalam suatu organisasi. Adapun contoh dari manajemen tingkat puncak yakni direktur, dekan, kepala dinas dan lain sebagainya.
2. Manajemen tingkat menengah atau *middle management*. Pada manajemen tingkat menengah, keahlian yang dimiliki yakni keahlian konseptual, komunikasi, pengambilan keputusan, manajemen waktu dan juga keahlian teknis. Manajemen pada tingkat ini bertanggung jawab pada keseluruhan kegiatan organisasi terkait dengan bagian operasional seperti personalia, keuangan, produksi dan lainnya. Contoh manajemen tingkat menengah yakni kepala divisi, kepala bidang, ataupun kepala cabang.
3. Manajemen supervisi atau tingkat pertama atau *supervisory or first line management*. Keahlian utama yang wajib dimiliki oleh manajemen tingkat ini yakni keahlian komunikasi, pengambilan keputusan, manajemen waktu dan teknis. Manajemen pada tingkat ini bertugas sebagai pembantu manajer operasional untuk mengawasi para tenaga

teknis atau pegawai agar pekerjaan berjalan lancar, dan rencana yang telah ditetapkan dapat tercapai. Manajemen tingkat ini biasanya terdiri dari seorang supervisi, ketua kelompok dan lain sebagainya.

4. Manajemen non supervisi atau *non-supervisory management*. Biasanya terdiri dari para tenaga kerja tingkat bawah pada umumnya seperti buruh, mandor pada pekerja bangunan, dan lain-lain. Manajemen pada tingkat ini bertugas menjalankan kegiatan yang telah ditetapkan oleh manajemen puncak, melalui manajemen tingkat tengah dan supervisor. Keahlian utama yang wajib dimiliki yakni keahlian teknis, komunikasi dan manajemen waktu.



Gambar 2.3 Tingkatan Manajemen

Berdasarkan gambar di atas, diketahui bahwa tingkatan manajemen digambarkan dalam sebuah segitiga. Manajemen tingkat puncak berada di atas, sedangkan manajemen non supervisi terletak di bawah. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen puncak atau *top management* dalam suatu organisasi jumlahnya sedikit akan tetapi merupakan penanggungjawab tertinggi dari keseluruhan kegiatan organisasi. Adapun manajemen non

supervisi jumlahnya sangat banyak dan cenderung sebagai pelaksana teknis dari sebuah organisasi.

2.5 Aplikasi Manajemen di Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2012 Tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan rumah sakit dalam bahasa Inggris disebut *hospital*. Kata *hospital* berasal dari kata dalam bahasa Latin *hospitalis* yang berarti tamu. Secara lebih luas kata itu bermakna menjamu para tamu. Berdasarkan sejarahnya, *hospital* atau rumah sakit adalah suatu lembaga yang bersifat kedermawanan (*charitable*), untuk merawat pengungsi atau memberikan pendidikan bagi orang-orang yang kurang beruntung atau miskin, berusia lanjut, cacat, atau para pemuda.

² Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat. Rumah sakit juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Jenis-jenis Rumah Sakit

Rumah sakit di Indonesia saat ini berkembang pesat, sehingga muncul berbagai macam rumah sakit, baik milik swasta maupun milik pemerintah. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Kesehatan, jenis rumah sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan menjadi:

1. Rumah sakit umum

Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit umum dibedakan lagi menjadi lima tipe, yaitu:

- a. RS Tipe A
Adalah rumah sakit yang menjadi pusat rujukan tertinggi (*Top Referral Hospital*) dari berbagai daerah. Rumah sakit tipe A ini menyediakan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis yang luas.
- b. RS Tipe B
Adalah rumah sakit yang berlokasi di Ibukota Provinsi sebuah daerah dan menjadi rujukan pasien dari rumah sakit Kabupaten. RS tipe B ini menyediakan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis terbatas.
- c. RS Tipe C
Adalah rumah sakit yang didirikan di Ibukota Kabupaten (*Regency Hospital*) dan menjadi rujukan bagi pasien puskesmas. RS tipe C ini mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas.
- d. RS Tipe D
Adalah rumah sakit yang bersifat transisi dengan kemampuan hanya memberikan pelayanan kedokteran umum dan gigi. Rumah sakit ini menampung rujukan yang berasal dari puskesmas.

2. Rumah sakit khusus.

Rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Rumah sakit publik
Rumah sakit publik merupakan rumah sakit yang dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.
2. Rumah sakit privat
Merupakan rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Sebagai salah satu subsistem pelayanan kesehatan masyarakat, terdapat dua jenis pelayanan bagi masyarakat yang diberikan oleh rumah sakit, yakni pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik dan pelayanan rawatan. Adapun pelayanan administrasi meliputi kegiatan administrasi pendaftaran, administrasi pembayaran, administrasi rujukan dan lain sebagainya.

Seiring dengan perkembangan zaman, pelayanan rumah sakit kini tidak hanya bersifat kuratif (penyembuhan), tetapi sudah mengalami peningkatan dengan melayani rehabilitatif (pemulihan). Pelayanan tersebut dilaksanakan secara terpadu melalui upaya promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif) yang baik. Dengan demikian, sasaran pelayanan kesehatan rumah sakit tidak hanya mencakup pasien yang sakit, tetapi juga telah berkembang kepada keluarga pasien dan masyarakat umum. Oleh karena itu, pelayanan yang diberikan rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna atau komprehensif dan holistik.

Untuk menjalankan pelayanan yang paripurna ini, diperlukan manajemen yang baik. Fungsi manajemen yang dapat dilaksanakan di rumah sakit meliputi:

1. Fungsi Perencanaan di Rumah Sakit

Perencanaan merupakan salah satu fungsi manajemen yang paling penting di rumah sakit. Dengan adanya perencanaan yang baik, manajemen RS sudah memecahkan masalah pelayanan yang dihadapi sebuah RS karena upaya pengembangan RS telah didasari oleh kebutuhan penggunaan jasa pelayanan kesehatan. Perencanaan yang biasa dilaksanakan di rumah sakit yakni perencanaan pengadaan obat dan logistik, perencanaan tenaga di RS, perencanaan kegiatan serta perencanaan penggunaan dana.

2. Fungsi Penggerakan dan Pelaksanaan di Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sebuah organisasi yang sangat kompleks, sehingga manajemennya hampir sama dengan manajemen sebuah hotel. Perbedaan

diantara keduanya hanya terletak pada pengunjungnya, pengunjung RS adalah orang sakit, sedangkan pengunjung hotel adalah orang sehat. Oleh karenanya, fungsi-fungsi manajemen yang dilaksanakan pun begitu kompleks. Kompleksitas fungsi *actuating* dipengaruhi oleh dua aspek:

- a. Sifat pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada konsumen penerima jasa pelayanan (*costumer services*).
- b. Pelaksanaan fungsi *actuating* cukup kompleks karena tenaga yang di RS terdiri dari berbagai profesi.

Sehubungan dengan kompleksitas sistem ketenagaan dan misi yang harus diemban oleh RS, penerapan fungsi *actuating* di RS akan sangat bergantung pada empat faktor, yaitu:

- a. Kepemimpinan direktur
- b. Koordinasi yang dikembangkan oleh masing-masing wakil direktur dengan kepala SMF dan kepala instalasinya.
- c. Komitmen dan profesional tenaga medis dan non medis di RS
- d. Pemahaman penggunaan jasa pelayanan RS (pasien dan keluarga) akan jenis pelayanan kesehatan yang tersedia di RS

Selain menjalankan fungsi manajemen dengan baik, poin penting dalam menjalankan rumah sakit yakni adanya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS). Sistem informasi manajemen adalah suatu sistem yang menggunakan komputer sebagai dasar untuk menghasilkan informasi yang diperlukan manajer. Informasi yang dihasilkan akan menggambarkan kegiatan yang telah dicapai pada waktu yang lalu, kegiatan apa yang tengah dikerjakan, dan kegiatan di masa datang. SIM merupakan suatu metode formal untuk menyediakan informasi bagi manajer secara akurat, tepat waktu, yang diperlukan untuk proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan fungsi-fungsi operasional yang efektif.

Untuk mewujudkan SIM RS yang baik, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. Adapun tahapan yang dimaksud yaitu:

1. Menentukan tujuan organisasi rumah sakit dan kaitannya terhadap sistem informasi yang diperlukan.

2. Menentukan berbagai bentuk informasi yang dibutuhkan untuk berbagai jenjang kepegawaian.
3. Menentukan keadaan sistem informasi yang kini berjalan.
4. Menentukan sistem informasi yang akan dipakai.
5. Mengembangkan sistem yang ada dan melihat hubungannya dengan perkembangan rumah sakit. Oleh karenanya diperlukan suatu sistem informasi yang dapat dipercaya, dapat meningkatkan informasi manajemen secara baik, tidak terlalu meningkatkan biaya dan cukup fleksibel terhadap bentuk pelayanan baru, serta peningkatan jumlah pelayanan berarti.

Peranan SIM di rumah sakit yang penting, mengingat pelayanan rumah sakit mengandalkan informasi secara intensif. Informasi memainkan peranan vital dalam pengambilan keputusan. Sistem informasi dapat digunakan sebagai sarana strategis untuk memberikan pelayanan yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan. SIM RS juga amat berperan dalam memadukan kepentingan pelanggan dalam derap bersama mencapai visi dan misi rumah sakit.

Rumah Sakit Pendidikan

Rumah sakit pendidikan memiliki kedudukan yang penting dalam sistem kesehatan nasional Indonesia. Rumah sakit pendidikan memiliki fungsi sebagai RS rujukan bagi rumah sakit dari Kabupaten maupun Provinsi. Di lain hal, rumah sakit pendidikan juga berperan dalam menghasilkan sumber daya manusia yang profesional di bidang kesehatan. RS pendidikan merupakan sarana untuk mengembangkan sikap, keterampilan, pendalaman spesialis serta tempat penelitian dan pengembangan ilmu kesehatan.

Rumah sakit pendidikan seyogyanya memenuhi beberapa kriteria sebagai rumah sakit pendidikan yaitu:

- a. Terakreditasi sebagai rumah sakit pendidikan.
- b. Memiliki manajemen yang baik dalam mengelola pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan.

- c. Menciptakan iklim yang kondusif dalam rangka menunjang proses belajar.
- d. Mempunyai berbagai bentuk pengalaman belajar yang diperlukan dan menunjang tujuan pendidikan dokter tercapai.
- e. Jumlah antara pasien dan staf tercukupi.

Dalam mengembangkan rumah sakit pendidikan, manajemen rumah sakit harus bekerja dengan prinsip *good corporate governance* atau rumah sakit dijalankan dengan prinsip transparansi, akuntabilitas, keadilan juga tanggung jawab. Di bidang pelayanan medis, rumah sakit pendidikan hendaknya mengembangkan prinsip *clinical governance* atau menjamin pelayanan kesehatan yang bermutu *the best care for every patients everywhere*. Mutu pelayanan ini harus terus dikembangkan mengingat rumah sakit pendidikan memiliki keunggulan berupa kemampuannya dalam menemukan nilai kesehatan berdasarkan bukti (*evidence based*) dan mutu pelayanan merupakan kunci suksesnya suatu organisasi, khususnya organisasi kesehatan. Keterpaduan antara pelaksanaan rumah sakit dengan prinsip *good corporate governance* dan *clinical governance* diharapkan menjadikan rumah sakit pendidikan sebagai rumah sakit yang ideal.

-oo0oo-

BAB 3

PERENCANAAN

3.1 Pendahuluan

Perencanaan merupakan fungsi terpenting dari berbagai fungsi manajemen. Hal ini dikarenakan fungsi lain akan berjalan apabila fungsi perencanaan telah dilaksanakan. Artinya fungsi perencanaan merupakan landasan dasar bagi fungsi manajemen secara keseluruhan. Di samping itu, fungsi manajemen yang lain akan berjalan lancar bila berpacu pada perencanaan yang telah disusun.

Perencanaan dalam organisasi adalah esensial, karena dalam kenyataannya perencanaan memegang peranan lebih dibandingkan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Fungsi-fungsi pengorganisasian, penggerakan dan pelaksanaan hingga fungsi pengawasan, pada dasarnya menjalankan rencana yang telah disusun selama proses perencanaan. Sebelum seorang pimpinan melakukan fungsinya dalam mengorganisasikan, menggerakan, melaksanakan dan mengawasi kegiatan organisasi, maka harus ditetapkan dulu rencana kegiatannya, waktu pelaksanaan, langkah pelaksanaan, pihak yang bertanggung jawab dan lain sebagainya.

Kebutuhan akan perencanaan ada di semua tingkatan organisasi dan akan meningkat pada tingkatan yang mempunyai dampak potensial terbesar terhadap sukses organisasi atau tingkatan manajemen atas.

Manajemen atas atau puncak menitikberatkan perhatiannya kepada perencanaan yang bersifat jangka panjang dan menyiapkan strategi yang tepat untuk mencapai tujuan organisasi. Adapun manajer bawah menyusun rencana bagi departemennya atau kelompok kerjanya berupa rencana jangka pendek.

Terlebih lagi bagi dunia kesehatan, luasnya pengertian sehat menyebabkan pelaksanaan berbagai upaya kesehatan sangat membutuhkan perencanaan yang matang. Perencanaan mampu membuat setiap orang yang ada di dalam organisasi itu mengetahui dan memahami tentang apa yang ingin dicapai dan bagaimana cara mencapainya. Adanya perencanaan yang baik akan membuat semua aktivitas yang dilakukan menjadi terarah dengan baik pula. Jika semua aktivitas yang dilakukan sudah dijalankan sebagaimana mestinya maka keberhasilan mencapai tujuan sudah ada di depan mata. Jadi sudah jelaslah bahwa keberhasilan sebuah organisasi membuat perencanaan yang baik merupakan suatu usaha untuk mencapai keberhasilan organisasi secara keseluruhan. Berdasarkan hal tersebut maka dapat dikatakan bahwa perencanaan mutlak harus ada dalam setiap organisasi.

3.2 Pengertian Perencanaan

Berbagai pengertian perencanaan yang telah didefinisikan oleh para ahli. Robbins dan Coulter (2002) mendefinisikan perencanaan sebagai sebuah proses yang dimulai dari penyusunan tujuan organisasi, menentukan strategi untuk mencapai tujuan, serta merumuskan sistem perencanaan yang menyeluruh untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan seluruh pekerjaan organisasi hingga tercapainya tujuan organisasi. Adapun Terry (1986) menyatakan bahwa dalam bidang manajemen, perencanaan adalah bagian vital dalam organisasi sebab penggerak bagi fungsi manajemen lainnya.

Perencanaan merupakan tahapan paling penting dari suatu fungsi manajemen, terutama dalam menghadapi lingkungan eksternal yang

berubah dinamis. Dalam era globalisasi ini, perencanaan harus lebih mengandalkan prosedur yang rasional dan sistematis dan bukan hanya pada intuisi dan firasat (dugaan). Secara garis besar, perencanaan yang baik adalah perencanaan yang:

1. Mempunyai tujuan yang jelas
2. Uraian kegiatan yang lengkap
3. Ditetapkan jangka waktu pelaksanaannya
4. Memberi arahan bagi organisasi pelaksana
5. Memberikan arahan faktor penghambat dan pendukung serta hal-hal yang perlu dilakukan
6. Tidak terlepas dari sistem yang ada dan diketahui kaitannya dengan elemen-elemen sistem lainnya
7. Memenuhi standar yang dipakai untuk menilai dan mekanisme kontrol
8. Luwes, fleksibel, dan dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang dihadapi.

Terkait perencanaan di bidang kesehatan, Suhadi (2015) menyatakan bahwa perencanaan kesehatan merupakan suatu proses yang dilaksanakan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan diawali oleh penetapan tujuan, analisis situasi masalah kesehatan di masyarakat, mempersiapkan sumber daya yang dibutuhkan, menyusun kegiatan yang dilakukan, menganggarkan biaya yang digunakan, menentukan waktu pelaksanaan, menentukan tempat kegiatan, menentukan sasaran, menetapkan target yang akan dicapai, dan menyusun indikator serta bentuk evaluasi yang akan dilakukan.

6

3.3 Perencanaan Strategis

Pada dasarnya, seperti sudah kita ketahui bahwa kata perencanaan erat kaitannya dengan istilah perencanaan strategis. Perencanaan strategis merupakan perpaduan antara kata perencanaan dan kata strategis. Istilah strategis pada umumnya biasa digunakan dikalangan militer dan sering digunakan sebagai kiat ataupun trik para pimpinan perang untuk

memenangkan pertempuran. Dalam perkembangannya, istilah strategis sering digunakan pada berbagai jenis organisasi. Pada dasarnya ide pokok dan prinsip dari kata strategis tetap dipertahankan, akan tetapi dalam pelaksanaannya disesuaikan dengan jenis organisasinya. Adanya strategi, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dapat dikelola dengan baik sehingga mampu menghadapi tantangan dan gangguan dari lingkungan luar.

Perencanaan strategis merupakan rencana jangka panjang yang bersifat menyeluruh, memberikan rumusan arah organisasi atau perusahaan, dan prosedur pengalokasian sumber daya untuk mencapai tujuan selama jangka waktu tertentu dalam berbagai kemungkinan keadaan lingkungan. Perencanaan strategis juga menguji bagaimana cara memilih sasaran hasil, tujuan organisasi dan rencana tindakan yang strategis untuk disebarkan dan dirubah jika keadaan berubah, serta bagaimana kemajuan program yang telah ditetapkan. Perkembangan strategi sangat penting untuk dilakukan agar perencanaan strategis yang belum cukup dapat disempurnakan untuk tahun berikutnya, sehingga peluang pasar dapat dimasuki oleh rumah sakit. Pengembangan strategi yang kurang akan mempengaruhi implementasi strategi rumah sakit karena program, prosedur dan anggaran yang dilakukan rumah sakit tidak sesuai dengan keadaan rumah sakit dan tidak sesuai dengan kebutuhan pasien/pelanggan.

Menurut Stoner J.A., R.E Freeman dan D.R Gilbert Jr (1995), perencanaan dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu rencana strategis dan perencanaan operasional. Perencanaan strategis dibuat oleh manajer level atas dan mendefinisikan tujuan umum dari organisasi. Sedangkan rencana operasional merupakan detail dari implementasi rencana strategis yang merupakan deskripsi mengenai aktivitas sehari-hari. Rencana strategis adalah rencana yang berlaku bagi organisasi secara keseluruhan, menjadi sasaran umum organisasi tersebut dan berusaha menempatkan organisasi tersebut ke dalam lingkungannya. Rencana yang memerinci detail cara mencapai sasaran menyeluruh itu disebut rencana operasional. Rencana strategis cenderung mencakup kerangka waktu yang lebih

panjang. Rencana strategis juga mencakup perumusan sasaran, sedangkan rencana operasional mendefinisikan berbagai cara untuk mencapai sasaran itu. Dan juga, rencana operasional cenderung mencakup periode waktu yang pendek.

Secara umum terdapat tiga perbedaan antara rencana strategis dan rencana operasional, yaitu:

1. **Jangka waktu**
Rencana strategis merupakan rencana ke depan dalam beberapa tahun atau dekade, sedangkan rencana operasional merupakan rencana yang bersifat tahunan pada tahun yang relevan. Jadi rencana strategis bersifat jangka menengah dan panjang, sedangkan rencana operasional merupakan rencana jangka pendek.
2. **Cakupan/ruang lingkup**
Rencana strategis melingkupi aktivitas organisasi dalam lingkup yang luas, sedangkan rencana operasional lebih sempit lingkungannya. Rencana strategis untuk merealisasikan tujuan strategis, sedangkan rencana operasional untuk merealisasikan tujuan operasional. Tujuan operasional merupakan turunan dan rincian dari *strategic goals*.
3. **Degree of detail atau tingkat rincian**
Sering kali rencana strategis bersifat umum dan sederhana, tetapi bersifat mengarahkan semua anggota organisasi. Sedangkan, rencana operasional merupakan turunan dari rencana strategis sehingga bersifat lebih detail.

3.4 Alasan Pentingnya Perencanaan

Alasan penting perlunya perencanaan yaitu dapat meminimalkan risiko kegagalan dalam organisasi dan ketidakpastian tindakan dengan mengasumsikan kondisi di masa mendatang dan menganalisis konsekuensi dari setiap tindakan yang akan dilaksanakan. Perencanaan yang disusun dapat membantu manajer berpandangan masa mendatang dan menekankan setiap tindakan sesuai tujuan organisasi. Dengan demikian, perencanaan berisi tahap-tahap yang diperlukan untuk

mencapai tujuan organisasi. Manajer harus bisa menyeimbangkan perencanaan dan fungsi lainnya agar tujuan organisasi dapat tercapai dengan efektif. Ada empat alasan untuk melakukan perencanaan yaitu memberi arah, mengurangi dampak perubahan, meminimalkan pemborosan dan kegiatan rangkap, dan menjadi standar yang digunakan dalam pengendalian.

Perencanaan menghasilkan usaha yang terkoordinasi. Perencanaan memberi arah kepada para manajer dan juga non manajer. Ketika para karyawan mengetahui kemana arah organisasi atau unit pekerjaan tertentu dan apa yang harus mereka sumbangkan untuk mencapai sasaran tersebut, mereka dapat mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan mereka, bekerja sama satu sama lain, dan melakukan berbagai hal untuk mencapai sasaran itu. Tanpa adanya perencanaan, organisasi berjalan bagai anak ayam yang kehilangan induknya, berbagai departemen dan individu dalam organisasi tidak memiliki arahan, tujuan yang dicapai akan saling bertentangan, kepentingan pribadi akan meningkat dan menyebabkan terjadinya penyimpangan sehingga menghambat pencapaian tujuan organisasi.

6 Adanya perencanaan dapat menurunkan ketidakpastian dengan mendorong para manajer untuk melihat ke depan, mengantisipasi perubahan, mempertimbangkan dampak perubahan, dan menyusun tanggapan yang tepat. Perencanaan juga memperjelas akibat dari berbagai tindakan yang mungkin dilakukan oleh para manajer dalam rangka menanggapi perubahan. Walaupun perencanaan tidak dapat menghapuskan perubahan, para manajer merencana supaya dapat mengantisipasi perubahan dan membuat tanggapan yang paling efektif terhadap perubahan itu.

Selain itu, perencanaan mengurangi kegiatan-kegiatan yang tumpang tindih dan sia-sia. Jika berbagai kegiatan kerja dikoordinasikan ke seputar rencana yang mapan, pemborosan waktu dan sumber daya serta berbagai kegiatan rangkap dapat diminimalkan. Selain itu, apabila sarana dan hasil diperjelas melalui perencanaan, ketidakefisienan menjadi jelas dan dapat dikoreksi atau dihilangkan. Akhirnya, perencanaan digunakan sebagai sasaran atau standar untuk mengendalikan. Apabila kita tidak pasti

memahami apa yang ingin kita capai, bagaimana kita bisa menentukan apakah kita sungguh-sungguh sudah mencapainya atau belum. Dalam perencanaan, kita menyusun sasaran dan rencana itu. Kemudian, melalui fungsi pengendalian, kita membandingkan kinerja aktual terhadap sasaran tersebut, mengidentifikasi setiap penyimpangan yang besar, dan mengambil berbagai tindakan koreksi yang perlu. Tanpa perencanaan, tidak akan ada cara untuk mengendalikan.

3.5 Manfaat Perencanaan

Perencanaan merupakan hal yang pokok dan juga sangat mendasar bagi organisasi. Keberadaannya membuat segala sesuatu di dalam organisasi tersebut menjadi jelas dan terarah. Sehubungan dengan pentingnya memiliki perencanaan organisasi yang baik, maka perencanaan tersebut mempunyai manfaat yang besar pula. Terdapat empat manfaat dari melakukannya perencanaan, yakni:

1. Meningkatkan fokus dan fleksibilitas

Adanya perencanaan yang baik, organisasi mampu beradaptasi dengan perubahan di masa yang akan datang, sehingga organisasi tersebut bersifat fleksibel dan tidak kaku. Demikian halnya perencanaan yang baik dapat memperbaiki kinerja organisasi. Hal ini disebabkan karena:

- a. Perencanaan berfokus pada hasil (*result oriented*).
- b. Perencanaan menekankan adanya prioritas.
- c. Perencanaan berorientasi pada alokasi sumber daya untuk mengoptimalkan kekuatan organisasi.
- d. Perencanaan mengakomodasi perubahan (*change oriented*), yaitu mengantisipasi adanya masalah dan peluang.

2. Meningkatkan koordinasi

Adanya perencanaan yang baik, tujuan yang telah ditetapkan akan diraih dengan cara yang lebih terkoordinasi. Tidak adanya koordinasi yang baik akan menimbulkan konflik kepentingan, pemborosan sumber daya,

ketidakberhasilan mencapai tujuan sebab bagian-bagian dari organisasi bekerja sendiri-sendiri. Dengan adanya koordinasi yang kuat, berbagai sasaran dalam organisasi akan saling terkait dan saling mendukung.

3. Meningkatkan pengendalian atau kontrol

Perencanaan berfungsi sebagai penetapan standar kualitas yang harus dicapai oleh suatu organisasi. Selain itu dalam perencanaan telah dilakukan penetapan sasaran dan strategi untuk mencapai tujuan yang ada. Semakin optimal penetapan sasaran dan standar kualitas, maka akan semakin mudah proses pengendalian dan pengawasan dilakukan. Oleh karena itu, penetapan standar dan sasaran perlu dilakukan dengan spesifik, jelas, realistis dan terdapat batasan waktu.

4. Meningkatkan kualitas manajemen waktu

Perencanaan dapat memperbaiki manajemen waktu. Seringkali para pimpinan kesulitan dalam mengelola waktu untuk berbagai kepentingan. Dengan adanya perencanaan waktu yang baik, maka pengelolaan waktu dapat dilakukan secara optimal dengan memberikan prioritas pada kepentingan yang bersifat strategis dan harus didahulukan.

3.6 Proses Perencanaan

Sebelum menyusun sebuah perencanaan yang matang dan siap dipakai oleh organisasi, perlu dilakukan kegiatan pendahuluan, misalnya analisis situasi, identifikasi masalah, menentukan tujuan, mengkaji kelemahan dan kelebihan, hingga menyusun rencana. Kegiatan tersebut dinamakan proses perencanaan yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Analisis Situasi

Analisis situasi merupakan langkah pertama dalam menyusun perencanaan dengan tujuan identifikasi masalah. Langkah ini dilakukan dengan menganalisis data laporan yang dimiliki oleh organisasi (data primer) atau mengkaji laporan dari lembaga lain (data sekunder). Setelah

dianalisis data tersebut diobservasi, bahkan bila perlu dilakukan wawancara kepada pihak-pihak terkait untuk mendapatkan informasi yang banyak dan valid. Hasil akhir dari proses analisis situasi ini adalah mengumpulkan berbagai jenis data atau fakta yang berkaitan dengan masalah kesehatan masyarakat yang dijadikan dasar penyusunan perencanaan. Data yang diperlukan untuk menyusun perencanaan kesehatan antara lain:

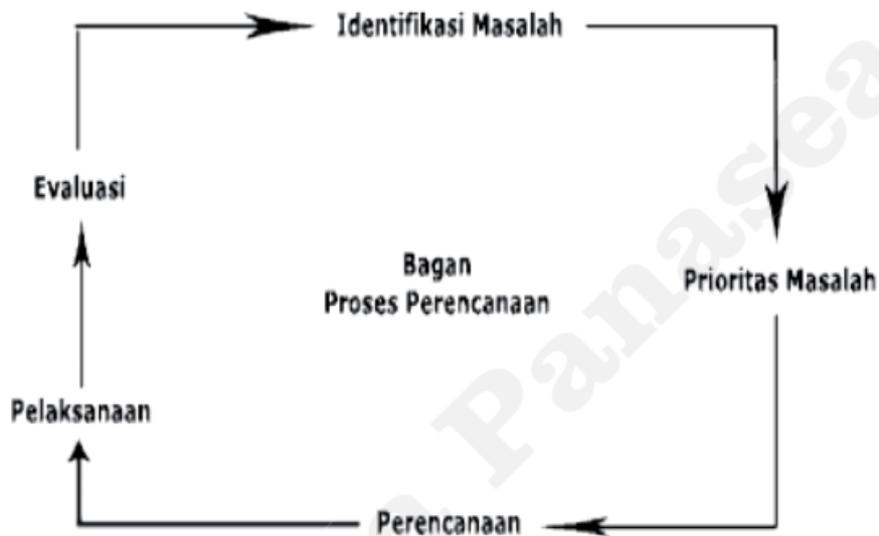
- a. Data tentang penyakit dan kejadian sakit
- b. Data kependudukan, keadaan lingkungan dan geografi
- c. Data potensi organisasi kesehatan
- d. Data sarana dan prasarana

2. Mengidentifikasi Masalah dan Prioritasnya

Melalui analisis situasi akan dihasilkan berbagai macam data. Dari data inilah kemudian dapat ditemukan masalah. Masalah adalah suatu kesenjangan yang dapat diamati antara situasi/kondisi yang terjadi dengan situasi/kondisi yang diharapkan atau kesenjangan yang dapat diukur antara hasil yang mampu dicapai dengan tujuan/target yang diharapkan. Hasil analisis situasi ini dapat menemukan banyak masalah kesehatan, namun karena adanya keterbatasan sumber daya baik sumber daya manusia, waktu, tenaga, peralatan bahkan biaya maka tidak semua masalah tersebut akan diselesaikan, akan tetapi dipilih masalah yang paling prioritas. Dalam menentukan prioritas masalah, terdapat beberapa kriteria penetapan prioritas masalah kesehatan yaitu:

- a. Apakah masalah tersebut menimpa sebagian besar penduduk?
- b. Apakah masalah tersebut potensial sebagai penyebab tingginya kematian bayi?
- c. Apa masalah itu mempengaruhi kesehatan dan kematian anak balita?
- d. Apakah masalah kesehatan tersebut mengganggu kesehatan dan mengakibatkan kematian ibu hamil?

- e. Apakah masalah kesehatan tersebut bersifat kronis dan dapat mengganggu produktivitas kerja kelompok masyarakat tertentu di suatu wilayah?
- f. Apakah masalah tersebut menyebabkan kepanikan masyarakat secara luas?



Gambar 3.1 Siklus atau Proses Perencanaan

3. Menentukan Tujuan Program

Setelah prioritas masalah kesehatan telah ditetapkan, maka selanjutnya penetapan tujuan program. Semakin jelas rumusan masalah yang telah dibuat maka semakin mudah dalam menentukan tujuan program. Perumusan sebuah tujuan operasional program kesehatan harus bersifat SMART: *specific*: jelas sasarannya dan mudah dipahami, *measurable*: dapat diukur kemajuannya, *appropriate*: sesuai dengan strategi nasional, tujuan program dan visi misi organisasi, *realistic*: dapat dilaksanakan sesuai dengan kapasitas organisasi yang tersedia, *time bound*: dapat mencapai target waktu yang ditetapkan.

4. Mengkaji Hambatan dan Kelemahan Program

Langkah selanjutnya yakni melakukan kajian ulang terhadap hambatan dan kelemahan program sejenis yang pernah dilakukan. Tujuannya yaitu untuk mencegah terjadinya hambatan yang serupa dengan program yang akan dilaksanakan. Selain mengkaji hambatan yang pernah terjadi sebelumnya, perlu dilakukan prediksi terhadap kendala dan hambatan yang mungkin akan terjadi. Adapun jenis hambatan atau kendala yang mungkin terjadi dikategorikan sebagai hambatan yang bersumber pada kemampuan organisasi, misalnya motivasi kerja staf rendah, keterampilan staf kurang, serta hambatan yang terjadi pada lingkungan seperti jalan rusak, musim hujan, dan tingkat pendidikan sasaran yang rendah. Setelah semua hambatan dianalisis, kemudian dilakukan langkah sebagai berikut:

- a. Susun semua daftar hambatan.
- b. Pilih hambatan dan kendala yang dapat dihilangkan, mana hambatan yang dapat dimodifikasi atau dikurangi dan mana yang sama sekali tidak dapat dihilangkan
- c. Penyusunan strategi atau alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan dengan mempertimbangkan hambatan dan kendala yang mungkin akan dihadapi di lapangan. Dengan demikian, diharapkan hasil yang lebih optimal, efektif, efisien dan rasional.

5. Menyusun Rencana Kerja Operasional (RKO)

Proses perencanaan yang terakhir adalah menetapkan rencana kerja operasional (RKO). Sebuah RKO yang baik harus dilengkapi dengan informasi-informasi sebagai berikut:

- a. Alasan utama disusunnya RKO (Mengapa program ini penting dilaksanakan atau *why*)
- b. Apa yang ingin dicapai (*what*)
- c. Bagaimana cara mengerjakannya (*how*)
- d. Siapa yang akan mengerjakannya dan siapa sasaran kegiatannya (*who*)
- e. Sumber daya pendukung (*what support*)
- f. Dimana kegiatan akan dilaksanakan (*where*)
- g. Kapan kegiatan ini akan dilaksanakan (*when*)

3.7 Jenis Perencanaan

Perencanaan terdiri dari berbagai jenis. Agar mampu memahami perencanaan dengan baik, maka perencanaan dibedakan menjadi enam, yaitu:

1. Berdasarkan jangka waktu berlakunya

- a. Perencanaan jangka panjang
Perencanaan jangka panjang (*long range planning*) adalah rencana yang berlaku antara 12 sampai 20 tahun.
- b. Perencanaan jangka menengah
Perencanaan jangka menengah (*medium range planning*) adalah rencana yang masa berlakunya antara 5 sampai 7 tahun.
- c. Perencanaan jangka pendek
Disebut perencanaan jangka pendek (*short range planning*), jika masa berlakunya rencana hanya dalam jangka waktu 1 tahun saja.

2. Berdasarkan frekuensi penggunaan

Bila dilihat dari frekuensi penggunaan rencana yang dihasilkan, perencanaan dapat dibedakan menjadi dua macam yakni:

- a. Perencanaan sekali pakai
Perencanaan sekali pakai (*single use planning*), rencana yang hanya digunakan guna mencapai suatu tujuan tertentu dan tidak digunakan kembali bila tujuan tersebut telah tercapai. Contohnya **Program**: rangkaian kegiatan yang relatif luas, terdiri dari cara untuk mencapai tujuan, anggota yang bertanggung jawab dan urutan waktu langkahnya. **Proyek**: rencana yang mengidentifikasi aktivitas untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan target kerja dan sumber daya yang sudah ditentukan. **Anggaran**: perencanaan sumber daya keuangan untuk proyek atau aktivitas tertentu.
- b. Digunakan berkali-kali
Perencanaan jenis ini dipakai lebih dari satu kali untuk menangani situasi yang dapat diperkirakan dan terjadi berulang-ulang. Contohnya **Kebijakan**: pedoman umum dalam pembuatan keputusan. **Prosedur**:

pedoman yang lebih terperinci dalam menjalankan suatu kebijakan. **Peraturan:** ketentuan tentang harus/tidak boleh dilakukannya suatu kegiatan dalam situasi tertentu.

3. Berdasarkan tingkatan rencana

Jika ditinjau dari tingkat (hierarki) rencana, perencanaan dapat dibedakan menjadi tiga macam, yaitu:

a. Perencanaan inti

Perencanaan inti (*master planning*) merupakan jenis perencanaan yang menitikberatkan pada aspek kebijakan, memiliki ruang lingkup kebijakan yang luas, mencakup semua aspek dan masa berlaku perencanaan ini cukup panjang.

b. Perencanaan operasional

Disebut sebagai perencanaan operasional (*operational planning*) apabila rencana yang dihasilkan lebih menitikberatkan pada aspek pedoman pelaksanaan yang akan dipakai sebagai petunjuk pada waktu melaksanakan kegiatan.

c. Perencanaan harian

Disebut sebagai perencanaan harian (*day to day planning*) apabila rencana yang dihasilkan telah disusun secara rinci. Rencana harian ini biasanya disusun untuk program yang telah bersifat rutin.

4. Berdasarkan filosofi perencanaan

Jika ditinjau dari filosofi yang dianut pada waktu melaksanakan rencana, maka perencanaan dapat dibedakan menjadi tiga macam yaitu:

a. Perencanaan memuaskan

Perencanaan memuaskan (*satisfying planning*), adalah perencanaan yang filosofi penyusunannya dengan tujuan mencapai kepuasan semua pihak yang tergabung bukan hanya mengutamakan keuntungan atau kepentingan pihak dan golongan tertentu.

b. Perencanaan optimal

Perencanaan optimal (*optimizing planning*), adalah perencanaan yang filosofi penyusunannya memprioritaskan pencapaian tujuan

organisasi. Pada perencanaan optimal ini, ketercukupan sumber daya yang diperlukan sangat diperhitungkan dan menjadi hal yang sangat diutamakan guna meningkatkan produksi yang maksimal.

c. Perencanaan adaptasi

Perencanaan adaptasi (*adaptivizer planning*), adalah perencanaan yang filosofi penyusunannya cenderung menyesuaikan diri dengan kondisi lingkungan internal dan eksternal yang sedang dihadapi.

5. Berdasarkan orientasi waktu

Jika ditinjau dari orientasi waktu pada waktu melakukan perencanaan, maka perencanaan dibedakan menjadi dua macam, yaitu:

a. Perencanaan berorientasi masa lalu-kini

Perencanaan berorientasi masa lalu-kini (*past present planning*) yaitu perencanaan yang disusun berdasarkan pengalaman di masa lalu. Baik uraian kegiatan, tujuan ataupun sasarannya tidak banyak mengalami perubahan dari tahun sebelumnya. Perencanaan yang berorientasi masa lalu-kini pada umumnya digunakan untuk mengatasi masalah yang bersifat darurat, sehingga waktu yang dimiliki sangat singkat untuk menyusun rencana. Oleh karenanya rencana disusun berdasarkan pengalaman dalam mengatasi hal serupa di tahun-tahun sebelumnya. Misalnya rencana yang disusun dalam rangka mengatasi wabah flu burung yang kembali merajalela.

b. Perencanaan yang berorientasi masa depan (*future oriented planning*)

Perencanaan jenis ini disusun dengan memperhitungkan kejadian yang mungkin terjadi di waktu yang akan datang. Oleh karenanya sebelum menyusun rencana jenis ini, terlebih dahulu dilakukan peramalan dan analisis situasi yang matang.

6. Berdasarkan ruang lingkup

Jika ditinjau dari ruang lingkup rencana yang dihasilkan, maka perencanaan dibedakan menjadi empat yaitu:

- a. Perencanaan strategis
Perencanaan strategis (*strategic planning*) adalah rencana yang cenderung sulit diubah. Rencana ini berisi uraian lengkap kebijakan yang akan diterapkan, tujuan yang ingin dicapai dalam jangka panjang serta berisi penjelasan rangkaian dan tahapan kegiatan yang akan dilaksanakan.
- b. Perencanaan taktis
Perencanaan taktis (*tactical planning*) adalah rencana yang mengandung uraian kebijakan, tujuan dan kegiatan jangka pendek yang ingin dicapai saja. Perbedaan rencana taktik dibandingkan dengan rencana strategis yaitu memiliki kemudahan dalam beradaptasi dengan perkembangan situasi dan kondisi.
- c. Perencanaan menyeluruh
Perencanaan menyeluruh (*comprehensive planning*) adalah rencana yang menjelaskan uraian secara lengkap dan global kegiatan yang akan dilakukan.
- d. Perencanaan terpadu
Perencanaan terpadu (*integrated planning*) adalah rencana yang mengandung keterpaduan antara kegiatan yang disusun dengan kegiatan yang sedang berlangsung atau telah selesai dilakukan.

Pustaka Panasea

BAB 4

PENGORGANISASIAN

4.1 Pendahuluan

Pada bab-bab sebelumnya telah dijelaskan mengenai fungsi perencanaan yang menjelaskan mengenai proses pembentukan tujuan dan sumber daya organisasi baik fisik maupun non fisik diarahkan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut. Fungsi selanjutnya yang harus dilakukan adalah pengorganisasian. Fungsi ini terkait dengan kegiatan mengalokasikan keseluruhan sumber daya organisasi sesuai dengan rencana yang telah dibuat berdasarkan suatu kerangka kerja organisasi (*organizational design*).

Pengorganisasian (*organizing*) merupakan rangkaian kegiatan dalam fungsi manajemen yang meliputi kegiatan menghimpun seluruh sumber daya ataupun potensi organisasi, lalu dikelola seefisien mungkin guna mencapai tujuan organisasi. Pendapat lain menyatakan bahwa pengorganisasian adalah proses kegiatan penyusunan struktur organisasi sesuai dengan tujuan-tujuan, sumber-sumber, dan lingkungannya. Batasan pengorganisasian (*organizing*) yakni sebagai alat yang digunakan untuk memadukan setiap kegiatan meliputi aspek sumber daya manusia, keuangan, material serta tata cara dan kelola. Adapun organisasi merupakan wadah yang dihasilkan dari pengorganisasian. Terdapat enam aspek penting dalam fungsi pengorganisasian, yaitu:

- a. Tujuan organisasi dipahami oleh seluruh anggota organisasi
- b. Terdapat pembagian kerja
- c. Penggolongan kegiatan pokok ke dalam satuan kegiatan praktis
- d. Adanya penetapan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh seluruh anggota organisasi beserta fasilitas pendukung yang diperlukan
- e. Penugasan kepada anggota yang memiliki kemampuan dan kecakapan
- f. Adanya pendelegasian wewenang

Pelaksanaan fungsi pengorganisasian dalam suatu organisasi sangat penting dilakukan, mengingat beberapa keuntungan yang dapat dinikmati organisasi ketika melaksanakan fungsi ini dengan baik. Berikut beberapa keuntungan penerapan fungsi pengorganisasian dalam suatu organisasi, yaitu:

- a. Adanya pembagian tugas yang jelas antara individu dan kelompok
- b. Adanya hubungan yang harmonis antar anggota organisasi melalui kegiatan yang dilakukan
- c. Adanya pendelegasian wewenang kepada pegawai yang memiliki kecakapan dan kemampuan yang memadai
- d. Adanya pengaturan staf dan fasilitas fisik dengan baik

Keuntungan-keuntungan yang telah disebutkan diatas tidak sertamerta didapat oleh organisasi. Para pemimpin perlu memahami prinsip pokok suatu organisasi sehingga dapat melakukan pengorganisasian dengan baik. Adapun prinsip-prinsip pokok organisasi tersebut adalah:

- a. Adanya pendukung
Pendukung ialah orang perorangan yang sepakat membentuk persekutuan. Semakin besar jumlah pendukung, semakin kuat pula organisasi tersebut.
- b. Adanya tujuan
Penting bagi suatu organisasi menetapkan tujuannya, baik tujuan yang bersifat umum maupun yang bersifat khusus. Semakin tinggi kesesuaian antara tujuan organisasi dengan tujuan para pendukung organisasi maka semakin kuat ikatan organisasi tersebut. Hal yang

paling penting bagi organisasi agar organisasi tersebut semakin kuat yaitu tujuan organisasi dipahami dan dihayati oleh seluruh pendukung.

c. Adanya kegiatan

Kegiatan organisasi merupakan bentuk dari kejelasan dan arah organisasi. Semakin aktif organisasi melaksanakan suatu kegiatan, maka organisasi tersebut semakin baik. Setiap kegiatan yang dilakukan hendaknya dipahami oleh seluruh anggota organisasi guna mendukung organisasi semakin berkembang.

d. Adanya pembagian tugas

Pengaturan dan pembagian tugas dimaksudkan untuk agar kegiatan yang telah disusun dapat terlaksana dengan baik. Pembagian tugas harus dilakukan secara adil sesuai dengan kemampuan masing-masing anggota, sehingga tidak ada anggota yang merasa dieksploitasi maupun diuntungkan.

e. Adanya perangkat organisasi

Perangkat organisasi dimaksudkan untuk memperjelas pembagian tugas yang telah dilakukan. Adanya perangkat organisasi, tidak akan terjadi tumpah tindih pembagian tugas. Adanya perangkat organisasi juga merupakan mekanisme pembagian tanggung jawab dan wewenang kepada setiap anggota organisasi.

f. Adanya pembagian dan pendelegasian wewenang

Wewenang yang akan ditetapkan harus sesuai dengan tanggung jawab yang dimiliki. Adanya wewenang yang lebih besar dibandingkan dengan tanggung jawab yang dimiliki maka ruang bagi penyalahgunaan wewenang akan terbuka. Hal yang perlu dipertimbangkan dalam menetapkan wewenang adalah memahami keterbatasan kemampuan dan potensi yang dimiliki oleh orang-orang dalam organisasi.

g. Adanya kesinambungan kegiatan, kesatuan perintah dan arah

Kegiatan yang akan dilakukan oleh organisasi hendaknya bersifat kontinu, fleksibel dan sederhana. Hal ini dimaksudkan agar pencapaian tujuan organisasi dapat segera terlaksana. Selain adanya

kegiatan yang terus berjalan, perlu diperhatikan juga adanya kesatuan perintah (*unity of command*) serta kesatuan arah (*unity of direction*).

4.2 Manfaat Pengorganisasian

Dengan melakukan pengorganisasian yang baik dan benar, suatu organisasi dapat memetik manfaat yang banyak, diantaranya yaitu:

1. Pelaksanaan pengorganisasian secara efektif menghasilkan struktur organisasi yang dapat memberikan informasi mengenai kegiatan yang harus dilakukan oleh tiap anggota, sehingga dapat fokus melaksanakan tugas tersebut.
2. Tercipta hubungan yang harmonis dan saling mendukung antara kegiatan yang telah ditetapkan dengan SDM yang melakukan kegiatan tersebut.
3. Kegiatan pendelegasian wewenang dapat dilakukan dengan tepat, jelas, terarah dan terukur. Sehingga tidak menimbulkan kesimpangsiuran antara pemberi wewenang dan pelaksana wewenang.
4. Adanya pengalokasian yang efektif dan efisien kepada seluruh sumber daya manusia organisasi dan seluruh sarana prasarana. Sehingga tidak ada tumpah tindih pekerjaan, beban kerja yang tidak adil antar , atau penggunaan fasilitas fisik yang tidak sesuai dan pemborosan organisasi dapat dicegah.

4.3 Empat Pilar Pengorganisasian

1. Pembagian Kerja (*Division of Work*)

Seluruh kegiatan dan pekerjaan yang telah disusun di tahap perencanaan, selanjutnya disederhanakan. Proses penyederhanaan ini merupakan kegiatan membagi tugas dan pekerjaan kepada seluruh anggota organisasi secara spesifik dan sederhana. Fokus utama dalam pembagian kerja adalah pembagian pekerjaan, bukan berfokus kepada pembagian personalia. Misalnya di sebuah restoran, kegiatan pembagian kerja berupa pembagian pekerjaan untuk dapur, kasir, *cleaning service*, keamanan dan lain sebagainya.

2. Pengelompokan Kerja (*Departmentalization*)

Setelah melakukan pembagian kerja, selanjutnya dilakukan pengelompokan dan penamaan pekerjaan berdasarkan kesamaan tempat kerja, waktu, uraian dan hal lainnya yang sejenis. Proses ini dinamakan sebagai proses departementalisasi. Misalnya dalam suatu rumah sakit, bagian yang menerima pendaftaran pasien berobat, mendata pasien, mengarsipkan data pasien, juga melakukan pencarian data pasien merupakan bagian atau departemen rekam medis. Penentuan relasi antar bagian dalam organisasi (*Hierarchy*).

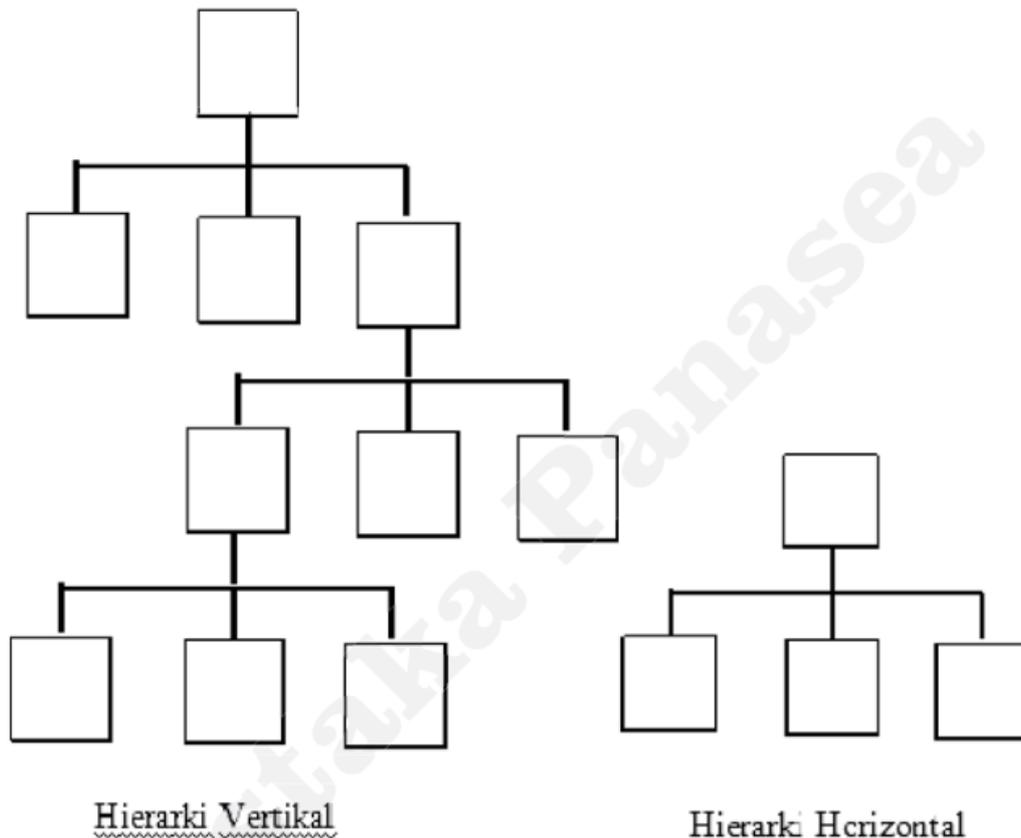
3. Penentuan Relasi antar bagian dalam Organisasi (*hierarchy*)

Proses ini dikenal sebagai penyusunan relasi antar bagian pada suatu organisasi. Proses ini meliputi penentuan berapa banyak pekerjaan yang dikelompokkan menjadi satu, pembagian atasan atau pimpinan yang bertanggung jawab terhadap satu departemen, dan menentukan jumlah orang untuk masing-masing departemennya. Dalam penentuan hierarki atau relasi antar bagian perlu memperhatikan *Span of control* dan *chain of command*. *span of control* adalah berapa banyak orang atau bagian yang terdapat dalam suatu departemen atau bagian. Misalnya, untuk bagian penerimaan pasien memerlukan dua orang pegawai, untuk bagian pengarsipan data pasien memerlukan dua orang dan sebagainya. Adapun *chain of command* adalah merupakan garis perintah dalam sebuah organisasi dari yang paling tinggi hingga jenjang yang paling rendah. Ada dua jenis hierarki dalam suatu organisasi, yaitu hierarki horizontal (*flat hierarchy*) dan hierarki vertikal (*tall hierarchy*). Hierarki horizontal merupakan bentuk hierarki yang melebar ke samping dan mengurangi jumlah sub bagian atau departemen. Adapun hierarki vertikal merupakan kebalikan dari hierarki horizontal, yakni bentuk hierarki yang lebih ramping dengan memperbanyak sub bagian atau departemen.

4. Koordinasi (*Coordination*)

Koordinasi merupakan pilar terakhir dalam pengorganisasian. Koordinasi merupakan bagian terakhir dan merupakan bagian yang penting, karena koordinasi merupakan proses mengintegrasikan seluruh pekerjaan yang telah disusun dari sebuah departemen atau

bagian guna tujuan organisasi dapat dicapai dengan efektif dan efisien sesuai rencana yang telah ditetapkan. Tidak adanya koordinasi dalam suatu organisasi menyebabkan organisasi menjadi tidak terarah dan dapat menimbulkan konflik internal.



Gambar 4.1 Hierarki Verikal dan Horizontal

4.4 Langkah Pengorganisasian

Pengorganisasian yang efektif dan efisien sangat diperlukan oleh organisasi, hal ini dikarenakan pengorganisasian yang dilakukan dengan tidak tepat dapat menyebabkan pemborosan bagi organisasi, membuat keharmonisan organisasi dapat terganggu bahkan dapat menyebabkan konflik internal bagi suatu organisasi. Oleh karena itu, ada enam langkah

yang diperlukan dalam menyusun pengorganisasian yang baik, efektif serta efisien. Adapun langkah-langkah tersebut yaitu:

1. Mengetahui tujuan

Langkah pertama yang harus dilakukan sebelum melakukan pengorganisasian yaitu memahami tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi. Tujuan organisasi hendaknya diuraikan sehingga mudah dipahami dan menjadi tolok ukur untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Dengan memahami tujuan organisasi, dapat ditentukan strategi yang tepat dalam menyusun jumlah anggota untuk setiap kegiatannya sehingga kegiatan yang akan dilaksanakan dapat berjalan lancar dan tidak terhambat.

2. Membagi habis pekerjaan dalam kegiatan-kegiatan bagian

Langkah kedua yaitu membagi habis pekerjaan dalam kegiatan praktis. Untuk dapat melakukan langkah yang kedua ini maka pimpinan perlu menyusun terlebih dahulu kegiatan pokok yang akan dilaksanakan. Dengan adanya daftar kegiatan ini, maka pimpinan dapat membagi habis pekerjaan tersebut ke dalam kegiatan kepada bawahan tanpa ada yang terlewatkan. Pembagian pekerjaan kedalam kegiatan ini menghasilkan departementalisasi, bidang-bidang, seksi-seksi dan sebagainya sesuai dengan kegiatan pokoknya.

3. Menggolongkan kegiatan kedalam satuan-satuan yang praktis

Langkah selanjutnya yaitu pembagian pekerjaan kepada ke dalam bentuk praktis, misalnya jabatan. Untuk langkah keempat ini perlu dilakukan analisis tugas (*job analysis*) guna memperjelas tugas dari setiap kelompok kegiatan dan juga melakukan penilaian tugas (*job evaluation*) digunakan untuk menilai pembagian tugas yang telah dilakukan, apakah sesuai atau perlu dikaji ulang.

4. Menentukan kewajiban yang harus dilakukan oleh anggota organisasi secara rinci dan jelas melalui uraian tugas (*job description*) guna memberikan arahan kegiatan yang harus dilakukan oleh tiap anggota organisasi dengan jelas dan menyediakan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk mendukung jalannya tugas yang telah ditetapkan.

5. Penugasan personil yang cakap
Setelah pembagian pekerjaan dilaksanakan, maka langkah selanjutnya yakni menentukan personil yang tepat untuk melaksanakan pekerjaan tersebut. Dalam melakukan penempatan personalia ini, beban kerja harus dibagi rata sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh anggota organisasi.
6. Mendelegasikan wewenang
Wewenang adalah hal yang pokok dalam manajemen untuk memerintah atau meminta orang lain melakukan sesuatu. Wewenang erat kaitannya dengan kekuasaan untuk mengambil keputusan, memaksa pelaksanaan suatu pekerjaan, kekuasaan untuk memerintah, memberi perhatian, pemberian sanksi, dan sebagainya. Adanya wewenang yang dimiliki oleh seorang pemimpin, ia berhak mengatur hubungan kerja para bawahannya. Begitu pula bagi seorang bawahan, adanya wewenang merupakan petunjuk dalam melakukan suatu pekerjaan dan kepada siapa harus mempertanggungjawabkan pekerjaannya tersebut, siapa saja rekan kerjanya dan siapa bawahannya. Untuk memperjelas pelimpahan wewenang perlu dibuat struktur organisasi, sehingga semua pekerjaan jalur wewenang dapat divisualisasikan dengan jelas.

4.5 Struktur Organisasi

Komponen utama dalam struktur organisasi:

1. *Strategic Apex*

Strategic apex merupakan puncak kepemimpinan dalam suatu organisasi. Ia bertanggung jawab penuh kepada seluruh aktivitas yang berlangsung dalam suatu organisasi dan memberikan perhatian yang bersifat global. *Strategic Apex* berperan dalam menjamin dan merumuskan strategi yang terbaik dalam mencapai visi misi organisasi. Tiga tugas utama *Strategic Apex* adalah:

- a. Melakukan supervisi dan koordinasi pada seluruh departemen dalam organisasi.

- b. Mengalokasikan sumber daya baik manusia maupun sumber daya organisasi lainnya.
- c. Memecahkan masalah dan konflik yang terjadi serta memberi motivasi kepada pegawai dan memberi *reward*.
- d. Memantau lingkungan eksternal dari sebuah organisasi
- e. Menyusun dan mengembangkan strategi yang tepat untuk mencapai visi misi organisasi.

2. *Middle Line*

Middle line menghubungkan antara *strategic apex* dengan *operating core*. *Middle line* berperan dalam mengelola unit yang berada di bawahnya, melakukan penilaian departemen, mengambil tindakan atau keputusan departemen, melakukan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan departemen, serta berkoordinasi dengan manajer lain dan pihak luar terkait departemen yang ia pimpin.

3. *Operating Core*

Operating core merupakan bagian dari organisasi yang berhubungan langsung dengan proses produksi barang ataupun jasa. *Operating core* sering disebut pula sebagai unit pelaksana suatu organisasi. Fungsi utama dari *operating core* yaitu:

- a. Menjamin keberlangsungan produksi barang dan jasa dengan memastikan semua input telah terpenuhi,
- b. Melakukan transformasi input menjadi barang dan atau jasa,
- c. Melakukan distribusi barang dan jasa yang telah diproduksi,
- e. Membantu secara langsung fungsi input, proses serta output khususnya dalam kegiatan *maintenance* peralatan dan *inventory* material.

4. *Support Staf*

Support staf memiliki fungsi yang tidak langsung terhadap suatu organisasi. Ia berfungsi sebagai pendukung dan pelengkap suatu organisasi dalam melakukan aktivitasnya. Walaupun sebagai pendukung

namun komponen *support staf* sangat berpengaruh terhadap keberhasilan suatu organisasi.

5. *Techno structure*

Techno structure terdiri dari para ahli atau spesialis, mempunyai fungsi utama dalam mempengaruhi cara kerja unit ataupun bawahan lainnya agar bekerja lebih efektif dan efisien. *Techno structure* juga memiliki wewenang untuk mendesain cara terbaik agar pekerjaan lebih mudah diselesaikan.

4.6 Faktor yang Memengaruhi Struktur Organisasi

1. Strategi Organisasi

Tantangan yang dimiliki oleh sebuah organisasi tentunya berbeda-beda, hal ini menyebabkan perbedaan dari strategi yang digunakan. Strategi disusun guna mendukung tercapainya sebuah tujuan yang telah ditetapkan, oleh karena itu, bila struktur organisasi dibentuk sebagai salah satu cara untuk memudahkan mencapai tujuan maka struktur organisasi selanjutnya sejalan dengan strategi organisasi tersebut. Oleh karenanya perubahan yang terjadi pada struktur organisasi akan berdampak pada struktur organisasi yang telah dibuat. Begitupun sebaliknya, perubahan pada struktur organisasi menunjukkan adanya perubahan pada strategi yang digunakan oleh organisasi.

2. Skala Organisasi

Besar kecilnya suatu organisasi juga dapat mempengaruhi bentuk struktur organisasi yang digunakan. Perbedaan skala organisasi dapat diketahui dari perbedaan jumlah penjualan, besarnya pangsa pasar dan jumlah tenaga kerja yang digunakan. Organisasi yang besar pada umumnya memiliki cabang di berbagai tempat dan cenderung memiliki struktur organisasi yang lebih kompleks dan memerlukan pendelegasian wewenang yang jelas. Adapun organisasi yang berskala kecil dengan jumlah pekerja yang tidak terlalu banyak, maka struktur organisasi yang digunakan lebih sederhana.

3. Teknologi

Teknologi yang dimaksud dalam pembahasan ini yaitu bagaimana cara sebuah produk diproduksi dan bagaimana cara sebuah pekerjaan dilakukan. Bila organisasi banyak menggunakan mesin-mesin berteknologi, maka organisasi perlu menempatkan sumber daya manusia yang kompeten untuk mengendalikan mesin tersebut. Dengan demikian, maka dalam struktur organisasi perlu ditambahkan staf bagian teknologi yang bertugas memantau jalannya mesin tersebut. Semakin banyak mesin yang digunakan maka struktur organisasi juga akan berubah.

4. Lingkungan

Perubahan lingkungan tidak dapat dihentikan, semakin hari lingkungan berkembang semakin dinamis. Oleh karena itu, organisasi dituntut untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Proses penyesuaian ini juga termasuk penyesuaian terhadap strategi organisasi hingga mengakibatkan perubahan pada bentuk struktur organisasinya.

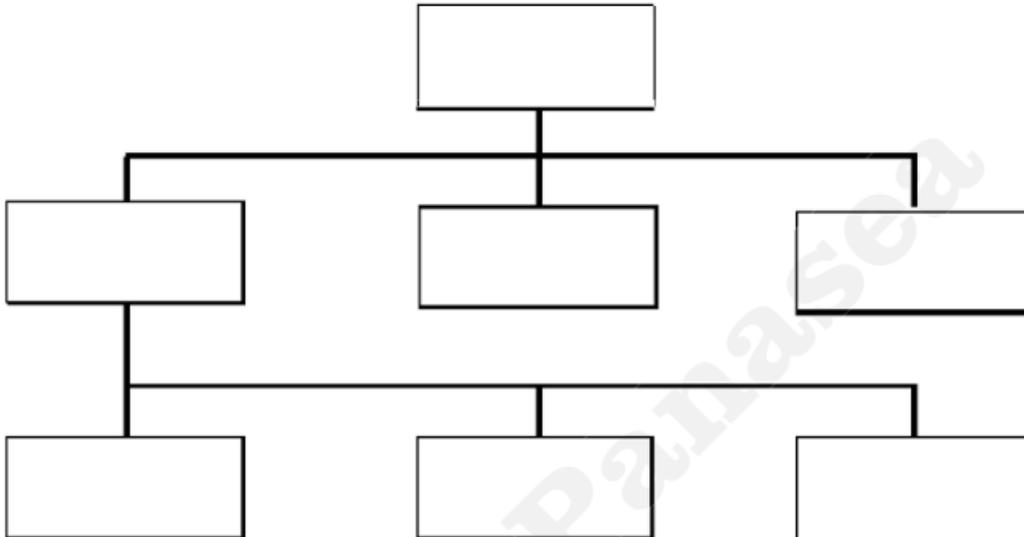
4.7 Tipe Struktur Organisasi

1. Organisasi Bentuk Lini (*Struktural*)

Organisasi bentuk lini mempunyai garis wewenang yang vertikal, hubungan wewenang mengalir dari pimpinan teratas kepada bawahan. Wewenang pada organisasi tipe ini yaitu tidak terputus-putus dan bertingkat-tingkat. Bentuk organisasi lini merupakan bentuk tertua di dunia yang cocok digunakan untuk organisasi yang memiliki jumlah karyawan sedikit, perangkat organisasi sedikit dan tujuan yang ingin dicapai sederhana. Pada organisasi bentuk lini, peran serta pimpinan sangat dominan dalam memengaruhi jalannya organisasi. Keuntungan dari bentuk organisasi lini yaitu kesatuan pimpinan terjamin karena garis kewenangan tegas, pengambilan keputusan cepat, penilaian terhadap karyawan mudah, solidaritas karyawan tinggi dan karyawan saling mengenal. Adapun kelemahan organisasi bentuk ini yaitu ketergantungan

yang tinggi pada satu orang, kecenderungan otoriter dari pimpinan tinggi, dan kesempatan bawahan berkembang terbatas.

Berikut ini contoh struktur organisasi bentuk lini atau struktural.

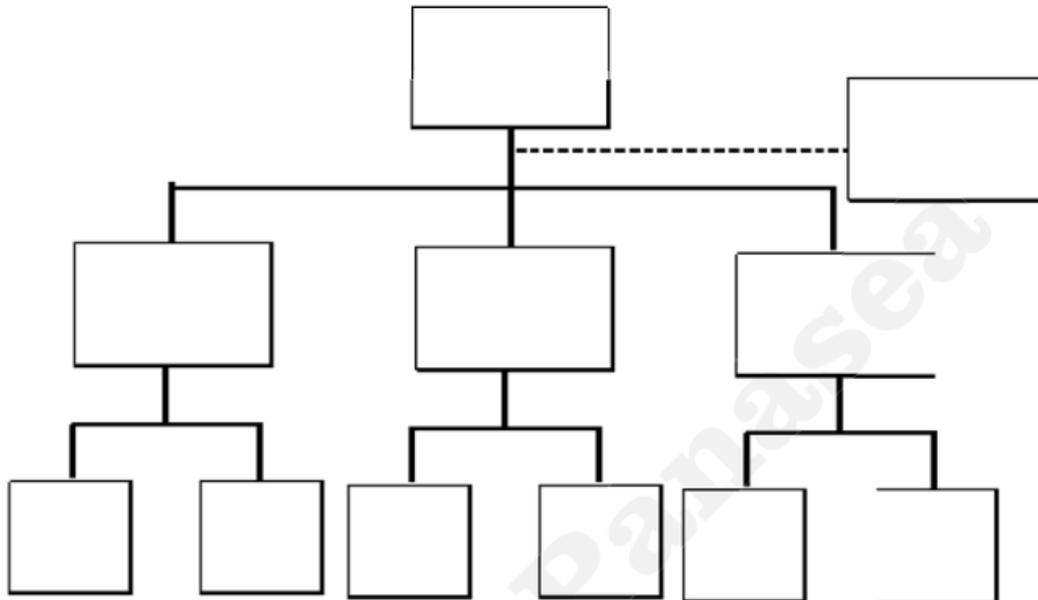


Gambar 4.2 Organisasi Lini/Struktural

2. Organisasi Bentuk Staf (*Fungsional*)

Bentuk organisasi staf pada dasarnya dikembangkan untuk mengoptimalkan peran staf dalam membantu pimpinan mencapai tujuan organisasi agar lebih mudah. Staf yang ada di dalam suatu organisasi merupakan orang-orang pilihan yang mempunyai kompetensi dan keahlian sesuai dengan kebutuhan organisasi. Keuntungan dari organisasi bentuk staf atau fungsional yaitu pembidangan tugas jelas, spesialisasi karyawan dapat dikembangkan secara optimal, solidaritas dan kerjasama karyawan pada fungsi yang sama tinggi, koordinasi pada fungsi yang sama mudah, koordinasi menyeluruh cukup pada tingkat atas, dan meningkatkan "group cohesiveness" dan "focus on tasks". Akan tetapi dalam pelaksanaannya, bentuk organisasi ini juga memiliki kelemahan atau kerugian yaitu keputusan sulit diambil dengan cepat, spesialisasi tugas terlalu tinggi, sulit untuk rotasi, karyawan terlalu mementingkan fungsinya sendiri, koordinasi menyeluruh sulit, dan dapat menimbulkan

munculnya “rasa golongan” yang berlebihan. Berikut ini gambar struktur organisasi staf atau fungsional.



Gambar 4.3 Organisasi Fungsional

3. Organisasi Bentuk Matriks

Organisasi matriks merupakan organisasi multikomando disebut demikian karena dalam satu organisasi bawahan akan memiliki dua pimpinan. Pimpinan yang pertama yaitu manajer fungsional/divisional dan manajer proyek. Penggunaan bentuk organisasi ini biasanya pada perusahaan yang bergerak di bidang konsultan. Adapun keuntungan penggunaan bentuk organisasi ini yaitu meningkatkan efisiensi manajer fungsional, mengembangkan keterampilan karyawan dan merupakan tempat latihan bagi manajer tingkat menengah, melibatkan, memotivasi dan menantang karyawan, memberikan fleksibilitas kepada organisasi dan membantu mengembangkan kreativitas serta melipat gandakan sumber-sumber yang beraneka ragam, menstimulasi kerjasama antar disiplin dan mempermudah kegiatan perusahaan yang bermacam-macam dengan orientasi proyek dan kelemahannya yaitu pertanggungjawaban ganda dapat menciptakan kebingungan dan menimbulkan kebijaksanaan yang kontradiktif, sangat memerlukan koordinasi horizontal dan vertikal,

BAB 5

PERGERAKAN DAN PELAKSANAAN

5.1 Pendahuluan

Setelah dilaksanakan fungsi perencanaan lalu dilanjutkan dengan fungsi pengorganisasian, maka fungsi selanjutnya yang harus dilakukan ialah pergerakan dan pelaksanaan (*actuating*). Pada fungsi perencanaan dan pengorganisasian, kegiatan yang banyak dilakukan berkaitan dengan proses manajemen, namun fungsi pergerakan dan pelaksanaan lebih mengutamakan pada kegiatan yang terkait dengan anggota-anggota organisasi dan sejatinya dilakukan guna menerapkan rencana yang telah disusun sebelumnya.

Fungsi manajemen pergerakan dan pelaksanaan bertujuan untuk menjadikan perencanaan menjadi kenyataan melalui kegiatan pengarahan dan pemberian motivasi. Hal ini dimaksudkan supaya kegiatan yang telah direncanakan dapat dilakukan dengan optimal dan penuh tanggung jawab oleh seluruh staf atau pegawai. Fungsi ini lebih menekankan peran manajer dalam menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam organisasi, peranan kepemimpinan, motivasi dan komunikasi antar staf.

Dalam beberapa buku manajemen, fungsi pergerakan dan pelaksanaan memiliki beberapa pengertian berbeda. Diantaranya yakni *actuating* (memberi bimbingan), *motivating* (membangkitkan motivasi), *directing* (memberikan arahan), *influencing* (mempengaruhi), *commanding* (memberikan komando atau perintah). Beberapa istilah ini dikemas untuk

fungsi pelaksanaan sebab istilah tersebut dianggap mempunyai pengertian yang sama yakni menggerakkan dan melaksanakan program.

Keberhasilan fungsi penggerakan dan pelaksanaan dapat dilihat dari sisi keberhasilan manajer atau pemimpin dalam menggerakkan pegawai atau staf sedemikian rupa sehingga pegawai memiliki komitmen dan tanggung jawab, mendukung dan bekerja sama, memiliki kemauan dan kemampuan kerja, menyukai pekerjaannya, menjadi pegawai yang baik, serta berusaha untuk mencapai tujuan organisasi. Oleh sebab itu fungsi aktuasi hendaknya dimulai dari pribadi manajer atau pimpinan itu sendiri dengan motivasi yang kuat dan berprinsip mencapai kemajuan organisasi, lalu menggerakkan anggota organisasi lainnya.

5.2 Tujuan Pelaksanaan

Secara garis besar, tujuan dari penerapan fungsi penggerakan dan pelaksanaan dalam suatu organisasi yaitu:

1. Menciptakan kerja sama yang harmonis, serasi, berdaya guna dan berhasil guna.
2. Meningkatkan kemampuan pegawai baik *soft skill* maupun *hard skill*.
3. Mengembangkan kecintaan dan rasa bertanggung jawab terhadap pekerjaannya.
4. Mengembangkan lingkungan kerja yang harmonis, serasi dan mendukung pegawai untuk berkembang
5. Mendorong organisasi lebih maju dan berkualitas.

Fokus utama pada fungsi penggerakan dan pelaksanaan ialah tata kelola sumber daya manusia. Oleh sebab itu, fungsi ini berkaitan erat dengan ilmu terkait dengan perilaku manusia. Agar pegawai mampu bekerja lebih giat, dan organisasi mampu meningkatkan produktivitasnya maka pemimpin perlu memperhatikan beberapa hal, yaitu:

- a. Keahlian dalam memimpin (*leadership*)
- b. Keahlian dalam motivasi (*motivating*)
- c. Keahlian dalam komunikasi (*communication*)
- d. Keahlian dalam pengarahan (*directing*)

5.3 Faktor Penghambat dan Pendukung Fungsi Pelaksanaan

Fungsi aktuasi atau pelaksanaan dan pergerakan tidak hanya pekerjaan mekanis, sebab yang digerakkan adalah manusia bukan mesin atau peralatan. Oleh karenanya sukses dan terhambatnya pelaksanaan dari fungsi aktuasi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Faktor Pendukung Fungsi Pelaksanaan

a. Faktor Organisasi

Faktor organisasi yang dapat mendukung suksesnya pelaksanaan fungsi aktuasi antara lain:

1) Terdapat peraturan

Peraturan merupakan segala ketentuan yang mengatur terselenggaranya kegiatan dan program organisasi serta adanya kepastian perkembangan organisasi. Peraturan yang terkait misalnya Undang-undang Nomor 43 tahun 1999 tentang perubahan atas Undang-undang nomor 8 tahun 1974 tentang pokok-pokok pegawai, peraturan pemerintah RI tentang disiplin pegawai, dan sebagainya.

2) Terdapat sumber daya

Berbagai hal yang diperlukan untuk menunjang terlaksananya kegiatan dan program yang telah disusun oleh organisasi dan telah dipersiapkan sesuai dengan jumlah dan kualitasnya disebut sebagai sumber daya. Sumber daya manajemen organisasi kesehatan meliputi 7M+1I yang terdiri atas *man* (ketenagakerjaan), *money* (dana/biaya), *material* (bahan, sarana, dan prasarana), *machine* (mesin, peralatan/teknologi), *method* (metode), *market* (pasar dan pemasaran), *Minute/time* (waktu), dan yang terakhir adalah *information* (informasi).

3) Terdapat perangkat komunikasi

Perangkat komunikasi merupakan peralatan yang digunakan untuk menunjang kelancaran komunikasi baik kegiatan penerimaan dan penyampaian informasi, misalnya telepon, surat,

forum rapat dinas, buletin, dan sebagainya. Adanya sarana komunikasi ini memudahkan penyebarluasan informasi ke seluruh pegawai atau staf sehingga tidak terjadi kesalahpahaman dan kesimpangsiuran informasi juga kekacauan.

- 4) Adanya kepemimpinan
Kegiatan pengarahan akan mempengaruhi para anggota organisasi guna mencapai tujuan yang telah ditentukan. Fungsi pelaksanaan sangat memerlukan pemimpin yang mampu menjadi *role model* dan memiliki sifat kepemimpinan.

b. Anggota Organisasi

Fungsi aktuasi atau penggerakan dan pelaksanaan erat juga kaitannya dengan faktor anggota organisasi, yang meliputi:

- 1) Mempunyai keahlian yang mumpuni
Keahlian yang harus dimiliki oleh setiap anggota organisasi ialah keahlian *soft skill* dan *hard skill*. Di samping itu anggota organisasi /staf/pegawai juga harus memahami pekerjaan secara detail, memahami prosedur kerja, juga melakukan pekerjaan dengan baik.
- 2) Berprinsip bahwa pengabdian ditujukan untuk negara bukan pada pemimpinnya
Setiap anggota organisasi wajib berprinsip bahwa pekerjaan yang dilakukan bukan hanya karena pimpinan tetapi harus dilakukan guna mengabdikan kepada negara. Prinsip bekerja untuk pemimpin hanya akan menghambat kinerja dan produktivitas pegawai.
- 3) Bersedia diarahkan dan diatur
Setiap anggota organisasi harus bersedia diarahkan dan diatur guna kelancaran kegiatan yang telah disusun. Kesiadaannya di pimpin ini bukan karena paksaan tetapi dengan sadar dan bertanggung jawab.
- 4) Tim yang kompak
Kinerja tim yang kompak, loyal dan berkompeten diperlukan untuk menunjang pelaksanaan fungsi penggerakan dan pelaksanaan.

2. Faktor Penghambat Fungsi Aktuasi

Faktor yang menghambat fungsi pergerakan dan pelaksanaan adalah rendahnya kemampuan manajer atau pimpinan dalam memotivasi para anggota organisasi/staf/pegawai. Hal ini disebabkan karena rendahnya kemampuan pimpinan atau manajer menguasai hubungan antar manusia. Rendahnya motivasi yang dimiliki oleh pekerja atau pegawai akan mempengaruhi kinerjanya dan dampak akhirnya akan menghambat pelaksanaan program dan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

5.4 Kepemimpinan

Keterampilan yang sangat diperlukan oleh setiap manajer atau pimpinan organisasi adalah dapat mengarahkan pegawai agar memiliki kinerja yang optimal. Kegagalan manajer dalam menyusun tim yang kompak akan mempengaruhi kinerja organisasinya secara keseluruhan. Oleh karena itu kemampuan memimpin (*leadership*) perlu diasah dan dikembangkan oleh tiap pemimpin.

Kepemimpinan (*leadership*) merupakan proses mengarahkan dan mempengaruhi anggota kelompok untuk menjalankan suatu tugas dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu situasi tertentu. Sebagai suatu proses, kepemimpinan fokus terhadap apa yang dilakukan oleh para pemimpin, yaitu proses pimpinan menggunakan pengaruhnya untuk memperjelas tujuan organisasi bagi para pegawai, bawahan, memotivasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, serta membantu menciptakan budaya produktif dalam organisasi. Adapun dari sisi atribut, kepemimpinan adalah kumpulan karakteristik yang harus dimiliki oleh orang pemimpin. Oleh sebab itu, yang disebut pemimpin adalah seseorang yang memiliki kemampuan untuk mempengaruhi perilaku orang lain tanpa menggunakan kekuatan, sehingga setiap orang yang dipimpinya menerima sebagai sosok yang layak memimpin mereka.

Seorang pemimpin dapat mempengaruhi bawahannya untuk melaksanakan kehendaknya untuk mencapai tujuan organisasi, menurut

John French, Bertram Raven, Leonc Megginsa dan lain-lain, antara lain dikarenakan adanya daya kekuatan (*power*):

1. Daya kekuatan memaksa (*Coercive Power*)
Merupakan kekuasaan untuk melaksanakan kepatuhan dengan memakai ancaman psikologi, emosional atau fisik.
2. Daya kekuatan memberi hadiah (*reward power*)
Merupakan kekuasaan untuk memberikan atau menunda balas jasa. Balas jasa yang dimaksud dapat berupa gaji, bonus, rekomendasi promosi, pujian, pengakuan, dan penugasan yang menarik.
3. Daya kekuatan yang sah (*Legitimate power*)
Merupakan kekuasaan yang diperoleh sebagai konsekuensi hierarki dalam organisasi. Seseorang yang memiliki jabatan sebagai manajer berwenang memberi target, mendelegasikan pekerjaan, memiliki kinerja, dan memberikan peringatan kalau karyawan tidak menjalankan tugas sebagaimana mestinya.
5. Daya kekuatan karena keahliannya (*Expert power*)
Merupakan kekuasaan karena informasi maupun keahlian. Semakin sedikit orang yang memiliki informasi berharga, semakin besar *expert power* yang dimiliki. Selain itu keahlian yang semakin langka dan semakin dibutuhkan maka *expert power* nya juga semakin tinggi.
6. Daya kekuatan referensi (kekuatan menjadi nara sumber, acuan, sumber referensi)
Merupakan kekuasaan yang diperoleh dari karisma, keteladanan, sikap dan kepribadian dari pemimpin.
 - a. Daya kekuatan karisma (*charismatic power*)
 - b. Daya kekuatan jabatan (*position power*)
 - c. Daya kekuatan pribadi (*personal power*)
 - d. Daya kekuatan informasi (*information power*)
 - e. Daya kekuatan koneksi (*connection power*).

Perbedaan Kepemimpinan dan Manajemen

Seringkali pertanyaan terkait apakah pemimpin sama dengan manajer terdengar di telinga kita. Kedua kata ini seringkali dipergunakan secara

bergantian, dan seseorang mungkin saja menjadi manajer, pemimpin, atau juga keduanya, namun pada dasarnya kedua kata tersebut memiliki perbedaan. Perbedaan tersebut dikemukakan oleh Griffin (2000) disajikan dalam tabel 5.1 berikut ini:

Tabel 5.1 Perbedaan Kepemimpinan dan Manajemen

No	Kegiatan	Manajemen	Kepemimpinan
1.	Penyusunan rencana	<i>Perencanaan dan penganggaran</i> Penentuan rencana spesifik dari kegiatan untuk pencapaian tujuan serta mengalokasikan segala sumber dana yang dibutuhkan.	<i>Penentuan arah kegiatan</i> Menyusun visi atau tujuan jangka panjang yang akan diraih oleh organisasi serta strategi yang harus dilakukan.
2.	Membangun relasi antar manusia atau kelompok kerja untuk merealisasikan rencana	<i>Pengorganisasian dan penempatan SDM</i> Menyusun struktur organisasi, prosedur kerja, tanggung jawab dari setiap bagian, serta metode implementasi.	<i>Mengomunikasikan visi dan misi</i> serta membangun kerja sama dengan orang-orang yang siap untuk mewujudkan visi secara bersama-sama.
3.	Implementasi rencana	<i>Pengawasan dan pemecahan masalah</i> Pada tahap implementasi, tugas manajemen adalah melakukan pengawasan dan pengendalian atas berbagai kendala yang mungkin ditemui.	<i>Memotivasi dan memberikan inspirasi</i> Peran yang dilakukan pada saat implementasi adalah memotivasi orang yang telah sepakat bekerja sama untuk melakukan implementasi dari apa yang telah dibangun sebagai upaya pencapaian visi.

Tabel 5.1 Perbedaan Kepemimpinan dan Manajemen (Lanjutan)

No	Kegiatan	Manajemen	Kepemimpinan
4.	Hasil yang diperoleh	Sesuatu yang telah diperkirakan atau ditargetkan sebelumnya.	Suatu perubahan yang akan mendukung pencapaian visi.

Untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan, membawa organisasi menjadi lebih efisien, lebih efektif maka manajer harus memahami hal-hal berikut ini:

- a. Mempunyai motivasi diri yang tinggi.
- b. Mempunyai rasa peka dan komitmen yang tinggi pada setiap permasalahan organisasi.
- c. Mampu menggerakkan dan memotivasi seluruh pegawai atau staf supaya bersedia menjalankan tugasnya sesuai dengan tupoksi (tugas pokok fungsi) masing-masing.

Unsur-Unsur Kepemimpinan

Berdasarkan uraian mengenai kepemimpinan diatas, terdapat empat unsur penting dari kepemimpinan. Keempat unsur ini saling berhubungan dan

4 mempengaruhi satu sama lain. Unsur-unsur kepemimpinan yaitu:

1. Adanya pemimpin

Unsur pertama 4 dari kepemimpinan adalah adanya pemimpin. Pemimpin adalah seseorang yang mendorong dan atau mempengaruhi 4 seseorang atau sekelompok orang untuk melakukan suatu hal sehingga tercipta hubungan kerja yang serasi dan menguntungkan. Semua 4 aktivitas tersebut untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2. Adanya situasi dan kondisi yang kondusif

Situasi dan kondisi yang kondusif guna terwujudnya suasana yang mendukung terwujudnya kepemimpinan. Situasi dan kondisi ini terdiri dari dua macam, yakni kondisi internal dan eksternal organisasi.

3. Adanya pengikut

Unsur kedua yakni adanya pengikut. Pengikut adalah individu-individu yang termasuk dalam anggota organisasi yang saling bekerja sama guna mencapai tujuan yang diinginkan.

4. Adanya sifat serta perilaku kepemimpinan

Sifat dan perilaku kepemimpinan merupakan sifat dan perilaku pimpinan yang mampu mendorong dan mempengaruhi anggota organisasi.

Kepemimpinan (*leadership*) berbeda dengan pemimpin (*leader*). Seseorang yang memiliki kedudukan atau jabatan resmi dan sah berdasarkan surat keputusan atasan yang lebih tinggi yang berkaitan dengan kedudukan, tugas, fungsi, wewenang, tanggung jawab, memberikan perintah dan larangan kepada bawahan disebut sebagai pemimpin formal (*formal leader*). Adapun bila orang tersebut tidak memiliki kemampuan untuk mendorong dan ataupun mempengaruhi orang lain sehingga bersedia berbuat sebagaimana yang diinginkan, maka orang tersebut tidak memiliki kepemimpinan dan sulit disebut sebagai pemimpin yang baik. Sebaliknya, seseorang yang sekalipun tidak memiliki jabatan formal akan tetapi memiliki pengaruh yang besar serta selalu menjadi panutan bagi orang lain, maka orang tersebut sebenarnya adalah pemimpin yang baik. Orang yang seperti ini dalam kehidupan sehari-hari disebut sebagai pemimpin informal (*informal leader*). Jika pemimpin informal ini mampu diberdayakan, maka dapat memberikan sumbangsih yang besar dalam memajukan kehidupan masyarakat. Berikut ini perbedaan antara kepemimpinan (*leadership*) dengan pemimpin (*leader*):

Tabel 5.2 Perbedaan antara Pemimpin dan Bukan Pemimpin

Pemimpin	Bukan Pemimpin
Memberikan inspirasi kepada pengikutnya	Memaksa para pengikutnya
Menyelesaikan pekerjaan dan mengembangkan pengikutnya	Menyelesaikan pekerjaan dengan jalan mengorbankan para pengikutnya

Tabel 5.2 Perbedaan antara Pemimpin dan Bukan Pemimpin (Lanjutan)

Pemimpin	Bukan Pemimpin
Menunjukkan kepada pengikutnya bagaimana cara melaksanakan pekerjaan	Menanamkan perasaan takut pada pihak pengikut melalui ancaman-ancaman dan paksaan-paksaan
Menerima tanggung jawab	Menghindari tanggung jawab
Memperbaiki kegagalan dalam hal mencapai tujuan	Menyatakan bahwa kesalahan terletak pada orang lain apabila terjadi kegagalan dalam mencapai tujuan.

Teori Dasar dalam Kepemimpinan

4 1. Teori orang besar/bakat

Teori orang besar (*the great men theory*) atau teori bakat (*trait theory*) merupakan teori klasik kepemimpinan. Menurut teori ini, seorang pemimpin itu dilahirkan. Artinya bakat-bakat tertentu yang diperlukan seseorang untuk menjadi pemimpin diperoleh sejak lahir. Teori ini menyebutkan bahwa pada orang tersebut terdapat gen tertentu yang memiliki sifat-sifat kepemimpinan yang diturunkan oleh orangtuanya yang juga seorang pemimpin. Dengan demikian, menurut teori ini pemimpin hanya lahir dari garis keturunan para pemimpin, sedangkan orang biasa tidak mungkin dapat menjadi pemimpin, karena tidak memiliki gen yang diturunkan tersebut.

Teori ini memiliki sisi positif yaitu pemimpin memiliki kekuasaan berupa perintah yang dikeluarkan olehnya akan dilaksanakan tanpa pemprotesan oleh bawahannya. Puncak kepemimpinan diberikan tanggung jawab untuk melestarikan sistem monarki (kerajaan/kesultanan/kekaisaran) di negara tersebut. Dalam sistem ini tidak akan ada kontroversi siapa yang akan terpilih menjadi raja atau sultan. Sayangnya, teori ini tidak dapat menjamin semua ahli waris monarki memiliki kemampuan atau bakat menjadi pemimpin yang baik.

4

2. Teori sosial

Bertolak belakang dari teori orang besar atau teori bakat ini adalah teori situasi (*situational theory*). Teori ini muncul sebagai hasil dari pengamatan, di mana seseorang sekalipun bukan keturunan pemimpin, ternyata dapat pula menjadi pemimpin yang baik. Hasil pengamatan tersebut menyimpulkan bahwa orang biasa yang jadi pemimpin tersebut adalah karena adanya situasi yang menguntungkan dirinya, sehingga ia memiliki kesempatan untuk muncul sebagai pemimpin.

Tindak lanjut dari teori situasi ini adalah perlunya menciptakan situasi yang menguntungkan, jika ingin memunculkan seorang pemimpin. Situasi tersebut dapat diciptakan dengan memanipulasi lingkungan dan atau meningkatkan kemampuan dan keahlian diri sendiri, sehingga berbeda dengan lingkungan.

3. Teori ekologis

Teori ekologi menyatakan bila seseorang terlahir sebagai seorang pemimpin, dan ada bakat yang diperolehnya dari alam.

Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan akan ditentukan oleh berbagai faktor, yaitu dari segi latar belakang, pengetahuan, nilai, dan pengalaman dari pemimpin tersebut. Pemimpin yang menilai bahwa kepentingan organisasi harus lebih didahulukan dari kepentingan individu, maka ia akan memiliki kecenderungan untuk memiliki gaya kepemimpinan yang berorientasi pada pekerjaan. Demikian pula sebaliknya, pemimpin yang dibesarkan dalam lingkungan yang menghargai perbedaan dan relasi antar manusia akan memiliki kecenderungan untuk bergaya kepemimpinan yang berorientasi pada orang-orang. Adapun selain keempat faktor tersebut, karakteristik dari bawahan atau orang-orang yang dipimpin juga mempengaruhi gaya kepemimpinan seseorang. Dalam buku yang ditulis Douglas Mc Gregor, pada umumnya perilaku seseorang atau bawahan dalam suatu organisasi dikelompokkan dalam dua kutub utama yang disebut teori X dan teori Y. Adapun ciri-ciri perilaku tersebut ialah:

1. Teori X

- a. Karakteristik individu menurut teori ini yaitu cenderung enggan bekerja dan malas. Oleh karena itu, mereka perlu diberi motivasi dengan rangsangan dari luar.
- b. Tujuan kebanyakan orang berlainan dengan tujuan organisasi. Oleh karena itu, orang harus diarahkan, dimotivasi, dipaksa, dan diawasi agar sesuai dengan tujuan dari organisasi.
- c. Motivasi utama dalam bekerja adalah hal-hal yang bersifat materil. Oleh karena itu, kondisi ini dapat digunakan manajer untuk meningkatkan kinerja dan mengarahkan pekerja.
- d. Pada umumnya individu dalam teori X ini enggan menerima amanah dan menolak tanggung jawab. Oleh karena itu, mereka mau dan perlu menerima pengarahan dari para manajer.
- e. Perilaku individu kebanyakan tidak rasional sehingga perlu diarahkan oleh pimpinan.

2. Teori Y

- a. Karakteristik individu dalam teori Y ini adalah bersedia secara sukarela melakukan pekerjaannya.
- b. Motivasi pekerja bukan hanya materi akan tetapi karena keinginan motif lain yang sama pentingnya dengan alasan uang.
- c. Kebanyakan orang mampu mengarahkan, mengawasi, dan mengendalikan pekerjaan mereka sendiri dalam mencapai tujuan organisasi yang mereka sepakati.
- d. Kebanyakan orang bersedia menerima tanggung jawab di bawah kondisi tertentu.
- e. Kebanyakan individu memiliki kreativitas dan kecakapan dalam berbagai bidang yang ditekuni.
- f. Adanya hubungan yang harmonis, kekeluargaan, persahabatan dan menjunjung tinggi kebersamaan.

Teori X dan Y dapat menjadi dasar untuk melihat gaya kepemimpinan yang diperlihatkan oleh seorang pemimpin. Perbedaan pun terjadi dari pemimpin satu ke pemimpin yang lainnya, antara pegawai satu

dengan pegawai dengan tipe X dan tipe Y. Berbagai gaya kepemimpinan tersebut jika disederhanakan dapat dibedakan atas empat macam yakni:

1. Gaya kepemimpinan diktator

Gaya kepemimpinan ini dilakukan dengan menimbulkan ketakutan serta ancaman hukuman. Tidak ada hubungan dengan bawahan, karena mereka dianggap hanya sebagai pelaksana dan pekerja saja. Jika ditinjau dari rumusan Mc Gregor, gaya diktator ini adalah bentuk ekstrim dari pelaksanaan teori X.

2. Gaya kepemimpinan autokratis

Gaya kepemimpinan autokratis ini pemimpin menentukan semua kebijakan, kemudian memberikan petunjuk untuk penerapannya. Pengumuman keputusan tanpa memerlukan umpan balik dari kelompok yang dipimpin. Hal ini juga berkaitan dengan 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. Gaya kepemimpinan autokratik ini juga merupakan pelaksanaan teori X.

3. Gaya kepemimpinan demokratis

Pada gaya kepemimpinan demokratis ini pemimpin menyarankan kepada anggota kelompok untuk mengembangkan keputusannya sendiri. Pada gaya ini ditemukan pula peran serta bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan secara musyawarah hubungan dengan bawahan dibangun dan dipelihara dengan baik. Jika ditinjau dari rumusan Mc Gregor, gaya kepemimpinan ini pada dasarnya sesuai dengan teori Y.

4. Gaya kepemimpinan santai

Pada gaya kepemimpinan santai ini, peranan pimpinan hampir tidak terlihat karena segala keputusan diserahkan kepada bawahan. Setiap anggota organisasi dapat melakukan kegiatan masing-masing sesuai dengan kehendak masing-masing. Gaya kepemimpinan ini adalah pelaksanaan ekstrim teori Y.

5.5 Motivasi

Dalam suatu organisasi terdapat berbagai macam orang dengan berbagai karakteristik dan kepribadian yang berbeda. Keragaman karakteristik ini menyebabkan terdapatnya keragaman perilaku yang ditunjukkan oleh sumber daya manusia yang dimiliki organisasi. Keragaman individu ini akan menjadi potensi positif yang dapat diarahkan untuk kepentingan pencapaian tujuan organisasi, namun juga dapat menjadi potensi negatif bila tidak dikelola dengan benar bahkan bila tidak dikelola dengan baik dapat menjadi konflik internal di dalam suatu organisasi.

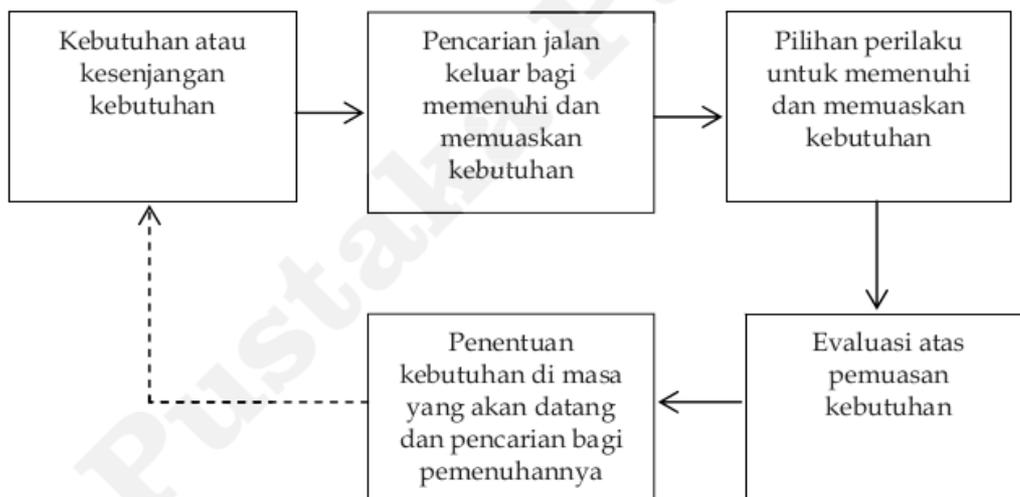
Agar individu dalam suatu organisasi dapat menjadi potensi positif, maka manajemen sumber daya manusia harus melakukan perencanaan SDM dengan baik. Perencanaan tersebut juga harus memahami bahwa motivasi dari setiap pegawai berbeda-beda. Motivasi merupakan faktor pendorong tingkah laku dan kinerja individu dalam berorganisasi. Motivasi dapat dijadikan sebagai strategi dalam menumbuhkan semangat kerja dan meningkatkan produktivitas pegawai.

Kata motif (*motive*) yang memiliki arti dorongan, rangsangan ataupun pembangkit tenaga yang dipunyai oleh individu merupakan induk atau asal kata motivasi. Kata lain yang merupakan asal kata motivasi adalah *motion*, yang artinya gerakan atau sesuatu yang bergerak. Motivasi sendiri merupakan istilah yang umum digunakan untuk menjelaskan mengenai proses gerakan juga meliputi situasi yang mendorong individu melakukan sesuatu. Secara umum motivasi ialah menumbuhkan motif, mendorong daya gerak atau membangkitkan individu atau diri sendiri agar dapat berbuat sesuatu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Atas dasar penjelasan tersebut, motif memiliki dua unsur yaitu unsur dorongan serta unsur tujuan.

George R. Terry mendefinisikan bahwa motivasi ialah kemauan yang dimiliki oleh seseorang yang mampu mendorongnya untuk melakukan sesuatu perbuatan. Adapun secara umum, perangsang motivasi dibedakan menjadi dua macam, yaitu:

1. Perangsang positif (*positive incentive*)
Perangsang positif ialah imbalan yang menyenangkan yang disediakan bagi SDM yang berprestasi. Perangsang ini dapat berupa hadiah, pengakuan, promosi dan lain sebagainya.
2. Perangsang negatif (*negative incentive*)
Perangsang negatif ialah imbalan yang tidak menyenangkan dan berupa hukuman yang diperuntukkan bagi SDM yang melakukan sesuatu yang tidak diharapkan. Contoh dari perangsang negatif dapat berupa denda, teguran, surat peringatan, pemindahan tempat kerja bahkan dapat berupa pemutusan hubungan kerja atau pemberhentian.

Motivasi sangat berperan dalam menentukan perilaku seseorang, khususnya perilaku pegawai dalam suatu organisasi atau perusahaan. Pada gambar 5.1 berikut ini akan dijelaskan bagaimana proses motivasi sebagai pendorong perilaku individu.



Gambar 5.1 Proses Motivasi sebagai Pendorong Perilaku Individu

Berdasarkan gambar di atas, proses terbentuknya perilaku dimulai ketika seseorang menyadari bahwa dirinya memiliki kebutuhan atau kesenjangan atas kebutuhan tertentu, misalnya pendapatan yang rendah. Akibat rendahnya pendapatan yang dimiliki, orang tersebut kemudian melakukan tindakan pencarian jalan keluar untuk memperoleh

pendapatan yang lebih baik, maka langkah berikutnya adalah orang tersebut mungkin akan melakukan pencarian kerja alternatif atau bekerja lebih keras sebagai bentuk perilaku guna memenuhi kebutuhan akan pendapatan yang memadai. Setelah kerja keras dilakukan atau pekerjaan lain didapatkan, ia akan mengevaluasi apakah yang didapatkan olehnya sebagai akibat kerja keras atau pekerjaan barunya telah memenuhi keinginan dirinya akan menentukan kebutuhan bagi masa yang akan datang. Apabila dari hasil kerja kerasnya tidak meningkatkan pendapatannya maka ia akan melakukan pencarian kembali guna memenuhi kebutuhannya tersebut. Dengan demikian, perilaku pencarian dan kerja keras ini timbul karena adanya motivasi untuk memiliki kebutuhan yang cukup dan memadai.

Macam-macam motif individu dapat dibedakan sebagai berikut:

1. Murray: Membedakan motif ke dalam 2 macam yaitu motif primer dan motif sekunder. Motif primer adalah motif individu yang bersifat bawaan (biologis) atau merupakan motif dasar yang ada pada diri individu dan berhubungan dengan kebutuhan jasmani untuk kelangsungan hidupnya. Sedang motif sekunder adalah merupakan motif yang timbul karena pengaruh lingkungan eksternal artinya motif yang muncul karena adanya interaksi dengan lingkungannya.
2. Keypers: Membedakan motif menjadi: motif biologik, motif sosiologik dan motif teologik. Motif biologik adalah merupakan motif yang berhubungan dengan kebutuhan untuk kelangsungan hidup seseorang sebagai organisme. Sedang motif sosiologik adalah motif untuk mengadakan hubungan atau kebutuhan yang berkaitan keinginan berinteraksi dengan individu lainnya, dan motif teologik adalah motif yang mendorong individu untuk mengadakan hubungan dengan "Sang Pencipta" atau Tuhan. Dari perbedaan tersebut kiranya dapat dirumuskan lebih sederhana bahwa motif individu akan terdiri dari motif yang berkaitan dengan kepentingan dasar untuk hidup dan kelangsungannya, motif untuk berkomunikasi dan berinteraksi dengan sesamanya dan motif untuk berbuat dan bertindak dalam rangka

pengabdian semata-mata mewujudkan syukur dan taqwanya kepada "sang pencipta" yaitu Allah SWT.

Sumber motivasi ada dua macam yaitu berasal dari dalam diri juga berasal dari luar diri individu. Motivasi yang bersumber dari dalam diri mempunyai sifat yang lebih kuat dan cenderung tahan lama, misalnya kepuasan kerja, harga diri, kebutuhan, harapan pribadi serta prestasi kerja. Adapun motivasi yang berasal dari luar diri individu cenderung di pengaruhi oleh lingkungan luar, misalnya sifat dan jenis pekerjaan, sistem imbalan juga rekan kerja. Terdapat beberapa teori mengenai sumber motivasi yang disampaikan oleh para ilmuwan, yaitu:

1. Teori Isi (*content theory*)

Teori ini berkaitan dengan motivasi berfokus kepada: 1) dorongan yang memacu ataupun menguatkan juga kebutuhan individu untuk melaksanakan suatu kegiatan, 2) adanya hubungan antara pegawai dengan faktor yang berasal dari luar, yang mampu mendorong serta memaksa agar melaksanakan perbuatan atau kegiatan tertentu. Teori isi ini menyatakan pentingnya faktor dari dalam diri individu, misalnya kebutuhan dasar individu atau juga motif yang memaksa mereka melakukan kegiatan tersebut, serta rasa puas terhadap sesuatu. Terdapat tiga teori tentang kebutuhan yaitu:

1 a. Teori hierarki kebutuhan Maslow

Pencetus teori ini ialah seorang psikolog terkenal yang bernama Maslow pada tahun 1935. Maslow menjadikan konsep hierarki kedalam dua prinsip, yakni kebutuhan manusia disusun dari tingkat yang tinggi ke tingkat yang rendah. Prinsip yang kedua yakni manusia akan termotivasi untuk melaksanakan usaha agar dapat memuaskan 5 tingkat kebutuhan yang belum terpuaskan. Adapun lima hierarki kebutuhan (*hierarchy of need*) manusia yaitu:

1) Kebutuhan atas dasar psikologis

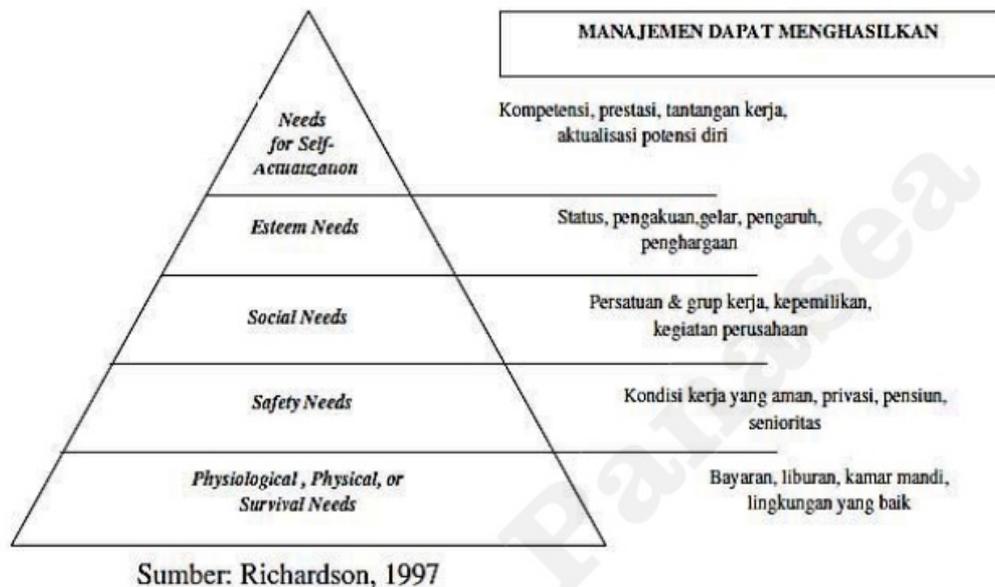
Kebutuhan psikologis ialah kebutuhan yang sangat mendasar untuk segera dipenuhi oleh seluruh manusia, kebutuhan ini mutlak diperlukan guna mempertahankan diri sebagai makhluk

hidup. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan makan, minuman, sandang, istirahat ataupun tidur.

- 2) Kebutuhan akan rasa aman dan keselamatan diri
Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk selalu aman dan terbebas dari ancaman baik dari luar, misalnya lingkungan kerja yang aman dan nyaman, adanya jaminan hari tua, adanya sistem pengaduan keluhan, adanya asuransi, dan lain-lain.
- 3) Kebutuhan akan hidup berkelompok atau sosial
Kebutuhan ini terkait dengan kebutuhan untuk saling mencintai, hubungan persahabatan, persaudaraan, dan adanya hubungan kekeluargaan yang erat. Adapun contohnya yaitu adanya kelompok kerja informal serta rangkaian kegiatan kekeluargaan.
- 4) Kebutuhan akan penghormatan diri
Kebutuhan ini terkait dengan kebutuhan manusia akan penghormatan diri, kemauan untuk dihargai oleh orang lain, mempunyai status sosial serta keinginan untuk berprestasi. Contohnya yaitu adanya jabatan yang tinggi, diberi promosi, penghargaan dan pengakuan.
- 5) Kebutuhan akan aktualisasi diri
Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mengoptimalkan potensi diri, pengembangan diri, memanfaatkan kemampuan diri dan menyalurkannya dalam bentuk tindakan.

Ada dua prinsip utama yang digunakan untuk memahami teori Hierarki Kebutuhan Maslow: *Defisit principle* yakni kebutuhan yang sudah terpuaskan tidak dapat menjadi motivator perilaku. Kedua *progression principle* yakni kebutuhan pada suatu tingkat tidak akan terpenuhi sebelum kebutuhan pada tingkat yang lebih rendah terpuaskan. Teori Maslow banyak berguna bagi para pemimpin dalam memotivasi pegawai untuk memperjelas dan memperkirakan tidak hanya perilaku individu tetapi juga perilaku kelompok/tim dengan melihat rata-rata kebutuhan yang menjadi motivasi mereka. Di samping itu juga apabila kebutuhan individu pada tingkatan terendah

telah terpenuhi, faktor itu akan terhenti menjadi motif utama dari perilaku manusia.



Gambar 5. 2 Teori Kebutuhan Maslow

b. Teori ERG-Adelfer

Teori ERG dikemukakan oleh Clayton Alderfer seorang psikolog asal Amerika Serikat, kelahiran 1 September 1940. Alderfer kurang sependapat dengan Maslow terkait kebutuhan individu yang tersusun secara hierarki. Teori ini menyatakan bahwa individu termotivasi berperilaku untuk memuaskan satu dari tiga kelompok kebutuhan tersebut tidak tersusun hierarki. Adelfer berpendapat bahwa kebutuhan dapat disederhanakan menjadi tiga jenis, yaitu:

1) E (*Existence* atau keberadaan)

Adalah suatu kebutuhan akan tetap bisa hidup sesuai dengan tingkat kebutuhan tingkat rendah dari Maslow yaitu meliputi kebutuhan fisiologis dan kebutuhan akan rasa aman.

- 2) R (*Relatedness* atau hubungan)
Adalah kebutuhan untuk berinteraksi dengan orang lain. Kebutuhan ini sesuai dengan kebutuhan afiliasi dari Maslow.
- 3) G (*Growth* atau pertumbuhan)
Adalah kebutuhan yang mendorong seseorang untuk memiliki pengaruh yang kreatif dan produktif terhadap diri sendiri atau lingkungan. Realisasi dari kebutuhan penghargaan dan perwujudan diri dari Maslow.

Teori ERG merupakan teori motivasi yang menitik beratkan pemahaman terhadap perilaku individu. Hal ini merupakan salah satu dari empat faktor pendekatan yang mempertimbangkan faktor intrinsik yang menyebabkan seseorang mengambil tindakan tertentu. Penjelasan dari sanggahan Alderfer terhadap teori hierarki Abraham Maslow adalah sebagai berikut; seseorang menurut teori Maslow akan tetap pada tingkat kebutuhan tertentu sampai kebutuhannya terpuaskan. Sedangkan menurut teori ERG, jika kebutuhan di tingkat yang lebih tinggi buruk maka seorang individu mungkin kembali untuk meningkatkan kepuasan dari kebutuhan tingkat rendah. Ini disebut frustrasi-regresi dari aspek teori ERG. Misalnya ketika kebutuhan pertumbuhan buruk, maka seseorang mungkin akan termotivasi untuk mencapai kebutuhan yang berkaitan dan jika ada masalah dalam mencapai kebutuhan yang berkaitan, maka dia mungkin akan termotivasi oleh kebutuhan eksistensi. Dengan demikian, frustrasi atau kejengkelan dapat mengakibatkan regresi untuk kebutuhan tingkat rendah.

c. Teori dua faktor dari Frederick Herzberg

Teori yang dibangun oleh Frederic Herzberg menjelaskan tentang keyakinan bahwa hubungan antara pekerjaan dan individu merupakan dasar perilaku individu terhadap pekerjaan tersebut sangat mempengaruhi kegagalan dan kesuksesannya. Ada dua faktor yang terkait dengan kinerja seseorang dalam suatu organisasi yaitu faktor kepuasan kerja (*job satisfaction*) yang mendorong peningkatan prestasi dan semangat kerja yang meliputi penghargaan, prestasi, juga promosi

dan *job dissatisfaction* atau faktor ketidakpuasan kerja yang merupakan faktor yang memelihara agar semangat kerja tidak menurun meliputi supervisi, upah, dan hubungan interpersonal.

d. Teori Prestasi dari Mc Clelland

McClelland mengidentifikasi **1** tiga kebutuhan utama yang memotivasi individu yakni:

- 1) **1** Kebutuhan untuk berprestasi (*need for achievement*) atau *n.Ach*
- 2) Merupakan keinginan seseorang untuk melakukan sesuatu lebih baik dibandingkan dengan sebelumnya.
- 3) **1** Kebutuhan untuk berkuasa (*need for power*) atau *n.Pow*
- 4) Merupakan keinginan seseorang untuk lebih kuat atau lebih berpengaruh terhadap yang lain.
- 5) Kebutuhan untuk afiliasi (*need for affiliation*) atau *n.Aff*
- 6) Merupakan keinginan seseorang untuk disukai oleh orang lain.

2. Teori Proses

Teori ini berkaitan dengan proses dimulainya atau timbulnya, diarahkan, dilanjutkan dan dihentikannya suatu perilaku. Berdasarkan teori ini, motivasi timbul bukan karena kebutuhan hidup, tetapi karena adanya proses berfikir atau kognisi dari dalam diri masing-masing individu.

Teori proses ini tersusun dari:

a. *Expectancy theory* atau teori harapan

Victor H. Vroom pada tahun 1964 mengemukakan sebuah teori yang disebut dengan teori harapan atau teori ekspektasi. Berbeda dengan teori Maslow dan Herzberg, teori ini lebih mengutamakan pada *outcomes* atau faktor hasil dari pada faktor kebutuhan (*needs*). Teori ini menyatakan bahwa kekuatan yang memotivasi seseorang untuk bekerja giat dalam mengerjakan pekerjaannya tergantung dari hubungan timbal balik antara apa yang diinginkan dan dibutuhkan dari hasil pekerjaan itu. Vroom dalam Koontz (1990) mengemukakan bahwa orang-orang akan termotivasi untuk melakukan hal-hal tertentu guna mencapai tujuan apabila mereka yakin bahwa tindakan mereka

akan mengarah pada pencapaian tujuan tersebut. Teori harapan ini didasarkan atas:

- 1) Harapan (*Expectancy*) adalah suatu kesempatan yang diberikan akan terjadi karena perilaku atau suatu penilaian bahwa kemungkinan sebuah upaya akan menyebabkan kinerja yang diharapkan.
 - 2) Nilai (*Valence*) adalah akibat dari perilaku tertentu mempunyai nilai/martabat tertentu (daya/nilai motivasi) bagi setiap individu yang bersangkutan. Dengan kata lain, Valence merupakan hasil dari seberapa jauh seseorang menginginkan imbalan/signifikansi yang dikaitkan oleh individu tentang hasil yang diharapkan.
 - 3) Pertautan (*Instrumentality*) adalah persepsi dari individu bahwa hasil tingkat pertama ekspektasi merupakan sesuatu yang ada dalam diri individu yang terjadi karena adanya keinginan untuk mencapai hasil sesuai dengan tujuan atau keyakinan bahwa kinerja akan mengakibatkan penghargaan.
- b. *Reinforcement theory* atau teori pembentukan perilaku
- Seorang ahli psikologi terkenal, Skinner mengembangkan sebuah teori perilaku untuk meningkatkan motivasi pegawai. Teori ini menyatakan bahwa untuk mengetahui perilaku pegawai, dapat diketahui melalui perkembangan perilaku manusia dalam berinteraksi dengan lingkungan. Oleh karena itu, untuk memprediksi perilaku pegawai di waktu yang mendatang, perlu dipahami dari pengalaman dan masa lalunya. Terdapat empat teknik yang dipergunakan untuk mengubah perilaku pegawai, yakni:
- 1) Penguatan positif
Meningkatkan perilaku yang diharapkan dengan memberikan konsekuensi yang menyenangkan seperti imbalan, bonus, promosi dan lain-lain.
 - 2) Penguatan negatif
Peningkatan perilaku melalui tindakan yang tidak menyenangkan. Misalnya melalui penghilangan atau eliminasi dari kegiatan bergengsi, pemotongan gaji dan lain-lain.

- 3) Peniadaan
Peniadaan pendorong yang menyertai perbuatan tidak diinginkan oleh anggota organisasi supaya tidak terulang lagi.
- 4) Adanya hukuman
Hukuman merupakan bentuk teguran kepada pegawai baik tertulis maupun lisan, tetapi juga dapat berupa pemotongan gaji dan lainnya.

c. Teori keadilan (*equity theory*)

Teori yang dikemukakan oleh Stacy Adams menyatakan bahwa setiap orang menginginkan hasil (*outcome*) yang diperoleh sama besar dengan masukan (*input*) yang telah dikeluarkan serta sesuai dengan hasil yang diterima oleh orang lain di unit kerja yang sama dari organisasi lain. Teori motivasi ini lebih menekankan kepada keinginan pegawai untuk diperlakukan adil sehingga mendorong mereka untuk meningkatkan motivasi kerjanya. Keadaan dinyatakan adil ketika imbalan yang diterima sebanding dengan usaha yang telah dilakukan dan juga sama dengan yang diterima oleh pegawai lainnya. Keadaan dikatakan tidak adil apabila usaha lebih besar atau lebih kecil dibandingkan hasil yang diterima. Jika ketidakadilan cenderung lebih besar dibandingkan perasaan adil, maka pegawai akan:

- 1) Mengubah input kerja yakni dengan mengurangi tingkat kerja.
- 2) Mengubah *reward* atau imbalan yang diterima dengan cara meminta perbaikan sistem *reward*.
- 3) Mengubah acuan yakni dengan berusaha membuat situasi terlihat lebih baik.
- 4) Mengubah situasi dengan cara pindah atau berhenti kerja.

Pendekatan pada Motivasi

Beberapa teori mengenai kebutuhan manusia telah diketahui, maka selanjutnya dikembangkan pendekatan untuk meningkatkan motivasi tersebut. Strauss dan Sayles menyebutkan ada lima pendekatan pada motivasi, yaitu:

1. Pendekatan yang keras (*be strong*)
Pendekatan ini menggunakan kekuasaan dan wewenang yang dimiliki untuk meningkatkan motivasi seseorang. Pendekatan ini cocok digunakan pada karyawan yang bertipe X, sehingga kinerja karyawan dapat meningkat.
2. Pendekatan untuk memperbaiki (*be good*)
Peningkatan motivasi dengan pendekatan ini mengutamakan pemenuhan kebutuhan yang dimiliki seseorang. Keberhasilan pendekatan ini bila kebutuhan dasar faali dan kebutuhan terhadap rasa aman telah terpenuhi. Harapannya dengan telah dipenuhinya kebutuhan karyawan, maka kinerja karyawan dapat menjadi lebih baik.
3. Pendekatan dengan tawar-menawar (*implicit bargaining*)
Pendekatan yang dilakukan dengan melakukan tawar-menawar kepada karyawan. Kebutuhan ini akan berhasil bila kebutuhan yang ditawarkan berkisar antara kebutuhan faali dan kebutuhan terhadap rasa aman.
4. Pendekatan melalui persaingan efektif (*effective competition*)
Pendekatan yang dilaksanakan oleh administrator dengan menciptakan persaingan yang sehat guna meningkatkan kemajuan. Pendekatan ini dapat digunakan untuk memenuhi berbagai tingkat kebutuhan. Walaupun akan lebih efektif bila kebutuhan tersebut berada pada tingkatan penghargaan diri, ataupun penampilan diri.
5. Pendekatan dengan proses internalisasi (*internalization process*)
Pendekatan ini mendorong terciptanya kesadaran dari diri masing-masing karyawan. Pendekatan ini lebih tepat dan cocok digunakan pada masyarakat ataupun karyawan yang telah maju baik secara ekonomi, teknologi maupun pendidikan.

Masing-masing pendekatan tersebut ada aspek positif dan aspek negatifnya. Penerapannya dalam kehidupan sehari-hari amat tergantung dari situasi dan kondisi yang dihadapi. Jika situasi dan kondisi memang membutuhkan pendekatan secara keras, maka pendekatan dengan cara tersebut haruslah dilakukan.

5.6 ¹ Komunikasi

Komunikasi berasal dari kata *communicare* yang artinya berpartisipasi atau memberitahukan. Selain itu juga berasal dari kata *communis* yang artinya milik bersama atau berlaku dimana-mana. Ada beberapa macam pengertian komunikasi, diantaranya yaitu:

- ¹ 1. Komunikasi adalah pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling percaya demi terwujudnya hubungan yang baik antara seseorang dengan orang lainnya.
- ¹ 2. Komunikasi adalah pemindahan informasi yang dapat dimengerti dari dua atau satu orang/kelompok kepada orang/kelompok lainnya.
- ¹ 3. Komunikasi adalah suatu hubungan yang dilakukan melalui surat, kata-kata, simbol, atau pesan yang bertujuan agar setiap manusia yang terlibat dalam proses dapat saling tukar-menukar arti dan pengertian terhadap sesuatu.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat diketahui bahwa tujuan utama dari komunikasi adalah menimbulkan saling pengertian antara kedua belah pihak, bukan persetujuan. Maksudnya ialah seseorang yang tidak setuju dengan suatu hal tetapi paham dan mengerti apa yang tidak ia setujui merupakan tujuan dari komunikasi. Komunikasi bisa dilakukan secara langsung maupun secara tidak langsung dengan menggunakan berbagai media komunikasi yang tersedia. Komunikasi langsung berarti komunikasi disampaikan tanpa penggunaan mediator atau perantara, sedangkan komunikasi tidak langsung berarti sebaliknya.

Berdasarkan pengertian diatas, komunikasi memiliki beberapa elemen penting, yaitu:

1. Komunikasi melibatkan orang-orang, sehingga komunikasi dapat berjalan dengan efektif.
2. Komunikasi melibatkan istilah-istilah atau pengertian, sehingga kedua belah pihak harus memahami istilah dan pengertian yang digunakan. Jika tidak maka kemungkinan terjadinya salah persepsi dalam komunikasi sangat tinggi.

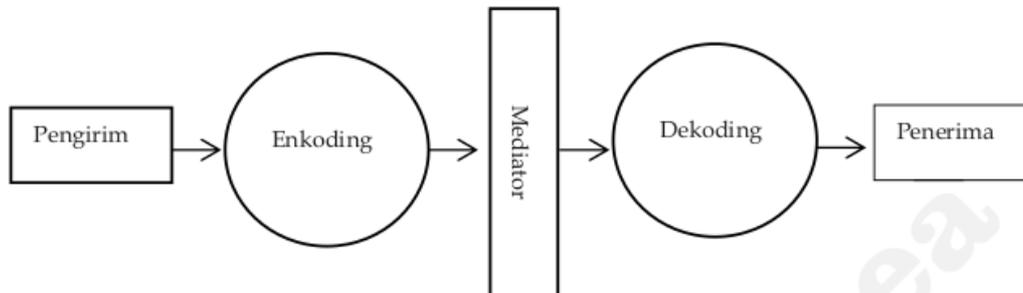
3. Komunikasi melibatkan simbol-simbol, yang berarti komunikasi dapat berupa bahasa tubuh, suara, huruf, dan lain-lain sebagai bentuk simbolis dari komunikasi yang dilakukan.

Komunikasi merupakan proses penerimaan atau penyampaian pesan dari satu orang ke orang lainnya, baik melalui proses langsung maupun tidak langsung, melalui tertulis, lisan ataupun bahasa isyarat. Komunikator merupakan pihak yang melakukan komunikasi. Pihak yang menerima informasi atau pesan adalah komunikan. Adapun orang yang memiliki kemampuan komunikasi yang mumpuni, efektif dan mampu menerima pesan dengan baik disebut sebagai orang yang komunikatif.

Proses Terjadinya Komunikasi

Proses komunikasi dapat diartikan sebagai “transfer informasi” atau pesan dari komunikator kepada komunikan. Tujuan dari terjadinya proses komunikasi adalah untuk mencapai pengertian bersama (*mutual understanding*) antara komunikator dengan komunikan. Awal mula terjadinya komunikasi ialah adanya pesan atau informasi yang dikirim atau disampaikan dari pengirim kepada penerima. Dalam hal ini pengirim dinamakan sumber pesan atau sumber informasi. Pesan atau informasi yang kemudian akan dikirim atau disampaikan tersebut pada mulanya akan mengalami proses penerjemahan pesan (*encoding*), artinya informasi atau pesan yang akan disampaikan mengalami transformasi ke dalam yang dapat ditransmisikan (kata-kata tertulis, kata-kata yang diucapkan, kode-kode komputer, dan seterusnya). Misalnya anda hendak menyampaikan informasi mengenai persetujuan, maka enkoding yang terjadi adalah dari pikiran atau perasaan setuju yang dirasakan pengirim diubah menjadi bentuk kalimat “ya” atau “ya, saya setuju” atau mungkin dengan bahasa non verbal seperti “anggukan kepala”. Bila pengirim dan penerima tidak berada di tempat yang sama, maka informasi yang akan disampaikan tersebut memerlukan *mediator*, seperti telepon, surat, atau berupa orang lain sebagai perantara mengirim pesan. Penerima kemudian bertanggung jawab untuk dua buah tindakan yaitu mengartikan pesan (*decoding*) dan menerima pesan. Dekoding merupakan proses penerjemahan kembali pesan yang diterima dari pengirim agar pesan tersebut memiliki arti.

Setelah pesan selesai diterjemahkan, maka pesan tersebut bisa diterima. Lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 5.3 Proses Komunikasi

Pada saat proses komunikasi terjadi, sangat mungkin terdapat berbagai macam gangguan (*noise*) sehingga pesan yang dikirim dipersepsikan keliru. Gangguan ini dapat berupa kesalahan persepsi si penerima saat menerjemahkan kata-kata dari pengirim (yakni pada saat dekoding), atau juga pada saat pengirim melakukan transformasi pesan (yakni saat enkoding) atau juga gangguan yang terjadi pada mediator. Apalagi bila mediator tersebut berupa alat telekomunikasi, orang, ataupun bentuk mediator lainnya dan pihak pengirim dan penerima terpisah oleh jarak dan waktu.

Fungsi Komunikasi

Komunikasi mempunyai fungsi yang amat penting, khususnya bagi suatu organisasi. Fungsi-fungsi tersebut antara lain:

1. Fungsi informasi
Fungsi ini terkait dengan proses penyampaian pengetahuan dan informasi yang berkaitan dengan suatu pekerjaan ataupun penugasan. Selain itu fungsi komunikasi dalam menyampaikan informasi erat kaitannya dalam memfasilitasi pembuatan keputusan.
2. Fungsi motivasi
Fungsi ini erat kaitannya dalam mengembangkan kepercayaan diri dan kemauan untuk berbuat lebih baik. Selain itu fungsi komunikasi ini juga berkaitan pemberian pujian, teguran, atau hal-hal lain.

3. Fungsi kontrol
Fungsi ini untuk mengontrol perilaku pegawai dalam berbagai cara. Selain itu fungsi kontrol ini mampu mendorong dan mengarahkan pegawai untuk menaati norma dan petunjuk organisasi.
4. Fungsi ekspresi emosional
Adanya komunikasi dalam organisasi juga berfungsi untuk melepas ketegangan dan pemenuhan kebutuhan sosial, misalnya canda tawa, marah, dan sebagainya.

Unsur-unsur Komunikasi

Terjadinya proses komunikasi tidak terlepas dari unsur-unsur komunikasi yang terlibat. Terdapat enam unsur penting komunikasi, yaitu:

1. Sumber
Sumber merupakan pihak yang menyampaikan informasi atau disebut juga pengirim pesan. Sumber informasi dapat berupa perseorangan atau dalam bentuk kelompok. Contohnya, yaitu partai politik, lembaga ataupun organisasi.
2. Pesan
Pesan yang dimaksud dalam proses komunikasi adalah sesuatu yang disampaikan pengirim kepada penerima. Pesan dapat disampaikan dengan cara tatap muka (*face to face*) atau melalui media komunikasi. Isi pesan bisa berupa ilmu pengetahuan, hiburan, informasi, nasihat atau propaganda. Dalam bahasa Inggris pesan biasanya diterjemahkan dengan kata *message*, *content* atau *information*. Supaya komunikasi sesuai dengan yang diharapkan, maka materi pesan harus jelas terutama dari segi bahasa agar menghasilkan kesamaan persepsi, kesamaan arti sehingga memudahkan terjadinya proses komunikasi yang efektif.
3. Media
Media yang dimaksud di sini ialah alat yang digunakan untuk memindahkan pesan dan sumber kepada penerima. Terdapat beberapa pendapat mengenai saluran atau media dalam komunikasi. Ada yang menilai bahwa media bisa bermacam-macam bentuknya, misalnya dalam komunikasi antar pribadi panca indera merupakan salah satu

media. Media komunikasi juga meliputi alat-alat teknologi seperti telepon, telegram, dan lainnya.

4. Penerima

Penerima adalah pihak yang menjadi sasaran pesan yang dikirim oleh sumber. Penerima bisa terdiri satu orang atau lebih, bisa dalam bentuk kelompok, partai atau negara. Penerima biasa disebut dengan berbagai macam istilah, seperti khalayak, sasaran, komunikan, atau dalam bahasa Inggris disebut *audience* atau *receiver*. Dalam proses komunikasi telah dipahami bahwa keberadaan penerima adalah akibat karena adanya sumber. Tidak ada penerima jika tidak ada sumber. Penerima adalah elemen penting dalam proses komunikasi, karena penerima merupakan sasaran dari proses komunikasi. Jika suatu pesan tidak diterima oleh penerima, maka menimbulkan berbagai macam masalah yang seringkali menuntut perubahan, baik pada sumber, pesan atau saluran.

5. *Feedback*

Feedback adalah tanggapan yang diberikan oleh penerima terhadap informasi yang diterima. Adanya *feedback* ini berguna bagi pengirim pesan untuk memahami bahwa komunikasi berlangsung dengan baik atau terdapat hambatan.

6. Akibat

Akibat adalah hasil dari suatu komunikasi, perubahan pada diri sasaran. Perubahan dapat ditemukan pada pengetahuan, sikap ataupun perilaku.

Hambatan Komunikasi

Seperti telah dijelaskan diatas, pada proses komunikasi yang terjadi sering kali terdapat gangguan (*noise*). Adanya gangguan ini menghalangi komunikasi berjalan dengan baik dan efektif. Menurut Schermerhorn, J.R (1996), terdapat lima jenis hambatan komunikasi, yaitu:

1. Gangguan Teknis

Gangguan teknis sering terjadi dalam komunikasi dari dulu hingga sekarang dimana alat yang digunakan dalam berkomunikasi mengalami kerusakan (*channel noise*). Gangguan yang bersifat teknis,

seperti gangguan pada alat komunikasi, media maupun teknologi. Misalnya sedang berkomunikasi melalui via telepon tiba-tiba terputus karena gangguan jaringan sehingga terjadinya gangguan dalam berkomunikasi.

2. Masalah semantik

Semantik adalah pengetahuan tentang pengertian atau makna kata yang sebenarnya. Hambatan semantik adalah hambatan mengenai bahasa, yang digunakan oleh komunikator, maupun yang digunakan komunikan. Hambatan semantik dalam proses komunikasi dapat terjadi dalam beberapa bentuk, yakni:

Pertama, komunikator salah mengucapkan kata atau istilah akibat berbicara terlalu cepat. Saat berbicara, pikiran dan perasaan belum terformulasikan, namun kata-kata terlanjur diucapkan. Misal mengatakan "demokrasi" jadi "demonstrasi"; partisipasi menjadi "partisipasi"; "ketuhanan" jadi "kehutanan", dan banyak lagi kata yang sering salah diucapkan karena tergesa-gesa.

Kedua, adanya perbedaan makna dan pengertian kata atau istilah yang sama akibat aspek psikologi. Misalnya kata "Gedang" berarti "pepaya" bagi orang Sunda, namun berarti "pisang" menurut orang Jawa. Sedangkan kata "pepaya" untuk orang Jawa adalah "kates".

Ketiga, adanya pengertian yang konotatif. Kata-kata yang sebenarnya itu disebut pengertian denotatif, yaitu kata-kata yang lazim diterima oleh orang-orang dengan bahasa dan kebudayaan yang sama.

3. Tidak ada *feedback*

Pengirim pesan dapat mengira penerima pesan sudah mengerti, padahal sebenarnya belum memahami isi pesan yang disampaikan oleh pengirim.

4. Gangguan fisik

Rintangan yang disebabkan karena kondisi geografis, misalnya jarak yang jauh sehingga sulit dicapai, tidak adanya sarana kantor pos, jalur transportasi, dll. Jika dalam kasus komunikasi antar manusia ini dapat diartikan karena adanya gangguan organik, yaitu tidak berfungsinya salah satu panca indra penerima informasi. Rintangan fisik dapat

berupa hambatan jarak komunikasi, kebisingan, dan kesemrawutan lingkungan.

5. Rintangan Status

Kondisi atau situasi perbedaan status antara komunikator dengan khalayak seringkali menjadi hambatan yang dapat mengurangi pencapaian tujuan komunikasi. *Misalnya: "ketika seorang dosen muda harus memberi kuliah didepan mahasiswa pasca sarjana yang ternyata sebagian besar adalah atasannya di departemen tertentu"*.

Jenis-jenis Komunikasi

Pada praktik komunikasi, khususnya komunikasi pada suatu organisasi, terdapat macam-macam arah atau arus komunikasi, yaitu:

1. Komunikasi ke bawah

Komunikasi ke bawah mengalir dari satu tingkatan organisasi atau kelompok ke sebuah tingkatan yang lebih rendah. Struktur-struktur klasik dari organisasi ini biasanya menspesifikasi rantai komando untuk berkomunikasi ke bawah. Terdapat lima jenis informasi yang mengalir ke bawah melalui saluran komunikasi, yaitu:

- a. Petunjuk-petunjuk tugas yang spesifik dan instruksi-instruksi pekerjaan.
- b. Informasi yang didesain untuk menghasilkan pengertian tentang tugas dan hubungannya dengan tugas-tugas organisasi lainnya.
- c. Informasi tentang kebijaksanaan organisasi dan pelaksanaan operasionalnya.
- d. Umpan balik kepada para bawahan tentang kinerja mereka.
- e. Informasi tentang karakteristik ideologi sebagai misi organisasi dengan cara mengulang-ulang latihan dan pengajaran supaya bawahan bisa terkesan dengan misi tersebut.

2. Komunikasi ke atas

Komunikasi ke atas mengalir dari satu tingkatan organisasi atau kelompok ke tingkatan yang lebih tinggi. Struktur-struktur organisasi ini secara khusus memberikan peluang untuk penggunaan komunikasi dengan

saluran ke atas. Terdapat empat jenis informasi yang sering mengalir melalui saluran komunikasi ke atas, yaitu:

- a. Informasi tentang keberhasilan, kemajuan, dan rencana-rencana mendatang dari para bawahan
- b. Informasi tentang masalah-masalah pekerjaan yang memerlukan bantuan dari tingkatan lebih atas dalam organisasi.
- c. Ide-ide untuk perbaikan dalam aktivitas dan fungsi yang berhubungan dengan pekerjaan.
- d. Informasi mengenai perasaan para bawahan tentang pekerjaan atau isu-isu yang berhubungan dengan pekerjaan.

3. Komunikasi horizontal

Komunikasi horizontal ini mengalir diantara orang-orang atau kelompok yang sama tingkatannya. Biasanya sebuah organisasi tidak akan mengidentifikasi saluran-saluran komunikasi horizontal secara formal. Walaupun begitu, komunikasi horizontal ini memiliki nilai yang sangat penting dalam menentukan efektivitas dalam organisasi. Empat fungsi penting dari komunikasi horizontal adalah:

- a. Adanya koordinasi antar kegiatan
- b. Adanya Informasi yang luas
- c. Adanya Persuasi antar anggota organisasi
- d. Memahami perasaan para anggota organisasi yang sama levelnya.

4. Komunikasi diagonal

Komunikasi yang terjalin antara unit kerja yang berbeda jenjang hierarki atau tingkatan akan tetapi melaksanakan kegiatan yang sama.

BAB 6

PENGAWASAN

6.1 Prinsip Pengawasan

Fungsi kelima dalam manajemen adalah pengawasan. Pengawasan merupakan suatu proses untuk menilai hasil kinerja ataupun prestasi yang dilaksanakan oleh SDM dari suatu organisasi, fungsi pengawasan melakukan tindakan untuk menjamin hasil yang dicapai agar sesuai dengan harapan dan rencana yang telah ditetapkan. Tujuan utama dilakukannya pengawasan yaitu agar hasil yang dicapai sesuai dan konsisten dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Lebih lanjut tujuan pengawasan juga untuk mengambil keputusan dan memecahkan masalah, ketika dalam proses pengawasan terjadi kesalahan atau masalah. Pengawasan membantu penilaian apakah perencanaan, pengorganisasian, penyusunan personalia, dan pengarahan telah dilaksanakan secara efektif, serta fungsi pengawasan itu sendiri harus diawasi.

Robert J. Mockler menyampaikan bahwa pengawasan merupakan proses yang penting dilakukan mengingat pengawasan merupakan proses yang sistematis meliputi kegiatan penetapan standar pelaksanaan pada tahap perencanaan, mempersiapkan sistem *feedback*, melakukan perbandingan antara kegiatan yang sedang dilakukan atau telah dilakukan dengan standar yang telah ditetapkan pada saat perencanaan, menentukan dan mengukur penyimpangan yang terjadi, serta melakukan perbaikan yang diperlukan untuk menjamin bahwa sumber daya organisasi

digunakan secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Fungsi *controlling* atau pengawasan memiliki pengertian yang cukup luas, oleh karenanya sebelum membahas mengenai pengawasan, terlebih dahulu hendaknya dipahami batasan dari pengawasan itu sendiri. Berikut ini beberapa definisi atau batasan mengenai pengawasan:

1. Pengawasan pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dalam usaha mengendalikan, menilai dan mengembangkan kegiatan organisasi agar sesuai dengan rencana dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.
2. Pengawasan merujuk pada pengertian bahwa para pimpinan berusaha untuk meyakinkan bahwa organisasi bergerak dalam arah atau jalur tujuan yang tepat. Bila organisasi berjalan menuju arah yang tidak tepat, maka peran manajer harus mencari penyebabnya dan mengembalikan ke jalur tujuan yang benar.
3. Pengawasan ialah suatu proses dimana pimpinan ingin mengetahui apakah hasil pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan oleh bawahannya sesuai dengan rencana, perintah, tujuan, atau kebijaksanaan yang telah ditentukan.
4. Pengawasan (*controlling*) adalah kegiatan yang dilakukan untuk mencocokkan kegiatan operasional (*actuating*) yang dilakukan di lapangan sesuai dengan rencana (*planning*) yang telah dibuat sebelumnya guna mencapai tujuan (*goal*) dari organisasi.
5. Pengawasan juga mempunyai arti sebagai proses memonitoring semua kegiatan yang dilakukan organisasi telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Pengawasan juga meliputi kegiatan perbaikan dan pembenahan bila terjadi kekeliruan atau penyimpangan yang dapat menghambat pencapaian tujuan organisasi.

Berdasarkan dari pemaparan diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa pengawasan terdiri dari berbagai komponen yakni suatu aktivitas yang dilaksanakan dengan melihat, mengamati, menilai, mengoreksi, mencocokkan kegiatan yang dilaksanakan dengan perencanaan yang sudah ditetapkan. Kegiatan pengawasan juga melaksanakan perbaikan bila pekerjaan yang dilakukan tidak sesuai dengan rencana. Kesalahan,

penyimpangan, cacat, kecurangan, korupsi dan hal-hal yang bersifat negatif merupakan objek dari sebuah kegiatan pengawasan.

Menurut Stoner J.A., R.E. Freeman dan D.R Gilbert Jr. (1995), terdapat 5 alasan utama perlu dilakukan pengawasan antara lain:

1. *To create better quality* (untuk mengupayakan kualitas yang lebih baik). Pengontrolan diperlukan untuk memastikan kualitas. TQM (*Total Quality Management*) merupakan hasil pengembangan konsep manajemen yang mengupayakan terjadinya perbaikan dalam kontrol. Adanya TQM, mampu mendorong pencapaian standar kualitas, membuat perbaikan dalam produktivitas, dan penurunan *turnover*.
2. *To cope with change* (untuk mengantisipasi perubahan). Berbagai perubahan lingkungan organisasi terjadi terus menerus dan tidak dapat dihindari, seperti munculnya inovasi produk dan pesaing baru, ditemukannya bahan baku baru dsb. Melalui fungsi pengawasan, manajer akan mendeteksi perubahan yang berpengaruh pada barang dan jasa organisasi sehingga mampu menghadapi tantangan atau memanfaatkan peluang adanya perubahan tersebut.
3. *To create faster cycle* (untuk mempercepat siklus). Pada prinsipnya, konsumen mengharapkan perbaikan dalam desain, kualitas dan waktu pengiriman (*delivery time*). Adanya pengawasan mampu mempercepat siklus, mulai dari penciptaan hingga hingga pendistribusian.
4. *To add value* (untuk memberi nilai tambah)
5. *To facilitate delegation and teamwork* (untuk memfasilitasi pendelegasian dan kerja sama tim). Bila manajer mendelegasikan wewenang kepada bawahannya tanggung jawab atasan itu sendiri tidak berkurang. Satu-satunya cara manajer dapat menentukan apakah bawahan telah melakukan tugasnya adalah dengan mengimplementasikan sistem pengawasan.

6.2 Manfaat Pengawasan

Jika pengawasan dilakukan dengan baik dan teliti, maka akan diperoleh manfaat yang besar bagi suatu organisasi, yaitu:

1. Pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dapat diarahkan semaksimal dan sebaik mungkin.
2. Memastikan biaya yang dipergunakan untuk mencapai tujuan organisasi tidak melebihi batas yang telah ditetapkan dalam perencanaan, akan lebih baik lagi bila mampu menekan penggunaan biaya sehingga lebih efisien.
3. Adanya proses pengawasan yang baik dan cermat dapat merangsang karyawan bekerja lebih giat, berprestasi dan mengembangkan kreativitas.

6.3 Karakteristik Pengawasan yang Efektif

Sistem pengawasan dinyatakan efektif apabila mampu memberikan informasi yang tepat dan adekuat sehingga dapat dijadikan sebagai dasar dalam mengambil keputusan. Dengan demikian informasi tersebut harus jelas, mudah dipahami dan padat. Sistem pengawasan yang efektif tidak hanya mampu menemukan masalah atau kesenjangan saja, akan tetapi juga membantu menjawab pertanyaan mengapa penyimpangan dapat terjadi dan juga membantu penyelesaian masalah dengan merinci apa yang harus dilakukan untuk memperbaikinya.

Pengawasan dapat berjalan efektif apabila manajer mampu menghayati respon yang dikeluarkan manusia terhadap pengawasan. Manusia memiliki respon yang bermacam-macam dengan adanya pengawasan ini yaitu ada yang menentang keras sistem pengawasan, ada yang mempertahankan diri sistem pengawasan yang diterapkan padanya dan membela kinerjanya dan menolak sasaran kinerja yang tersirat dan tersurat pada tujuan. Penolakan akan semakin besar bila sumber daya yang tersedia hanya sedikit dan situasi penuh tekanan. Pada kondisi ini karyawan atau bawahan akan mempertahankan hasil kerjanya yang dibatasi oleh kendala sehingga pengawasan biasanya tidak dikehendaki.

Adapun pengawasan dikatakan efektif bila memenuhi ciri-ciri sebagai berikut:

1. Akurat. Artinya informasi yang disampaikan terkait pelaksanaan kegiatan harus benar dan terpercaya. Informasi yang tidak benar mengakibatkan kesalahan dalam menentukan tindakan koreksi yang akan dilakukan, atau bahkan dapat menimbulkan permasalahan baru yang lebih serius.
2. Tepat-Waktu. Artinya informasi mengenai kesalahan yang terjadi harus segera dikumpulkan, disampaikan dan dikaji sehingga perbaikan dapat segera dilakukan.
3. Objektif dan menyeluruh. Artinya informasi-informasi mudah di mengerti oleh semua pihak, tidak memihak dan lengkap. Sehingga tidak menimbulkan prasangka yang tidak baik.
4. Berfokus kepada pengawasan strategik. Artinya pengawasan harus memberikan perhatian lebih kepada bidang yang sering mengalami penyimpangan dari standar yang telah ditetapkan dan pada bidang yang dapat menyebabkan kerusakan paling serius.
5. Realistik secara ekonomi. Artinya biaya yang diperlukan untuk melaksanakan pengawasan harus lebih rendah atau sama dengan kegunaan yang didapatkan dari sistem tersebut.
6. Realistik secara organisasional. Artinya sistem pengawasan yang digunakan sesuai dengan kenyataan atau fakta yang ada pada suatu organisasi.
7. Terkoordinasi dengan aliran kerja organisasi. Informasi pengawasan harus terkoordinasi dengan aliran kerja organisasi, karena setiap tahap dari proses pekerjaan dapat mempengaruhi sukses atau kegagalan keseluruhan operasi, serta informasi harus sampai pada seluruh personalia yang memerlukannya.
8. Fleksibel. Pengawasan harus bersifat leluasa dalam memberikan tanggapan atau reaksi terhadap ancaman ataupun kesempatan yang terjadi di lingkungan sekitar.
9. Bersifat sebagai petunjuk dan operasional. Artinya sistem pengawasan yang efektif harus mampu menjadi petunjuk, baik untuk deteksi atau deviasi dari standar, dan menetapkan tindakan koreksi yang tepat.
10. Diterima para anggota organisasi. Artinya sistem pengawasan harus mampu berbaur dengan anggota organisasi, sehingga para anggota

tidak merasa sedang diawasi melainkan merasa diarahkan untuk melaksanakan pekerjaan dan mendorong pegawai untuk berprestasi.

6.4 Proses Pengawasan

Pengawasan merupakan usaha yang dilakukan secara sistematis dengan menetapkan standar untuk masing-masing tujuan yang telah ditetapkan, melakukan merancang bangun sistem, umpan balik informasi, membandingkan kinerja yang dicapai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan ada atau tidaknya penyimpangan serta mengukur kemudaratannya, dan mengambil tindakan yang diperlukan yang menjamin pemanfaatan penuh sumber daya yang digunakan secara efisien dan efektif dalam rangka pencapaian tujuan organisasi. Berikut ini langkah-langkah dilakukannya pengawasan yaitu:

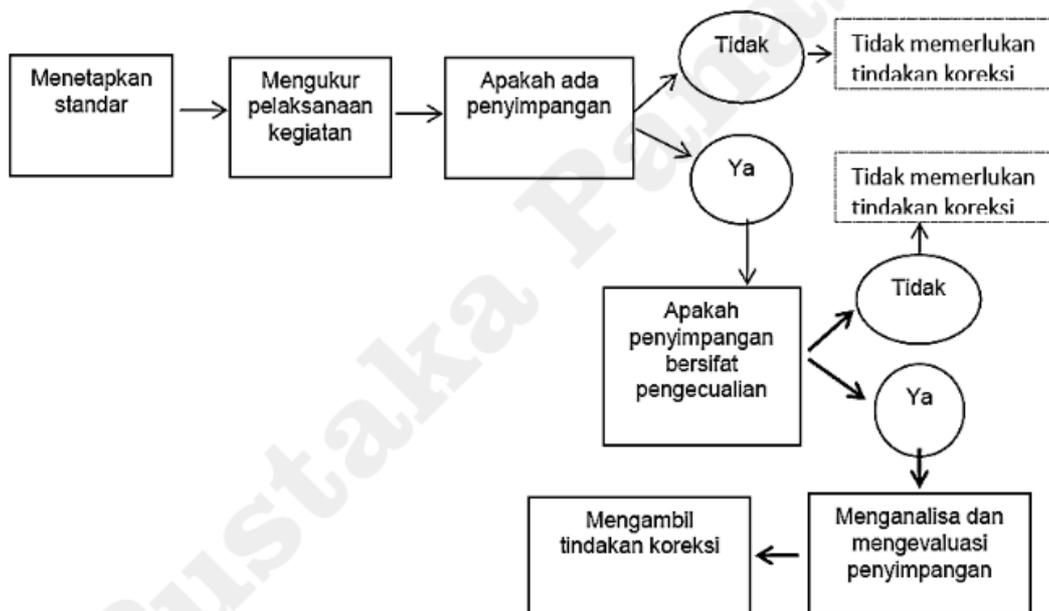
1. Penetapan standar pelaksanaan

Langkah awal yang harus dilakukan sebelum melakukan pengawasan adalah menetapkan standar pelaksanaan. Standar pengawasan merupakan satuan pengukuran yang digunakan sebagai patokan untuk melakukan penilaian terhadap kinerja organisasi. Hal-hal yang dapat digunakan menjadi standar yaitu tujuan organisasi atau kegiatan, sasarannya, kuota serta target pelaksanaan. Adapun bentuk standar yang lebih khusus antara lain: target penjualan, anggaran, bagian pasar, margin keuntungan, keselamatan kerja, dan sasaran produksi.

Terdapat tiga bentuk standar yang umum digunakan yaitu:

- a. Standar-standar fisik, terdiri dari jumlah barang ataupun jasa, banyaknya langganan, ataupun kualitas produksi.
- b. Standar yang kedua yaitu standar moneter, bentuk dari standar moneter yaitu rupiah dan meliputi biaya penjualan, pendapatan penjualan, laba kotor dan sejenisnya.
- c. Standar-standar waktu, terdiri dari kecepatan produksi ataupun batas waktu pekerjaan harus diselesaikan.

Bentuk standar yang ada dapat dinyatakan dalam bentuk yang hasilnya dapat dihitung. Hal ini mendorong manajer untuk menyampaikan pelaksanaan kerja yang diharapkan kepada para bawahan dengan jelas, padat dan mudah dipahami. Standar harus ditetapkan secara akurat dan diterima mereka yang bersangkutan. Standar-standar yang tidak dapat dihitung juga memainkan peranan penting dalam proses pengawasan. Pada dasarnya pengawasan dengan standar kualitatif lebih sulit dicapai, namun hal ini tetap penting untuk mencoba mengawasinya. Misal, standar kesehatan personalia, promosi karyawan yang terbaik, sikap kerja sama, dan berpakaian yang pantas dalam bekerja.



Gambar 6.1 Proses Pengawasan

2. Penentuan pengukuran pelaksanaan kegiatan

Penetapan standar pengukuran dan sistem monitoring ditentukan, pengukuran pelaksanaan kegiatan nyata. Oleh karena itu, tahap kedua dalam pengawasan adalah menentukan pengukuran pelaksanaan kegiatan secara tepat. Misalkan timbul beberapa pertanyaan yang penting berikut ini dapat digunakan: Berapa kali (*how often*) pelaksana

seharusnya diukur setiap jam, harian, mingguan, dan bulanan?. Dalam bentuk apa (*what form*) pengukuran akan dilakukan laporan tertulis, inspeksi visual, melalui telephone?. Siapa (*who*) yang akan terlibat-manajer, staf departemen?. Pengukuran ini sebaiknya mudah dilaksanakan dan tidak mahal, serta dapat diterapkan kepada para karyawan.

3. Pengukuran pelaksanaan kegiatan

Kegiatan selanjutnya setelah menentukan frekuensi pengukuran dan sistem monitoring yang digunakan yaitu pengukuran pelaksanaan. Kegiatan pengukuran pelaksanaan ini merupakan kegiatan yang dilakukan secara berulang-ulang dan berkelanjutan. Ada berbagai cara untuk melakukan pengukuran pelaksanaan kegiatan, yaitu:

- a. Dilakukan melalui pengamatan secara langsung atau observasi.
- b. Melalui laporan yang dikumpulkan, baik melalui laporan lisan dan tertulis.
- c. Menggunakan metode-metode otomatis.
- d. Inspeksi dan pengujian (*test*), atau dengan pengambilan sampel.
- e. Melalui pemeriksa intern (*internal auditor*) sebagai pelaksana pengukuran.

4. Membandingkan hasil dengan standar evaluasi

Kegiatan pada tahap ini merupakan tahapan kritis dibandingkan tahapan yang lainnya. Pada dasarnya kegiatan ini sangat mudah dilakukan yakni dengan menilai hasil yang dicapai dengan standar yang telah ditentukan. Tahapan tersulit yaitu ketika ditemukannya penyimpangan atau kesalahan dari hasil kegiatan. Penemuan terhadap penyimpangan ini kemudian dianalisa untuk mencari penyebab munculnya kesalahan tersebut. Untuk menentukan apakah penyimpangan tersebut perlu segera mendapat tindakan atau tidak, manajer dapat mengetahui dari *feedback* ataupun meminta saran dari pelaksana kegiatan atau seseorang yang ahli dalam bidang tersebut.

5. Melakukan perbaikan

Ini merupakan tahapan terakhir dalam proses pengawasan. Tujuan utama tindakan ini yaitu mendapatkan hasil yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Bila hasil analisa menunjukkan perlu

dilakukannya tindakan perbaikan, maka pimpinan perlu segera melakukan tindakan. Tindakan yang dapat dilakukan berupa penambahan standar kinerja ataupun perbaikan pelaksanaan ataupun penerapan dari keduanya. Beberapa tindakan perbaikan yang dapat dilakukan, yaitu:

- a. Memperbaiki standar awal yang telah ditetapkan, kemungkinan standar awal yang ditetapkan terlalu tinggi ataupun terlampau rendah.
- b. Melakukan perubahan pada pengukuran pelaksanaan, hal ini bisa dikarenakan inspeksi yang dilakukan terlalu sering ataupun terlalu jarang, ataupun dapat melakukan penggantian pada sistem pengukurannya.
- c. Melakukan perubahan sudut pandang dalam analisa dan interpretasi penyimpangan.

6.5 Metode Pengawasan

Pengawasan yang baik mampu menemukan penyimpangan dan kemudian melaporkannya. Akan tetapi untuk menemukan penyimpangan, pengawasan harus dilakukan dengan cermat dan juga perlu menggunakan metode yang tepat. Berikut ini beberapa metode pengawasan yang dapat digunakan yaitu:

1. Pengawasan dengan metode kualitatif
Pengawasan dengan metode kualitatif dilakukan dengan pengamatan langsung, inspeksi langsung secara teratur, pelaporan yang dilakukan baik secara lisan maupun tertulis, melakukan evaluasi pelaksanaan dan berdiskusi dengan bawahan terkait pelaksanaan suatu kegiatan.
2. Pengawasan dengan metode kuantitatif
Pengawasan dengan metode kuantitatif dilakukan melalui pengawasan pada anggaran (*budget*), melakukan audit internal, menggunakan analisa *break event point*, menggunakan analisa rasio, menggunakan bagan dan teknik yang berhubungan dengan waktu pelaksanaan kegiatan seperti *Gantt chart*, *Program Evaluation and Review Technique* (PERT), *Critical path Method* (CPM).

6.6 Jenis Pengawasan

Ada tiga tipe dasar pengawasan, yaitu:

1. Pengawasan awal (*feed forward control*)

Pengawasan jenis ini dilaksanakan untuk memberikan peringatan awal serta mencegah terjadinya penyimpangan yang besar. Pengawasan awal mengharuskan para manajer lebih aktif dan agresif dalam melakukan pengawasan sehingga penyimpangan yang lebih banyak tidak terjadi kedepannya. Pengawasan ini lebih efektif bila didukung dengan informasi statistik yang akurat dan terpercaya.

2. Pengawasan pada proses

Pengawasan ini dilaksanakan bersamaan dengan dilaksanakannya sebuah kegiatan atau biasa disebut dengan *concurrent control*. Pengawasan proses ini menilai apakah prosedur yang dilakukan dalam melaksanakan kegiatan telah tepat dan tidak menyalahi aturan. Apabila ditemukan adanya kesalahan maka pimpinan atau manajer dapat segera memperbaiki sehingga hasil kegiatan sesuai dengan rencana dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

3. Pengawasan umpan balik (*feedback control*)

Pengawasan jenis ini biasa disebut juga sebagai *past-action control*. Tujuan dari pengawasan tipe ini yaitu mengukur hasil dari suatu kegiatan yang telah dilaksanakan. Pengawasan ini bersifat historis, pengukuran dilakukan setelah kegiatan terjadi. Pengawasan ini bertujuan untuk memastikan ulang bahwa hasil kegiatan atau produksi sesuai dengan rencana dan standar yang telah ditetapkan. Bila dalam pengawasan tipe ini ditemukan penyimpangan, maka temuan ini akan dievaluasi lebih lanjut dan dijadikan pembelajaran untuk perbaikan kedepannya.

6.7 Alat Bantu Pengawasan Manajerial

Ada banyak teknik yang dapat digunakan oleh pimpinan untuk membantu proses pengawasan menjadi lebih efektif. Dua teknik yang paling sering digunakan yaitu:

1. *Management by Exception* (MBE)

Management by exception atau prinsip pengecualian, membantu pimpinan untuk melakukan pengawasan pada bidang yang paling kritis dan rentan terjadi masalah. Dengan menggunakan MBE, pimpinan juga memberikan kewenangan kepada karyawan atau manajer tingkat menengah mengatasi masalah yang rutin terjadi. MBE dapat dipraktikkan oleh manajer bagian produksi, penjualan, keuangan, personalia, pengawasan mutu, dan bidang-bidang fungsional lainnya. Manajer lini pertama juga dapat menggunakan prinsip MBE ini dalam kegiatan pengawasan rutin mereka. Pengawasan dengan menggunakan prinsip MBE ini memerlukan biaya yang murah, akan tetapi penyimpangan ditemukan setelah kegiatan selesai dilaksanakan. Pengawasan MBE ini sering digunakan untuk operasi organisasi yang bersifat otomatis dan rutin.

2. *Management Information Systems* (MIS)

Management Information System atau sistem informasi manajemen mempunyai peran yang cukup penting dalam pelaksanaan fungsi manajemen perencanaan dan pengawasan yang efektif. MIS merupakan metode penyampaian informasi yang akurat dan tepat waktu dan diperlukan oleh manajemen dalam melaksanakan fungsi perencanaan, pengawasan juga operasional organisasi. Dengan adanya informasi yang akurat dan tepat waktu ini diharapkan keputusan yang dibuat oleh pimpinan efektif dan tepat sasaran. Informasi yang lengkap berupa informasi masa lalu, sekarang dan masa yang akan datang akan membantu proses pengawasan berjalan dengan baik dan mencegah kejadian di masa lampau terulang kembali. Tahapan dalam merancang MIS yaitu:

- a. Tahapan survei awal dan perencanaan masalah.
- b. Tahap desain konseptual.
- c. Tahap desain yang lebih rinci.
- d. Tahap implementasi akhir.

Konsep MIS sangat berkaitan dengan penggunaan teknologi komputer, yang meliputi kapasitas dari sebuah komputer maupun program-

program yang ada di komputer dan lainnya. Penggunaan MIS tanpa bantuan komputer akan mengakibatkan informasi yang ada kurang mutakhir dan terpercaya. Poin penting dari penggunaan MIS yaitu membantu manajemen dalam menentukan sumber daya manusia yang tepat dengan jumlah tepat dan bersumber dari informasi yang tepat pula.

-oo0oo-

Pustaka Panasea

BAB 7

SISTEM KESEHATAN

7.1 Pendahuluan

Faktor penunjang keberhasilan manajemen kesehatan ditentukan oleh tersedianya data dan informasi kesehatan yang akurat. Data dan informasi ini digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan guna memperoleh data dan informasi kesehatan yang berkualitas diperlukan suatu sistem informasi kesehatan yang baik. Pembangunan Sistem Informasi Kesehatan yang baik dan berkualitas ini membutuhkan pengetahuan konsep dasar sistem informasi kesehatan dan dasar-dasar dalam pengembangannya. Untuk dapat lebih memahami secara konseptual dan aplikasi Sistem Informasi Kesehatan, dimulai dengan memahami konsep dasar Sistem Informasi Kesehatan yang berisi definisi dan kerangka dasar Sistem Informasi Kesehatan.

Pengertian Sistem

Ada 2 pendekatan atau segi dalam mendefinisikan sistem, yaitu:

1. Pendekatan pada prosedurnya. Sistem adalah suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan suatu kegiatan atau untuk menyelesaikan suatu sasaran tertentu.

2. Pendekatan pada elemennya
3. Sistem adalah sekelompok elemen-elemen yang terintegrasi dengan maksud yang sama untuk mencapai suatu tujuan.
4. Gabungan dari beberapa komponen yang bekerja sama untuk mencapai tujuan umum.
5. Suatu tatanan dimana terjadi satu kesatuan usaha dari berbagai unsur yang saling berkaitan secara teratur menuju pencapaian tujuan dalam suatu lingkungan tertentu

Adapun secara umum, sistem merupakan suatu totalitas himpunan benda-benda atau bagian-bagian yang satu sama lain berhubungan sedemikian rupa, sehingga menjadi satu kesatuan yang terpadu untuk bersama-sama mengubah masukan menjadi keluaran agar mencapai tujuan tertentu.

Ciri yang mendasari suatu sistem adalah:

1. Pencapaian suatu tujuan
2. Mempunyai struktur tertentu
3. Terdiri dari komponen-komponen
4. Adanya kesatuan usaha berbagai komponen
5. Saling berhubungan yang teratur

Unsur Sistem

Telah disebutkan bahwa sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Bagian dan elemen yang dimaksud dapat diuraikan sebagai berikut: (Azwar, 1996)

1. Masukan

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Unsur masukan terdiri dari tiga macam yang terdiri dari tenaga (*man*), dana (*money*), dan sarana (*material*). Apabila tenaga dan sarana tidak sesuai dengan standar, serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan.

2. Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran.

3. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

4. Umpan Balik

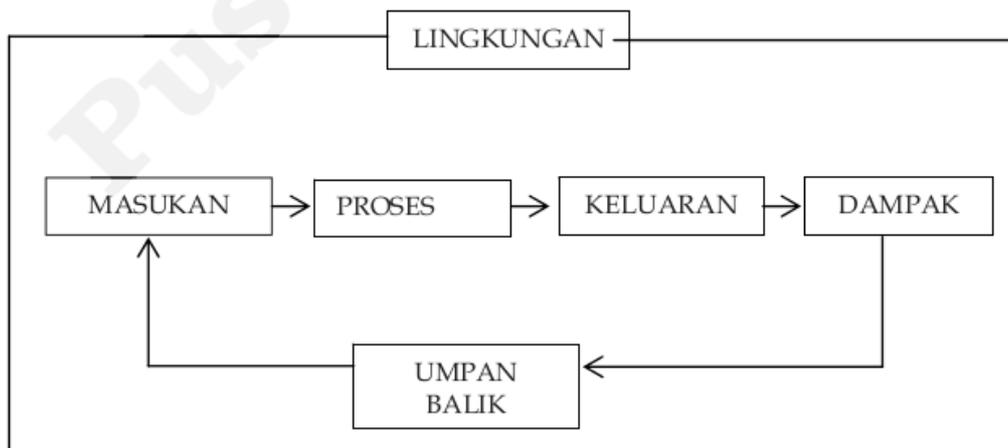
Umpan balik (*feedback*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

5. Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

6. Lingkungan

Lingkungan (*environment*) adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem, tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem. Keadaan sekitar yang terpenting untuk institusi kesehatan adalah kebijakan (*policy*), organisasi (*organization*), dan manajemen (*management*). Apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar dan atau tidak bersifat mendukung, maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.



Gambar 7.1 Unsur Sistem

Pengertian Data dan Informasi

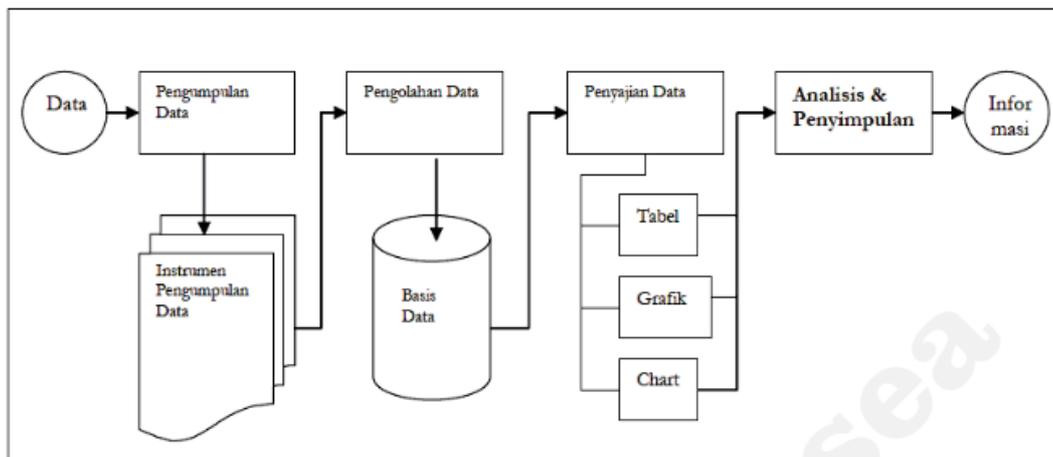
Data merupakan bentuk jamak dari kata *datum* (Latin) yang berarti sebagian kecil dari informasi atau sebuah fakta yang diketahui atau diperkirakan yang digunakan sebagai dasar dari teori, kesimpulan atau inferensi. Data itu sendiri mempunyai arti informasi yang faktual merupakan fakta-fakta atau gambaran-gambaran yang didapat dari eksperimen atau survei yang digunakan sebagai dasar dalam perhitungan atau penyusunan kesimpulan. Dalam sistem informasi (ilmu komputer), data merupakan informasi perhitungan dari pengolahan komputer berupa angka, teks, gambar, suara dalam bentuk yang cocok untuk penyimpanan dan pengolahan oleh komputer. Adapun dalam statistik, data adalah himpunan angka-angka yang merupakan nilai dari unit sampel kita sebagai hasil dari mengamati / mengukur.

Adapun pengertian informasi adalah data yang diolah menjadi bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi yang menerimanya. Informasi merupakan kumpulan fakta atau data yang sangat berguna. Ciri-ciri informasi:

1. Relevan, informasi yang diberikan harus sesuai dengan yang dibutuhkan.
2. Akurat, informasi harus mencerminkan keadaan yang sebenarnya dan informasi tersebut harus bebas dari kesalahan-kesalahan.
3. Tepat pada waktunya, informasi itu harus tersedia atau ada pada saat informasi tersebut diperlukan dan tidak terhambat.
4. Konsisten, informasi yang diterima harus sesuai dengan data yang sebenarnya dan tidak mengalami perubahan.

Transformasi Data Menjadi Informasi

Ada empat langkah transformasi data menjadi informasi yaitu pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data dan analisis data. Selanjutnya diilustrasikan sebagai berikut:



Gambar 7.2 Proses Transformasi Informasi

1. Proses pengumpulan data diawali dengan ketersediaan data pada sumber data baik dalam bentuk hasil pencatatan dan pelaporan ataupun hasil survei.
2. Pengolahan data dapat dilakukan secara manual maupun dengan bantuan perangkat komputer. Proses pengolahan data atau transformasi adalah kegiatan-kegiatan mengubah data menjadi informasi dengan cara tertentu sesuai dengan keperluan terhadap informasi yang dihasilkan. Umumnya terdapat empat kelompok cara pengolahan data yaitu klasifikasi, sortir, kalkulasi dan kesimpulan.
 - a. Klasifikasi adalah mengelompokkan data berdasarkan kesamaan karakteristik ke dalam grup atau kelas. Sebagai contoh data PHBS dikelompokkan dahulu berdasarkan karakteristik datanya antara lain: nama Desa, nama Kecamatan dan Kabupaten. Selanjutnya mengelompokkan data kepala keluarga kemudian kelompok kondisi PHBS perilaku, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan.
 - b. Kalkulasi adalah kegiatan pengolahan data dalam bentuk penghitungan angka-angka (*arithmetic*). Manipulasi angka-angka dari data disebut kalkulasi berupa penjumlahan, pengurangan, perkalian, pembagian, pemangkatan, pengakaran dan sebagainya.

- c. Sortir merupakan prosedur penyusunan data dengan urutan. Penyortiran dapat dilakukan dengan dua urutan yaitu urutan angka dan urutan abjad. Hal ini dimaksudkan terutama untuk memudahkan pencarian data catatan pada waktu data catatan ditampilkan pada layar monitor ataupun setelah dicetak menjadi informasi *hardcopy*.
 - d. Penyimpulan dimaksudkan agar data menjadi bernilai melalui proses pemadatan atau peringkasan dari deretan data yang telah diinput dan diolah. Sederetan angka-angka dapat diolah menjadi kesimpulan baik dalam bentuk jumlah, persentase, pengurangan dan manipulasi lainnya sehingga memberi nilai dari data tersebut menjadi suatu informasi.
3. Penyajian data dilakukan dengan tujuan agar pembaca dapat memahami informasi dengan mudah. Penyajian data dapat disajikan dalam bentuk tabel, grafik maupun bagan disesuaikan dengan kebutuhannya.
 4. Analisis dan penyimpulan
Selanjutnya data tersebut dianalisis baik secara kuantitatif maupun kualitatif, sebab tanpa analisis data hanya akan melahirkan data mentah yang tidak mempunyai arti. Dengan analisis, data bisa diolah dan bisa disimpulkan, yang pada akhirnya kesimpulan tersebut menjadi sebuah informasi.

Pengertian Sistem Informasi

Pengertian sistem informasi dapat dilihat dari segi fisik dan fungsinya. Dari segi fisiknya dapat diartikan susunan yang terdiri dari perangkat keras, perangkat lunak dan tenaga pelaksananya yang secara bersama-sama saling mendukung untuk menghasilkan suatu produk. Sistem informasi adalah suatu sistem yang dapat menghasilkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan secara tepat guna dan tepat waktu untuk semua macam proses pengambilan keputusan pada berbagai jenjang dalam suatu organisasi.

Sistem informasi memiliki tiga elemen utama, yaitu data yang menyediakan informasi, prosedur yang memberitahu pengguna

bagaimana mengoperasikan sistem informasi, dan orang-orang yang membuat produk, menyelesaikan masalah, membuat keputusan, dan menggunakan sistem informasi tersebut. Orang-orang dalam sistem informasi membuat prosedur untuk mengolah dan memanipulasi data sehingga menghasilkan informasi dan menyebarkan informasi tersebut ke lingkungan.

Keberhasilan suatu sistem informasi sangat bergantung pada sistem basis data. Semakin lengkap, akurat dan mudah dalam menampilkan kembali data yang ada dalam sistem basis data maka akan semakin tinggi kualitas sistem informasi tersebut. Basis data (*database*) merupakan kumpulan dari data yang saling berhubungan satu dengan lainnya, tersimpan di perangkat keras komputer dan digunakan perangkat lunak untuk memanipulasinya. Data perlu disimpan di dalam basis data untuk keperluan penyediaan informasi lebih lanjut (Jogiyanto, 1999).

7.2 Sistem Kesehatan

WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai semua aktivitas yang memiliki tujuan utama untuk meningkatkan, memperbaiki, atau merawat kesehatan. Istilah sistem ini kaitannya dengan semua jenis pelayanan kesehatan formal, profesional di bidang kesehatan ataupun personal yang berdedikasi terhadap pengobatan baik dengan resep ataupun tidak, termasuk sistem pendidikan yang mendukung sistem kesehatan. Dalam perkembangannya, para ahli mengganti istilah *health system* (sistem kesehatan) ini menjadi *health care system* karena lingkungannya yang sangat tergantung dengan kebijakan suatu negara.

Indonesia sebenarnya telah memiliki sistem kesehatan sejak tahun 1982 melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Akibat adanya perubahan iklim politik di Indonesia serta diterapkannya otonomi daerah maka definisi SKN pun mengalami perkembangan. Definisi Sistem Kesehatan Nasional tahun 2009 merupakan

bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar 1945.

Pendekatan sistem digunakan dalam menyelenggarakan sistem kesehatan nasional, masing-masing komponen sistem ini berperan dalam penyelenggaraan SKN dan saling terkait satu sama lainnya.

- a. Komponen masukan terdiri dari subsistem sumber daya manusia, subsistem pembiayaan kesehatan, dan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
- b. Komponen proses terdiri dari subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, dan subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;
- c. Komponen keluaran yaitu terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna, bermutu, merata, dan berkeadilan;
- d. Komponen lingkungan terdiri dari berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, ilmu pengetahuan dan teknologi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan baik nasional, regional maupun global, dan tingkat fisik/alam yang berdampak terhadap pembangunan kesehatan. Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Wawasan Nusantara, dan Ketahanan Nasional merupakan landasan bagi penyelenggaraan SKN.

Penyelenggaraan SKN memerlukan penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan sinergisme yang dinamis, baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Sistem Kesehatan Nasional perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, seperti: kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan

dalam mengatasi masalah-masalah tersebut. Implementasi sistem kesehatan bersifat dinamis dan sangat dipengaruhi kondisi ekonomi, politik, dan budaya suatu negara sehingga sangat dimungkinkan sistem kesehatan mengalami perubahan seiring waktu.

Permasalahan Pembangunan Kesehatan

Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Terciptanya masyarakat Indonesia seperti ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Indonesia. Beberapa permasalahan yang terkait erat dengan pembangunan kesehatan di Indonesia, yang perlu mendapat perhatian serius yaitu:

1. Disparitas status kesehatan
2. Beban ganda penyakit
3. Kinerja pelayanan kesehatan yang rendah
4. Perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat
5. Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan
6. Rendahnya kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan
7. Terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi tidak merata
8. Rendahnya status kesehatan penduduk miskin

Lingkup Penyelenggaraan Sistem Kesehatan

Bentuk pokok sistem kesehatan satu negara dengan negara lainnya sangat bervariasi karena semuanya tergantung dari berbagai faktor yang mempengaruhi sistem kesehatan itu sendiri. Penyelenggaraan sistem kesehatan di Indonesia menerapkan pendekatan sistem. Menurut Rachmat (2013), apabila melihat dari tinjauan perkembangan di Indonesia dan juga memperhatikan unsur-unsur dalam penyelenggaraan sistem kesehatan dapat meliputi bagian-bagian berikut ini, yaitu:

1. Masukan

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Unsur masukan dalam sistem kesehatan adalah subsistem sumber daya manusia, subsistem pembiayaan, subsistem obat dan perbekalan kesehatan, serta subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan.

2. Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Unsur proses dalam sistem kesehatan adalah subsistem upaya kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat, dan subsistem manajemen kesehatan.

3. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses suatu sistem. Unsur keluaran dalam sistem kesehatan adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, bermutu, merata dan berkeadilan, yang tampilannya dapat dilihat dari derajat kesehatan masyarakat Indonesia.

4. Lingkungan (*environment*)

Lingkungan adalah dunia luar sistem, yang tidak dikelola sistem, tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem. Unsur lingkungan dalam sistem kesehatan adalah berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan, dan keamanan baik nasional maupun global dan berdampak bagi pembangunan kesehatan.

7.3 Subsistem SKN

Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional dikelompokkan dalam subsistem:

1. Subsistem Upaya Kesehatan

Adalah pengelolaan upaya kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, paripurna, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Upaya kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah (termasuk TNI dan POLRI), pemerintah daerah Provinsi/Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat/swasta melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pemulihan kesehatan, di fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan bermutu untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur-unsur subsistem upaya kesehatan terdiri dari:

a. Upaya kesehatan;

Pelayanan kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan, kualitas, dan bermanfaat. Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan utamanya penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

b. Fasilitas pelayanan kesehatan;

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan alat dan atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik peningkatan, pencegahan, pengobatan, maupun pemulihan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat, termasuk swasta. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer, pelayanan kesehatan tingkat kedua/sekunder dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga/tersier. Fasilitas pelayanan kesehatan juga meliputi fasilitas pelayanan kesehatan perorangan dan atau fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, yang diselenggarakan

oleh Pemerintah (termasuk TNI/POLRI), pemerintah daerah Provinsi /Kabupaten/Kota, dan atau masyarakat yang sifatnya sesuai dengan kondisi geografis dan kebutuhan masyarakat.

c. Sumber daya upaya kesehatan; dan

Sumber daya upaya kesehatan terdiri dari sumber daya manusia kesehatan, fasilitas kesehatan, pembiayaan, sarana dan prasarana, termasuk, sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan yang memadai guna terselenggaranya upaya kesehatan. Fasilitas kesehatan menyelenggarakan keseluruhan upaya kesehatan yang terdiri dari penyelenggaraan upaya kesehatan tidak langsung yang mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan langsung.

d. Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan.

Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah dengan memperhatikan masukan dari pemerintah daerah, organisasi profesi, dan atau masyarakat. Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

Sistem kesehatan di Indonesia dapat dikatakan belum berjalan optimal. Hal ini dapat dilihat dari indikator angka kematian bayi dan angka kematian ibu yang masih cukup tinggi. Padahal, angka kematian bayi dan angka kematian ibu merupakan indikator penting dalam penentuan derajat kesehatan masyarakat di suatu negara. Pada tahun 2013, Indonesia berhasil menurunkan angka kematian bayi menjadi 29,3% per 1.000 kelahiran hidup dari 84,3% per 1.000 kelahiran hidup di tahun 1990. Di tahun 2015, angka kematian bayi di Indonesia sebesar 22,29% per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan pada tahun 2014 sebesar 23,72%.

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang jumlah kematian bayi dan ibu di Indonesia, disebutkan bahwa jumlah kasus kematian bayi di Indonesia turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007

pada tahun 2016, dan di tahun 2017 di semester I sebanyak 10.294 kasus. Sementara untuk angka kematian Ibu turun dari 4.999 tahun 2015 menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 (semester I) sebanyak 1712 kasus.

Indonesia telah melakukan berbagai upaya dalam rangka menurunkan angka kematian bayi dan angka kematian ibu yang masih tinggi. Upaya ini dilakukan dengan mengembangkan berbagai program kesehatan seperti meningkatkan peran petugas kesehatan masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat bersama kader dan masyarakat, pelaksanaan program pelayanan Keluarga Berencana (KB), mengoptimalkan kegiatan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), GSI (Gerakan Sayang Ibu), dan Desa Siaga. Selain itu juga dilakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang bertujuan untuk meningkatkan peran serta aktif dari suami (suami siaga), keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman.

Selain indikator angka kematian bayi dan angka kematian ibu, indikator upaya kesehatan lainnya yaitu Imunisasi Dasar Lengkap (IDL). Di tahun 2015, 4.139.903 bayi mendapatkan imunisasi dasar yang lengkap. Angka ini meningkat di tahun 2016 menjadi 4.361.072 bayi. Di aspek kesehatan lingkungan, diketahui juga bahwa desa yang telah melaksanakan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) tahun 2015 sebanyak 26.417 desa, selanjutnya mengalami peningkatan menjadi 33.927 desa di tahun 2016. Selanjutnya untuk desa yang telah menerapkan Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS) terus meningkat dari 5.447 desa (2015) ke 8.014 desa (2016). Kemampuan masyarakat dalam mengakses sanitasi juga memiliki kecenderungan meningkat dari 56,08% (2015) menjadi 69,13% (Triwulan II Tahun 2017). Persentase rumah tangga dengan akses air minum yang layak juga meningkat dari 47,7 % (2009) menjadi 55,04% (2011). Angka ini mengalami penurunan menjadi 41,66% di tahun 2012, namun kembali meningkat menjadi 66,8% di tahun 2013. Untuk akses pada sumber air bersih juga meningkat dari 70,97% (2015) naik ke 71,14% (2016).

2. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah terselenggaranya kegiatan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan, yang ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan, teknologi, produk teknologi, dan Teknologi Informasi (TI) kesehatan untuk mendukung pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur-unsur subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari unsur-unsur area penelitian, pengembangan, dan penapisan:

- a. Biomedis dan teknologi dasar kesehatan;
Penelitian, pengembangan, dan penapisan biomedis dan teknologi dasar kesehatan meliputi kegiatan riset untuk memecahkan permasalahan ditinjau dari aspek host, agent, dan lingkungan dengan pendekatan biologi molekular, bioteknologi, dan kedokteran guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.
- b. Teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik;
Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik meliputi kegiatan riset untuk menilai faktor risiko penyakit, penyebab penyakit, prognosa penyakit, dan risiko penerapan teknologi dan produk teknologi kesehatan, termasuk obat bahan alam, terhadap manusia guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.
- c. Teknologi intervensi kesehatan masyarakat; dan
Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi intervensi kesehatan masyarakat meliputi kegiatan riset untuk menilai besaran masalah kesehatan masyarakat, mengembangkan teknologi intervensi,

serta menilai reaksi lingkungan terhadap penerapan teknologi dan produk teknologi guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

d. **Humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.**

Penelitian, pengembangan, dan penapisan humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat meliputi kegiatan riset untuk menganalisis bidang sosial, ekonomi, budaya, etika, hukum, psikologi, formulasi-implementasi, dan evaluasi kebijakan, perilaku, peran serta, dan pemberdayaan masyarakat terkait dengan perkembangan teknologi dan produk teknologi kesehatan guna peningkatan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna.

3. Pembiayaan Kesehatan

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur-unsur subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:

a. **Dana;**

Dana digali dari sumber pemerintah, pemerintah daerah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan serta dipertanggung gatkan.

b. Sumber daya

Sumber daya dari subsistem pembiayaan kesehatan, meliputi: sumber daya manusia pengelola, sarana, standar, regulasi, dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

c. Pengelolaan dana kesehatan.

Prosedur/mechanisme pengelolaan dana kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh pemerintah, pemerintah daerah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalian, pengalokasian, pembelanjaan dana kesehatan, dan mekanisme pertanggungjawabannya.

Besarnya dana yang harus disiapkan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat disebut sebagai biaya kesehatan. Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa ada dua pihak yang terlibat di dalamnya yaitu penyelenggara pelayanan kesehatan (*provider*) yang terkait dengan besarnya dana yang dikeluarkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan berupa dana investasi serta dana operasional dan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*consumer*) yang berhubungan dengan besarnya dana yang dikeluarkan untuk dapat memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan.

Demi mewujudkan tujuan pelayanan kesehatan dengan cakupan semesta, ada dua hal penting yang harus diperhatikan yaitu bagaimana cara membiayai pelayanan kesehatan untuk semua warga serta bagaimana mengalokasikan dana kesehatan yang ada untuk menyediakan pelayanan kesehatan dengan efektif, efisien, dan adil. Pencapaian *Universal Coverage* Jaminan Kesehatan pada akhir tahun 2014 lalu telah ditetapkan berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN), dimana pemerintah telah membuat kebijakan pembiayaan kesehatan terkait target *Universal Coverage* 100% penduduk harus terjamin. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

menjawab prinsip dasar *Universal Coverage* yang mewajibkan setiap penduduk Indonesia memiliki akses pelayanan kesehatan yang komprehensif. *Universal Coverage* adalah sistem kesehatan di mana seluruh masyarakat tanpa terkecuali memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan (promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif) yang bermutu dan dibutuhkan dengan biaya yang terjangkau.

Untuk itu, pada Januari 2014 Indonesia mengeluarkan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menjadi dasar komitmen bangsa Indonesia untuk mencapai *Universal Health Coverage/UHC* bagi seluruh penduduknya pada tahun 2019. Untuk tercapainya *Universal Coverage*, pembiayaan kesehatan tidak dapat dipisahkan implikasinya terhadap penyedia pelayanan kesehatan. Kelebihan dan kelemahan sistem pengelolaan asuransi kesehatan nasional perlu dianalisis menurut kriteria keadilan, efisiensi, dan daya tanggap, baik dalam aspek pembiayaan maupun penyedia pelayanan kesehatan (WHO, 2005) yaitu:

- a. Keadilan (*Equity*)
Setiap penduduk memperoleh pelayanan kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan dengan kualitas yang sama, tidak dibeda-bedakan.
- b. Efisiensi (*Efficiency*)
Efisiensi penggunaan sumber daya (administrasi dan manajemen dana asuransi maupun efisiensi penyediaan pelayanan kesehatan).
- c. Daya tanggap (*Responsiveness*)
Daya tanggap sistem pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi hak dan ekspektasi setiap penduduk terhadap pelayanan kesehatan yang efektif, bermutu, dan yang dibutuhkan.

Program Jaminan Kesehatan Nasional mengumpulkan kontribusi dari anggota dan Pemerintah di bawah satu lembaga pelaksana asuransi kesehatan yang bernama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Sejak 1 Januari 2014 penyelenggara jaminan sosial diserahkan kepada BPJS sebagai penyelenggara jaminan sosial nasional yang merupakan penggabungan dari tiga perusahaan tersebut dan berstatus

berbadan hukum publik. Salah satu hal penting yang utama yaitu orientasinya tidak lagi mencari keuntungan, melainkan bersifat nirlaba, dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib sesuai Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dengan diluncurkannya program JKN, diperkirakan hampir 90 juta orang di Indonesia yang kurang mampu telah memiliki akses terhadap cakupan pelayanan kesehatan karena terjadinya subsidi silang dalam sistem pembiayaan kesehatannya. Maksudnya, orang yang sehat membantu yang sakit, orang yang kaya membantu yang miskin, orang yang muda membantu yang tua dikenal sebagai konsep gotong royong.

Jaminan kesehatan merupakan amanah Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai alternatif solusi untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan yang meningkat akan membuat akses yang sulit bagi sebagian besar masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Banyak faktor yang menyebabkan tingginya biaya kesehatan di suatu negara, antara lain :

- a. Tingkat inflasi
Jika terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara langsung biaya investasi dan biaya operasional pelayanan kesehatan masyarakat juga akan meningkat.
- b. Tingkat permintaan
Tingkat permintaan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu kuantitas penduduk dan kualitas penduduk. Semakin bertambahnya jumlah penduduk yang membutuhkan pelayanan kesehatan akan berpengaruh terhadap biaya yang harus disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan akan menjadi lebih banyak. Semakin meningkatnya kualitas penduduk karena pendidikan dan penghasilan yang tinggi, akan membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik pula.

- c. Kemajuan ilmu dan teknologi
Peningkatan biaya kesehatan juga dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai ilmu dan teknologi yang dipergunakan dengan berbagai peralatan yang semakin modern dan canggih.
- d. Perubahan pola penyakit
Era sekarang, terjadi transisi epidemiologi dari penyakit akut ke penyakit kronis yang berdampak pada biaya yang dikeluarkan untuk menyembuhkan penyakit menjadi semakin banyak.
- e. Perubahan pola pelayanan kesehatan
Hal ini dapat terjadi karena perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi yang menyebabkan *fragmented health service* dan satu sama lainnya yang tidak berhubungan.

Aspek kesehatan menjadi salah satu bagian penting bagi perekonomian di berbagai negara, dimana kesehatan memiliki posisi yang spesial dibanding masalah sosial lainnya. Secara umum, ada ketidakseimbangan yang besar antara kebutuhan pembiayaan kesehatan dengan pengeluaran kesehatan. Di negara-negara berkembang yang memiliki jumlah penduduk sebesar 84% dari penduduk dunia dan menanggung 90% dari beban penyakit dunia, hanya menganggarkan 12% dari pengeluaran kesehatan dunia. Bahkan negara-negara termiskin menanggung beban penyakit yang jauh lebih berat namun dengan sumber daya yang paling sedikit untuk membiayai pelayanan kesehatan di negaranya.

Dikutip dari Depkes (2009) dalam Heryana dkk, dari berbagai pengalaman di berbagai negara, terdapat tiga model sistem pembiayaan kesehatan yang diberlakukan secara nasional yaitu :

- a. Asuransi Kesehatan Sosial (*Social Health Insurance*)
Kelebihan dari sistem ini memungkinkan cakupan 100% penduduk dan peningkatan biaya pelayanan kesehatan yang relatif rendah.
- b. Asuransi Kesehatan Komersial (*Commercial Health Insurance*)
Amerika Serikat merupakan satu-satunya negara yang mengembangkan sistem asuransi kesehatan komersial untuk rakyatnya, mereka memiliki kebebasan untuk menentukan pilihan, termasuk

bebas untuk tidak berasuransi. Amerika Serikat termasuk ke dalam negara dengan pengeluaran untuk biaya kesehatan yang paling tinggi yaitu 13,7% GNP pada tahun 1997.

c. *National Health Services (NHS)*

National Health Services dimulai oleh negara Inggris setelah perang dunia kedua. Sistem asuransi ini juga memiliki peluang cakupan 100% penduduk. Namun pembiayaan kesehatan yang dijamin melalui anggaran pemerintah akan menjadi beban yang berat bagi negara.

Secara umum, ada ketidakseimbangan yang besar antara kebutuhan pembiayaan kesehatan dengan pengeluaran kesehatan. Di negara-negara berkembang yang memiliki jumlah penduduk sebesar 84% dari penduduk dunia dan menanggung 90% dari beban penyakit dunia, hanya menganggarkan 12% dari pengeluaran kesehatan dunia. Bahkan negara-negara termiskin menanggung beban penyakit yang jauh lebih berat namun dengan sumber daya yang paling sedikit untuk membiayai pelayanan kesehatan di negaranya.

Pada tahun 2010 Kementerian Kesehatan RI memiliki alokasi anggaran sebesar 25,27 triliun rupiah, realisasi anggaran sebesar 22,49 triliun rupiah dan persentase realisasi sebesar 89,01%. Di tahun 2016 naik menjadi 65,66 triliun rupiah, realisasi anggaran sebesar 57,01 triliun rupiah dan persentase realisasi sebesar 86,82%. Namun jika dilihat dari presentase realisasi, alokasi anggaran tersebut terus menurun dari 94,49% di tahun 2014 menjadi 86,62% di tahun 2016 (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Dalam hal pengeluaran biaya kesehatan, Indonesia termasuk kategori relatif rendah dalam menganggarkan biaya kesehatannya. Indonesia dianggap sebagai negara yang kurang memberikan prioritas kesehatan untuk penduduknya. Aspek pembiayaan kesehatan di Indonesia belum dilaksanakan secara optimal. Hal ini dapat dilihat dari pengeluaran biaya kesehatan Indonesia pada tahun 2016 sebesar 5% dari PDB. Persentase ini masih lebih rendah dari yang ditargetkan WHO yaitu sebesar 5%. Pada 2012, diperkirakan total pengeluaran untuk kesehatan per kapita tersebut IDR 1.179.525 (US \$ 299,41 PPP dengan harga berlaku), lebih tinggi dari

IDR 45.143 (US \$ 85,90 PPP dengan harga berlaku) pada tahun 1995. Padahal, pembiayaan kesehatan di masa yang akan datang akan semakin mahal. Hal ini dikarenakan permintaan (tuntutan) dari masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bagus semakin tinggi, kemajuan teknologi kedokteran yang semakin canggih.

Kebijakan pembiayaan kesehatan dapat dikatakan efektif dan efisien jika jumlahnya mencukupi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh penduduknya dengan penyebaran dana sesuai kebutuhan serta pemanfaatan yang diatur secara jelas sehingga tidak terjadi peningkatan biaya yang berlebihan sehingga aspek ekonomi dan sosial dari kebijakan pembiayaan kesehatan dapat berdaya guna dan berhasil guna bagi seluruh masyarakat yang membutuhkannya.

4. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Subsistem sumber daya manusia kesehatan adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan, yang meliputi: upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem sumber daya manusia kesehatan adalah tersedianya sumber daya manusia kesehatan sesuai kebutuhan yang kompeten dan memiliki kewenangan yang terdistribusi secara adil dan merata serta didayagunakan secara optimal dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Unsur-unsur subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari:

- a. Sumber daya manusia kesehatan
Sumber daya kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan, mempunyai hak untuk memenuhi

kebutuhan dasarnya sebagai makhluk sosial, wajib memiliki kompetensi, kewenangan untuk mengabdikan dirinya di bidang kesehatan, mempunyai etika, berakhlak luhur, dan berdedikasi tinggi dalam melakukan tugasnya.

- b. Sumber daya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan

Sumber daya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan adalah sumber daya pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, yang meliputi berbagai standar kompetensi, modul dan kurikulum serta metode pendidikan dan latihan, sumber daya manusia pendidikan dan pelatihan, serta institusi/fasilitas pendidikan dan pelatihan yang menyediakan sarana dan prasarana pendidikan dan pelatihan. Dalam sumber daya ini juga termasuk sumber daya manusia, dana, cara atau metode, serta peralatan dan perlengkapan untuk melakukan perencanaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

- c. Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan

Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016, diketahui bahwa total Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Indonesia pada 2016 sebanyak 1.000.780 orang yang terdiri dari 736.077 orang tenaga kesehatan (73,6%) dan 264.703 orang tenaga penunjang kesehatan (26,4%). Jumlah ini diperkirakan masih di bawah kebutuhan tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, yang dibuktikan dengan rendahnya rasio beberapa tenaga kesehatan jika dibandingkan dengan jumlah penduduk. Contohnya, untuk rasio dokter terhadap jumlah penduduk di Indonesia sebesar 0,3 untuk setiap 1.000 penduduk. Jika dibandingkan dengan rasio di negara lainnya seperti Singapura (1,7), Malaysia (1,2), Filipina (1,1) per

1000 penduduk, Indonesia jauh tertinggal. Sementara untuk tenaga perawat 2,0 per 1000 penduduk. Di Singapura sebanyak (5,2), Malaysia (2,4), dan Filipina (4,3) per 1000 penduduk (Badan PPSDM Kesehatan, Kemenkes RI, 2014).

Selain permasalahan jumlah tenaga kesehatan yang masih terbatas, Indonesia juga menghadapi masalah persebaran tenaga kesehatan yang belum merata. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Tahun 2014 menyebutkan bahwa 48% tenaga kesehatan terbanyak terpusat di pulau Jawa dan Bali yaitu sebesar 435.877 orang. Sedangkan di Timur Indonesia seperti Papua, jumlah tenaga kesehatan hanya mencapai 2% (18.332 orang), sehingga menempati urutan kedua paling sedikit diantara wilayah Indonesia lainnya. Sebagian besar dokter Indonesia (57,4%) terletak di pulau Jawa dan Bali, melayani 36,7% populasi dan hanya 6,9% dari total luas wilayah Indonesia. Jumlah dokter paling sedikit berada di bagian timur Indonesia, dimana didapati hanya sekitar 4,6% dari jumlah dokter yang tinggal di Provinsi Timur Indonesia (tepatnya di Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Papua). Berdasarkan jumlah penduduk, distribusi dokter sangat rendah di wilayah timur. Dapat ditarik kesimpulan bahwa prinsip adil, merata dan demokratis dalam implementasi subsistem SDM kesehatan di Indonesia masih belum optimal.

5. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah pengelolaan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika. Tujuan penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang terjamin aman, berkhasiat/bermanfaat dan bermutu, dan khusus untuk obat dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur-unsur subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:

- a. Komoditi;
- b. Sumber daya;
- c. Pelayanan kefarmasian;
- d. Pengawasan; dan
- e. Pemberdayaan masyarakat.

Prinsip-prinsip subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:

- a. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan harus aman, berkhasiat, bermanfaat, dan bermutu oleh karenanya pemerintah wajib melakukan pengawasan dan pengendalian secara optimal. Selain peran dari pemerintah, pelaku usaha yang menjual sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan juga harus bertanggung jawab terhadap keamanan dan mutu produk sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Tersedia secara merata dan terjangkau;
Obat merupakan bagian dari kebutuhan dasar manusia yang keberadaannya sangat penting bagi kesehatan manusia. Oleh karenanya dalam pengadaan sediaan farmasi, harus secara merata dan mudah didapatkan oleh masyarakat luas.
- c. Rasional;
Rasional dimaksudkan agar pelaku pelayanan kesehatan bertindak berdasarkan fakta dan bukti yang ada dengan prinsip tepat biaya dan tepat manfaat (*cost effective* dan *cost-benefit*).
- d. Transparan dan bertanggung jawab; dan
Informasi yang disampaikan oleh para distributor dan petugas kesehatan kepada masyarakat terkait sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan harus jelas, lengkap dan dapat dipertanggung jawabkan.
- e. Kemandirian.
Melimpahnya potensi yang dimiliki oleh bangsa Indonesia khususnya bahan pokok pembuatan obat, baik obat generik maupun obat tradisional sehingga memerlukan tata kelola yang baik, terstruktur dan berkelanjutan. Dengan demikian bangsa Indonesia harus mampu

mandiri, tidak tergantung dengan bangsa lain dan memiliki daya saing yang tinggi.

Penyelenggaraan subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan terdiri dari:

- a. Upaya ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan;
- b. Upaya pengawasan untuk menjamin persyaratan keamanan, khasiat /manfaat, mutu produk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat dan alat kesehatan;
- c. Upaya penyelenggaraan pelayanan kefarmasian;
- d. Upaya penggunaan obat yang rasional; dan
- e. Upaya kemandirian sediaan farmasi melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

6. Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan

Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah tata kelola dalam penyelenggaraan kesehatan yang meliputi upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan, saling mendukung subsistem lainnya dari SKN guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan dari subsistem ini yaitu terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, dan akuntabel, serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Unsur-unsur subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:

- a. Kebijakan kesehatan;
Kebijakan kesehatan adalah aturan tertulis yang menjadi pedoman bagi para pelaku pembangunan kesehatan, baik pemerintah pusat, pemerintah daerah, pihak swasta, dan masyarakat luas dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah.
- b. Administrasi kesehatan;
Administrasi kesehatan merupakan kegiatan penyelenggaraan kesehatan meliputi kegiatan perencanaan dan pengaturan terhadap segala sumber daya kesehatan, selanjutnya melakukan pembinaan, melaksanakan pengawasan dan mempertanggungjawabkannya.
- c. Hukum kesehatan;
Hukum kesehatan adalah seluruh peraturan perundang-undangan dan segala aktivitas penyebarluasan, pelaksanaan hingga penegakan aturan. Dengan harapan mampu memberikan perlindungan hukum khususnya pada individu ataupun masyarakat dan mencapai tujuan pembangunan kesehatan.
- d. Informasi kesehatan; dan
Informasi adalah kumpulan data yang telah diolah. Informasi harus tepat dan akurat sehingga dapat digunakan sebagai dasar dalam membuat kebijakan khususnya di bidang kesehatan.
- e. Sumber daya manajemen kesehatan.
Dalam mendukung dan meningkatkan penyelenggaraan pembangunan kesehatan, maka sumber daya manajemen yang terdiri dari sumber daya manusia, sarana prasarana, dana dan kelembagaan perlu dikelola dengan baik dan benar secara efektif dan efisien.

Prinsip-prinsip subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan terdiri dari:

- a. Inovasi atau kreativitas;
Penyelenggaraan subsistem ini memerlukan kreativitas dan inovasi agar memiliki daya tahan dan kesinambungan kinerja sistem dalam menghadapi perubahan dan tantangan pembangunan kesehatan dengan lebih baik.

- b. Kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan;
Yaitu kepemimpinan yang memiliki tekad kuat meningkatkan pembangunan kesehatan dan mencapai visi yang telah dengan tidak mengabaikan sifat-sifat kepemimpinan lainnya.
- c. Sinergisme yang dinamis;
Pendekatan yang digunakan dalam penyelenggaraan kesehatan adalah gabungan dari pendekatan sistem, kontingensi, dan sinergisme yang dinamis. Para pelaku penyelenggaraan kesehatan memerlukan interaksi yang kuat, adanya transparansi, interelasi dan adanya interdependensi yang dinamis guna mewujudkan pembangunan kesehatan yang efektif dan efisien.
- d. Sejalan dengan sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).
Dalam penyelenggaraan kesehatan, penyebarluasan informasi, regulasi kesehatan harus sejalan dengan sistem pemerintahan yang ada dan tidak keluar dari jalur yang telah ditetapkan serta mempertimbangkan komitmen global.

7. Pemberdayaan Masyarakat

Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan subsistem pemberdayaan masyarakat adalah meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan.

Unsur-unsur subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari:

- a. Penggerak pemberdayaan;
Pemerintah, masyarakat, dan swasta menjadi inisiator, motivator, dan fasilitator yang mempunyai kompetensi memadai dan dapat

membangun komitmen dengan dukungan para pemimpin, baik formal maupun nonformal.

- b. Sasaran pemberdayaan;
Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat, dan sebagainya), kelompok (organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, kelompok masyarakat), dan masyarakat luas serta pemerintah dan pemerintah daerah yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat (subjek pembangunan kesehatan).
- c. Kegiatan hidup sehat;
Dilakukan sehari-hari oleh masyarakat, sehingga membentuk kebiasaan dan pola hidup, tumbuh dan berkembang, serta melembaga dan membudaya dalam kehidupan bermasyarakat.
- d. Sumber daya.
Potensi yang dimiliki oleh masyarakat, swasta, dan pemerintah dan pemerintah daerah yang meliputi: dana, sarana dan prasarana, budaya, metode, pedoman, dan media untuk terselenggaranya proses pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Prinsip-prinsip subsistem pemberdayaan masyarakat terdiri dari:

- a. Berbasis masyarakat;
Pemberdayaan masyarakat sebagai langkah dalam membangun kesehatan di Indonesia harus berdasarkan kepada tata nilai yang berkembang di masyarakat, permasalahan yang sedang dihadapi, berbasis kepada kearifan lokal, misalnya kebudayaan, keragaman adat istiadat, dan potensi daerah.
- b. Edukatif dan kemandirian;
Pemberdayaan masyarakat dilakukan untuk menimbulkan rasa mandiri dari dalam diri masyarakat melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuannya dalam bidang kesehatan. Kemandirian dalam bidang kesehatan juga dapat diartikan sebagai pelaksanaan kesehatan dimulai dari, oleh dan untuk masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat juga harus edukatif, artinya mampu memberikan ilmu, pengalaman dan pemahaman baru kepada

masyarakat sehingga dapat mengoptimalkan segala sumber daya yang ada untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

- c. Mempunyai kesempatan untuk menyampaikan pendapat dan memilih pelayanan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat harus memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk menanggapi aspirasi masyarakat serta bertanggung jawab, mempunyai kemudahan mengakses informasi, menyampaikan pendapat, dan mempunyai kesempatan yang sama dalam pengambilan keputusan yang terkait dengan kesehatan individu, keluarga, masyarakat serta lingkungannya.

- d. Adanya kemitraan dan gotong royong.

Kemitraan, rasa kebersamaan, adanya kesetaraan, serta saling memberi manfaat yang terjalin antara penyelenggara kesehatan, pengguna jasa kesehatan dan masyarakat sebagai objek pembangunan perlu terus dikembangkan. Semangat gotong royong juga perlu dipupuk kembali guna meningkatkan rasa solidaritas, empati, tenggang rasa, kepekaan dalam menghadapi segala masalah dan ancaman kesehatan.

-oo0oo-

Pustaka Panasea

BAB 8

PUSKESMAS SEBAGAI *GATEKEEPER*

8.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak mendasar yang dimiliki oleh setiap warga negara yang berada di Indonesia dan setiap lapisan masyarakat memiliki hak yang sama dalam menerima pelayanan kesehatan dari instansi yang memberikan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu hak mendasar masyarakat yang penyediaannya wajib diselenggarakan pemerintah sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28H ayat (1) : “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dan di dalam pasal 34 ayat (3) yang berbunyi “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Di dalam pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan juga dituliskan bahwa, “Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat”.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang “Pusat Kesehatan Masyarakat”, merupakan landasan hukum

dalam penyelenggaraan puskesmas. Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 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.

Konsep puskesmas dilahirkan Tahun 1968 ketika dilangsungkan Rapat Kerja Nasional (RaKerNas) I di Jakarta, pelayanan kesehatan pada tahun tersebut masih mengalami banyak kekurangan, misalnya kegiatan di Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) dan Balai Pengobatan (BP) masih belum terorganisir dengan baik dan tidak ada hubungan saling keterkaitan. Dengan diadakannya Rakernas tersebut, mendorong munculnya gagasan untuk menggabungkan seluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama menjadi Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas.

Pada penyelenggaraan puskesmas, terdapat visi pembangunan kesehatan yang harus tercapai. Visi tersebut yaitu terwujudnya kecamatan sehat guna mencapai Indonesia sehat. Yang dimaksud dengan kecamatan sehat yaitu seluruh masyarakat yang berada dalam wilayahnya memiliki kebiasaan berperilaku sehat, memiliki lingkungan yang sehat, mampu mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas secara adil, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang tinggi. Untuk mendukung tercapainya visi puskesmas tersebut, upaya yang dikembangkan oleh pemerintah yakni mengeluarkan kebijakan Desa Siaga. Kebijakan ini lebih menekankan kepada peran serta masyarakat dalam program kesehatan yakni dengan indikator adanya pos kesehatan desa. Adanya kegiatan pos kesehatan desa ini, masyarakat didorong untuk mampu melaksanakan kegiatan P3P dan P3K yakni upaya pertolongan pertama pada penyakit dan pertolongan pertama pada kecelakaan. Dengan adanya kegiatan seperti ini, harapannya derajat kesehatan masyarakat meningkat dan kecamatan sehat dapat terwujud.

8.2 Tujuan, Tugas, dan Fungsi Puskesmas

Mendukung tercapainya pembangunan kesehatan nasional merupakan tujuan utama penyelenggaraan pembangunan kesehatan oleh puskesmas. Tujuan tersebut dirincikan lagi menjadi meningkatnya kemauan, kesadaran serta kemampuan hidup sehat untuk seluruh masyarakat yang berada di wilayah kerja puskesmas guna terwujudnya derajat kesehatan yang tinggi.

Adapun terkait dengan tugas puskesmas yakni melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Adapun dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, puskesmas menyelenggarakan fungsinya, yaitu:

1. Penyelenggaraan UKM (Unit Kesehatan Masyarakat)

Fungsi yang pertama yakni penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan sasaran masyarakat luas. Kegiatan yang dilaksanakan pada pelayanan UKM ini bersifat promotif dan preventif yakni memberikan informasi, penyuluhan kesehatan, dan kegiatan lain yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Kegiatan upaya kesehatan masyarakat yang memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain:

- a. Promosi kesehatan,
- b. Pemberantasan penyakit,
- c. Penyehatan lingkungan,
- d. Perbaikan gizi,
- e. Peningkatan kesehatan keluarga,
- f. Keluarga berencana,
- g. Kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program masyarakat lainnya.

2. Penyelenggaraan UKP (Unit Kesehatan Perorangan)

Berbeda dengan UKM, sasaran pelayanan UKP ialah perorangan. Adapun tujuan utamanya yakni menyembuhkan dari penyakit dan upaya memulihkan kondisi kesehatan perorangan. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk:

- a. Rawat jalan;
- b. Pelayanan gawat darurat;
- c. Pelayanan satu hari (*one day care*);
- d. *Home care*; dan/atau
- e. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Terkait dengan fungsi puskesmas dalam menyelenggarakan Unit Kesehatan Masyarakat (UKM), maka puskesmas memiliki wewenang sebagai berikut:

- a. Menjalankan perencanaan yang telah disusun berdasarkan analisis masalah dan analisis kebutuhan yang telah dilaksanakan.
- b. Menjalankan kegiatan sosialisasi serta advokasi kebijakan kesehatan.
- c. Melaksanakan pemberdayaan masyarakat serta melaksanakan kegiatan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi).
- d. Mendorong masyarakat untuk mampu mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatannya.
- e. Menjalankan kegiatan pembinaan pada UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat).
- f. Meningkatkan kompetensi dan keahlian sumber daya manusia yang ada di puskesmas.
- g. Melaksanakan pemantauan pembangunan guna berwawasan kesehatan.
- h. Melaksanakan pelaporan, pencatatan serta evaluasi terhadap akses, cakupan dan mutu pelayanan kesehatan.
- i. Menyampaikan rekomendasi terhadap masalah kesehatan juga memberikan dukungan terhadap sistem kewaspadaan diri dan penanggulangan penyakit.

Adapun dalam penyelenggaraan fungsi puskesmas memberikan upaya kesehatan perorangan, puskesmas berwenang untuk:

- a. Memberikan pelayanan kesehatan dasar secara bermutu, berkesinambungan dan komprehensif.
- b. Berfokus kepada pelayanan promotif dan preventif.
- c. Pelayanan yang diberikan berfokus kepada individu, keluarga, kelompok serta masyarakat.
- d. Menjunjung tinggi keamanan dan keselamatan pasien, pegawai puskesmas dan pengunjung lainnya.
- e. Adanya kerja sama internal dan antar profesi serta koordinasi yang tinggi.
- f. Menjalankan rekam medis yang rapi dan baik;
- g. Proses pencatatan, pelaporan, serta evaluasi mutu dan akses pelayanan kesehatan yang baik.
- h. Meningkatkan kompetensi seluruh tenaga kesehatan yang ada di puskesmas.
- i. Adanya koordinasi serta pembinaan terhadap pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama yang ada di wilayah kerjanya.
- j. Rujukan dilaksanakan berdasarkan indikasi medis dan sistem rujukan yang ada.

8.3 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Dalam menyelenggarakan fungsi-fungsinya, puskesmas memiliki prinsip yaitu:

- a. Adanya paradigma sehat
Paradigma sehat adalah komitmen dari seluruh pegawai puskesmas dan *stakeholder* yang terkait untuk meningkatkan pencegahan penyakit serta menurunkan risiko kesehatan yang ada pada masing-masing individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat.
- b. Adanya pertanggungjawaban wilayah
Pembangunan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya menjadi perhatian dan tanggung jawabnya.

- c. Masyarakat yang mandiri
Adanya dorongan yang diberikan puskesmas bagi tiap individu, keluarga, kelompok juga masyarakat agar memiliki kemandirian hidup sehat.
- d. Pemerataan
Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas hendaknya memiliki kemudahan akses, terjangkau, adil tanpa membeda-bedakan status ekonomi dan perbedaan lainnya.
- e. Penggunaan teknologi yang tepat guna
Penggunaan teknologi yang tepat guna dimaksudkan agar pelayanan yang diberikan lebih efektif dan efisien. Teknologi ini harus digunakan berdasarkan kebutuhan puskesmas, mudah digunakan dan tidak merusak lingkungan.
- f. Adanya kesinambungan dan keserasian
Adanya kesinambungan dan koordinasi dalam penyelenggaraan UKM serta UKP, baik antar lintas program maupun lintas sektor, juga adanya sistem rujukan yang baik.

8.4 Kategori Puskesmas

Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya sebagaimana dimaksud, puskesmas dikategorikan menjadi:

1. Puskesmas Kawasan Perkotaan

Puskesmas perkotaan ialah puskesmas yang memenuhi 3 atau 4 kriteria berikut ini:

- a. Sektor non agraris, perdagangan, juga jasa merupakan aktivitas yang dilaksanakan oleh lebih dari 50% sering penduduknya.
- b. Adanya fasilitas perkotaan dengan jarak yang dekat, misalnya sekolah dengan jarak 2,5 km, pasar dengan jarak 2 km, rumah sakit dengan jarak kurang dari 5 km, ada hotel dan bioskop;

- c. Listrik sudah mengalir lebih dari 90% (sembilan puluh persen) rumah tangga.
- d. Adanya akses transportasi dan jalan raya menuju fasilitas perkotaan.

2. Puskesmas Kawasan Pedesaan

Puskesmas pedesaan ialah puskesmas yang memenuhi 3 atau 4 kriteria berikut ini:

- a. Sektor agraris merupakan aktivitas yang dilaksanakan oleh lebih dari 50% sering penduduknya.
- b. Adanya fasilitas berupa sekolah dengan jarak lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan dengan jarak lebih dari 2 km, rumah sakit dengan jarak lebih dari 5 km, tidak adanya fasilitas perkotaan seperti hotel atau bioskop.
- c. Kurang dari 90% rumah tangga belum teraliri listrik.
- d. Adanya transportasi dan akses jalan menuju puskesmas.

3. Puskesmas Kawasan Terpencil

Puskesmas jenis ini yaitu puskesmas yang memiliki karakteristik wilayah kerjanya sebagai berikut:

- a. Lokasi wilayahnya sulit diakses, misalnya daerah rawan bencana, pesisir, gugus pulau atau pulau kecil.
- b. Sulitnya akses transportasi umum, karena hanya beroperasi sekali dalam seminggu dan tidak beroperasi bila iklim dan cuaca tidak mendukung, Memerlukan waktu lebih dari 6 jam untuk pulang pergi dari ibu kota kabupaten.
- c. Mengalami kesulitan untuk memenuhi keperluan pokok dan kestabilan kondisi keamanan.

8.5 Akreditasi Puskesmas

Agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik, baik kinerja pelayanan, proses pelayanan, maupun sumber daya yang digunakan. Masyarakat menghendaki pelayanan

kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka, oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta.

Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di puskesmas, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Pasal 39 ayat (1) juga mewajibkan puskesmas untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 6 ayat (2).

Akreditasi dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi. Lembaga ini bersifat mandiri dalam proses pelaksanaan, pengambilan keputusan dan penerbitan sertifikat status akreditasi. Penilaian ini mencakup manajemen sumber daya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan, disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan terhadap puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah menilai bahwa puskesmas telah memenuhi standar pelayanan. Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan, peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan hanya penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi. Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi puskesmas

adalah keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas.

Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan. Selain itu, prinsip dan dasar yang ditetapkan dalam Sistem Kesehatan Nasional 2009 yang menggarisbawahi soal hak asasi manusia dan responsif gender, juga dipakai dalam standar akreditasi puskesmas ini untuk menjamin bahwa semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, tanpa memandang golongan sosial, ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku. Akreditasi puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di puskesmas, yaitu kelompok administrasi manajemen, kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dan kelompok Upaya Kesehatan Perorangan atau Pelayanan Kesehatan.

8.6 Enam Program Pokok Puskesmas

Sebuah puskesmas hendaknya menjalankan program guna meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya. Terdapat enam program pokok puskesmas (*basic six*) yaitu:

1. Program Promosi Kesehatan

Program komunikasi kesehatan ini meliputi kegiatan komunikasi, penyampaian informasi juga melakukan edukasi kepada perorangan, kelompok dan masyarakat supaya terjadi peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku terkait kesehatan. Promosi kesehatan ini meliputi kegiatan advokasi, pemberdayaan masyarakat dan pembinaan suasana. Adapun tujuan dilaksanakannya program promosi kesehatan yaitu terciptanya perubahan perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat serta terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang tinggi. Adapun sasaran dari program promosi kesehatan ialah:

- a. Penyuluhan kesehatan
- b. Pelaksanaan posyandu dan pembinaan kader
- c. Pembinaan dana sehat

- d. Perilaku hidup bersih dan sehat
- e. Advokasi program dan program prioritas
- f. Promosi kesehatan mengenai narkoba
- g. Promosi mengenai kepesertaan jamkesmas

2. Program Kesehatan Lingkungan

Faktor lingkungan memiliki pengaruh yang paling besar terhadap status kesehatan masyarakat, sebab banyak bahaya potensial yang berasal dari lingkungan baik bahaya fisik, kimia dan biologi. Oleh karenanya perlu dilakukan program penyehatan lingkungan dengan tujuan umum yaitu terciptanya lingkungan yang sehat dan berkualitas sehingga dapat melindungi masyarakat dari risiko kejadian yang dapat mengganggu kesehatan. Adapun tujuan khususnya yaitu:

- a. Peningkatan mutu kesehatan lingkungan
- b. Pemberdayaan masyarakat serta sektor lain yang berkaitan dan bertanggung jawab untuk meningkatkan dan melestarikan lingkungan hidup.
- c. Pelaksanaan isi dari peraturan perundangan yang berlaku mengenai penyehatan pemukiman dan lingkungan.
- d. Terlaksananya kegiatan pendidikan kesehatan dan penyuluhan mengenai peningkatan kesehatan lingkungan dan pemukiman.
- e. Terselenggaranya pengawasan yang teratur dan berkesinambungan pada kelompok masyarakat, sanitasi perumahan, tempat pembuatan makanan, tempat umum dan perusahaan.

Untuk mewujudkan tujuan-tujuan tersebut, maka kegiatan utama program kesehatan lingkungan yang harus dilakukan oleh puskesmas yaitu:

- a. Penyehatan pemukiman
- b. Penyehatan air
- c. Penyehatan makanan dan minuman
- d. Pengawasan sanitasi tempat umum
- e. Pengawasan pembuangan kotoran manusia
- f. Pengawasan dan pembuangan pada sampah dan limbah

- g. Pengamanan polusi industri
- h. Pengamanan pestisida
- i. Klinik sanitasi

3. Program Pencegahan Pemberantasan Penyakit Menular

Penyakit yang disebabkan oleh agen infeksi atau toksiknya yang berasal dari sumber penular atau reservoir yang ditukarkan kepada penjamu yang rentan disebut sebagai penyakit menular. Beberapa cara penularan penyakit menular yaitu:

- a. Penularan melalui kontak langsung
- b. Penularan melalui *vehicle*, misalnya melalui minuman dan makanan yang tercemar
- c. Penularan melalui suntikan, transfusi, **tindik** dan tato
- d. Penularan melalui vektor

Untuk menanggulangi kejadian luar biasa dari Penularan Penyakit Menular (P2M) maka dilakukan upaya sebagai berikut:

- a. Pemberian pertolongan dan pengobatan kepada penderita, membangun pos kesehatan di lokasi kejadian dilengkapi dengan sarana obat yang cukup, tenaga kesehatan yang berpengalaman dan sistem rujukan yang cepat tepat.
- b. Peningkatan upaya pencegahan dan pemutusan rantai penularan dengan kegiatan, seperti kaporisasi pada sumur yang tercemar KLB diare, abatisasi pada KLB dan DBD, dan sebagainya.
- c. Meningkatkan kegiatan pendukung seperti pengamatan, penyuluhan dan logistik.
- d. Pencegahan penyakit menular menyebar lebih luas dengan memberikan kekebalan pada *host* melalui imunisasi dan penyuluhan kesehatan.

4. Program Kesehatan Keluarga dan Reproduksi

Kesehatan keluarga merupakan dasar dari terwujudnya kesehatan suatu bangsa. Kesehatan keluarga merupakan keadaan keluarga yang sehat, kecil bahagia dan sejahtera dari suami istri, anak dan anggota keluarga lainnya

(UU RI no 23 tahun 1992). Adapun yang di maksud dengan kesehatan reproduksi ialah kesejahteraan mental, fisik, dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit dan kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya (WHO).

Tujuan penyelenggaraan program kesehatan keluarga dan reproduksi yaitu Adanya peningkatan kesadaran, kemandirian wanita beserta keluarganya dalam mengatur biologis keluarga juga kaitannya dengan fungsi reproduksi, serta peran aktif untuk mencegah dan menyelesaikan masalah keluarga guna terwujudnya kualitas hidup keluarga yang optimal. Tujuan khusus dari penyelenggaraan program ini yaitu:

- a. Adanya peran serta aktif wanita dan keluarganya dalam mencegah dan menyelesaikan masalah reproduksi dan kesehatan keluarga.
- b. Adanya komunikasi, informasi dan edukasi yang berkesinambungan mengenai kesehatan reproduksi, seksualitas dan manfaat serta risiko dari penggunaan kontrasepsi.
- c. Mewujudkan pelayanan kesehatan reproduksi kepada masyarakat secara berkualitas.
- d. Keluarga menggunakan kontrasepsi secara aman dan efektif.
- e. Adanya perencanaan kehamilan dan persalinan yang aman dan dibantu oleh tenaga kesehatan
- f. Pencegahan dan penanganan kegiatan menyimpang berupa pengguguran pada kandungan yang tidak diinginkan.
- g. Pemberian pelayanan infertilitas

5. Program Perbaikan Gizi Masyarakat

Program perbaikan gizi masyarakat adalah kegiatan untuk meningkatkan status gizi masyarakat melalui pengelolaan terkoordinasi dari berbagai profesi kesehatan dan adanya dukungan dari masyarakat. Adapun tujuan umum program ini yaitu meningkatkan status gizi masyarakat dan melakukan penanggulangan masalah gizi masyarakat. Adapun tujuan khususnya yaitu:

- a. Meningkatkan perhatian dan upaya peningkatan status gizi warga dari berbagai institusi pemerintah dan swasta
- b. Meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mewujudkan perilaku gizi yang baik dan benar sesuai dengan gizi seimbang.
- c. Terselenggaranya pelayanan gizi yang melibatkan partisipasi keluarga terhadap pencegahan dan penanggulangan masalah kelainan gizi.
- d. Terwujudnya rangkaian kegiatan pencatatan dan pelaporan masalah gizi dan tersedianya informasi situasi pangan dan gizi.
- e. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas gizi puskesmas lain dalam merencanakan, melaksanakan, membina, memantau dan mengevaluasi upaya perbaikan gizi masyarakat.

Adapun sasaran upaya perbaikan gizi ialah kelompok-kelompok yang memiliki risiko yang tinggi untuk menderita kelainan gizi antara lain:

- a. Semua penduduk rawan gizi.
- b. Bayi, anak balita, anak prasekolah dan anak usia sekolah.
- c. Semua anak dan dewasa mempunyai masalah gizi.
- d. Wanita usia subur termasuk calon pengantin, ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui dan usia lanjut.
- e. Pekerja penghasil rendah.

Adapun program yang dicanangkan untuk mengatasi perbaikan gizi masyarakat yaitu:

- a. Adanya upaya perbaikan gizi keluarga
- b. Upaya penanggulangan kelainan gizi
- c. Upaya perbaikan gizi institusi
- d. Pencegahan dan penanggulangan kekurangan vitamin A
- e. Pencegahan dan penanggulangan kurang kalori energi protein dan kurang energi kronis
- f. Pencegahan dan penanggulangan gangguan akibat kekurangan yodium
- g. Pencegahan dan penanggulangan anemia besi
- h. Pencegahan dan penanggulangan masalah gizi lebih
- i. Pencegahan dan penanggulangan masalah kekurangan gizi mikro lain

6. Program Penyembuhan Penyakit dan Pelayanan Kesehatan

Terdapat tiga jenis pelayanan medis kesehatan di puskesmas yaitu:

a. Pelayanan Medik Rawat Jalan

Merupakan pelayanan medis ialah pelayanan yang dilaksanakan di ruang praktik, dilakukan oleh pelaksana pelayanan baik dokter, perawat, bidan ataupun tenaga kesehatan lainnya baik dilakukan sendiri ataupun dengan koordinasi dengan sesama profesi ataupun pelaksana penunjang pelayanan kesehatan lainnya sesuai dengan indikasi medis dan wewenangnya agar terselesaikannya masalah kesehatan dan penyembuhan penyakit. Sasaran pelayanan medik rawat jalan ialah semua anggota masyarakat yang berada di wilayahnya tanpa membedakan umur, jenis kelamin dan strata sosial. Tujuan umum penyelenggaraan pelayanan medik rawat jalan ialah pengguna jasa sehat, sejahtera, jiwa, badan dan sosial sehingga dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Adapun tujuan khususnya yaitu:

- 1) Meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatannya sendiri terutama melalui peningkatan kesehatan dasar dan pencegahan penyakit.
- 2) Meningkatkan kesehatan pengguna jasa pelayanan dan komunikasi yang dilayani oleh puskesmas.
- 3) Terselenggaranya pelayanan medik yang berkualitas serta melibatkan partisipasi keluarga terhadap perawatan.
- 4) Menurunnya angka morbiditas penyakit di wilayah kerja puskesmas.

b. Pelayanan Kedaruratan Medik

Adalah pelayanan medik garda paling depan untuk mengatasi kejadian kecelakaan dan keadaan darurat medik lainnya, baik keadaan darurat fisiologik, mental psikologikal dan anatomik. Kejadian kegawatdaruratan ini terjadi mendadak sehingga tindakan penanganannya pun harus sigap, cepat dan tepat. Adapun tujuan pelayanan kecelakaan dan kedaruratan medik ialah memberikan

pertolongan medik segera dengan menyelesaikan masalah kritis yang ditemukan untuk menangani fungsi vital tubuh serta meringankan penderitaan dari pengguna pelayanan.

c. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut merupakan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang berwenang dalam mengatasi masalah penyakit gigi dan mulut serta permasalahannya secara menyeluruh dan dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Tujuan umum pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah meningkatnya partisipasi aktif dari masing-masing anggota masyarakat dan keluarganya untuk mewujudkan tercapainya derajat kesehatan gigi dan mulut masyarakat yang optimal. Adapun tujuan khususnya yaitu:

- 1) Meningkatnya kesadaran, sikap dan perilaku masyarakat dalam kemampuan pemeliharaan diri di bidang kesehatan gigi dan mulut dalam mencari pertolongan sedini mungkin.
- 2) Meningkatkan kesehatan gigi pengguna jasa pelayanan, keluarga dan komunikasinya.
- 3) Terselenggaranya pelayanan medik gigi dan mulut yang berkualitas serta melibatkan partisipasi keluarga terhadap perawatan.
- 4) Menurunnya prevalensi penyakit gigi dan mulut yang banyak diderita masyarakat terutama pada kelompok masyarakat yang rawan.

Sasaran pada pelayanan kesehatan gigi dan mulut yaitu:

- a. Anak pra sekolah
- b. Anak sekolah dasar
- c. Kelompok masyarakat lain berpenghasilan rendah
- d. Kelompok ibu hamil dan menyusui
- e. Lansia

Dalam pelaksanaan puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di Indonesia, pada kenyataannya memiliki permasalahan yang

perlu mendapat perhatian serius. Permasalahan ini meliputi kurang memadainya sarana dan prasarana juga rendahnya kemampuan dan keahlian tenaga medis. Oleh karena itu, pemerintah perlu memberikan perhatian khusus guna meningkatkan pelayanan yang diberikan. Peningkatan komitmen seluruh pegawai di puskesmas merupakan poin penting untuk merubah pandangan masyarakat luas terhadap kinerja dan citra puskesmas. Di samping itu pelaksanaan standar pelayanan puskesmas yang ketat juga diperlukan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya.

-oo0oo-

Pustaka Panasea

BAB 9

EPIDEMIOLOGI DALAM PELAYANAN KESEHATAN

9.1 Pengertian Epidemiologi

Pembangunan ekonomi dan penanggulangan kemiskinan bergantung kepada pembangunan kesehatan di negara tersebut. Bila sumber daya manusia dari suatu negara tersebut memiliki derajat kesehatan yang optimal maka pembangunan ekonomi akan baik dan penanggulangan kemiskinan mudah diatasi. Sumber daya manusia atau masyarakat yang sehat juga merupakan bagian penting dalam mengukur pencapaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM), sebab seseorang dikatakan sehat apabila memiliki keadaan yang sejahtera baik badan, sosial dan jiwa sehingga dapat hidup produktif secara ekonomi dan sosial.

Berdasarkan pemaparan diatas, maka untuk dapat mewujudkan masyarakat yang sehat, maka pelayanan kesehatan (*Health service*) yang baik, bermutu dan berkualitas perlu dikembangkan. Pelayanan kesehatan ini merupakan upaya yang komprehensif dan saling terpaut, bukan hanya berfokus pada upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan, tetapi juga mengupayakan kegiatan yang meningkatkan kesehatan dan mencegah terjadinya suatu penyakit pada perorangan, keluarga, kelompok juga masyarakat luas. Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat yang baik, perlu diperhatikan beberapa hal yakni penyebaran, frekuensi,

serta faktor-faktor yang mempengaruhi penyebaran masalah kesehatan, sehingga permasalahan tersebut dapat diselesaikan secara tuntas. Kegiatan yang dilakukan guna mengetahui penyebaran, frekuensi serta faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan dalam masyarakat atau populasi yang spesifik ini dikenal sebagai ilmu epidemiologi. Epidemiologi penting untuk dipelajari karena menjadi alat untuk memecahkan masalah kesehatan, juga dalam perkembangannya epidemiologi menjadi bagian dalam penelitian dan pengembangan ilmu, serta teknologi kesehatan, khususnya kesehatan masyarakat. Oleh karenanya, penting bagi setiap petugas kesehatan memahami ilmu epidemiologi tersebut.

Epidemiologi merupakan cabang ilmu dalam rumpun ilmu kesehatan masyarakat (*public health*) yang berorientasi kepada distribusi dan determinan penyakit atau masalah kesehatan lainnya dan upaya untuk menanggulangnya. Pendekatan yang digunakan dalam ilmu epidemiologi untuk memecahkan permasalahan yakni pendekatan kuantitatif. Penggunaan pendekatan kuantitatif menjadikan hubungan dan keterkaitan penyakit atau masalah kesehatan terhadap populasi dapat dijelaskan secara jelas dan detail.

Istilah epidemiologi berasal dari kata '*epi*' yang artinya pada, sedangkan kata '*demos*' berarti masyarakat, dan kata '*logos*' berarti ilmu, sehingga epidemiologi ialah ilmu yang digunakan untuk memecahkan masalah yang ada di masyarakat. Epidemiologi juga dapat diartikan sebagai ilmu mengenai distribusi atau penyebaran dan determinan atau faktor-faktor penentu kondisi atau kejadian terkait dengan kesehatan pada suatu masyarakat. Ilmu epidemiologi ini memiliki tujuan untuk menjadi dasar dalam mengembangkan perencanaan kebijakan kesehatan juga digunakan untuk menanggulangi masalah kesehatan yang ada. Ilmu epidemiologi ini sangat luas meliputi masalah lingkungan, isu genetik dan pertimbangan lain menyangkut pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

Studi epidemiologi memiliki unit analisis yang luas, yakni masyarakat yang bertempat tinggal di suatu negara, provinsi, kabupaten, kecamatan, desa serta tempat lainnya. Epidemiologi memiliki tujuan, yaitu:

1. Mengidentifikasi penyebab penyakit dan faktor risiko terkait;
2. Menentukan seberapa luas atau banyak penyakit ditemukan di populasi;
3. Mempelajari riwayat penyakit alamiah dan prognosis penyakit;
4. Mengevaluasi pelayanan dan pencegahan kesehatan yang sudah ada dan yang terbaru;
5. Menyediakan dasar dalam mengembangkan kebijakan kesehatan terkait dengan masalah lingkungan, isu genetik dan pertimbangan lain menyangkut pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

9.2 Jenis Epidemiologi

Dalam cabang ilmu kesehatan masyarakat, ada tiga jenis epidemiologi yaitu epidemiologi deskriptif, epidemiologi analitik dan epidemiologi terapan. Masing-masing jenis epidemiologi dijelaskan sebagai berikut:

1. Epidemiologi Deskriptif

Epidemiologi deskriptif adalah epidemiologi yang mempelajari mengenai frekuensi dan penyebaran suatu masalah kesehatan. Epidemiologi ini tidak mencari jawaban mengenai faktor-faktor penyebab kondisi atau kejadian terkait dengan kesehatan. Dalam epidemiologi deskriptif, dijelaskan suatu kejadian berdasarkan karakteristik masyarakat yang terkena (*who*), dimana daerah kejadian (*where*) dan kapan, berapa lama atau bagaimana kecenderungan suatu kejadian ditinjau dari aspek waktu timbulnya kejadian (*when*). Epidemiologi deskriptif tidak menjawab pertanyaan mengapa (*why*) terjadinya masalah tersebut.

2. Epidemiologi Analitik

Epidemiologi analitik adalah bagian epidemiologi yang mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya kejadian, serta variasi masalah kesehatan di Indonesia. Kegiatan epidemiologi analitik berfokus untuk mencari faktor penyebab (*why*) terjadinya kondisi, kejadian, atau masalah kesehatan yang ada di masyarakat. Kegiatan selanjutnya yaitu menganalisis hubungan antara faktor penyebab tersebut dengan akibat yang ditimbulkan karena kondisi, kejadian,

atau masalah kesehatan. Menurut epidemiologi analitik, penyebab ialah faktor yang menyebabkan suatu kondisi, kejadian atau masalah kesehatan, sedangkan akibat ialah penyebaran serta frekuensi dari masalah tersebut. Berikut ini dipaparkan perbedaan antara epidemiologi deskriptif dan epidemiologi analitik:

Tabel 9.1 Perbedaan Epidemiologi Deskriptif dan Epidemiologi Analitik

Penelitian Epidemiologi Deskriptif	Penelitian Epidemiologi Analitik
Hanya mendeskripsikan keadaan suatu masalah kesehatan misalnya siapa, dimana dan kapan.	Mendeskripsikan keadaan suatu masalah kesehatan juga menjelaskan alasan terjadinya masalah kesehatan tersebut (<i>why</i>).
Proses pengumpulan, pengolahan, penyajian dan interpretasi data dilakukan pada satu kelompok masyarakat saja.	Proses pengumpulan, pengolahan, penyajian dan interpretasi data dilakukan pada dua kelompok masyarakat.
Tidak membuktikan suatu hipotesis.	Bertujuan untuk membuktikan suatu hipotesis .

3. Epidemiologi Terapan

Epidemiologi terapan bertujuan untuk memecahkan berbagai masalah kesehatan dengan menggunakan pendekatan faktor risiko. Epidemiologi terapan digunakan untuk pemberantasan penyakit menular melalui upaya penanggulangan dan pencegahan dengan cara memutuskan mata rantai penularan penyakit tersebut, memantau perkembangannya, dan pembasmian kejadian sakit tersebut di masyarakat.

9.3 Ruang Lingkup Epidemiologi

Pada mulanya ruang lingkup epidemiologi mencakup pada penyakit menular, karena dahulu kala terjadi beberapa endemik penyakit menular namun setelah ditelusuri penyebabnya hal ini terjadi karena penyebab non infeksi. Pada perkembangannya, epidemiologi tidak hanya berfokus pada penyakit menular, akan tetapi juga telah mengamati hubungan sebab

akibat pada kasus bunuh diri, keracunan, kanker, penyakit jantung dan penyalahgunaan obat. Berikut ini dipaparkan beberapa ruang lingkup epidemiologi:

1. Epidemiologi Penyakit Menular

Penyakit menular sejak dulu telah menjadi perhatian serius karena dapat menyebabkan wabah yang cukup serius. Penyakit menular memiliki karakteristik berupa rantai penularan jelas, etiologi organisme jelas, kausa tunggal (penyebab penyakit tunggal) dan diagnosis mudah ditegakkan, sehingga mudah dilakukan pengamatan untuk mencari penyebab masalah. Oleh karenanya epidemiologi penyakit menular digunakan untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit menular tertentu di dalam masyarakat.

2. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular kini telah menjadi beban bagi dunia kesehatan, sebab permasalahan mengenai penyakit menular belum terselesaikan dengan baik, kini penyakit tidak menular sudah berkembang pesat dan menjadi pembunuh nomor satu di dunia. Tidak adanya rantai penularan, diagnosa yang sulit ditegakkan dan bersifat kronis membuat penyakit tidak menular sulit dianalisis. Oleh karena itu, epidemiologi penyakit tidak menular dikembangkan untuk mencari faktor penyebab timbulnya masalah penyakit yang dikenal sebagai pembunuh berdarah dingin ini. Dengan menggunakan epidemiologi penyakit tidak menular, dapat dievaluasi penyebab penyakit ini karena faktor lingkungan, pola makan, gaya hidup atau perilaku tidak sehat lainnya. Empat penyakit pembunuh utama di penyakit tidak menular yaitu kanker, penyakit jantung, penyakit paru-paru dan stroke serta diabetes.

3. Epidemiologi Kependudukan

Ilmu epidemiologi tidak hanya berguna dalam mengatasi permasalahan kesehatan, tetapi dalam pengembangannya digunakan pula dalam bidang kependudukan. Epidemiologi kependudukan merupakan ruang lingkup epidemiologi yang menggunakan pendekatan epidemiologi untuk menganalisis permasalahan yang

terkait dengan demografi atau kependudukan, serta faktor yang berpengaruh terhadap perubahan demografis yang terjadi. Epidemiologi dalam kependudukan tidak hanya memberikan informasi karakteristik masyarakat terhadap masalah kesehatan dan timbulnya penyakit, namun juga berkaitan dengan aspek kependudukan yang lebih luas dan keterkaitan dengan keluarga berencana.

4. Epidemiologi Klinik

Ilmu epidemiologi kini juga telah dikembangkan kepada bidang klinis atau kedokteran. Penggunaan ini bertujuan untuk membekali para tenaga medis/dokter untuk memecahkan masalah kesehatan masyarakat menggunakan disiplin ilmu epidemiologi.

5. Epidemiologi Manajemen Pelayanan Kesehatan

Epidemiologi ini merupakan pengembangan dari ilmu epidemiologi yang digunakan untuk mencari penyebab munculnya suatu masalah, melakukan evaluasi dan menyusun rencana untuk melakukan perbaikan dalam rangka mengatasi masalah tersebut secara efektif, efisien, dan terpadu.

6. Epidemiologi Lingkungan dan Kesehatan Kerja

Epidemiologi ini merupakan pengembangan dari ilmu epidemiologi yang digunakan untuk menganalisis kondisi dan keadaan lingkungan kerja, baik lingkungan kerja secara fisik, kimia, biologis, sosial budaya dan kebiasaan pekerja. Sehingga harapannya lingkungan kerja tersebut mendukung guna terciptanya lingkungan yang mengutamakan kesehatan dan keselamatan pekerja.

7. Epidemiologi Kesehatan Jiwa

Epidemiologi ini merupakan pengembangan dari ilmu epidemiologi yang digunakan untuk menganalisis masalah gangguan jiwa yang diderita oleh masyarakat baik mengenai keadaan gangguan atau kelainan yang menimpa kelompok penduduk tertentu, ataupun gangguan kejiwaan lainnya. Sehingga dapat diketahui faktor penyebabnya dan dapat dilakukan analisis guna mendapatkan cara terbaik untuk menyembuhkan penyakit gangguan jiwa tersebut.

8. Epidemiologi Gizi

Epidemiologi ini merupakan pengembangan dari ilmu epidemiologi yang digunakan untuk menganalisis masalah gizi masyarakat. Masalah gizi ini dapat dikarenakan oleh pola hidup yang tidak sehat, ataupun faktor lain. Dengan menggunakan epidemiologi gizi, masalah gizi yang terjadi dapat diketahui faktor yang berhubungan dengan timbulnya masalah gizi, baik faktor yang bersifat biologis, kimiawi, maupun fisik. Diketuinya faktor penyebab masalah gizi ini dapat menjadi bahan untuk melakukan evaluasi dan perbaikan, sehingga tidak terjadi lagi permasalahan gizi pada masyarakat.

9.4 Peran Epidemiologi dalam Mengatasi Masalah di Bidang Kesehatan Masyarakat

Ilmu epidemiologi sangat berperan dalam mengatasi berbagai permasalahan kesehatan masyarakat. Bukan hanya masalah penyebaran penyakit, juga masalah lainnya yang lebih luas dan serius untuk segera ditangani. Adapun peranan epidemiologi di bidang kesehatan masyarakat, yaitu:

1. Epidemiologi mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit, wabah atau masalah kesehatan lainnya yang ada di dalam masyarakat.
2. Epidemiologi menyajikan data yang diperlukan guna melakukan perencanaan kesehatan dan juga digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan.
3. Epidemiologi membantu pelaksanaan evaluasi terhadap program kesehatan yang sedang dilaksanakan ataupun telah selesai dilakukan.
4. Dalam menganalisis, mengatasi dan menanggulangi masalah kesehatan atau penyakit, epidemiologi mengembangkan berbagai metodologi yang tepat dan sesuai.
5. Epidemiologi mengarahkan intervensi yang tepat dan diperlukan guna melakukan penanggulangan terhadap masalah kesehatan yang perlu dipecahkan.

6. Mempelajari riwayat status kesehatan atau jenis penyakit yang sering menjangkit pada sekelompok masyarakat dari waktu ke waktu, studi ini dipergunakan untuk keperluan proyeksi di masa mendatang.
7. Mendiagnosis status kesehatan dari masyarakat dengan cara mengukur frekuensi penyakit, yang meliputi angka kematian dan angka kesakitan yang terjadi di masyarakat.
8. Mempelajari mekanisme kerja suatu pelayanan kesehatan untuk keperluan evaluasi kebutuhan dan efektifitas pelayanan kesehatan yang ada.
9. Mengestimasi faktor risiko yang mungkin dapat menimbulkan suatu penyakit pada individu dalam masyarakat, seperti risiko akibat merokok dengan frekuensi penyakit paru-paru.
10. Melengkapi gambaran klinik penyakit kronik pada masyarakat, agar dapat memberikan informasi mengenai riwayat perjalanan penyakitnya.
11. Surveilans dan monitoring terhadap penyakit yang menular dan berbahaya untuk keperluan preventif agar tidak berjangkit luas di masyarakat.
12. Mengidentifikasi sindrom gejala-gejala penyakit yang belum jelas di masyarakat.

Epidemiologi tidak serta merta dapat digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan, cabang ilmu ini juga memerlukan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang lainnya, misalnya ilmu administrasi kebijakan kesehatan, biostatistika kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku. Epidemiologi dapat digunakan dalam proses perencanaan kesehatan meliputi kegiatan identifikasi masalah, menetapkan prioritas masalah, menyusun rencana penanggulangan, serta melakukan kegiatan penanggulangan dan setelahnya melakukan evaluasi terhadap kegiatan penanggulangan yang telah dilakukan tersebut. Selain itu epidemiologi juga berperan dalam cabang ilmu pendidikan kesehatan di masyarakat, epidemiologi dapat dipergunakan dalam membuat suatu "diagnosis Epidemiologi" dari masalah intervensi tersebut. Di sini epidemiologi berperan dalam menentukan masalah kesehatan berdasarkan indikator

vital, seperti mortalitas, morbiditas, fertilitas epidemiologi disabilitas. Dan juga dapat dipakai dalam menghitung frekuensi penyakit dalam bentuk insidensi, prevalensi, distribusi, intensitas dan kelangsungan suatu penyakit.

-oo0oo-

Pustaka Panasea

Pustaka Panasea

BAB 10

SISTEM KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA

10.1 Sistem Kesehatan di Jerman

Sistem jaminan sosial di Jerman lahir di abad ke-19. Negara Jerman termasuk negara dengan jaminan sosial tertua, menginspirasi penerapan sistem jaminan sosial di negara yang lain termasuk negara Indonesia. Hal ini ditandai dengan lahirnya UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai *gatekeeper* menuju era baru sistem jaminan sosial di Indonesia. Berikut hal-hal yang menggambarkan pengaruh Jerman dalam perkembangan sistem jaminan sosial di Indonesia yaitu :

- a. Cabang jaminan sosial dalam sistem jaminan sosial memiliki kemiripan dengan cabang jaminan sosial yang menjadi pilar utama di Jerman, yaitu terdiri dari jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pensiun, jaminan hari tua, jaminan pensiun, serta jaminan kematian.
- b. Penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia sesuai dengan UU SJSN yang sejalan dengan penyelenggaraan sistem jaminan sosial di Jerman.
- c. Pendanaan jaminan sosial sebagian besar berasal dari iuran peserta, bukan dari penerimaan pajak, ciri utama Bismarck Model yang diterapkan oleh Jerman.

Sejarah Sistem Jaminan Sosial Negara Federal Republik Jerman

Konsep sistem jaminan sosial di negara Jerman lahir dari ide dan pemikiran Otto von Bismarck, yang fokus kepada pendanaan asuransi

yang bersumber dari kontribusi sosial berupa premi asuransi yang berasal dari pendapatan atau gaji pekerja. Pertumbuhan sistem jaminan sosial di Jerman diawali dengan terbentuknya "*Imperial Decree*" pada 17 November 1881. Asuransi sosial dimulai di Jerman pada masa pemerintahan Bismarck (1883), yang mewajibkan bagi seluruh para pekerjanya untuk mengikuti asuransi sakit dengan sumber pembiayaan berasal dari pajak penghasilan yang disebut *Social Health Insurance*. Asuransi yang dikembangkan di Jerman menggunakan pendekatan pasar pada asuransi swasta, tetapi dengan subsidi negara karena besarnya persentase premi yang dibayarkan bergantung dari penghasilan peserta itu sendiri sehingga akan terjadi subsidi silang antar peserta.

Prinsip Dasar dan Pilar Utama Sistem Jaminan Sosial di Jerman

Sistem jaminan sosial yang diselenggarakan di Jerman mewajibkan setiap penduduknya mengikuti asuransi sosial sesuai dengan undang-undang yang berlaku (*statutory social insurance/die gesetzliche Sozialversicherung*). Namun, sistem asuransi privat tetap diberikan tempat untuk menyediakan layanan asuransi yang sama, yang terbatas untuk warga negara yang memiliki penghasilan lebih (di atas batas yang telah ditentukan). Ada 5 (lima) jenis asuransi sosial yang menjadi pilar utama penyelenggaraan sistem jaminan sosial di Jerman yaitu:

- a. Asuransi **kesehatan** (*statutory health insurance/die gesetzliche Krankenversicherung*);
- b. Asuransi pensiun (*statutory pension insurance/die gesetzliche Rentenversicherung*);
- c. Asuransi bagi pengangguran (*statutory unemployment insurance/die gesetzliche Arbeitslosen-versicherung*);
- d. Asuransi kecelakaan (*statutory accident insurance/die gesetzliche Unfallversicherung*); dan
- e. Asuransi perawatan jangka panjang (*statutory long-term care insurance/die gesetzliche Pflegeversicherung*).

Penyelenggaraan asuransi sosial di Jerman berlandaskan pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. *The Principle of Compulsory Insurance*

Prinsip ini menjelaskan bahwa seluruh warga negara diwajibkan menjadi peserta asuransi sosial. Untuk penduduk yang memiliki penghasilan per tahun di atas batas yang telah ditentukan diberikan kebebasan untuk memilih menjadi peserta asuransi yang diselenggarakan oleh swasta atau secara sukarela menjadi peserta asuransi sosial yang diselenggarakan oleh negara. Sekitar 90% dari populasi di Jerman telah berhasil tercakup melalui asuransi sosial yang bersifat wajib maupun yang bersifat sukarela.

2. *The Principle of Financing through Contributions/Shared Financing*
Pembiayaan asuransi sosial bersumber dari kontribusi yang dibayarkan oleh para pekerja dan pemberi kerja. Besar kecilnya kontribusi didasarkan pada ketentuan Undang-Undang Pemerintahan Federal Jerman.

3. *The Principle of Solidarity*

Prinsip ini memiliki makna bahwa risiko akan ditanggung secara bersama-sama oleh seluruh peserta asuransi dan anggota keluarganya (orang tertanggung) tanpa melihat berapa besar kontribusi yang telah mereka berikan. Ini artinya semua peserta memiliki akses yang sama atas layanan komprehensif yang diberikan oleh sistem asuransi.

4. *The Principle of Self-Government*

Prinsip ini menjelaskan bahwa organisasi asuransi sosial bersifat mandiri baik dari sisi kelembagaan ataupun finansial dan tidak berstatus sebagai lembaga dari suatu negara, dimana dalam penyelenggaraan sesuai dengan ketentuan hukum publik yang tercantum dalam Kitab Undang-Undang Jaminan Sosial (*Social Security Code/Sozialgesetzbuch (SGB)*).

5. *The Principle of Free Movement*

Prinsip ini memberikan hak pada setiap warga negara pilihan untuk bergerak bebas di seluruh negara anggota Uni Eropa dan menetap di lokasi yang dipilih.

6. *The Principle of Equivalence*

Prinsip ini berlandaskan pada jumlah manfaat yang akan diterima oleh setiap orang tidak sama, namun sesuai dengan jumlah kontribusi yang telah dibayarkan oleh tertanggung.

Organisasi Jaminan Sosial di Negara Federal Republik Jerman

1. Organisasi Asuransi Kesehatan

Organisasi asuransi kesehatan sosial dalam melaksanakan kegiatannya berdasarkan prinsip *self-government*. Organisasi asuransi kesehatan yang dimaksud seperti AOK (organisasi asuransi kesehatan terbesar di Jerman), *Alternative health insurance funds*, *The Sickness Fund for Miners and Seamen (Knappschaft)*, *Company health insurance funds*, *Guild health insurance funds*, *Agricultural health insurance fund*.

2. Organisasi Asuransi Pensiun

Pada tahun 2005, seluruh perusahaan asuransi pensiun melaksanakan kegiatannya di bawah satu nama organisasi yaitu *German Pension Insurance/Deutsche Rentenversicherung (DRV)*, yang dilaksanakan sesuai dengan pedoman Buku IV Kitab Undang-Undang Jaminan Sosial (*Socialgesetzbuch (SGB)*), berdasarkan prinsip *self government/self administration*.

3. Organisasi Asuransi Sosial Lainnya

Organisasi asuransi sosial lainnya di Jerman meliputi asuransi sosial bagi pengangguran yang dikelola oleh *Bundesagentur für Arbeit (BA)*, organisasi asuransi perawatan jangka panjang (*long-term care insurance*).

Pembahasan

1. Subsistem Upaya Kesehatan di Jerman

Upaya kesehatan didefinisikan sebagai semua kegiatan atau aktifitas yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan yang dilakukan bersama-sama oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Berdasarkan Rencana Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Tahun 2004, upaya tersebut meliputi upaya penurunan angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Pada tahun 2015, angka kematian bayi di Jerman adalah

2,72 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan pada tahun 2014 sebesar 2.96%.

2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan di Jerman

Pembiayaan menjadi salah satu aspek penting dalam sistem kesehatan. Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkelanjutan memegang peranan yang sangat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan di suatu negara yaitu pemerataan pelayanan kesehatan bagi setiap penduduk dan akses pelayanan yang berkualitas. Jerman merupakan salah satu negara yang paling banyak menghabiskan sejumlah besar kekayaannya untuk bidang kesehatan yang menduduki peringkat kelima dunia. Total pengeluaran kesehatan di Jerman tahun 2012 sebesar 11,4% dari PDB. Hal ini menandakan bahwa pemerintah Jerman menaruh perhatian yang besar terhadap sistem pembiayaan kesehatan di negaranya karena Jerman menganggap kesehatan mempunyai peranan vital terhadap pembangunan nasional di suatu negara.

3. Subsistem SDM Kesehatan di Jerman

Dalam penyelenggaraan sistem kesehatan, diperlukan sumber daya manusia. Jumlah SDM Kesehatan Tahun 2014 di Jerman mencapai 7 juta karyawan dengan pendapatan sebesar 336,4 miliar. Angka ini menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2011 yang hanya mencapai 4,9 juta. Jerman memiliki jumlah dokter yang cukup dan memadai serta kualitas dokter yang bagus. Selama 50 tahun terakhir, jumlah dokter terus meningkat. Kenaikan tahunan rata-rata adalah 3% di tahun 1980an dan 2% di tahun 1990an. Pada masa peralihan dari tahun 2000 ke tahun 2011, terjadi peningkatan jumlah orang yang bekerja di sektor kesehatan yaitu sebesar 600.000 atau 14,6%.

10.2 Sistem Kesehatan di Inggris

Sistem kesehatan di Inggris disebut sebagai *National Health Service* (NHS), yang merupakan sistem kesehatan biayanya oleh publik Inggris, yang sebagian besar berasal dari pajak umum (termasuk sebagian dari

pembayaran Asuransi Nasional). NHS tidak sepenuhnya dapat dikatakan sebagai suatu sistem asuransi, karena tidak ada premi yang diambil dan tidak ada biaya yang dibebankan kepada pasien serta biaya tidak dibayarkan dari *a pool* (*Comparison Health Insurance*). Namun meskipun begitu, sistem ini bertujuan untuk menyebarkan risiko keuangan yang ditimbulkan dari kondisi sakit sehat. Ada tiga poin penting dalam penyelenggaraan NHS di Inggris, meliputi :

- a. Akses yang sama bagi seluruh penduduk Inggris terhadap tempat pelayanan kesehatan.
- b. Tersedianya pelayanan yang bersifat komprehensif terkait pencegahan (*preventif*) dan pengobatan (*kuratif*).
- c. Menyediakan jasa kesehatan bagi seluruh penduduk tanpa biaya.

Otoritas lokal kesehatan yang berhadapan langsung dengan permasalahan kesehatan masyarakat dalam sistem NHS disebut sebagai *General Practitioner* (GPs). Pada pelaksanaannya, NHS mempunyai banyak perbaikan dan evaluasi sampai saat ini, namun struktur NHS di Inggris dapat dijelaskan, yaitu sebagai berikut:

1. Parlemen
Pemerintah mengalokasikan dana ke NHS di Inggris melalui pajak.
2. Manajemen di tingkat nasional terdiri dari :
 - a. *Department of Health* (DH), bertanggung jawab untuk menjalankan dan meningkatkan NHS, kesehatan masyarakat dan pelayanan sosial di Inggris.
 - b. *Arm's Length Bodies/ ALB*, organisasi independen yang disponsori oleh DH yang bertugas untuk menjalankan fungsi eksekutif.
3. Manajemen di tingkat lokal terdiri dari :
 - a. *Strategis Health Authorities* (SHA)
Peran SHA untuk mendukung upaya pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kinerja; mengintegrasikan prioritas nasional ke dalam rencana pelayanan kesehatan lokal, dan menyelesaikan setiap konflik yang tidak dapat diselesaikan antara organisasi NHS lokal.

b. *Primary Care Trust (PCT)*

Ada 303 PCT di Inggris, yang berperan untuk meningkatkan layanan kesehatan masyarakat di masing-masing daerah.

c. *NHS Trust*

NHS Trust menggunakan sebagian besar tenaga kerja pelayanan kesehatan. Mereka memperoleh sebagian besar pendapatan mereka melalui perjanjian tingkat layanan dengan PCT lokal mereka pada pembayaran dengan dasar hasil. Kepercayaan yang melebihi ekspektasi kontrak akan menerima lebih banyak dana. Jenis utama dari *trust* adalah sebagai berikut: perawatan akut, perawatan kesehatan mental, ambulans, dan anak-anak.

10.3 Sistem Kesehatan Di Taiwan

Sistem kesehatan di Taiwan dikenal sebagai NHI (*Bureau of National Health Insurance*) yang dimulai tanggal 1 Maret 1995. NHI adalah program *mandatory*, menggunakan sistem *single-payer*, berdasarkan prinsip bahwa setiap penduduk harus memperoleh akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata sehingga mempermudah penduduk ketika mengalami kekurangan finansial dan untuk memastikan bahwa tidak ada satu orang pun yang akan menjadi tidak mampu akibat dari menderita penyakit tertentu yang serius.

Chang, Chand, Das, dan Li (2004) dan Hung dan Chang (2008) melakukan penelitian mengenai dampak dari asuransi kesehatan nasional di Taiwan. Chang, Chand, Das, dan Li (2004) mengkaji sejauh apa pengaruh regulasi kesehatan terhadap efisiensi operasional RS di Taiwan. Hasil penelitian menjelaskan bahwa setelah adanya NHI, rata-rata tingkat efisien RS distrik di Taiwan menurun. Di sisi lain Hung dan Chang (2008) melakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh langsung terhadap peningkatan biaya setelah diterapkannya NHI. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin luasnya cakupan asuransi kesehatan (khususnya untuk yang berusia lanjut dan penanganan berbagai tipe penyakit yang kronis), serta meningkatnya persaingan (karena berkembangnya teknologi dan semakin panjangnya lama rawat inap)

menjadi faktor pemicu meningkatnya biaya rumah sakit yang langsung terasa akibat semakin luasnya penerapan NHI di Taiwan.

Cakupan Kepesertaan NHI

Hampir 99% penduduk termasuk dalam program NHI ini, kecuali penduduk yang tinggal di luar negeri untuk waktu yang lama tidak wajib untuk ikut berpartisipasi dalam program wajib ini. Penduduk yang dijamin dalam NHI dibagi menjadi enam sub kelompok sesuai dengan pekerjaan atau status khusus lainnya yang menjadi dasar penentu bagaimana premi akan dihitung dan dibayarkan. Penduduk Taiwan yang memiliki rencana tinggal di luar negeri lebih dari enam bulan pun memperoleh jaminan kesehatan.

Sumber-Sumber Finansial

Pada dasarnya, NHI dibuat untuk membiayai secara *self-sufficient* serta bertanggung jawab jika terjadi defisit. Sesuai hukum *the Bureau of National Health Insurance* dilarang memperoleh keuntungan dan disyaratkan untuk menjaga dana cadangan paling tidak setara dengan pengeluaran medis satu bulan. Sumber-sumber lain bersumber dari denda atas tunggakan pembayaran premi. Selama 15 tahun pelaksanaannya, premi hanya disesuaikan satu kali yakni pada tahun 2002. Premi ditentukan berdasarkan kemampuan membayar tiap orang dan pengumpulan dana untuk mendukung penduduk yang kurang mampu secara finansial. *IC Card*, merupakan salah satu kelebihan yang dimiliki oleh NHI, dimana peserta mempunyai akses lebih dari 18.000 fasilitas pelayanan kesehatan yang telah bekerjasama di seluruh negara.

Tabel 10.1 Perbandingan Sistem Kesehatan di Indonesia, Jerman dan Inggris

No	Aspek Pemanding	Negara		
		Indonesia	Jerman	Inggris
1	Upaya Kesehatan	Di tahun 2015, angka kematian bayi di Indonesia sebesar 22.29 per 1.000 kelahiran hidup.	Pada tahun 2010, angka kematian bayi di Jerman adalah 3,4 kematian per 1.000 kelahiran hidup.	Pada tahun 2010, angka kematian bayi di Inggris adalah 3,2 kematian per 1.000 kelahiran hidup.

Tabel 10.1 Perbandingan Sistem Kesehatan di Indonesia, Jerman dan Inggris
(Lanjutan)

No	Aspek Pembeding	Negara		
		Indonesia	Jerman	Inggris
2	Pengeluaran Biaya Kesehatan	Pengeluaran biaya kesehatan di Indonesia pada tahun 2014 sebesar 2.8% dari GDP. (Sumber : Republic of Indonesia: Health System Review: Vol 7 No 1, 2017).	Pengeluaran biaya kesehatan di Jerman pada tahun 2011 sebesar 11.3% dari GDP. (Sumber : Germany: Health System Review. Vol 16, No 02, Maret 2014).	Pengeluaran biaya kesehatan di Inggris pada tahun 2013 sebesar 9.12% dari GDP. (Sumber : United Kingdom: Health System Review. Vol 17, No 05, 2015).
3	Sumber pembiayaan kesehatan	Kontribusi Peserta (Asuransi Kesehatan Sosial)	Kontribusi Peserta (Asuransi Kesehatan Sosial)	Sistem kesehatan dibiayai oleh publik Inggris, sebagian besar didanai dari pajak umum, disebut (National Health Services / NHS)
4	SDM Kesehatan	Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Indonesia pada 2016 sebanyak 1.000.780 orang yang terdiri dari 736.077 orang tenaga kesehatan (73,6%) dan 264.703 orang tenaga penunjang kesehatan (26,4%).	Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Jerman pada tahun 2014 sebanyak 7 juta penduduk yang bekerja di sektor kesehatan.	
5	Sistem Pembayar	Multi-payer	Multi-payer	Single-payer
6	Program Pembiayaan Penyakit Katastropik	Semua chronic ilnes dibiayai tanpa dibatasi	Iuran tambahan 1 % dari income khusus untuk chronic illness	
7	Sumber Pendanaan Pelayanan Kesehatan	Swasta	Publik	Publik
8	Sumber Penyediaan Pelayanan Kesehatan	Publik	Swasta	Publik

Tabel 10.1 Perbandingan Sistem Kesehatan di Indonesia, Jerman dan Inggris
(Lanjutan)

No	Aspek Pembeding	Negara		
		Indonesia	Jerman	Inggris
9	Prinsip Penyelenggaraan	Prinsip penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia : Prinsip gotong-royong, Prinsip nirlaba,	Prinsip penyelenggaraan jaminan sosial di Jerman : <i>The Principle of Compulsory Insurance</i> <i>The Principle of</i>	
		Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas. Prinsip portabilitas Prinsip kepesertaan bersifat wajib, Prinsip dana amanat. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional adalah hasil berupa deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.	<i>Financing through Contributions/Shared Financing</i> <i>The Principle of Solidarity</i> <i>The Principle of Self-Government</i> <i>The Principle of Free Movement</i> <i>The Principle of Equivalence</i>	

10.4 Sistem Kesehatan di Singapura

Republik Singapura, adalah sebuah Negara pulau di lepas ujung selatan Semenanjung Malaya, 132 kilometers di Utara khatulistiwa di Asia Tenggara. Nama Singapura diambil dari bahasa sansekerta yaitu singa dan pura, singa berarti hewan singa dan pura berarti kota. Letak Negara ini terpisah dari Malaysia oleh Selat Johor di Utara dan dari Kepulauan Riau, Indonesia oleh selat Singapura di Selatan. Singapura adalah pusat keuangan terdepan keempat di dunia dan sebuah kota dunia kosmopolitan yang memainkan peran penting dalam perdagangan dan keuangan internasional. Pelabuhan Singapura adalah satu dari lima pelabuhan tersibuk di dunia.

Singapura adalah salah satu negara yang diakui oleh WHO mengenai sistem pelayanan kesehatan yang terbaik. Baik buruknya kesehatan publik di suatu negara tergantung pada layanan medisnya. Kualitas ini dapat dilihat dari persentase angka kematian bayi dan harapan hidup. Dalam data statistik WHO tahun 2007 mencatat angka harapan hidup 80,6 tahun (78,2 tahun untuk laki-laki dan 82,9 tahun untuk wanita). Sedangkan angka kematian bayi 2,1 per 1000 kelahiran, total angka kelahiran kasar sebesar 10,3 per populasi dan angka kematian kasar sebesar 4,5 per 1000 populasi)

1. Sistem Pembiayaan Kesehatan di Singapura

Semua orang bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri. Tabungan merupakan hal utama untuk jaminan kesehatan dibandingkan asuransi. Pemerintah hanya menyediakan dana untuk perawatan medis dasar. Setiap individu berkewajiban menanggung biaya kesehatannya sendiri artinya biaya kesehatan tidak diwariskan.

Filosofi sistem kesehatan Singapura terdiri dari tiga pilar. Pertama, negara ini bertujuan untuk membangun populasi yang sehat dengan perawatan kesehatan preventif dan untuk mendorong gaya hidup sehat. Kedua, Singapura juga menekankan tanggung jawab pribadi terhadap kehidupan sehat melalui sistem "3M" (*Medisave, Medishield and Medifund*). Terakhir, pemerintah harus menjaga biaya perawatan kesehatan dengan mengendalikan sisi penawaran layanan kesehatan dan memberikan subsidi berat di institusi kesehatan masyarakat.

Ada tiga regulator utama dalam sistem tersebut, Menteri Kesehatan (Depkes), *Central Provident Fund* (CPF) dan Otoritas Moneter Singapura (MAS). Departemen Kesehatan mengawasi ketentuan dan peraturan layanan kesehatan. Secara khusus, lembaga ini bertanggung jawab untuk mempromosikan pendidikan kesehatan, memantau aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan, mencegah dan mengendalikan penyakit, mengalokasikan sumber daya dan spesialis serta mengatur izin yang diperlukan untuk tempat layanan kesehatan.

CPF adalah rencana penghematan jaminan sosial yang komprehensif dan wajib. Ini memastikan Singapura bekerja dan penduduk tetap (PRs)

mendukung diri mereka sendiri di masa tua. CPF telah mengeluarkan tujuannya memenuhi kebutuhan populasi dalam hal pensiun, perumahan, perlindungan keluarga, peningkatan aset dan perawatan kesehatan. Pekerja dan pengusaha diharuskan memberikan kontribusi bulanan kepada CPF karyawan ke dalam tiga akun; rekening biasa, rekening khusus dan akun *Medisave*.

MAS, selaku bank sentral Singapura, mengatur aspek keuangan sektor asuransi. Departemen Asuransi MAS mengelola undang-undang asuransi, yang melindungi kepentingan pemegang polis dan mengatur kegiatan perusahaan asuransi, termasuk persyaratan pendaftaran dan perizinan. Secara berkala, MAS memberikan arahan dan catatan praktik untuk mengatur aktivitas asuransi.

2. Sistem Pelayanan Kesehatan di Singapura

Singapura menyediakan perawatan kesehatan primer, perawatan di rumah sakit, perawatan jangka panjang dan perawatan terpadu lainnya. Singapura memiliki pelayanan antara lain: poliklinik rawat jalan dan klinik swasta untuk menyediakan layanan kesehatan primer, layanan preventif dan promotif. Delapan puluh persen layanan kesehatan primer ditawarkan oleh 2000 klinik swasta, sedangkan sisanya disampaikan oleh 18 poliklinik pemerintah.

Perawatan di rumah sakit terdiri dari rawat inap, rawat jalan dan layanan gawat darurat. Berbeda dengan perawatan kesehatan primer, rumah sakit umum menyediakan 80% perawatan di rumah sakit. Rumah sakit umum disusun oleh daerah dengan lima kelompok: *Alexandra Health Pte Ltd (AHPL)*, *Jurong Health Services (JHS)*, *National Health Group (NHG)* dan *Singapore Health Services Group (SHS)*. Ada dua penyedia layanan swasta terkemuka yaitu *Raffles Medical Group* dan *Parkway Health*.

Pada tahun 2010, terdapat 11.509 tempat tidur rumah sakit, dari 8881 tempat tidur berasal dari sektor publik dan 2.628 tempat tidur berasal dari penyedia layanan swasta. Jumlah dokter terdaftar (tidak termasuk spesialis) dan perawat yang melayani di institusi publik masing-masing

adalah 8.819 dan 12.994. Padahal, angka yang sesuai untuk sektor swasta adalah 3.292 dan 5.140.

3. Kerangka pembiayaan di Singapura

Kerangka pembiayaan di Singapura dibentuk oleh sistem 3M yaitu:

a. *Medisave*

Medisave adalah tabungan nasional untuk kesehatan setiap warga dan tabungan ini bersifat wajib setiap penduduk memberikan kontribusi sebesar 6,5%-9% dari gaji mereka untuk memenuhi jaminan kesehatan dimasa depan baik untuk pribadi, maupun keluarga. *Medisave* ini diperkenalkan pada tahun 1984 yang sistem pembiayaannya mencakup sekitar 85% dari seluruh penduduk di Singapura. *Medisave* ini memperoleh bunga dari tabungan tersebut tapi tidak dikenakan pajak.

b. *Medishield*

Adalah sistem asuransi kesehatan yang diperkenalkan sekitar tahun 1990an untuk membantu tenaga medis dalam menangani masalah kesehatan dan perlindungan dari kesakitan. Premi untuk *medishield* ini dibayarkan lebih rendah daripada *medisave*. Produk kesehatan ini digunakan ± 80% dari seluruh populasi masyarakat negara Singapura.

c. *Medifund*

Sistem pelayanan asuransi kesehatan yang tetap digunakan untuk menjamin setiap warga negara Singapura yang tidak mampu lagi membayar asuransi atau pembiayaan terhadap status kesehatannya. Anggaran dana yang digunakan dalam menjamin sistem kesehatan tersebut bersumber dari surplus pendapatan negara sehingga negara menjamin seluruh lapisan masyarakatnya menerima akses layanan kesehatan tanpa adanya kendala dari segi pembiayaan.

10.5 Sistem Kesehatan di Malaysia

Berbeda dengan Indonesia yang melaksanakan jaminan kesehatan semesta pada tahun 2014 dan baru akan merampungkan total populasi pada tahun 2019, negara tetangga Malaysia justru sudah melaksanakannya sejak tahun

1990an. Namun adanya beberapa isu krusial melibatkan kenaikan biaya, keberlanjutan jangka panjang, kenaikan pajak, efisiensi dan harapan masyarakat akan kualitas pelayanan yang lebih tinggi, Malaysia merubah sistem kesehatannya dari layanan kesehatan yang sebelumnya didominasi pemerintah, saat ini justru lebih besar melibatkan sektor swasta.

Malaysia juga mengembangkan kesehatan sebagai daya tarik wisatawan berkunjung ke negara tersebut. Jarak yang tidak jauh dari Indonesia yang memiliki 240 juta penduduk, membuat Malaysia meningkatkan kualitas rumah sakitnya. Salah satu penghargaan Malaysia adalah memenangkan *Medical Travel Destination of The Year 2015 di International Medical Travel Journal (IMTJ) Medical Travel Awards 2015*. Tidak heran jika Malaysia terutama Kuala Lumpur dan Penang jadi negara tujuan utama untuk berlibur sekaligus memeriksa kesehatan (*medical check up*).

10.6 Sistem Kesehatan di Jepang

Berdasarkan segi pembiayaan kesehatan, pemerintah Jepang sudah memulai jaminan kesehatan sejak tahun 1927, dan mencakup seluruh penduduk (*whole coverage*) di tahun 1961. Untuk penduduk lansia bahkan digratiskan atau tidak perlu membayar iuran sejak tahun 1973. Berbeda dengan Indonesia, Jepang menitikberatkan upaya kesehatan pada perawatan, hal tersebut terlihat dari lebih tingginya biaya kesehatan untuk rawat jalan dibandingkan rawat inap. Tindakan medis sangat minim invasif (*operasi*), namun diupayakan dengan perawatan. Perbedaan lain adalah jaminan kesehatan di Jepang mencakup pelayanan kesehatan tradisional.

Ada persamaan jaminan kesehatan di Jepang dengan Indonesia yaitu beban biaya perawatan penduduk lanjut usia cenderung tinggi. Hal tersebut terkait pola penyakit degeneratif dan jumlah proporsi penduduk lansia di Jepang yang tinggi. Namun yang berbeda adalah jaminan kesehatan di Jepang tidak mengenal sistem rujukan, penduduk bebas memilih layanan kesehatan di dokter atau klinik tingkat pertama, ataupun langsung ke RS. Namun jaminan kesehatan di Jepang tidak mencakup

persalinan normal, sedangkan di Indonesia mencakup semua persalinan baik normal maupun operasi (SC) dengan indikasi medis.

10.7 Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Maju dan Negara Berkembang

Menurut World Health Organization (WHO) sistem kesehatan didefinisikan sebagai segala kegiatan yang tujuan utamanya ialah untuk mempromosikan, pemulihan atau menjaga kesehatan, sedangkan Bank dunia mendefinisikan sistem kesehatan lebih luas dengan memasukan faktor - faktor yang berhubungan dengan kesehatan, seperti kemiskinan, infrastruktur, pendidikan dan lingkungan politik dan sosial yang lebih luas. Sistem Kesehatan pada dasarnya bertujuan untuk memberi respon kebutuhan dari masyarakat dan harapan masyarakat dengan memberikan pelayanan yang adil dan merata. WHO pun telah mengidentifikasi komponen-komponen yang diperlukan untuk menetapkan, memperkuat dan mempertahankan sistem kesehatan, serta memberikan pelayanan yang diperlukan, akses yang universal ke layanan dan cakupan universal bagi perawatan kesehatan.

Sistem kesehatan setidaknya memiliki empat fungsi utama, yaitu pelayanan kesehatan, penyediaan sumber daya kesehatan, pembiayaan kesehatan dan regulator. Fungsi- fungsi ini di beberapa negara dikembangkan sesuai dengan kebutuhan negara itu. Indikator kinerja dari sistem kesehatan sendiri dapat dinilai dengan angka kematian ibu, angka kematia bayi, usia harapan hidup, prevalensi kekutrangan gizi pada balita dan lain sebagainya.

Faktor yang memengaruhi sistem kesehatan di suatu Negara antara lain kebijakan pemerintah tentang kesehatan, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran serta kebutuhan dan permintaan dari masyarakat. Perbandingan sistem kesehatan di berbagai negara sangat bermanfaat untuk sebagai pembelajaran yang memberikan masukan terbaik tentang sistem kesehatan yang ada di berbagai negara dan memberikan pengaruh besar pada pembuat kebijakan.

Negara berkembang memiliki banyak tantangan untuk meningkatkan sistem kesehatan dibandingkan dengan negara maju, tantangan ini termasuk seperti pembiayaan kesehatan yang belum memadai, kurang koordinasi antar lembaga, sistem informasi yang masih buruk, dan masih kurangnya distribusi sumber daya kesehatan secara merata.

Sistem Pelayanan Kesehatan

Negara maju umumnya memiliki pelayanan kesehatan yang baik. Inggris menduduki peringkat pertama negara dengan sistem pelayanan kesehatan terbaik selanjutnya yang terbaik kedua adalah Australia. Akan tetapi tidak semua negara maju memiliki sistem pelayanan kesehatan yang baik, contohnya Amerika Serikat. Amerika Serikat diketahui menempati sistem pelayanan terburuk diantara negara maju lainnya. Hal ini terlihat dari tingginya angka kematian bayi. Untuk itu pada masa pemerintahan presiden Donald Trump pada Mei 2017 melakukan reformasi sistem kesehatan terhadap *Obama Care*, karena *Obama Care* dianggap belum berhasil atau gagal dalam meningkatkan sistem pelayanan kesehatan di Amerika. Akan tetapi rancangan undang-undang yang diajukan oleh partai republik masih ditolak oleh asosiasi medis Amerika di karenakan dikhawatirkan rakyat miskin akan kehilangan asuransi kesehatannya. Dalam Rancangan Undang-Undang terbarunya Donald Trump layanan kesehatan di Amerika akan mencakup pembatasan anggaran Federan di bidang layanan kesehatan bagi masyarakat berpendapatan rendah, menghapus persyaratan yang mengharuskan rakyat memiliki asuransi, dan menghapus subsidi dengan kredit pajak.

Menurut hasil penelitian Kumar (2004), dalam studinya menilai pelayanan perawatan kesehatan dengan metode evaluasi matematika dengan konsep organisasi paretal optimal menunjukkan bahwa meskipun negara maju, Amerika Serikat berada pada peringkat paling rendah dalam sistem pelayanan kesehatan, hal ini ditunjukkan dengan tingginya angka kematian anak dan angka harapan hidup yang lebih pendek dibandingkan dengan negara maju lainnya. Sedangkan Jepang memiliki angka harapan hidup yang tinggi dan angka kematian anak terendah.

Di negara-negara maju Eropa semua pelayanan kesehatan untuk masyarakat digratiskan. Selain itu pengelolaan sistem pelayanan kesehatan di negara maju seperti Inggris dan Jepang relatif lebih baik dibandingkan dengan negara berkembang seperti Indonesia. Hal ini terlihat dari sistem pengobatan, database pasien dan kerahasiaan pasien. Di negara maju, untuk sakit ringan seperti batuk, pilek, sakit kepala biasanya dokter tidak memberikan obat, pasien dianjurkan untuk beristirahat saja di rumah, sedangkan di negara berkembang seperti Indonesia, dokter akan memberikan berbagai jenis obat untuk mengatasinya. Negara maju saat ini lebih mengembangkan pertahanan tubuh secara alami dibandingkan dengan kimiawi, kecuali pada penyakit-penyakit berat yang memang memerlukan pengobatan dan teknologi canggih. Begitupun dalam hal database pasien, negara maju seperti Inggris dan Jepang telah melakukan penyimpanan database pasien secara nasional, sehingga kemanapun pasien berobat di negara tersebut, maka dengan sangat mudah menemukan riwayat medisnya.

Negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan menengah memiliki pelayanan kesehatan yang digunakan oleh rumah tangga biasanya pada daerah perkotaan, sedangkan untuk masyarakat pedesaan sendiri menemui berbagai hambatan yang dikarenakan kesulitan akses. Masyarakat di daerah pedesaan umumnya menggunakan fasilitas pelayanan dasar setempat yang murah, sedangkan masyarakat yang kaya biasa menggunakan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Penyedia layanan kesehatan juga dihadapkan pada inefisiensi karena anggaran tidak menghasilkan akuntabilitas dan insentif yang baik.

Selain itu negara berkembang juga dihadapkan berbagai tantangan dalam meningkatkan sistem pelayanan kesehatan, diantaranya kurangnya informasi antar lembaga, sistem informasi yang buruk serta kurangnya tenaga atau sumber daya kesehatan yang handal.

Sistem Pembiayaan Kesehatan

Beberapa negara untuk mampu mencapai *Universal Health Coverage (UHC)* melalui berbagai cara dan sistem kesehatan. Ada 3 aspek penting untuk

mencapai UHC secara teratur yaitu pertama, adanya proses politik yang didorong oleh kekuatan sosial untuk membuat kebijakan atau peraturan yang kuat guna memperluas akses untuk ke pelayanan kesehatan publik, tempat penampungan (*pooling*) risiko dan peningkatan equitas. Yang kedua yaitu pertumbuhan pendapatan yang tinggi diiringi dengan naiknya anggaran kesehatan, tujuannya adalah untuk membeli layanan kesehatan yang baik dan mencakup lebih banyak orang. Yang ketiga berupa peningkatan dalam porsi belanja kesehatan yang dikumpulkan lalu dibandingkan dengan pembayar sendiri (*Out Of Pocket*) oleh rumah tangga. Pengumpulan dana ini kemudian dimobilisasi sebagai pajak dan akan disalurkan oleh pemerintah dengan mensubsidi atau menyediakan pelayanan kesehatan atau dimobilisasi berupa kontribusi untuk asuransi wajib.

Menurut WHO sendiri, pembiayaan kesehatan didefinisikan sebagai “fungsi sistem kesehatan yang berkaitan dengan mobilisasi, akumulasi dan alokasi uang untuk menutupi kebutuhan masyarakat, baik secara individu maupun kolektif dalam sistem kesehatan. Pembiayaan untuk layanan kesehatan dalam rumah tangga dibagi menjadi dua bagian yaitu pembiayaan langsung untuk layanan kesehatan dan pembiayaan tidak langsung melalui pihak ketiga atau pembayaran melalui premi asuransi.

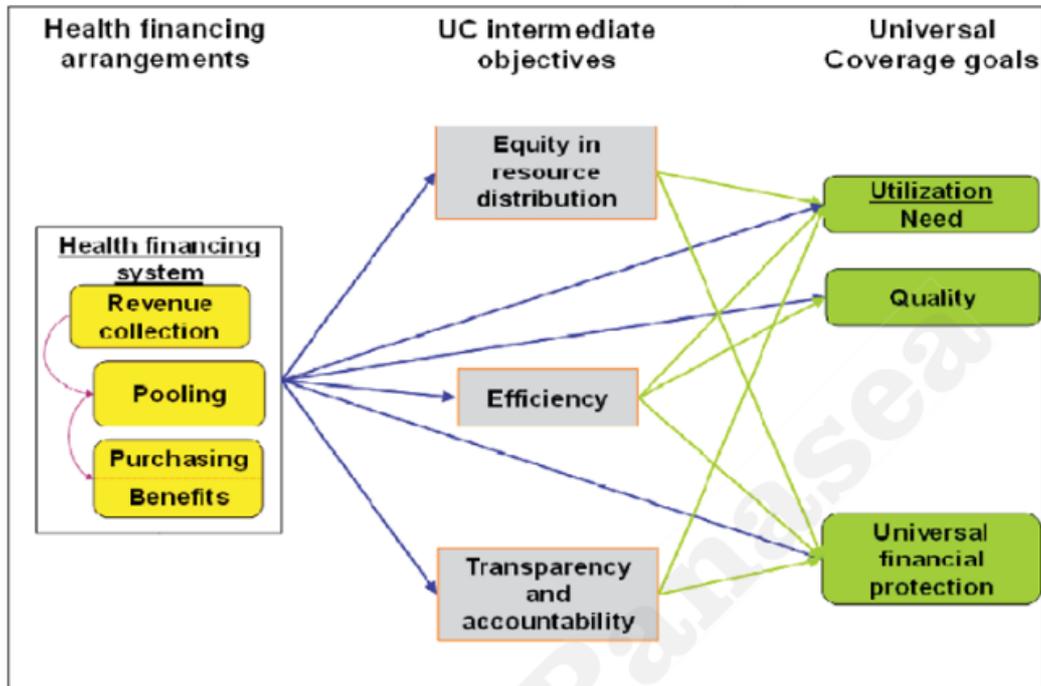
Adapun tujuan dari pembiayaan kesehatan itu sendiri adalah untuk membuat dana tersedia, mengatur insentif yang tepat untuk provider kesehatan dan memastikan semua individu dapat memiliki akses terhadap kesehatan masyarakat yang lebih efektif dan pelayanan kesehatan individu.

Negara-negara berkembang yang memiliki penghasilan rendah dan menengah yang saat ini sedang berupaya melakukan transisi ke pertanggungjawaban universal, maka pendapatan umum dan iuran dari asuransi kesehatan sosial adalah sumber utama dari pendanaan publik. Sumber pendanaan ini pun menggabungkan pendapatan publik menjadi satu atau beberapa kelompok (*pooling*).

Sistem pembiayaan yang baik itu sendiri menurut WHO adalah dengan mengumpulkan dana yang memadai untuk kesehatan, lalu mencari cara agar memastikan setiap orang dapat menggunakan layanan kesehatan yang dibutuhkan dan dilindungi dari bencana keuangan atau kemiskinan akibat dampak dari pembayaran layanan kesehatan, selain itu pembiayaan kesehatan juga dapat memberikan insentif bagi penyedia dan pengguna agar efisien.

Ada beberapa model pembiayaan kesehatan yang ada di dunia, seperti sistem pembiayaan kesehatan nasional, asuransi kesehatan sosial, asuransi kesehatan swasta sukarela, asuransi kesehatan yang berbasis masyarakat dan pembelian langsung dari konsumen. Akan tetapi yang lebih penting adalah prinsip pembiayaan itu sendiri dari keuangan negara yaitu yang pertama meningkatkan pendapatan agar setiap orang memperoleh pelayanan dasar dan memperoleh perlindungan finansial dari biaya medis yang besar yang ditimbulkan oleh penyakit atau cedera secara adil, efisien dan berkelanjutan. Prinsip yang kedua yaitu dapat mengelola pendapatan untuk mengelola risiko yang ditimbulkan oleh kesehatan secara adil dan efisien. Dan prinsip yang ketiga adalah memastikan pembelian jasa layanan kesehatan melalui cara yang efisien baik secara alokatif maupun teknis.

Disemua sistem pembiayaan kesehatan di dunia berupaya untuk mengikuti prinsip pembiayaan ini, akan tetapi bukti menunjukkan tidak ada yang "berjalan tunggal". Negara-negara baik berkembang maupun negara maju berjalan dalam konteks budaya, ekonomi, politik, kependudukan dan epidemiologi yang beragam. Meskipun demikian negara-negara tersebut dapat saling belajar dari keberhasilan maupun kegagalan dalam pembiayaan kesehatan negara satu sama lain. Sistem pembiayaan kesehatan dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) dapat digambarkan dalam skema dibawah ini



(Sumber: Kutzin (2013))

Gambar 10.1 *Intermediate and Final Objectives of Universal Health Coverage That Health Financing can Influence*

Konsep penting yang diilustrasikan dalam skema ini adalah bahwa dalam sistem pembiayaan kesehatan itu sendiri tidak bertindak sendiri dalam mempengaruhi tujuan dari *universal coverage* baik tujuan intermediate maupun tujuan akhir. Dengan kebijakan yang terkoordinasi dan implementasi di seluruh fungsi dari sistem kesehatan berperan penting untuk membuat kemajuan pada tujuan yang diinginkan, seperti dengan meningkatkan kualitas pelayanan, meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kebutuhan layanan kesehatan atau dengan menghilangkan hambatan dalam penggunaan layanan kesehatan. Akan tetapi kebijakan pembiayaan kesehatan dapat memengaruhi secara langsung setiap komponen sistem kesehatan, contohnya penerimaan negara yang dialokasikan oleh pemerintah untuk kesehatan dengan meningkatkan penampungan dana sehingga dapat memberikan pencapaian yang lebih besar pada tujuan untuk perlindungan keuangan

dan pemanfaatan layanan kesehatan. Dengan demikian pencapaian UHC bisa dilakukan melalui tahapan efisiensi, equity pada pendistribusian sumber daya, transparansi dan akuntabilitas.

Revenue Collection

Sumber pembiayaan kesehatan terdiri dari pemerintah (melalui penarikan pajak langsung maupun pajak tidak langsung), melalui skema pihak ketiga dalam hal ini asuransi sosial maupun swasta dan pembayaran langsung tunai dari masyarakat (*Out Of Pocket/ OOP*).

Di negara berkembang yang berpenghasilan rendah hampir separuh pendanaan kesehatan berasal dari individu (*OOP*) yang digunakan untuk membayara provider kesehatan atas layanan yang diberikan termasuk biaya obat. Sedangkan di negara yang berpenghasilan menengah 40% pembiayaan kesehatan berasal dari pendanaan swasta melalui asuransi swasta dan pemerintah melanjutkannya dengan memberikan dana untuk masyarakat miskin melalui asuransi sosial. Sedangkan di negara maju dengan penghasilan tinggi sebagian besar dikelola oleh pemerintah dan swasta.

Pooling

Salah satu yang menjadi tantangan utama dalam sistem kesehatan di negara berkembang adalah seringkali alokasi pemerintah tidak pro kepada masyarakat miskin, sebaliknya bagian yang lebih besar dari dana yang diperuntukan rumah sakit di wilayah perkotaan terutama digunakan oleh masyarakat kaya. Untuk menghindari hal tersebut beberapa negara telah mengalokasi transfer langsung ke provider terutama untuk digunakan oleh kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah.

Pooling untuk risiko kesehatan memungkinkan untuk pembentukan asuransi kesehatan untuk meningkatkan kesejahteraan individu dengan cara individu membayar jumlah yang telah ditentukan untuk melindungi dirinya dari biaya pengobatan besar yang tak terduga.

Sebagian besar negara berkembang memiliki berbagai pengaturan dalam pengumpulan dana publik dan swasta serta pemerintah harus

berupaya mengurangi fregmentasi sehingga dapat meningkatkan equitas dan efisiensi, tersedianya pooling risiko, biaya administrasi yang lebih rendah dan pembelian pelayanan kesehatan yang lebih efektif.

Purchasing

Pembelian kesehatan mengacu pada proses dimana dana dialokasikan untuk provider kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan atas nama penduduk atau menghubungkan alokasi sumber daya keuangan untuk kebutuhan pelayanan kesehatan dan prioritas dengan berbagai intervensi pelayanan kesehatan. Menurut WHO, pembelian kesehatan melibatkan tiga rangkaian keputusan, meliputi apa yang harus dibeli dan untuk siapa, memilih penyedia jasa layanan, dan berapa harga, serta bagaimana cara pembayarannya.

Purchasing itu sendiri memiliki tiga komponen utama, yaitu alokasi sumber dana, paket manfaat dan mekanisme pembayaran kepada provider. Contoh mekanisme pembiayaan kesehatan dalam hal pembelian layanan kesehatan di berbagai negara berkembang.

Tabel 10.2 *Pembelian Layanan Kesehatan di Berbagai Negara*

Negara	Mekanisme pengadaan	Jenis mekanisme	Wajib/sukarela	Target/cakupan	Jumlah penampung
India	Pelayanan kesehatan yang didanai oleh pemerintah negara bagian	Dana pemerintah	Wajib	Sektor formal dan informal	Tunggal
	Skema Asuransi kesehatan terbaru 2012 (NHIS 2012)	Askes wajib bagi pegawai pemerintah	Wajib	Sektor formal (pegawai pemerintah)	Tunggal
Kenya	Askes berbass masyarakat	Swasta (non profit) askes secara sukarela	Sukarela	Sektor informal	Beberapa
	Organisasi kesehatan swasta bersama	Swasta (nirlaba) askes secara sukarela dengan biaya rendah	Sukarela	Sektor formal dan informal berdasarkan kemampuan bayar	Multipel pools

Tabel 10.2 *Pembelian Layanan Kesehatan di Berbagai Negara (Lanjutan)*

Negara	Mekanisme pengadaan	Jenis mekanisme	Wajib/sukarela	Target/cakupan	Jumlah penampung
Nigeria	Pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh pajak umum	Pendanaan pemerintah	Wajib	Sektor formal dan informal	Tunggal
	Program jaminan kesehatan Nasional	Askes wajib bagi pekerja sektor formal	Wajib	Sektor formal	beberapa
Afrika Selatan	Pelayanan Kesehatan yang dibiayai oleh pajak umum	Pendanaan Pemerintah	Wajib	Sektor formal dan informal	tunggal
	Skema Medis	Swasta (Nirlaba) Askes secara sukarela	Sukarela	Sektor formal	Beberapa
Tanzania	Layanan kesehatan yang dibiayai oleh pajak umum	Pendanaan Pemerintah	Wajib	Sektor formal dan informal	tunggal
	Dana Askes Nasional (NHIF)	Kewajiban askes untuk pegawai pemerintah	Wajib	Sektor formal	
	Dana Askes berbasis masyarakat (CHF)	Askes sukarela (non profit) swasta	Sukarela	Sektor informal	beberapa
Thailand	Skema Cakupan Semesta	Dana Pemerintah untuk penduduk sektor informal	Wajib	Sektor informal	tunggal
	Skema manfaat Medis PNS (CSMBS)	Askes wajib bagi pegawai pemerintah	Wajib	Sektor formal (prgawai pemerintah)	
Vietnam	Jaminan Sosial Vietnam (VSS)	Askes wajib askes sosial	Wajib		Tunggal
	Layanan kesehatan yang dibiayai oleh pajak Umum	Pendanaan pemerintah	Wajib	Sektor informal	Tunggal

Sistem pembiayaan kesehatan yang di kenal dengan sebutan *Obama Care*, memiliki kelebihan dan kelemahan. Kelebihan dalam hal ini, yaitu penduduk miskin dan masyarakat lansia bisa memanfaatkan fasilitas

pembiayaan kesehatan yang disediakan pemerintah. Selain itu masyarakat juga memiliki kebebasan untuk memilih menggunakan asuransi sesuai dengan kebutuhannya. Sedangkan kelemahan dari sistem *Obama care* antara lain pemerintah AS belum mampu untuk mengatur masalah asuransi sehingga masyarakat dibebankan dengan biaya asuransi yang tinggi, selain itu biaya kesehatan di Amerika Serikat sangat mahal.

Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Negara dengan Sistem Kesehatan Terbaik

Legatum Institute di London mengeluarkan Indeks Kemakmuran Global yang salah satu penilaiannya adalah sektor kesehatan. Negara-negara yang memiliki nilai terbaik pun tentunya memiliki sistem kesehatan terbaik di bandingkan dengan negara lainnya. Negara yang memiliki sistem terbaik menurut survei ini adalah Luksemburg yang terletak di antara Belanda, Jerman dan Prancis. Indikator yang digunakan adalah Usia Harapan Hidup. Pada negara Luksemburg usia harapan adalah 82 Tahun. Selanjutnya negara terbaik lainnya yaitu Singapura dengan rata - rata harapan hidup 83,1 Tahun, Swiss, Jepang (UHH 83,7 tahun), Belanda, Swedia, Hongkong,, Australia yang memiliki cuaca yang cerah dan tingkat polusi yang rendah merupakan negara paling sehat di belahan bumi selatan, Israel, Jerman, Belgia, Selandia Baru, Norwegia, Prancis, Qatar dan Inggris.



DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Candra Yoga. 2003. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI Press).
- Anton, S., & Onofrei, M. 2012. *Health Care Performance*. *Transylvanian Review*, No. 35 E, pp. 22-32.
- Ar, Akhmad Chusnul Chuluq. 2012. *Sistem Kesehatan Luar Negeri*. Lab IKMKP FKUB Malang.
- Ayuningtyas, Dumilah. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Press.
- Azwar, Azrul. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Badrudin. 2013. *Dasar-Dasar Manajemen*, Cetakan kesatu. Bandung: ALFABETA.
- Chan, K.. 2013. *Pengantar Perbandingan Sistem Kesehatan* . *Global Health Education Consortium*.
- Darmawan, Ede Surya. 2016. *Administrasi Kesehatan Masyarakat: Teori dan Praktik*. Edisi 1 Cetakan 1. Jakarta: Rajawali Press.
- Fong, JMN and Tambyah PA. 2013. *Singapore's Healthcare Financing*. *Lancet* Vol. 382.

- Gan LL and Frederick JR. 2010. The Willingness to Spend on Healthcare : Evidence From Singapore. *Review of applied economics* Vol. 6, No. 1-2; 2.
- Gottret , P., & Schieber, G. 2006. *Health Financing Revisited. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.*
- Haksama, Nurhapna Setya. 2014. *Pengaruh Perencanaan Strategis Terhadap Kinerja Di Rumah Sakit.* *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia.* Edisi April-Juni 2014. Nomor 2. Volume 2. Halaman 91-100.
- Handoko, Hani T. 2009. *Manajemen* Edisi 2 Cetakan Keduapuluh. Yogyakarta: BPFE.
- Hasibuan, Malayu P. 2006. *Manajemen (Dasar Pengertian dan Masalah).* Jakarta: Bumi Aksara.
- HM, Jogyanto, 1999. *Analisis dan Desain Sistem Informasi: Pendekatan Terstruktur Teori dan Praktik Aplikasi Bisnis.* Yogyakarta: ANDI Yogyakarta.
- Johnson, J., & Stoskopf, C. 2010. *Comparative Health System Global Perspektif.* Jones and Bartlett Publisher.
- Konli, Steven. 2014. *Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas Desa Gunawan Kecamatan Sesayap Kabupaten Tana Tidung.* *eJournal Ilmu Pemerintahan.* 2014, Nomor 1. Volume 2. Halaman 1925-1936 .
- Kumar, A., & Ozdamar, L. 2004. *International Comparison of Health Care Systems.* *International Journal of The Computer, the Internet and Management* , Vol.12 No.3 pp 81-95.
- LaksonoTrisnantoro. 2015. *Trend Pembiayaan Kesehatan Di Berbagai Negara.* Modul Magister Manajemen Rumah Sakit.
- Lapau, Buchari. 2011. *Strategi Epidemiologi Dalam Pelayanan Kesehatan Primer.* *Jurnal Kesehatan Komunitas.* Edisi November 2011 No. 3 Volume 1. Halaman 101-106.

- Lim, M. 1998. *Health care systems in transaction II. Singapore, Part I. An overview of health care systems in Singapore*. Journal of Public Health Medicine, 16-22.
- Mahendradhata, Yodi., Laksono, T., Shita, L., *et.al.* 2017. The Republik of Indonesia Health System Review. WHO Library Cataloguing Vol 7.
- Marmor, T., & Wendt, C. 2012. *Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy*. Health Policy 107 , 11-20.
- M, H., & W, Q. 2013. *Health system efficiency. Austria: The Health System and Policy Monitor*.
- Muhammad Hanafiah. *Three of Decades of Financing Study : Did Malaysia learn Anything*. International Jurnal Public Health and Clinical Sciences Vol .1 No.1.
- Mukti, A. G. 2012. *Sistem Asuransi Kesehatan Di Negara Berkembang*. Jakarta: Magister Asuransi Kesehatan/JPKM.
- Muninjaya,A.A.Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Oderkirk, J., Ronchi, E., & Klazinga, N. 2013. *International comparisons of health system performance among OECD countries: Opportunities and data privacy protection challenges*. Health Policy 112, 9-18.
- Papanicolas, I., & Smith, P. 2013. *Health System Performance Comparison An agenda for policy, information and research*. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Pickett, George dan John J. Hanlon. 2008. *Kesehatan Masyarakat: administrasi dan praktik Edisi 9*. Terjemahan oleh Ali Ghufron Mukti. Jakarta: EGC.
- Ractmat, R.H.H., 2013. *Percepatan Pembangunan Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta. Universitas Gadjah Mada.
- Roedyati, J. 2013. *Keketuaan Indonesia dalam Forum Foreign Policy and Global Health Tahun 2013*. Kementrian Luar Negeri Republik Indonesia.

- Rusniati dan Ahsanul Haq. 2014. *Perencanaan Strategis Dalam Perspektif Organisasi*. Jurnal INTEKNA. Tahun XIV. No. 2. Nopember 2014 Halaman 102 – 209.
- Sanah, Nor. 2017. *Pelaksanaan Fungsi Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Kecamatan Long Kali Kabupaten Paser*. eJournal Ilmu Pemerintahan. Tahun 2017, No. 5 Volume 1. Halaman 305-314.
- Satrianegara, M. Fais dan Sitti Saleha. 2012. *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Setyawan, Febri Endra Budi. 2015. *Sistem Pembiayaan Kesehatan*. Jurnal Sistem Pembiayaan Kesehatan. Edisi Desember 2015. No 2 Volume 11. Halaman 119-126.
- Schreyogg, Jonas dan Lim Meng Kin. 2004. *Health-Care Reforms In Singapore – Twenty Years Of Medical Savings Accounts*. CESifo DICE Report 3/200455.
- Siagin, S.P. 2004. *Manajemen Strategik*. Cetakan Kelima. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Singapore Department of Statistics. 2004. *Statistical Highlights, Singapore*.
- Sulaeman, Endang Sutisna. 2011. *Manajemen Kesehatan; Teori dan Praktik di Puskesmas*. Cetakan Kedua (revisi). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sule, Ernie Tisnawati. 2005. *Pengantar Manajemen*. Edisi Pertama. Cetakan ke-4. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Sutedja. 2005. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjajaran.
- Squires, D. A. 2011. *The U.S. Health System in Perspective: A Comparison of Twelve Industrialized Nations*. Commonwealth Fund, pub. 1532 Vol. 16.

- Tarigan, Ingan. 2003. *Penerapan epidemiologi dalam manajemen program pelayanan antenatal di kota Palembang*. Media Litbang Kesehatan. Tahun 2003. Nomor 2. Volume XIII. Halaman 10-15.
- Terry, George R. 1992. *Principles of management. English edition*. Terjemahan oleh G.A. Ticoalu. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Trisnantoro, L. 2015. *Trend Pembiayaan Kesehatan Di Negara Berkembang*. Yogyakarta: Magister Manajemen Rumah Sakit.
- Turnock, Bernard J. 2002. *Essentials of public health. Second edition*. United states of america: jones and bartlett learning.
- Walt, et all. 2008. *Doing Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges*. Oxford Journals, Medicine, Health Policy and Planning, Volume 23, Issue, Pp. 308-317.
- Wendt, C., Frisina , L., & Rothgang, H. 2009. *Healthcare System Types:A Conceptual Framework for Comparison*. *Social Policy & Administration* Vol. 43, No. 1, February 2009, pp. 70-90.
- Wijayanto, Dian. 2012. *Pengantar Manajemen*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Wijono, Djoko. 1997. *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

Pustaka Panasea



Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia. Untuk memenuhi hal tersebut, dibutuhkan kemampuan manajerial. Layaknya seperti sebuah bisnis, pelayanan kesehatan membutuhkan manajemen yang baik agar target yang diharapkan dapat tercapai. Saat ini, industri pelayanan kesehatan terus tumbuh dan berkembang. Dibutuhkan pemimpin yang mampu mengelola sumber daya organisasi secara efektif dan efisien.

Buku ini membantu pembaca memahami berbagai aspek dalam pelayanan kesehatan mulai dari konsep administrasi kesehatan, organisasi pelayanan kesehatan, manajemen kesehatan, sistem kesehatan, kebijakan kesehatan, puskesmas, dan penerapan sistem kesehatan di berbagai negara. Keberadaan buku ini diharapkan mampu menambah khasanah ilmu pengetahuan bagi akademisi maupun praktisi dalam kesehatan sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia.



Haerawati Idris, menyelesaikan Pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin pada peminatan administrasi dan kebijakan kesehatan (2008), S-2 di Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin peminatan administrasi dan kebijakan kesehatan (2011). Pada tahun 2012, melanjutkan pendidikan S-3 di Program doktoral pada bidang ilmu kedokteran dan kesehatan Universitas Gadjah Mada. Meniti karir sebagai guru dan dosen di beberapa sekolah/kampus di Kabupaten Bone Sulawesi Selatan dan Kota Makassar. Tahun 2012, menjadi pengajar dan peneliti di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. Menulis di beberapa jurnal nasional dan internasional. Selain itu, ia aktif sebagai peserta dan pembicara pada acara seminar nasional dan internasional.



ISBN: 978-602-5990-07-6



buku administrasi & kebijakan kesehatan

ORIGINALITY REPORT

12%	14%	0%	2%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	fr.scribd.com Internet Source	3%
2	adoc.pub Internet Source	3%
3	kebunhadi.blogspot.com Internet Source	2%
4	www.scribd.com Internet Source	2%
5	text-id.123dok.com Internet Source	1%
6	ejurnal.poliban.ac.id Internet Source	1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On