



ORGANISASI MANAJEMEN KESEHATAN



Penulis :

Dr. Hetty Ismainar, SKM, MPH

Muhammad Dedi Widodo, SKM, M.Kes

Leon Candra, SKM, M.Kes

ORGANISASI MANAJEMEN KESEHATAN

Penulis :

Dr. Hetty Ismainar, SKM, MPH

Muhammad Dedi Widodo, SKM, M.Kes

Leon Candra, SKM, M.Kes

ORGANISASI MANAJEMEN KESEHATAN

Penulis :

Hetty Ismainar, Muhammad Dedi Widodo, Leon Candra

Desain Cover:

Usman Taufik

Tata Letak:

Aji Abdullatif R

Proofreader:

N. Rismawati

ISBN:

978-623-6092-74-3

Cetakan Pertama:

Juni, 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2021

by Penerbit Widina Bhakti Persada Bandung

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

WIDINA BHAKTI PERSADA BANDUNG

Komplek Puri Melia Asri Blok C3 No. 17 Desa Bojong Emas
Kec. Solokan Jeruk Kabupaten Bandung, Provinsi Jawa Barat

Anggota IKAPI Cabang Jawa Barat

No. 360/JBA/2020

Website: www.penerbitwidina.com

Instagram: [@penerbitwidina](https://www.instagram.com/penerbitwidina)

Email: admin@penerbitwidina.com

PRAKATA

Buku ini disusun berdasarkan bahan ajar pada Mata Kuliah Organisasi Manajemen Kesehatan (OMK) pada Program Studi Kesehatan Masyarakat. Berbicara tentang organisasi manajemen kesehatan memiliki cakupan yang sangat luas. Banyak macam dan ragam bentuk organisasi mulai dari yang berbentuk kecil hingga besar dan mempunyai tujuan yang berbeda pula.

Organisasi pada dasarnya digunakan sebagai tempat atau wadah dimana orang-orang berkumpul, bekerjasama secara rasional dan sistematis, terencana, terorganisasi, terpimpin dan terkendali, dalam memanfaatkan sumber daya, sarana-prasarana, data, dan lain sebagainya yang digunakan secara efisien dan efektif untuk mencapai tujuan organisasi dibidang kesehatan.

Buku ini terdiri dari 10 Bab yaitu: Konsep Organisasi, Organisasi Kesehatan di Dunia dan Indonesia, Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju, Manajemen Pelayanan Kesehatan Daerah dan Pusat, POAC (*Planning, Organizing, Actuating and Controlling*), Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan, Rekrutmen dan Seleksi dalam Organisasi, Manajemen Konflik Dalam Organisasi, Ekuitas dalam Akses Pelayanan Kesehatan, dan *Issue* Terkait Praktisi Kesehatan Masyarakat.

Alhamdulillah tim penulis telah diberikan waktu yang cukup untuk mampu menyusun materi perkuliahan menjadi buku ajar. Ditengah situasi *pandemic* Covid-19 ini tim penulis diberi ruang berpikir yang sangat luas dalam mengaitkan situasi *pandemic* dalam Organisasi Manajemen Kesehatan. Semoga buku ajar ini tidak hanya sebagai pedoman mahasiswa dalam mata kuliah terkait tetapi dapat ditelaah bersama dan bermanfaat bagi khalayak umum.

Pekanbaru, Juni 2021

Tim Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP ORGANISASI	1
A. Fungsi Organisasi	2
B. Prinsip-Prinsip Organisasi	3
C. Struktur Organisasi	6
D. Jenis-Jenis Organisasi	12
E. Model Organisasi	13
BAB 2 ORGANISASI KESEHATAN DUNIA DAN INDONESIA	21
A. Organisasi Kesehatan Dunia (<i>World Health Organization</i>)	21
B. Organisasi Kesehatan di Indonesia	27
C. Sistem Kesehatan di Indonesia	32
BAB 3 SISTEM KESEHATAN DI NEGARA BERKEMBANG DAN NEGARA MAJU	39
A. Sistem Kesehatan di negara berkembang	40
B. Sistem Kesehatan di Negara Maju	46
C. Pelayanan Kesehatan Primer di Negara Maju dan Berkembang	51
D. Pembiayaan Kesehatan di Negara Maju dan Berkembang	52
E. Kesimpulan	53
BAB 4 MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DAERAH DAN PUSAT	59
A. Manajemen	59
B. Manajemen Pelayanan Kesehatan (Pusat – Daerah)	66
C. Manajemen Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	71
BAB 5 POAC (<i>PLANNING, ORGANIZING, ACTUATING AND CONTROLLING</i>)	75
A. Perencanaan (<i>Planning</i>)	75
B. Pengorganisasian (<i>Organizing</i>)	83
C. Pelaksanaan (<i>Actuating</i>)	84
D. Pengawasan (<i>Controlling</i>)	86
BAB 6 MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	89
A. Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan	89
B. Analisis Jabatan	98
BAB 7 REKRUTMEN DAN SELEKSI DALAM ORGANISASI	103
A. Rekrutmen	104
B. Seleksi	108

BAB 8 MANAJEMEN KONFLIK DALAM ORGANISASI	115
A. Peran Pemimpin	116
B. Sebab-Sebab Konflik	118
C. Proses Terjadinya Konflik	119
D. Model Proses Konflik	120
E. Pandangan Konflik	121
F. Metode Manajemen Konflik	122
G. Stres dan Konflik Dalam Organisasi	123
BAB 9 EKUITAS DALAM AKSES PELAYANAN KESEHATAN	131
A. Definisi Ekuitas Pelayanan Kesehatan	131
B. Akses Pelayanan Kesehatan	133
C. Konsep Ekuitas dalam pelayanan	135
BAB 10 <i>ISSUE</i> TERKAIT PRAKTISI KESEHATAN MASYARAKAT	139
A. <i>Issue</i> Terkini di Puskesmas.....	139
B. <i>Issue</i> Terkini Di Masyarakat	143
C. <i>Issue</i> Terkini Di Rumah Sakit.....	146
GLOSARIUM	151
PROFIL PENULIS	157



BAB
1

KONSEP ORGANISASI

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan kembali Fungsi organisasi
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Prinsip-prinsip organisasi
3. Mahasiswa mampu menjelaskan kembali Struktur organisasi kesehatan (pusat dan daerah)
4. Mahasiswa mampu menyebutkan Jenis organisasi
5. Mahasiswa mampu menjelaskan Model Organisasi

Pada umumnya manusia banyak tujuan yang hendak dicapai sepanjang hidupnya. Seringkali untuk mencapai tujuan yang besar, seseorang memerlukan orang lain untuk diajak bekerjasama untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam kerja sama tersebut, aktivitas-aktivitas yang dilakukan oleh orang-orang yang terlibat, mengikuti suatu pola kerja tertentu, seperti adanya jalur-jalur wewenang, perintah, tanggung jawab secara vertikal maupun horizontal dalam hierarki jabatan-jabatan yang muncul. "Tempat atau wadah" kerja sama untuk mencapai tujuan dengan pola tertentu itu disebut sebagai organisasi.

Banyak macam dan ragam bentuk suatu organisasi mulai dari yang berbentuk kecil hingga organisasi yang bentuknya besar dan mempunyai suatu tujuan yang berbeda pula, begitu pula tentang pengertian organisasi itu sendiri. Terdapat beberapa teori dan perspektif mengenai organisasi, ada yang cocok sama satu sama lain, dan ada pula yang berbeda. Organisasi pada dasarnya digunakan sebagai tempat atau wadah dimana orang-orang berkumpul, bekerjasama secara rasional dan sistematis, terencana, terorganisasi,

terpimpin dan terkendali, dalam memanfaatkan sumber daya (uang, material, mesin, metode, lingkungan), sarana-prasarana, data, dan lain sebagainya yang digunakan secara efisien dan efektif untuk mencapai tujuan organisasi.

Menurut para ahli terdapat beberapa pengertian organisasi. Stoner mengatakan bahwa organisasi adalah suatu pola hubungan-hubungan yang melalui mana orang-orang di bawah pengarahan atasan mengejar tujuan bersama. James D. Mooney mengemukakan bahwa organisasi adalah bentuk setiap perserikatan manusia untuk mencapai tujuan bersama. Chester I. Bernard berpendapat bahwa organisasi adalah merupakan suatu sistem aktivitas kerja sama yang dilakukan oleh dua orang atau lebih. Stephen P. Robbins menyatakan bahwa Organisasi adalah kesatuan (*entity*) sosial yang dikoordinasikan secara sadar, dengan sebuah batasan yang relatif dapat diidentifikasi, yang bekerja atas dasar yang relatif terus menerus untuk mencapai suatu tujuan bersama atau sekelompok tujuan.

Dari beberapa definisi organisasi diatas dapat disimpulkan bahwa organisasi adalah suatu wadah atau tempat dua orang atau lebih yang memiliki ikatan kerja sama guna mewujudkan suatu tujuan bersama. Orang-orang yang ada di dalam suatu organisasi mempunyai suatu keterkaitan yang terus menerus. Rasa keterkaitan ini, bukan berarti keanggotaan seumur hidup. Akan tetapi sebaliknya, organisasi menghadapi perubahan yang konstan di dalam keanggotaan mereka, meskipun pada saat mereka menjadi anggota, orang-orang dalam organisasi berpartisipasi secara relatif teratur.

A. FUNGSI ORGANISASI

Sebagai suatu perkumpulan atau wadah bagi sekelompok orang untuk bekerjasama, fungsi organisasi juga dapat dinikmati oleh anggota-anggotanya, di antara fungsi organisasi yaitu:

1. Memberi arahan, aturan dan pembagian kerja
Memberikan arahan yang dimaksud adalah organisasi bisa mengajarkan seseorang mengenai apa yang baik dan yang buruk. Dalam hal ini organisasi akan memberitahukan mengenai apa yang baik dilakukan dan apa yang buruk sehingga tidak bisa dilakukan. Selain itu, mengenai arahan tersebut adalah dapat juga dilihat dari pembagian kerja yang diberikan untuk setiap anggota.
2. Meningkatkan *skill* dan kemampuan dari anggota organisasi
Selanjutnya dengan berorganisasi adalah dapat meningkatkan *skill* yang dimiliki oleh setiap anggota, dimana *skill* yang dimaksud adalah seperti untuk menjadi seorang pemimpin dan berbicara di depan umum. Hal tersebut bisa didapatkan ketika masuk dalam sebuah organisasi, karena

akan memiliki motivasi untuk meningkatkan kemampuan yang dimiliki tersebut. Oleh Karena itu, cara berbicara di depan umum tidak gugup.

3. Memberikan pengetahuan, mencerdaskan, pengalaman pada anggota organisasi

Pengalaman yang didapatkan dari organisasi tentu saja tidak bisa didapatkan dari kegiatan lainnya. Karena kegiatan yang dilakukan dalam sebuah organisasi merupakan suatu pelajaran yang sangat berharga sehingga menambah pengetahuan dan mencerdaskan anggota. Pengalaman baru yang bisa di dapatkan tersebut seperti membuat laporan dari kegiatan organisasi yang telah dilakukan.

4. Fungsi Norma

Fungsi organisasi selanjutnya adalah memberikan kontribusi yang memiliki arti penting untuk berbagai aktivitas yang bersifat normatif. Di mana contoh dari hal tersebut seperti penetapan nilai-nilai tertentu.

5. Rekrutmen

Organisasi juga memiliki fungsi sebagai rekrutmen atau menarik setiap anggota untuk menjadi partisipan. Rekrutmen adalah proses untuk mencari dan menarik anggota yang berkemampuan untuk diseleksi menjadi anggota sesuai dengan posisi yang dibutuhkan.

Itulah beberapa fungsi organisasi yang dapat kita pahami, biasanya dengan memahami fungsi organisasi dan tujuannya kita dapat mengetahui kemana arah pergerakan organisasi ini.

B. PRINSIP-PRINSIP ORGANISASI

Agar suatu organisasi dapat berjalan dengan baik atau dalam rangka membentuk suatu organisasi yang baik atau dalam usaha menyusun suatu organisasi, perlu kita perhatikan atau pedoman beberapa asas-asas atau prinsip-prinsip organisasi sebagai berikut:

1. Perumusan tujuan yang jelas

Bila kita melakukan aktivitas, maka pertama-tama harus jelas kepada kita apa yang menjadi tujuan aktivitas tersebut. Demikian pula bila kita mengorganisir atau membuat suatu badan maka pertama-tama harus jelas apa yang menjadi tujuan kita. Tujuan adalah hal-hal yang ingin dicapai atau dipelihara baik berupa materi atau nonmateri dengan melakukan satu atau lebih kegiatan (aktivitas). Bagi suatu badan, tujuan itu akan berperan sebagai berikut: Pedoman ke arah mana organisasi akan dibawa, landasan bagi organisasi yang bersangkutan, menentukan macam aktivitas yang akan dilakukan, menentukan program, prosedur, koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan mekanisasi.

2. Pembagian kerja

Dalam sebuah organisasi pembagian kerja merupakan hal yang mutlak ada, ini untuk menghindari adanya tumpang tindih tugas. Pada akhirnya pembagian ini akan menghasilkan departemen-departemen dan *job description* dari masing-masing departemen dan unit-unit dalam organisasi. Dalam pembagian kerja ini ditentukan tugas serta wewenang masing-masing unit organisasi. Ada beberapa dasar yang bisa dipakai dalam pembagian kerja ini: Berdasarkan wilayah atau teritorial, semisal kota atau kabupaten, berdasarkan jasa atau jenis barang yang diproduksi, berdasarkan layanan, berdasar fungsi dan berdasarkan waktu

3. Delegasi Kekuasaan (*Delegation of Authority*)

Salah satu prinsip pokok dalam organisasi adalah delegasi kekuasaan (pelimpahan wewenang). Kekuasaan atau wewenang merupakan hak seseorang untuk mengambil tindakan yang perlu agar tugas dan fungsinya dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. Wewenang atau kekuasaan mempunyai berbagai aspek, antara lain wewenang mengambil keputusan, wewenang menggunakan sumber daya, wewenang memerintah, wewenang memakai batas waktu tertentu dan lain sebagainya. Delegasi kekuasaan atau pelimpahan wewenang merupakan keahlian pemimpin yang penting dan elementer sebab dengan delegasi kekuasaan, seseorang pemimpin dapat melipatgandakan waktu, perhatian dan pengetahuannya yang terbatas. Bahkan dapat dikatakan, delegasi kekuasaan merupakan salah satu jalan utama bagi setiap pemimpin untuk percaya akan diri sendiri. Kesanggupan untuk menerima tanggung jawab adalah terpertama bagi seorang pemimpin, tetapi keberanian mendelegasikan kekuasaan pada bawahan, merupakan tanda tanya seorang pemimpin yang sukses. Dalam mendelegasikan kekuasaan, agar proses delegasi itu dapat efektif perlu diperhatikan: Delegasi kekuasaan adalah delegasi tugas dan bila kedua-duanya memerlukan adanya pertanggungjawaban. Ada tiga unsur yang harus terpenuhi: tugas, delegasi kekuasaan dan pertanggungjawaban. Kekuasaan yang didelegasikan harus diberikan kepada orang yang tepat baik secara kualifikasi maupun sudut fisik. Kekuasaan *dideleger* harus diberikan kepada seseorang, dibarengi dengan pemberian motivasi. Adanya bimbingan dari pejabat yang mendelegasikan kekuasaan. Manfaat delegasi kekuasaan: Pemimpin dapat memusatkan perhatian pada pekerjaan pokok saja. Putusan dapat dibuat lebih cepat pada unit yang tepat. Inisiatif dan rasa tanggung jawab bawahan dapat *dimotiver*, sehingga bawahan tidak selalu menunggu perintah atasan. Mendidik bawahan dan mengembangkan sehingga nantinya bawahan dapat menerima tanggung jawab yang lebih besar

4. Rentangan Kekuasaan
Ini dimaksudkan agar pemimpin dapat menentukan jumlah bawahan yang tepat. Sehingga proses membimbing dan mengawasi dapat tercapai dengan tepat.
5. Tingkat-tingkat pengawasan
Prinsip tingkat pengawasan adalah mengusahakan pemimpin sedikit mungkin untuk memudahkan komunikasi.
6. Kesatuan perintah dan tanggung Jawab (*Unity of command and Responsibility*)
Menurut prinsip ini maka seorang bawahan hanya bertanggung jawab kepada satu atasan yang memberinya perintah.
7. Koordinasi
Ini adalah usaha untuk mengarahkan seluruh kegiatan organisasi agar tertuju dalam memberikan sumbangan semaksimal mungkin untuk mencapai tujuan organisasi.

- **Prinsip organisasi Menurut Para Ahli**

Banyak ahli yang berupaya mengusulkan prinsip-prinsip organisasi. Prinsip-prinsip tersebut terus mengalami perkembangan sesuai dengan perkembangan zaman itu sendiri. Beberapa pendapat yang dimaksud antara lain:

1. Henry Fayol
Seperti dikutip oleh Huse dan Bowditch (1977), Fayol mengemukakan 14 prinsip organisasi yaitu: Pembagian kerja (*division of work*), Wewenang dan tanggung jawab (*authority and responsibility*), Kesatuan perintah (*unity of command*), Disiplin (*discipline*), Kesatuan arah (*unity of direction*), Kepentingan individu dibawah kepentingan umum (*subordination of individual interest to general interest*), Gaji pegawai (*remuneration of personnel*), Sentralisasi (*centralization*), Saluran jenjang (*scalar chain*), Ketertiban (*order*), Keadilan (*equity*), Kestabilan masa kerja pegawai (*stability of tenure of personnel*), Inisiatif (*initiative*), Kesatuan jiwa korps (*esprit de corp*)
2. L.P. Alford dan Russel Beatty (1951)
Dalam tulisannya yang berjudul "*Principle of Industrial Management*", mereka mengemukakan 7 prinsip organisasi: Prinsip tujuan (*principle of objective*), Prinsip wewenang dan tanggung jawab (*principle of authority and responsibility*), Prinsip wewenang pokok (*principle of ultimate authority*), Prinsip penugasan kewajiban (*principle of assignment to duties*), Prinsip definisi (*principle of definition*), Prinsip kesamaan (*principle of homogeneity*), Prinsip efektivitas organisasi (*principle of organization effectiveness*)

3. Hendy G. Hodges (1956)

Dalam bukunya yang berjudul "*Management Principles- principles-Problems*", Hodges mengemukakan prinsip organisasi yang justru jauh lebih banyak yakni ada 20: Tujuan (*objective*), Analisis (*analysis*), Penyusunan fungsi (*functionalism*), Kesamaan (*homogeneity*), Koordinasi (*coordination*), Komunikasi (*communication*), Penyusunan jenjang (*scalar process*), Control (*control*), Rentangan control (*span of control*), Asas pengecualian (*exception principle*), Pelimpahan (*delegation*), Staff (*staff*), Wewenang dan tanggung jawab (*authority and responsibility*), Kesederhanaan (*simplicity*), Standarisasi (*starization*), Spesialisasi (*specialization*), Berkelangsunan (*continuity*), Fleksibilitas (*Flexibility*), Keseimbangan (*balance*), Hubungan langsung (*direct contact*)

C. STRUKTUR ORGANISASI

Organisasi dibangun untuk mencapai tujuan yang hanya dapat diwujudkan melalui usaha yang melibatkan banyak individu. Efektivitas organisasi sebagai sarana untuk mewujudkan tujuan bersama sangat ditentukan oleh pendekatan yang yang digunakan untuk mengorganisasikan modal manusia dalam memanfaatkan sebagai sumber daya. Pendekatan yang digunakan untuk mengorganisasikan modal manusia ditentukan oleh sifat pekerjaan dan lingkungan bisnis yang dihadapi oleh organisasi. Ada dua pendekatan yang digunakan oleh masyarakat untuk mengorganisasikan modal manusia yaitu: (1) Pendekatan Fungsional Hierarkis (*Functional Hierarchical Approach*) dan (2) Pendekatan kepemilikan sistem (*system Ownership approach*)

1. Fungsional Hierarkis (*Functional Hierarchical Approach*)

Artinya mengorganisasikan modal manusia menurut spesialisasi keahlian dan mengkoordinasikan serta mengendalikan usaha pencapaian tujuan organisasi melalui pembangunan organisasi berjenjang. Oleh karena itu pendekatan model ini menghasilkan organisasi berbentuk PIRAMID. Semakin besar ukuran organisasi maka semakin banyak fungsi yang dibentuk. Dan semakin banyak fungsi yang dibentuk maka semakin tinggi jenjang organisasi yang dibangun.

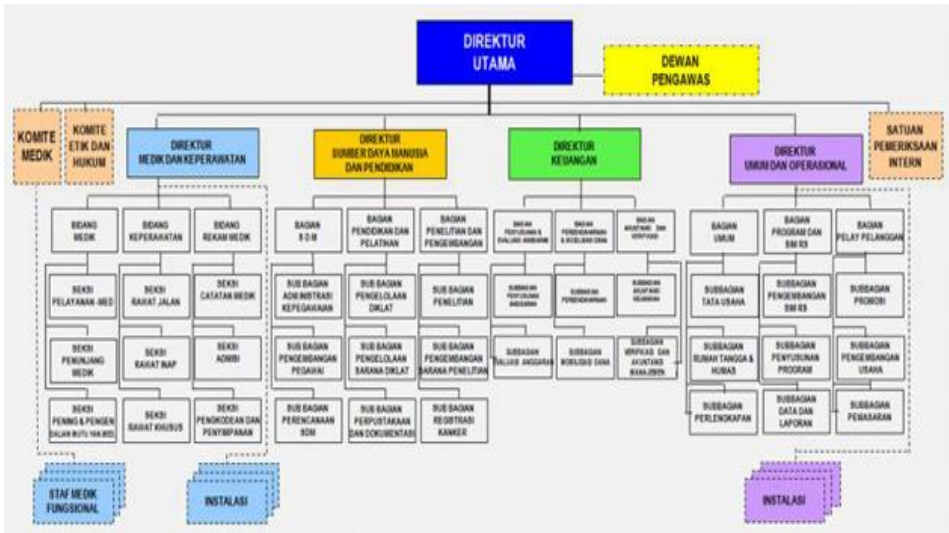
Jika seorang eksekutif untuk menyusun organisasi perusahaan, umumnya secara otomatis ia akan menentukan fungsi-fungsi yang diperlukan untuk menjalankan perusahaannya. Semakin besar perusahaan semakin kompleks operasinya. Mengapa bentuk organisasi fungsional berjenjang itu yang dibangun?, Kemungkinan hanya karena bentuk organisasi tersebut telah dikenal secara luas dimasyarakat dan telah menunjukkan keberhasilan dimasa lalu, orang memiliki kecenderungan membangun organisasi berdasarkan pendekatan fungsional hierarkis. Namun, masih sesuaikah pendekatan

tersebut dengan teknologi yang digunakan oleh masyarakat untuk menghasilkan produk dan jasa yang diperlukan?.

Bila dirunut kembali dimasa revolusi industri Inggris. Berdasarkan ajaran "*division of labour*" Adam Smith untuk menyelesaikan tugas tertentu, pekerjaan dipecah ke dalam bagian-bagian yang lebih kecil dan terspesialisasi untuk mencapai produktivitas yang tinggi. Melalui *division of labour* ini, diyakini bahwa organisasi akan dapat memanfaatkan secara optimal tenaga kerja manusia dan sumber daya lain dalam menyelesaikan tugas atau tujuan tertentu.

Karakteristik pendekatan fungsional hierarkis adalah: (1) Membagi pekerjaan kedalam tugas yang terpisah, berurutan dan sempit serta mengelompokkan kembali berbagai tugas terpisah tersebut kedalam departemen. (2) Setiap orang melapor dan bertanggung jawab ke seorang atasan yang aktivitas dan tujuannya juga secara relatif terspesialisasi. (3) Sistem koordinasi dan pengendalian dilakukan dengan menyalirkan informasi ke atas, dalam hierarki organisasi ke tangan pengambil keputusan yang diharapkan dapat menjamin bahwa semua bagian yang terspesialisasi sesuai satu dengan lainnya dalam pencapaian tujuan organisasi.

Manfaat Pendekatan fungsional hierarkis: (1) Organisasi menjadi efisien karena pendekatan ini mendukung skala ekonomi dengan dimanfaatkannya sumber daya keberbagai *customer* atau produk. (2). Organisasi mengelompokkan ahli yang memiliki latar belakang yang sama dan membekali pengetahuan dan keterampilan untuk membuat mereka mampu menyelesaikan tugas tersebut. (3). Organisasi menerapkan pengendalian ketat yang memang diperlukan jika sebagian besar angkatan kerja tidak terdidik. Pengukuran kinerja pendekatan fungsional hierarkis ini dilakukan berdasarkan ukuran kinerja yang cocok dengan karakteristik operasi pusat pertanggungjawaban yang dibentuk.



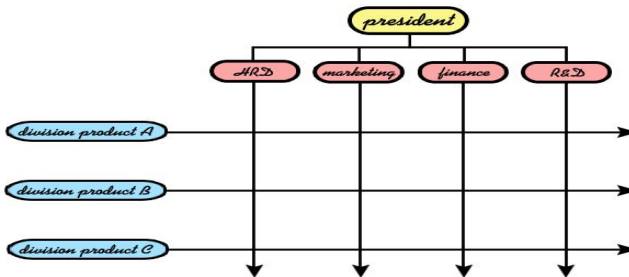
Gambar 1.1 Struktur Organisasi Pendekatan Fungsional Hierarki

Dampak Fungsional Hierarkis terhadap *Mindset* Personel.

Secara bawaan, pendekatan fungsional Hierarkis tidak buruk. Dampak yang ditimbulkan oleh pemanfaatan pendekatan ini berkaitan dengan sikap mental yang dibentuk dalam diri personel. Sikap, tanggung jawab terpecah dalam bagian yang kecil dan sempit. Cenderung hanya berfokus pada spesialisasi mereka. Sehingga kerja sama tim kurang terbentuk. Pengukuran kinerja dititikberatkan pada perspektif keuangan

2. Organisasi Matriks

Tidak seperti pendekatan fungsional hierarkis, organisasi matriks membebankan tanggung jawab arus lintas fungsional kepada manajer tertentu. Organisasi ini tetap mempertahankan hierarkis dalam organisasi namun menambahkan struktur horizontal untuk mencapai beberapa koordinasi dan integrasi.



Gambar 1.2 Organisasi Matriks

3. Pendekatan Kepemilikan Sistem (*System Ownership Approach*)

Pendekatan ini menyadari adanya sistem lintas fungsional dan mendefinisikan kembali peran dan tanggung jawab manajer berdasarkan kesadaran tersebut. Pendekatan ini menetapkan manajer atau tim manajer sebagai pemilik sistem tertentu. Kepemilikan sistem ini dapat mengatasi banyak kelemahan organisasi fungsional hierarkis. Jika tidak ada satu orangpun manajer yang memiliki dan bertanggung jawab atas sistem maka tidak ada yang bertanggung jawab untuk melakukan *improvement* sehingga sistem tersebut akan dibiarkan tidak disempurnakan dan akan tumbuh semakin kompleks dan tidak dapat secara optimal menghasilkan *value* bagi *customers*. Dalam menghadapi pasar kompetitif sekarang ini akan menentukan sukses atau tidaknya organisasi dalam beroperasi dipasar tersebut.

Oleh karena adanya saling ketergantungan didalam organisasi sebagai suatu sistem terbuka, sistem lintas fungsional akan dapat dikelola dengan baik melalui sistem kepemilikan. Tetapi didalam pendekatan fungsional hierarkis, baik kerja tim maupun kepemilikan diabaikan. Didalam pendekatan kepemilikan sistem, manajer disiapkan untuk memiliki sistem yang melintasi organisasi secara horizontal. Pendekatan kepemilikan sistem terdiri atas tiga sistem: (1) sistem lintas fungsional (*cross fungsional system*), (2) sistem berfokus pada *customer* (*customer focused system*) dan (3) sistem berfokus ke produk (*product-focused system*).

a. Sistem Lintas Fungsional (*Cross Fungsional System*)

Pendekatan ini merupakan alternatif pengorganisasian modal manusia dalam memanfaatkan sumber daya organisasi untuk memproduksi produk dan jasa yang menghasilkan *value* bagi *customers*. Didalam sistem lintas fungsional ini tanggung jawab *improvement* dibebankan kepada manajer. Sistem ini dapat dibangun dengan mengurangi jumlah jenjang organisasi melalui program pemberdayaan karyawan. Merencanakan, mengimplementasikan rencana, mengendalikan implementasi rencana pekerjaan yang menjadi tanggung jawab kelompok. Tim lintas fungsional didorong untuk memfokuskan hubungan horizontal bukan vertikal. Untuk memungkinkan personel memanfaatkan informasi yang diakses dari *shared database*, organisasi dapat menempuh program pemberdayaan karyawan melalui pendidikan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan adalah suatu proses yang akan menghasilkan suatu perubahan perilaku sasaran diklat. Dapat mengembangkan potensi manusia secara optimal (Hasanah, et al, 2010).

b. Sistem Berfokus ke *customer* (*System Focused on Customers*)

Dalam pendekatan ini, personel dengan berbagai keterampilan dikelompokkan ke dalam satu tim untuk menjalankan sistem yang digunakan untuk pemberian pelayanan kepada *customer* tertentu. Sistem ini mengatasi kompleksitas dengan meniadakan batas-batas antar fungsi. Setiap sistem menjadi organisasi mini yang mencoba menangkap vitalitas organisasi *enterprener* kecil dengan kerja tim, pekerja yang terlatih lintas fungsional, manajer dan karyawan dengan keterampilan yang beragam, partisipasi fleksibel, tujuan bersama dan fokus terhadap *customer* tertentu. Disamping itu, dalam sistem yang lebih kecil dan sederhana, penyelesaian masalah dapat lebih mudah dilakukan karena penyebabnya lebih mudah diidentifikasi. Integrasi dapat dicapai lebih cepat karena tim lebih kecil dan lebih memiliki komitmen terhadap pelanggan.

c. Sistem Berfokus ke Produk (*System Focused on Product*)

Untuk memecahkan masalah yang timbul dalam organisasi hierarkis dan matriks, sistem berfokus ke produk menghilangkan jenjang dalam organisasi dan membangun sistem yang sesuai dengan arus horizontal. Pendekatan ini memecahkan organisasi ke dalam unit yang lebih kecil dan ke dalam sistem yang lebih terkelola dengan fokus ke produk dan pelanggan. Pengorganisasian dengan pendekatan ini mengkombinasikan sifat-sifat terbaik organisasi besar yang mencakup akses ke modal besar. Suatu alat untuk memungkinkan investasi dalam riset dasar dan kemampuan untuk menarik dan mempertahankan manajer yang paling berbakat dan sifat-sifat baik organisasi kecil seperti terfokus, fleksibel dan cepat.

Dari uraian diatas dapat diketahui bahwa setiap pendekatan didalamnya mengandung kekuatan sekaligus kelemahan. Kelemahan di satu pendekatan dapat diatasi dengan menggunakan pendekatan yang lain. Oleh karena itu pengorganisasian modal manusia untuk pemanfaatan sumber daya lain biasanya dilakukan dengan mengkombinasikan berbagai pendekatan sesuai dengan sifat pekerjaan yang digunakan oleh organisasi untuk mewujudkan tujuan, kondisi lingkungan bisnis yang dihadapi organisasi.

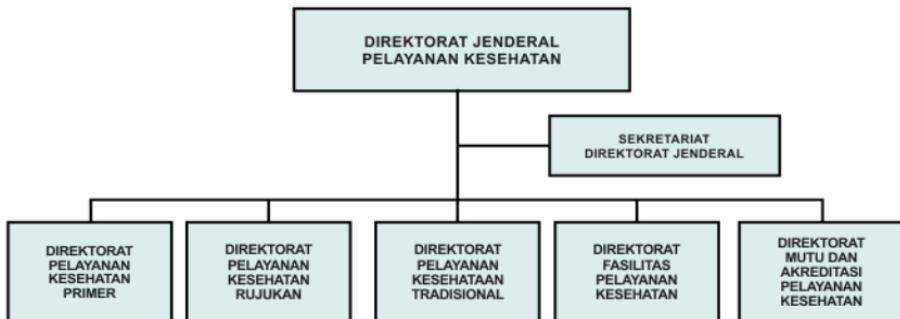
Faktor penentu keberhasilan suatu organisasi dalam mewujudkan tujuannya adalah pendekatan yang digunakan oleh manajemen didalam mengorganisasikan modal manusia untuk memanfaatkan sumber daya lain. Pendekatan pengorganisasian modal manusia ditentukan oleh sifat pekerjaan, lingkungan organisasi. Oleh karena dimasa depan pekerjaan akan bersifat *knowledge-based works* dan lingkungan diwarnai pelanggan yang memegang kendali, kecepatan perubahan semakin meningkat, persaingan semakin intens maka manajemen perlu meninjau kembali pendekatan fungsional hierarkis

dalam pengorganisasian modal manusia. Pendekatan ini pernah menjanjikan sukses dimasa silam, sehingga kemungkinan besar banyak manajer yang mengalami *functional fixation* terhadap pendekatan tersebut.

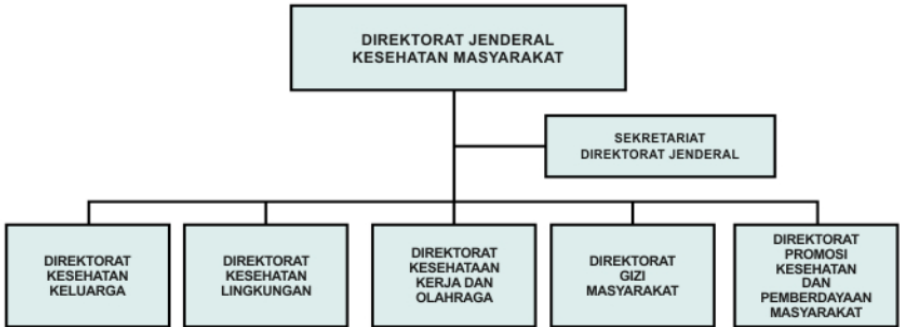
LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 64 TAHUN 2015
TENTANG
ORGANISASI DAN TATA KERJA
KEMENTERIAN KESEHATAN



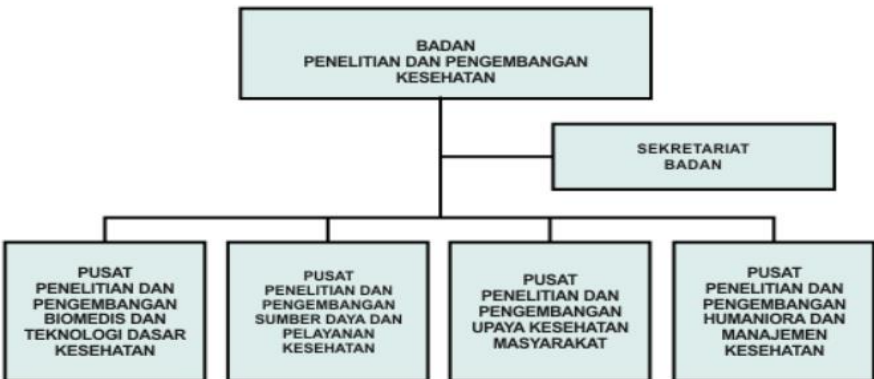
**STRUKTUR ORGANISASI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**



**STRUKTUR ORGANISASI
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT**



**STRUKTUR ORGANISASI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**



D. JENIS-JENIS ORGANISASI

Pengelompokan jenis organisasi dapat dilakukan dengan menggunakan kriteria sebagai berikut:

1. Berdasarkan jumlah orang yang memegang pucuk pimpinan.

- a. bentuk tunggal, yaitu pucuk pimpinan berada ditangan satu orang, semua kekuasaan dan tugas pekerjaan bersumber kepada satu orang.
- b. bentuk komisi, pimpinan organisasi merupakan suatu dewan yang terdiri dari 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 pucuk pimpinan organisasi langsung lurus kepada para pejabat yang memimpin unit-unit dalam organisasi,

- b. Bentuk lini dan *staff*, dalam organisasi ini pucuk pimpinan dibantu oleh staf pimpinan ahli dengan tugas sebagai pembantu pucuk pimpinan dalam menjalankan roda organisasi,
- c. Bentuk fungsional, bentuk organisasi dalam kegiatannya dibagi dalam fungsi-fungsi yang dipimpin oleh seorang ahli dibidangnya, dengan hubungan kerja lebih bersifat horizontal.

3. Berdasarkan sifat hubungan personal, yaitu;

- a. Organisasi formal, adalah organisasi yang diatur secara resmi, seperti : organisasi pemerintahan, organisasi yang berbadan hukum
- b. Organisasi informal, adalah organisasi yang terbentuk karena hubungan bersifat pribadi, antara lain kesamaan minat atau *hobby*, dll.

E. MODEL ORGANISASI

Model organisasi dikaitkan dengan pengambilan keputusan manajerial yang menentukan struktur dan proses yang mengkoordinasikan dan mengendalikan pekerjaan organisasi. Hasil keputusan model organisasi adalah suatu sistem pekerjaan dan pengelompokan kerja termasuk proses yang melingkarinya. Proses yang berhubungan ini termasuk hubungan wewenang dan jaringan komunikasi dalam kaitannya pada perencanaan spesifik dan teknik pengendalian. Sebagai akibat, desain organisasi akan berpengaruh pada pembentukan suatu super struktur di dalam kerja dari organisasi tersebut.

Model organisasi telah menjadi inti kerja manajerial karena usaha-usaha sebelumnya untuk mengembangkan teori manajemen. Kepentingan keputusan desain telah menstimulasi minat yang besar atas topik bahasan. Manajer dan pakar teori perilaku organisasi dan peneliti telah berkontribusi terhadap apa yang disebut sebagai badan bacaan yang dapat dipertimbangkan. Manajer yang menghadapi perlunya mendesain struktur organisasi adalah pada posisi tidak kehilangan ide. Sangat berbeda, bahan desain organisasi telah mempunyai sejumlah ide yang menimbulkan konflik yakni bagaimana suatu organisasi didesain mengoptimalkan efektivitas.

Cara manajemen model organisasi harus mengingat dimensi struktur organisasi ini. Bagaimana kombinasinya mempunyai dampak langsung atas efektivitas individual, kelompok dan organisasi itu sendiri. Manajer harus mempertimbangkan sejumlah faktor ketika mendesain organisasi, diantaranya satu yang sangat penting adalah teknologi, sifat kerja itu sendiri, karakteristik orang yang melakukan kerja, tuntutan lingkungan organisasi, keperluan untuk menerima dan memproses informasi dari lingkungan tersebut, dan keseluruhan strategi yang dipilih organisasi untuk berhubungan dengan lingkungan. Untuk memahami hal yang dirasakan kompleks, harus menjelaskan

mengenai dua model umum model umum organisasi yakni model mekanistik dan organik.

1. Model Mekanistik

Merupakan desain organisasi menekankan pada kepentingan pencapaian produksi yang tinggi dan efisien melalui penggunaan aturan dan prosedur yang ekstensif, sentralisasi wewenang, dan spesialisasi tenaga kerja yang tinggi. Empat prinsip fungsi manajemen organisasi menurut Henri Fayol yang relevan dalam memahami model mekanistik.

a. Prinsip Spesialisasi

Henri Fayol menetapkan spesialisasi sebagai alat yang terbaik untuk memanfaatkan individu dan kelompok individu. Metode ini seperti standar kerja dan studi gerak dan waktu, menekankan sisi dimensi teknis (bukan perilaku).

b. Prinsip Kesatuan Arah

Menurut prinsip ini, pekerjaan harus dikelompokkan menurut bidang spesialisasi. Perakayasa harus dikelompokkan dengan perekayasa, wirajual dengan wirajual, akuntan dengan akuntan. Dasar departementalisasi yang relatif banyak mengimplementasikan prinsip ini adalah dasar fungsional.

c. Prinsip Wewenang dan Tanggung Jawab

Henri Fayol percaya bahwa seorang manajer sebaiknya diberikan wewenang yang cukup guna menjalankan tanggung jawab tugasnya. Karena tanggung jawab manajer puncak dipandang sangat penting bagi masa depan organisasi dibanding manajemen yang lebih rendah, penerapan prinsip tidak dapat dielakkan lagi mengarah pada wewenang sentralisasi. Wewenang sentralisasi memandang bahwa hasil secara logika bukan hanya karena tanggung jawab yang lebih besar dari manajemen puncak, tetapi juga karena kerja pada tingkat ini lebih kompleks, jumlah pekerja yang terlibat lebih besar, dan hubungan antara tindakan serta hasil menjadi jauh.

d. Prinsip Rantai Berjenjang

Hasil yang wajar dalam mengimplementasikan tiga prinsip yakni suatu rantai hubungan berjenjang manajer dari wewenang yang paling tinggi hingga yang lebih rendah. Rantai berjenjang adalah rute semua komunikasi vertikal dalam organisasi. Semua komunikasi dari tingkat terendah harus melewati masing-masing atasan dalam suatu lintas komando. Bersama, komunikasi dari puncak harus melalui masing-masing bawahan sampai mencapai tingkat yang dituju.

Max Weber membuat kontribusi penting terhadap model mekanistik. Ia menjelaskan aplikasi model mekanistik dan istilah birokrasi. Birokrasi mempunyai berbagai makna. Penggunaan tradisional adalah konsep ilmu politik kantor pemerintah tetapi tanpa partisipasi oleh pemerintah. Dalam istilah orang awam, birokrasi diartikan pada konsekuensi negatif dari organisasi yang lebih besar, seperti pita merah yang berlebih, keterlambatan prosedural, dan frustrasi. Tetapi dalam pandangan Max Weber, birokrasi ditunjukkan pada cara tertentu dalam mengorganisasi suatu kumpulan aktivitas.

Minat Weber dalam birokrasi mencerminkan kepeduliannya dalam hal cara masyarakat mengembangkan hierarki pengendalian sehingga satu kelompok bisa mendominasi kelompok lain. Desain organisasi melibatkan dominasi wewenang dimana wewenang mengkaitkan legitimasi untuk meminta kepatuhan dari pihak lain. Pencariannya akan bentuk dominasi yang berkembang di masyarakat menuntunnya untuk mempelajari struktur birokrasi.

Menurut Weber, struktur birokrasi adalah “superior dari bentuk lainnya dalam ketepatan, dalam stabilitas, dalam ketentuan disiplin dan kendalanya. Hal ini memungkinkan kemampuan perhitungan hasil yang tinggi bagi pimpinan organisasi dan bagi mereka jabatannya”. Birokrasi membandingkan pada organisasi lain “seperti mesin dengan modal produksi *non* mekanikal”. Kata ini menangkap esensi model mekanistik dari desain organisasi. Untuk mencapai manfaat maksimum dari desain birokrasi, Weber percaya bahwa organisasi harus mempunyai karakteristik sebagai berikut:

Semua tugas akan dibagi dalam pekerjaan-pekerjaan yang sangat spesialis. Melalui spesialisasi, pemegang kerja menjadi ahli dalam pekerjaan mereka, dan manajemen bisa meminta mereka bertanggung jawab atas efektivitas prestasi tugas-tugas mereka. Masing-masing tugas dikerjakan menurut suatu sistem dengan aturan abstrak untuk menjamin kesatuan dan koordinasi dari tugas-tugas yang berbeda. Rasionalnya dari praktik ini adalah manajer dapat menghilangkan ketidakpastian kinerja tugas karena perbedaan individu.

Masing-masing anggota atau kantor suatu organisasi bertanggung jawab atas kinerja pekerjaan untuk satu dan hanya satu manajer. Manajer memiliki wewenang mereka karena pengetahuan dan didelegasikan dari hierarki puncak. Rantai komando yang tetap ada. Masing-masing karyawan organisasi berhubungan dengan karyawan lain, dan klien dalam bentuk *non* pribadi, sisi formal, menjaga jarak sosial dengan bawahan dan pelanggan. Tujuan dari praktik ini adalah menjamin bahwa kepribadian dan favoritisme tidak mencampuri pencapaian efisiensi dari sasaran organisasi.

Pekerjaan dalam organisasi yang birokratis didasarkan pada kualifikasi teknis dan dilindungi terhadap pemecatan sewenang-wenang. Hal yang sama, promosi didasarkan atas senioritas dan pencapaian. Kerja di organisasi dipandang sebagai karier jangka panjang, dan loyalitas tinggi dapat ditimbulkan.

Lima karakteristik birokrasi ini menjelaskan bentuk organisasi yang diyakini Henri Fayol lebih efektif. Baik Fayol maupun Weber menjelaskan tipe organisasi yang sama, satu adalah berfungsi sebagai mesin untuk mencapai tujuan organisasi dalam bentuk yang sangat efisien. Jadi istilah mekanistik tepat untuk menggambarkan organisasi tersebut. Model Mekanistik mencapai tingkat produksi dan efisiensi yang tinggi berkaitan dengan karakteristik: Sangat kompleks karena menekankan pada spesialisasi tenaga kerja. Sangat terpusat karena menekankan pada wewenang dan tanggung gugat (*accountability*). Sangat formal karena menekankan pada fungsi sebagai dasar departemen. Karakteristik organisasi ini dan praktik menekankan pada penggunaan yang luas dari model organisasi. Tetapi model mekanistik bukan hanya satu-satunya yang digunakan.

2. Model Organik

Model organik dari model organisasi berada dalam posisi yang bertentangan dengan model mekanistik berkaitan dengan perbedaan karakteristik organisasi dan praktik. Perbedaan yang sangat nyata antara dua model adalah konsekuensi dari perbedaan kriteria efektivitas yang berupaya mencapai maksimalisasi. Sementara model mekanistik memaksimalkan efisiensi dan produksi model organik memaksimalkan kepuasan, fleksibilitas dan pengembangan.

Organisasi organik fleksibel terhadap perubahan tuntutan lingkungan karena desain organisasi organik mendorong pemanfaatan yang lebih besar dari potensi manusia. Manajer didorong memakai praktik yang memacu seluruh motivasi manusia melakukan desain pekerjaan yang menekankan pada pertumbuhan pribadi dan tanggung jawab. Pengambilan keputusan, pengendalian, dan proses penetapan sasaran desentralisasi dan disebarakan pada semua tingkat organisasi. Komunikasi mengalir ke seluruh organisasi, tidak begitu saja turun menurun garis komando. Praktik ini dimaksudkan untuk mengimplementasikan suatu asumsi dasar dari model organik yang menetapkan bahwa suatu organisasi akan menjadi efektif pada suatu tingkat dimana struktur dipakai "untuk menjamin suatu probabilitas maksimum yang dalam seluruh interaksi dan hubungan dengan organisasi, masing-masing anggota, dengan latar belakangnya, nilai-nilai, keinginan dan harapan, kita

meninjau pengalaman sebagai dukungan dan satu sisi untuk membangun dan menjaga harga diri dan kepentingan.

Suatu desain organisasi yang memberikan individu seperti harga diri dan motivasi serta kepuasan fasilitas, fleksibilitas dan pengembangan akan mempunyai karakteristik sebagai berikut: Hal ini relatif sederhana karena tidak menekankan pada spesialisasi dan menekankan pada peningkatan rentang pekerjaan. Relatif desentralisasi, karena menekankan pada delegasi wewenang dan peningkatan kedalaman pekerjaan. Relatif informal karena menekankan pada produk dan pelanggan sebagai dasar bagi departemen.

Tabel 1.1 Perbandingan Struktur Mekanistik dan Organik

Proses	Mekanistik	Organik
Kepemimpinan	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tidak ada rasa percaya dan keyakinan. ○ Bawahan tidak merasa bebas mendiskusikan masalah pekerjaan dengan atasan yang sebaliknya menarik ide dan pendapat mereka 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Memiliki rasa percaya dan keyakinan antara atasan dan bawahan dalam semua hal. ○ Bawahan merasa bebas mendiskusikan dengan atasan yang sebaliknya menarik ide dan pendapat mereka
Motivasi	<ul style="list-style-type: none"> ○ Langkah hanya fisik, keamanan, dan motif ekonomi melalui penggunaan sanksi dan ancaman. ○ Sikap tidak mendukung pada organisasi terjadi diantara karyawan 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Langkah penuh dengan motivasi melalui penggunaan partisipasi. ○ Sikap lebih mendukung pada organisasi dan tujuan
Komunikasi	Informasi mengalir ke bawah dan cenderung terdistorsi tidak akurat, dan dipandang mencurigakan oleh bawahan	Informasi mengalir bebas ke seluruh organisasi, atas, bawah dan ke samping. Informasi akurat dan tidak distorsi
Interaksi	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tertutup dan terbatas. ○ Bawahan hanya memberi efek yang kecil pada tujuan departemen, metode dan aktivitas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Terbuka dan ekstensif. ○ Baik atasan dan bawahan dapat mempengaruhi tujuan, metode dan aktivitas.
Keputusan	○ Relatif sentralisasi.	○ Relatif desentralisasi.

Proses	Mekanistik	Organik
	○ Terjadi hanya pada posisi puncak organisasi	○ Terjadi pada semua tingkat melalui proses kelompok.
Penetapan Tujuan	Dilokasikan pada organisasi puncak, tidak mendorong partisipasi kelompok	Mendorong partisipasi dalam menetapkan sasaran yang tinggi dan realistik
Pengendalian	Sentralisasi. Penekanan pada bentuk menyalahkan atas terjadinya kesalahan	Tersebar di organisasi. Penekanan pengendalian sendiri dan pemecahan masalah.
Tujuan Kinerja	Rendah dan secara pasif dicari manajer, yang tidak menunjukkan komitmen atas pengembangan SDM organisasi	Tinggi dan aktif dicari atasan, yang memahami kebutuhan komitmen penuh untuk mengembangkan melalui pelatihan SDM organisasi.

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas

1. Berdasarkan beberapa pendapat ahli, coba saudara jelaskan pendapat saudara tentang definisi organisasi!
2. Salah satu fungsi organisasi adalah memberikan arahan dan tugas, jelaskan dengan memberi contoh!
3. Menurut pendapat saudara mengapa perlu pendelegasian tugas dalam sebuah organisasi?
4. Sebutkan dan jelaskan 3 prinsip organisasi!
5. Jelaskan perbedaan model mekanistik dan organik dalam kepemimpinan organisasi!

DAFTAR PUSTAKA

- A.F Stoner, James dan Edward Freeman (eds), *Manajemen Jilid I*, terjemahan. Alexander Sindoro, Jakarta: PT Prahallindo, 1996.
- Anoraga Pandji. 2007. *Pengantar Bisnis*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Bernard, Chester I. 2003. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Pustaka Raya.
- Cahayani, Ati. 2003. *Dasar-Dasar Organisasi dan Manajemen*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Fayol, Hendry. 2013. *Pengantar Administrasi dan fungsi-fungsi manajemen. Administrasi dan fungsi-fungsi manajemen*
- Fayol, Henry, *Industri dan Manajemen Umum*, Terj. Winardi, London: Sir Issac and Son, 1985
- Gibson, James L, John M. Evancevich, & James H. Donnelly, Jr. 1997. *Organisasi, perilaku, struktur, proses*. Jilid 1. Terjemahan Nunuk Adiarni. Jakarta, Bina Rupa Aksara.
- Griffin W. Ricky. 2007. *Bisnis*. Jakarta: PT. Gelora Aksara Pratama.
- Handoko, T. Hani. 1999. *Manajemen*. Yogyakarta: BPFE.
- Hasanah, Fattah, Prihatin. 2010, *Pengaruh Pendidikan Latihan Kepemimpinan dan Iklim Kerja*. *Jurnal Penelitian Pendidikan Vol 1 No 2*
- Ismainar, H. 2013. *Manajemen Unit Kerja Untuk Perekam Medis dan Informatika Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat Keperawatan dan Kebidanan*. Penerbit Deepublish Jogjakarta.
- Kast, Fremont dan James E. Rosenzweig. 2002. *Organization and Management (Organisasi dan Manajemen)*. Jilid 1. Terjemahan A.Hasymi Ali. Jakarta: Bumi Aksara.
- Manullang M. 2013. *Pengantar Bisnis*. Jakarta: PT. Indeks Permata Puri Media.
- Mooney,D, James. 1996. *Konsep Pengembangan Organisasi Publik*. Bandung: Sinar Baru Algesindo.
- Siswanto, H.B. 2005. *Pengantar Manajemen*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Tantri Prancis. 2009. *Pengantar Bisnis*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.



ORGANISASI KESEHATAN DUNIA DAN INDONESIA

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Menjelaskan Organisasi Kesehatan di Dunia
2. Menjelaskan tentang Organisasi Kesehatan di Indonesia
3. Menjelaskan System Kesehatan di Indonesia

A. ORGANISASI KESEHATAN DUNIA (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*)

Organisasi Kesehatan Dunia adalah salah satu badan PBB (Perserikatan Bangsa Bangsa) yang bertindak sebagai sebagai koordinator Kesehatan umum internasional dan bermarkas di Jenewa Swiss. WHO didirikan oleh PBB pada 7 April 1948. Direktur Jenderal sekarang adalah Margaret Chan (menjabat mulai 8 November 2006). WHO mewarisi banyak mandat dan persediaan dari organisasi sebelumnya, Organisasi Kesehatan, yang merupakan agensi dari LBB (Liga Bangsa-Bangsa). Konstitusi WHO menyatakan bahwa tujuan didirikannya WHO "adalah agar semua orang mencapai tingkat kesehatan tertinggi yang paling memungkinkan". Tugas utama WHO yaitu membasmi penyakit, khususnya penyakit menular yang sudah menyebar luas.

WHO adalah salah satu badan-badan asli milik PBB, konstitusinya pertama kali muncul pada Hari Kesehatan Dunia yang pertama (7 April 1948) ketika diratifikasi oleh anggota ke-26 PBB. Jawarharlal Nehru, seorang pejuang kebebasan utama dari India, telah menyuarakan pendapatnya untuk memulai WHO. Aktivitas WHO, juga sisa kegiatan Organisasi Kesehatan LBB (Liga Bangsa-bangsa), diatur oleh sebuah Komisi Interim seperti ditentukan dalam

sebuah Konferensi Kesehatan Internasional pada musim panas 1946. Pergantian dilakukan melalui suatu Resolusi Majelis Umum PBB. Pelayanan epidemiologi *Office International d'Hygiène Publique* Prancis dimasukkan dalam Komisi Interim WHO pada 1 Januari 1947.

1. Kegiatan dan Aktivitas

Selain mengatur usaha-usaha internasional untuk mengendalikan penyebaran penyakit menular, seperti SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), malaria, tuberkulosis, flu babi dan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*), WHO juga mensponsori program-program yang bertujuan mencegah dan mengobati penyakit-penyakit seperti contoh tadi. WHO mendukung perkembangan dan distribusi vaksin yang aman dan efektif, diagnosa penyakit dan kelainan, dan obat-obatan. Setelah sekitar dua dekade (dua puluhan tahun) melawan variola, pada 1980 WHO menyatakan musnahnya penyakit cacar (variola). Penyakit pertama dalam sejarah yang dimusnahkan dengan usaha manusia. WHO menargetkan untuk memusnahkan polio dalam kurun waktu beberapa tahun lagi. Organisasi ini sudah meluncurkan HIV/AIDS Toolkit untuk Zimbabwe (dari 3 Oktober 2006), dengan standar internasional.

Ditambah lagi dalam tugasnya memusnahkan penyakit, WHO juga melaksanakan berbagai kampanye yang berhubungan dengan kesehatan contohnya, untuk meningkatkan konsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran di seluruh dunia dan berusaha mengurangi penggunaan tembakau. Para ahli bertemu di kantor pusat WHO di Jenewa pada bulan Februari 2007 dan melaporkan bahwa usaha mereka pada perkembangan vaksin influenza yang pandemik telah mencapai kemajuan yang bagus. Lebih dari 40 percobaan klinik (*clinical trial*) telah selesai atau sedang berlangsung. Kebanyakan difokuskan pada orang dewasa yang sehat. Beberapa perusahaan, setelah menyelesaikan analisis keamanan pada orang dewasa, telah memulai percobaan klinik pada orang lanjut usia dan anak-anak. Sejauh ini semua vaksin aman dan dapat ditoleransi tubuh (diterima tubuh) pada semua tingkat usia.

2. Strategi WHO

Ada empat strategi baru WHO yang di canangkan sejak masuknya Dr. Gro Harlem Brundtland sebagai direktur jenderal bagi kontribusi WHO yang bertujuan untuk memajukan kesehatan pada tingkat Negara dan global, yaitu:

- a. Mengurangi kematian, sakit dan cacat, terutama dipopulasi miskin dan pinggiran.
- b. Mempromosikan gaya hidup sehat dan mengurangi faktor-faktor yang menimbulkan risiko pada kesehatan manusia yang datang dari lingkungan ekonomi, sosial, dan akibat perbuatan manusia.

- c. Mengembangkan sistem-sistem kesehatan yang seharusnya meningkatkan hasil kesehatan, menanggapi permintaan-permintaan sah masyarakat dan adil secara keuangan.
- d. Membuat kerangka kebijakan yang di perkenankan dan menciptakan kelembagaan lingkungan bagi sektor kesehatan, dan mempromosikan dimensi kesehatan yang efektif untuk kebijakan sosial, ekonomi, lingkungan dan pembangunan

3. Struktur Organisasi WHO

a. Majelis Kesehatan Dunia (*The World Health Assembly*)

WHO di perintah oleh 191 negara-negara anggota melalui *World Health Assembly*. majelis kesehatan tersusun dari perwakilan dari Negara anggota WHO. Majelis kesehatan dunia mengambil keputusan tertinggi untuk WHO. Biasanya majelis kesehatan dunia bertemu di Geneva pada bulan Mei setiap tahunnya, dan dihadiri oleh delegasi-delegasi dari 191 negara-negara anggota tersebut. Tugas utama majelis kesehatan dunia adalah untuk menentukan kebijakan organisasi majelis kesehatan memilih direktur jenderal, mengawasi kebijakan- keuangan dari organisasi dan meninjau serta menyetujui program keuangan yang di susun oleh WHO.

Demikian juga mempertimbangkan laporan dari *Executive Board* (Badan eksekutif), dimana memerintahkan dengan hormat terhadap masalah dimana aksi, pelajaran, pemeriksaan, atau laporan yang lebih jauh yang mungkin akan di butuhkan. Salah satu fungsi dari majelis kesehatan dunia, seperti tercantum dalam artikel 18 konstitusi WHO adalah sebagai berikut : 1. Mendukung dan memimpin penelitian di bidang kesehatan oleh personel WHO melalui lembaga resmi atau tidak resmi dari para anggota dengan persetujuan dari pemerintahnya. 2. Melakukan tindakan-tindakan yang di anggap perlu untuk melaksanakan tujuan organisasi.

b. Dewan Eksekutif (*The Executive Board*)

Dewan eksekutif terdiri dari 32 anggota yang secara teknis memenuhi persyaratan di bidang kesehatan. Anggota dipilih untuk masa dinas selama 3 tahun. Dewan eksekutif bertemu sedikitnya dua kali dalam setahun. Rapat dewan utama, dimana agen untuk majelis kesehatan yang akan di setujui dan resolusi untuk dikedepankan di majelis kesehatan di adopsi, di adakan pada bulan Januari, dengan rapat kedua yang lebih pendek pada bulan Mei., segera setelah majelis kesehatan mengatasi masalah administrasi. Fungsi utama dewan ini adalah untuk memberi pengaruh kepada keputusan dan kebijakan-kebijakan dari majelis kesehatan, untuk memberi saran, dan juga memfasilitasi kerjanya. Salah satu fungsi dari Dewan Eksekutif adalah: (1) Mengambil

langkah-langkah darurat sesuai dengan fungsi dan sumber keuangan WHO sehubungan dengan keperluan tindakan yang segera, (2) Secara khusus dapat memberikan wewenang kepada direktur jenderal untuk mengambil langkah yang perlu untuk menghentikan penyebaran wabah penyakit. Dan (3) Melaksanakan studi dan penelitian yang lebih lanjut yang di perlukan.

c. Sekretariat (*The Secretariat*)

WHO memiliki staf yang berjumlah kurang lebih 3800 orang petugas kesehatan dan ahli khusus atau umum di bidang kesehatan. Mereka bekerja di markas besar dan kantor regional. Fungsi dari sekretariat WHO, antara lain :

- 1) Memberikan dukungan ke majelis kesehatan dunia, dewan eksekutif dan kantor regional.
- 2) Memberikan rangsangan berpikir global dan tindakan secara menyeluruh untuk mewujudkan dan mengajukan ide
- 3) Memeriksa, menganalisa, mengumpulkan dan menyebarkan informasi yang valid di bidang kesehatan dan masing-masing yang berhubungan dengannya.
- 4) Mengidentifikasi, menggeneralisasikan dan mentransfer teknologi tepat guna.
- 5) Membantu kelompok-kelompok, penasihat global.
- 6) Menghadapi perencanaan global, manajemen pengawasan dan evaluasi.
- 7) Menjalankan program-program global dan internasional global.
- 8) Membantu perkembangan transformasi sumber-sumber kesehatan secara internasional.
- 9) Menyiapkan program-program usulan anggota untuk di serahkan kepada dewan eksekutif dan majelis kesehatan dunia.
- 10) Mengadakan kerja sama dengan sistem PBB dan organisasi-organisasi *non* pemerintahan tertentu, para anggota staf tidak di perkenankan untuk menerima perintah yang berasal dari wewenang diluar WHO.

Seperti tercantum dalam pasal 31 konstitusi WHO, sekretariat WHO di ketuai oleh direktur jenderal, yang ditunjuk oleh majelis kesehatan dunia atas nominasi dari dewan eksekutif dan dipilih oleh Negara-Negara anggota untuk masa jabatan lima tahun. Direktur jenderal adalah pelaksana kekuasaan dewan eksekutif. Pusat-Pusat Kerja sama WHO Relasi antara institusi-institusi nasional dengan WHO di rancang sebagai WHO *Collaboration Centers* (pusat kerja sama organisasi kesehatan dunia) yang mengupayakan mobilitas sumber-sumber daya yang penting untuk mendukung kepentingan pembangunan kesehatan nasional. Dan untuk aktivitas-aktivitas WHO. Keanggotaan WHO terdiri dari 193 negara anggota dan staf dari berbagai kenegaraan berjumlah 4500 orang

sebagai agen khusus, WHO adalah bagian dari PBB, tetapi bukan dibawah sistem PBB, mereka dapat memperoleh keanggotaan mereka dengan menerima konstitusi. Sementara bagi Negara-Negara *non* anggota PBB dapat diakui ke anggotannya melalui mayoritas suara dari majelis kesehatan dunia. Hampir setiap Negara di dunia merupakan anggota PBB dan WHO, tapi terdapat perbedaan seperti halnya Swiss yang merupakan anggota WHO, tapi bukan anggota PBB.

d. Anggaran Keuangan WHO

Program anggaran keuangan global WHO ditetapkan dua tahun sekali. Sumber-sumber keuangan WHO yang tetap di peroleh dari kontribusi-kontribusi yang di perkirakan, di bayar oleh Negara anggota, berdasarkan skala perkiraan PBB. Anggota keuangan regional WHO yang tetap di peroleh dari alokasi anggaran keuangan global WHO yang di buat oleh Direktur Jenderal untuk setiap wilayah. Bagi wilayah Asia tenggara, alokasi dari direktur jenderal termasuk jumlah-jumlah yang di perlihatkan terpisah untuk aktivitas-aktivitas wilayah dan Negara. Direktur wilayah mengirimkan angka-angka negara yang di rencanakan kepada masing-masing Negara anggota yang berjumlah sebelas, berdasarkan kriteria yang di tetapkan oleh komite wilayah. Rekening untuk aktivitas-aktivitas negara adalah sekitar 75 persen dari keseluruhan anggaran keuangan wilayah. Untuk tambahan anggaran keuangan tetap, WHO memperoleh tambahan sumber-sumber anggaran keuangan lewat *United Nations Development Program* (UNDP) dan *United Nation Population Fund* (UNPF) dan di laksanakan oleh WHO, dan lewat pemberian sukarela dari pemerintah-pemerintah, yayasan-yayasan dan agen-agen. Ke Program Kerja dan Aktivitas Dasar WHO

e. Program Kerja WHO

1) *Children and Adolescent Health and Development programme*

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan anak-anak dan remaja, serta pemberdayaan sumber daya manusia yang di miliki sejak dini. Dalam melaksanakan program ini WHO bekerjasama dengan beberapa badan PBB lainnya seperti UNICEF dan UNDP.

2) *Global polio Eradication Initiative programme*

Program ini berfokus pada pemberantasan polio di seluruh penjuru dunia, terutama di Negara berkembang.

3) *The WHO framework Convention on Tobacco Control Programme*

WHO bersama UNDP bekerjasama untuk mengontrol penggunaan tembakau dengan tujuan untuk memasyarakatkan kesehatan yang lebih baik demi pembangunan berkelanjutan.

4) *WHO Global Programme on AIDS*

Program ini berfokus dalam mengatasi HIV/AIDS dilakukan oleh hampir seluruh badan PBB yang bergabung dengan UNAIDS. Program ini dilakukan di hampir seluruh Negara di dunia, terutama Negara dengan tingkat HIV/AIDS tertinggi, yaitu Negara-Negara Afrika.

5) *Family planning programme*

Bertujuan untuk meningkatkan kesehatan seluruh masyarakat melalui program ini kemudian di bentuk program lain yang lebih spesifik seperti *Safe Motherhood Programme*, yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu, dan *family planning in reproduction health programme*, yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi manusia. Aktivitas Dasar Perbaikan pelayanan kesehatan Dengan adanya suatu *system* yang dapat mencakup seluruh rakyat di suatu Negara, maka dapat diciptakan sebuah *Healthy delivery system* (sistem penyampaian kesehatan), yang tujuan utamanya adalah membantu pemerintah suatu Negara untuk memberikan pelayanan kesehatan yang memadai, yang dapat di rasakan oleh seluruh masyarakatnya.

f. Kerja sama WHO dengan Organisasi *Non-Pemerintah*

Dalam hal ini WHO sebagai badan kesehatan dunia, melakukan kerja sama dengan pemerintah dalam rangka meneliti dan juga menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang menjangkit di masyarakat dan juga sebagai fasilitator dalam hal pengadaan obat-obatan untuk pemerintah suatu Negara. *World Health Organization (WHO) Global Polio Eradication Initiative* melalui *National Immunization Days (NID's)* adalah program untuk polio dan pertama kali di di canangkan pada tahun 2003 agar anak dibawah umur lima tahun telah diimunisasi selama hari imunisasi nasional, hari imunisasi *nasional* bertujuan untuk melengkapi imunisasi rutin sama sekali tidak mengganggu imunisasi yang ada.

WHO didirikan pada tanggal 7 April 1948, namun Indonesia baru bergabung menjadi anggota organisasi ini pada tanggal 23 Mei 1950. Sejak saat itu, WHO memiliki hubungan kerja sama yang erat dengan pemerintah Indonesia. WHO-Indonesia juga turut mendukung Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan memberikan bantuan teknis, *training*, pendidikan, kerangka acuan dan standar yang berlaku internasional. Dengan staf internasional dan lokal, WHO-Indonesia juga memberikan dukungan dan bantuannya ketika terjadi situasi darurat di dalam negeri, seperti wabah penyakit.

B. ORGANISASI KESEHATAN DI INDONESIA

1. Organisasi Kesehatan Tingkat Pusat

Organisasi kesehatan tingkat pusat adalah Departemen Kesehatan (Depkes) yang terdiri dari unsur sekretaris jenderal, inspektorat jenderal, direktorat jenderal, badan Litbang, Pusdiklat termasuk unit pelaksana teknis, unit organik (rumah sakit) dan proyek pembangunan sektor kesehatan dengan perincian sebagai berikut:

- a. Sekretaris Jenderal dan proyek pembangunan dalam lingkungannya
- b. Inspektorat Jenderal dan proyek pembangunan dalam lingkungannya
- c. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan termasuk RS umum, Rumah Sakit Jiwa, Rumah sakit Mata, RS paru-paru, RS ketergantungan obat, RS kusta, Balai Laboratorium Kesehatan, Balai Kesehatan Lingkungan dan proyek pembangunan dalam lingkungannya.
- d. Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat termasuk balai pengobatan penyakit paru-paru dan proyek pembangunan dan lingkungannya.
- e. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular termasuk kantor kesehatan pelabuhan, rumah sakit karantina dan proyek pembangunan dalam lingkungannya.
- f. Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan termasuk pusat pemeriksaan obat dan makanan, balai pemeriksaan obat dan makanan serta proyek pembangunan dalam lingkungannya.
- g. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan termasuk Badan Penelitian tanaman obat dan proyek pembangunan dalam lingkungannya
- h. Pusat Pendidikan dan Latihan termasuk sekolah, akademi, balai latihan kesehatan masyarakat dan unit pelaksana teknis lainnya serta proyek Pembangunan dalam lingkungannya

2. Organisasi Kesehatan di Provinsi

Di wilayah Provinsi Daerah Tingkat I terdapat Organisasi Kesehatan Pemerintah Pusat dan Pemerintah daerah.

a. Organisasi Kesehatan Pemerintah Pusat

Organisasi Kesehatan pemerintah pusat yang ada di Provinsi/Dati I adalah Unit Dinas Kesehatan Provinsi. Pelaksana Teknis (UPT) Depkes (pusat) di Provinsi. Menurut Sistem Kesehatan nasional (SKN) Kantor wilayah Depkes Provinsi tugas utamanya adalah membina dan mengatur pelaksanaan asas dekonsentrasi. Untuk melaksanakan tugas tersebut diperlukan suatu organisasi yang berfungsi: Membina intervensi perorangan yang berbeda-beda sesuai dengan kebutuhannya. Membina intervensi kepada kelompok risiko tinggi yang berbeda sesuai dengan kebutuhannya. Membina intervensi kepada

lingkungan sosial budaya, fisik dan biologik. Dalam fungsi ini termasuk pembinaan kegiatan lintas *sectoral*. Membina dan mengatur masalah obat, makanan dan alat Kesehatan. Menyusun suatu program, rencana pelaksanaan dan mengadakan evaluasi pelaksanaan. Mengatur fungsi upaya kesehatan penunjang yang dapat ditampung dalam tata usaha dengan pemusatan kepada kegiatan pengelolaan ketenagaan, administrasi umum, pendidikan dan latihan serta perizinan. Melaksanakan sistem rujukan.

b. Organisasi Kesehatan Pemerintah Daerah

Diberi nama Dinas Kesehatan Kota. Untuk keperluan ini kantor wilayah dibantu Unit Pelaksana Teknik (UPT) Pusat. Bertugas melaksanakan tugas pokok dan fungsi departemen kesehatan pada tingkat provinsi dalam rangka pembinaan usaha kesehatan yang telah diserahkan pada daerah otonom, swasta, perseorangan atau badan hukum lain di wilayah provinsi daerah Tingkat I

Dinkes Daerah TK I tugas utamanya adalah membina pelaksanaan asas desentralisasi dan menunjang pelayanan tingkat kabupaten/Kotamadya. Untuk melaksanakan tugas tersebut diperlukan suatu organisasi yang berfungsi: Membina pelaksanaan asas desentralisasi yang meliputi baik intervensi terhadap perorangan, kelompok risiko tinggi dan masalah lingkungan. Melaksanakan asas pembantuan yang meliputi intervensi terhadap kelompok risiko tinggi dan masalah lingkungan. Didalamnya termasuk pelaksanaan pemberian bantuan kepada daerah untuk penanggulangan wabah. Melaksanakan sistem rujukan. Dinkes Dati I dibantu oleh UPT Dati I, seperti RS provinsi, unit pendidikan dan latihan dan sebagainya. Menanggung fungsi penunjang dalam bentuk tata usaha yang perlu dan dipusatkan kepada beberapa segi yaitu untuk menunjang pembiayaan, logistik, pengadaan sarana fisik, pengelolaan ketenagaan, pengelolaan informasi dan perencanaan serta administrasi umum

Dinas Kesehatan Daerah TK I adalah unsur pelaksana Pemerintah Daerah TK I yang berada dan bertanggung jawab langsung kepada Gubernur Kepala Daerah TK I. Bertugas melaksanakan sebagian urusan rumah tangga daerah di bidang Kesehatan.

• **Rumah Sakit Kelas A dan Kelas B**

Fungsi rumah sakit secara umum adalah Melaksanakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, Melaksanakan pelayanan medis tambahan, pelayanan penunjang medis tambahan, pelayanan kedokteran kehakiman, pelayanan medis khusus, pelayanan rujukan kesehatan, pelayanan kedokteran gigi, pelayanan kedokteran sosial, pelayanan penyuluhan kesehatan, pelayanan

rawat jalan atau rawat darurat dan rawat tinggal (observasi), pelayanan rawat inap, pelayanan administratif, pendidikan para medis, Membantu pendidikan tenaga medis umum, Membantu pendidikan tenaga medis spesialis, Membantu penelitian dan pengembangan kesehatan, Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi. Rumah sakit kelas A dan B di Tingkat I dapat dimiliki oleh Depkes RI dan Pemda TK I. RS yang disetarakan dengan RS kelas A dan B dapat diusahakan Departemen *Non Depkes*, ABRI dan organisasi kesehatan swasta.

Rumah Sakit Kelas A adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis luas oleh pemerintah ditetapkan sebagai rujukan tertinggi (*Top Referral Hospital*) atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.

Rumah Sakit Kelas B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis terbatas. Rumah sakit ini didirikan di setiap Ibukota Provinsi yang menampung pelayanan rujukan di rumah sakit kabupaten.

Rumah Sakit Kelas C Merupakan Rumah Sakit yang telah mampu memberikan pelayanan Kedokteran Spesialis terbatas. Rumah Sakit tipe C ini didirikan di setiap Ibukota Kabupaten (*Regency hospital*) yang mampu menampung pelayanan rujukan dari Puskesmas.

Rumah Sakit Kelas D Merupakan Rumah Sakit yang hanya bersifat transisi dengan hanya memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan Kedokteran Umum dan gigi. Rumah sakit tipe C ini mampu menampung rujukan yang berasal dari Puskesmas.

Rumah Sakit Kelas E Merupakan Rumah Sakit Khusus (*spesial hospital*) yang hanya mampu menyelenggarakan satu macam pelayan kesehatan kedokteran saja, misal: Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Paru, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Kanker, Rumah Sakit Ibu dan Anak, dll

- **Puskesmas**

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang dikembangkan sejak tahun 1968 merupakan fasilitas kesehatan terdepan dan ujung tombak penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar di tingkat masyarakat. Puskesmas seharusnya menjadi salah satu kunci sukses Indonesia dalam meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat. Namun, sejak era desentralisasi, kinerja Puskesmas mulai menurun. Beberapa capaian indikator utama status kesehatan masyarakat stagnan dan penurunannya sangat lambat seperti Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Pelayanan Keluarga Berencana (KB) juga menurun ditandai dengan *Contraceptive Prevalence Rate (CPR)* yang menurun.

Fungsi utama Puskesmas yang mengedepankan upaya promotif dan preventif, termasuk di dalamnya penjangkauan kepada masyarakat juga menurun di era JKN. Saat ini Puskesmas sangat fokus pada upaya kuratif. Tantangan pembangunan kesehatan terus meningkat. Transisi demografi yang ditunjukkan dengan meningkatnya proporsi penduduk produktif dan penduduk lansia di masa depan, serta transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya penyakit tidak menular, menuntut kesiapan Puskesmas dalam memberikan pelayanan terdepan. Sementara itu, beberapa penyakit menular belum teratasi dengan baik seperti tuberkulosis, malaria, dan HIV/AIDS.

Kesemuanya itu membutuhkan upaya promotif dan preventif yang merupakan tugas utama Puskesmas. Dengan berbagai tantangan tersebut, peran pelayanan kesehatan dasar dan keberadaan Puskesmas sebagai *provider* utama masih tetap relevan. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas menjadi salah satu arah kebijakan pembangunan kesehatan. Kedepan, peran Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar harus terus diperkuat.

Pusat Kesehatan Masyarakat, disingkat Puskesmas, adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. Puskesmas dipimpin oleh seorang kepala Puskesmas yang bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas, meliputi:

Paradigma sehat, artinya Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pertanggungjawaban wilayah, artinya Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Kemandirian masyarakat, artinya Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pemerataan, artinya Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

Teknologi tepat guna, artinya Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan. Keterpaduan dan kesinambungan, artinya Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Pada tahun 1992, kebijakan penempatan dokter Puskesmas melalui Inpres (wajib kerja sarjana) dihentikan dan diganti dengan pengangkatan dokter PTT (Pegawai Tidak Tetap), disertai dengan penempatan bidan di desa (juga sebagai PTT). Kemudian pada tahun 2000, Indonesia menerapkan kebijakan desentralisasi. Sejak itu, Puskesmas diserahkan kepada pemerintah daerah (kabupaten/kota) dan Puskesmas menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan.

Sejak itu pula, pengelolaan dan pembinaan Puskesmas sangat tergantung pada komitmen dan kemampuan fiskal pemerintah daerah. Sejak itu, banyak Puskesmas mengalami masalah kekurangan tenaga (khususnya dokter). Pada tahun 2010, studi tentang pembiayaan kesehatan daerah (*District Health Account*) mengungkapkan bahwa anggaran kegiatan kesehatan untuk program kesehatan masyarakat sangat kecil. Respons Kementerian Kesehatan adalah menerapkan kebijakan BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), yaitu pengiriman anggaran pusat langsung kepada Puskesmas.

Dana BOK adalah dana khusus untuk membiayai program kesehatan masyarakat di luar gedung (tidak untuk pelayanan pengobatan). Evaluasi tentang BOK menunjukkan bahwa bantuan operasional tersebut hanya efektif kalau SDM Puskesmas cukup tersedia untuk melaksanakan kegiatan luar gedung (tenaga kesehatan masyarakat, sanitarian dan gizi). Dana BOK tidak efektif apabila Puskesmas tidak memiliki cukup tenaga-tenaga tersebut. Pada tahun 2011, ditetapkan keputusan bersama Menteri PAN dan RB, Menteri Dalam Negeri, dan Menteri Keuangan tentang moratorium pengangkatan PNS. Keputusan tersebut juga berlaku untuk pengangkatan tenaga kesehatan, tetapi dikecualikan untuk tenaga dokter, perawat dan bidan. Akibatnya, hampir semua Puskesmas kekurangan atau tidak memiliki jenis tenaga yang terkena moratorium, yaitu tenaga kesehatan masyarakat, gizi, sanitarian, farmasi dan analis (laboratorium medis).

Selanjutnya, ada dua kebijakan yang mempengaruhi perkembangan Puskesmas, yaitu (i) Permenkes No.71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, yang menetapkan Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam pelaksanaan JKN; dan (ii) Permenkes No.75/2014 tentang Puskesmas. Dalam Permenkes No.71/2013

ditetapkan bahwa Puskesmas adalah FKTP yang bekerjasama dengan BPJS dan “harus” menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif yang sifatnya adalah pelayanan perorangan. Pelayanan kesehatan komprehensif yang dimaksud meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selanjutnya dalam Permenkes No.75/2014, disebutkan Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Dalam Permenkes tersebut, ditetapkan tugas pokok dan fungsi, jenis pelayanan yang harus diselenggarakan, serta standar ketenagaan dan sarana Puskesmas. Permenkes 75 juga menetapkan standar ketenagaan Puskesmas seperti disampaikan berikut: Dokter, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Farmasi, Kesehatan Masyarakat, Sanitarian, Gizi, Lab. Medis, Tenaga *non*-kesehatan.

C. SISTEM KESEHATAN DI INDONESIA

1. Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material.

Sistem Kesehatan Nasional adalah bentuk dan cara penyelenggaraan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Perpres 72/2012 Pasal 1 dan 2)

Sistem Kesehatan di Indonesia dalam kebijakan desentralisasi diformulasikan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) berdasarkan Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012. SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

SKN di Indonesia telah mengalami 4 kali perubahan atau pemutakhiran. SKN 2012 ini merupakan pengganti dari SKN 2009, sedangkan SKN 2009 merupakan pengganti SKN 2004, dan SKN 2004 sebagai pengganti SKN 1982. Pemutakhiran ini dibutuhkan agar SKN 2012 dapat mengantisipasi berbagai

tantangan perubahan pembangunan kesehatan dewasa ini dan di masa depan. Oleh karena itu, SKN 2012 ini disusun dengan mengacu pada visi, misi, strategi, dan upaya pokok pembangunan kesehatan sebagaimana ditetapkan dalam: a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (RPJP-N); dan b. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K).

Pada tingkat daerah, implementasi SKN diterjemahkan melalui perda, pergub, perbu atau perwal. Walaupun tidak secara eksplisit Perpres 72/2012 mewajibkan untuk menerbitkan peraturan di tingkat daerah. Penekanannya terdapat pada pengelolaan kesehatan berdasarkan SKN harus berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah berdasarkan kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia dan otonomi fungsional berdasarkan kemampuan dan ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan. Berikut dokumen Perpres 72/2012 dan beberapa perda yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah tentang sistem kesehatan daerah.

a. Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia

Pengembangan sistem kesehatan di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1982 ketika Departemen Kesehatan menyusun dokumen sistem kesehatan di Indonesia. Kemudian Departemen Kesehatan RI pada tahun 2004 ini telah melakukan suatu “penyesuaian” terhadap SKN 1982.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) didefinisikan sebagai suatu tatanan yang menghimpun upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945. Dalam batas-batas yang telah disepakati, tujuan sistem kesehatan adalah: Meningkatkan status kesehatan masyarakat. Indikatornya banyak, antara lain Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi, Angka kejadian penyakit dan berbagai indikator lainnya. Meningkatkan *responsiveness* terhadap harapan masyarakat. Dalam hal ini masyarakat puas terhadap pelayanan kesehatan. Menjamin keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Sistem kesehatan diharapkan memberikan proteksi dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi yang membutuhkan. Tujuan pembangunan nasional adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa: pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, badan hukum, badan usaha, lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Perpres 72 ; 2012).

b. Elemen-Elemen Sistem Kesehatan

Berdasarkan pengertian bahwa *System is interconnected parts or elements in certain pattern of work*, maka di sistem kesehatan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yakni: (1) elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem yang berupa aktor-aktor pelaku; dan (2) *interconnection* berupa fungsi dalam sistem yang saling terkait dan dimiliki oleh elemen-elemen sistem. Secara universal fungsi di dalam Sistem Kesehatan berdasarkan berbagai referensi dapat dibagi menjadi: Regulator, Pelayanan Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Pengembangan Sumber Daya.

Aktor-aktor yang ada adalah: Pemerintah yang terdiri atas pemerintah pusat, propinsi, dan kabupaten/kota. Aktor pemerintah banyak berperan sebagai regulator dalam sistem Kesehatan. Pemerintah berfungsi pula di pelayanan kesehatan dan pembiayaan Kesehatan. Di dalamnya ada halaman khusus untuk manajemen RS pemerintah sebagai Badan Layanan Umum. Dalam fungsi pengembangan sumber daya manusia, ada pelaku pemerintah berupa perguruan tinggi kedokteran dan kesehatan.

Swasta: Lembaga-lembaga swasta yang bergerak di sistem kesehatan ada banyak. Untuk rumah sakit terdapat dua jenis pelayanan kesehatan swasta, yaitu rumah sakit publik berdasar badan hukum Yayasan atau Perkumpulan, dan rumah sakit privat dengan dasar hukum PT. Di samping itu ada BP swasta, pabrik obat swasta, distributor alat farmasi dan rumah sakit, apotek dan sebagainya. Lembaga swasta berperan aktif pula dalam fungsi pengembangan sumber daya manusia dengan adanya perguruan tinggi kedokteran dan kesehatan milik lembaga swasta.

Masyarakat: Masyarakat merupakan obyek sekaligus pelaku dalam sistem kesehatan. Sebagai pelaku dapat berupa rumah tangga yang membiayai sistem, tempat perilaku kesehatan dilakukan, sampai adanya Lembaga Swadaya Masyarakat, dan perhimpunan profesi. Pengelolaan Kesehatan memperhatikan: Pengelolaan upaya Kesehatan, Penelitian, pengembangan Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Sumber daya manusia Kesehatan, Ketersediaan farmasi, Alat Kesehatan, Makanan, Manajemen, informasi, Regulasi dan Pemberdayaan masyarakat.

2. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa.

BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan yang merupakan salah satu dari lima program dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2015.

BPJS Kesehatan juga menjalankan fungsi pemerintahan di bidang pelayanan umum yang sebelumnya sebagian dijalankan oleh badan usaha milik negara dan sebagian lainnya oleh lembaga pemerintahan. Gabungan antara kedua fungsi badan usaha dan fungsi pemerintahan itulah, yang dewasa ini, tercermin dalam status BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik yang menjalankan fungsi pelayanan umum di bidang penyelenggaraan jaminan sosial nasional.

BPJS Kesehatan juga dibentuk dengan modal awal dibiayai dari APBN dan selanjutnya memiliki kekayaan tersendiri yang meliputi aset BPJS Kesehatan dan aset dana jaminan sosial dari sumber-sumber sebagaimana ditentukan dalam undang-undang. Kewenangan BPJS Kesehatan meliputi seluruh wilayah Republik Indonesia dan dapat mewakili Indonesia atas nama negara dalam hubungan dengan badan-badan Internasional. Kewenangan ini merupakan karakteristik tersendiri yang berbeda dengan badan hukum maupun lembaga negara lainnya. Maka dari itu, BPJS Kesehatan merupakan salah satu bentuk Badan Hukum Milik Negara (BHMN), sehingga pelaksanaan tugasnya dipertanggungjawabkan kepada Presiden sebagai kepala pemerintahan negara.

BPJS Kesehatan sebelumnya bernama Askes (Asuransi Kesehatan), yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), tetapi sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014.

a. Kepesertaan Wajib

Setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah bekerja di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS. Ini sesuai pasal 14 UU BPJS. Setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjanya sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang atau keluarga yang tidak bekerja pada perusahaan wajib mendaftarkan diri dan anggota keluarganya pada BPJS. Setiap peserta BPJS akan ditarik iuran yang besarnya ditentukan kemudian.

Sedangkan bagi warga miskin, iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui program Bantuan Iuran.

Menjadi peserta BPJS tidak hanya wajib bagi pekerja di sektor formal, tetapi juga pekerja informal. Pekerja informal juga wajib menjadi anggota BPJS Kesehatan. Para pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan membayar iuran sesuai dengan tingkatan manfaat yang diinginkan. Jaminan kesehatan secara universal diharapkan bisa dimulai secara bertahap pada 2014 dan pada 2019, diharapkan seluruh warga Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan tersebut. Menteri Kesehatan menyatakan BPJS Kesehatan akan diupayakan untuk menanggung segala jenis penyakit namun dengan melakukan upaya efisiensi.

BPJS Kesehatan dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia, namun dalam implementasi program BPJS Kesehatan belum semua penduduk menjadi peserta BPJS dan menurut data BPJS Kesehatan Maret 2016 sebanyak 163.327.183 orang peserta atau sekitar 63% dari rakyat Indonesia yang terdaftar, hal ini berarti masih ada 37% rakyat Indonesia yang belum mendapatkan jaminan kesehatan (Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Tahun 2016), begitu juga dengan kepesertaan BPJS Kesehatan Kabupaten Kerinci dari jumlah penduduk 253.258 jiwa yang terdaftar keanggotaan sebanyak 159.045 jiwa (62.8%), sehingga masih ada 94.212 jiwa yang belum terdaftar atau sekitar 37.2% (Data BPJS 2016).

Mutu pelayanan Kesehatan merupakan kesempurnaan dari suatu produk dalam pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pengguna jasa. Pelayanan yang bermutu merupakan penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan prosedur dan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan, dengan menyesuaikan potensi dari sumber daya yang tersedia secara aman dan memuaskan yang dilakukan secara wajar, efisien dan efektif dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat atau konsumen (Azwar, 2010)

b. Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK)

Iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat, anggota keluarga yang ditanggung adalah yang didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) berdasarkan Keputusan Menteri Sosial. Lalu, untuk peserta dari penduduk yang di daftarkan oleh pemerintah daerah (pemda), anggota keluarga yang ditanggung adalah yang didaftarkan dan ditetapkan oleh pemda provinsi atau pemda kabupaten/kota.

c. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU)

Anggota keluarga yang ditanggung paling banyak empat orang dengan maksimal tiga orang anak, meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah. Adapun, anak yang ditanggung kriterianya adalah tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri. Belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Apabila anak ke-1 sampai dengan anak ke-3 sudah tidak ditanggung, disebabkan karena umur diatas 21 tahun dan tidak melanjutkan sekolah/berusia diatas 25 tahun/sudah bekerja dan memiliki penghasilan sendiri/sudah menikah, maka status anak tersebut dapat digantikan oleh anak berikutnya sesuai dengan urutan kelahiran dengan jumlah maksimal yang ditanggung adalah 3 orang anak yang sah.

Selain anggota keluarga, bagi peserta PPU dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain yaitu anak keempat dan seterusnya, orang tua kandung/mertua. Kemudian, teruntuk peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP), yang dapat memanfaatkan layanan meliputi istri/suami yang sah, seluruh anak dan anggota keluarga lain yang terdapat dalam satu Kartu Keluarga

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas

1. Apa yang saudara ketahui tentang WHO? Jelaskan dengan ringkas
2. Salah satu program kerja WHO adalah meningkatkan kesehatan anak, sebutkan contoh nyata implikasi dari program tersebut.
3. Jelaskan perbedaan Rumah sakit kelas A dan Kelas B!
4. Apakah saudara termasuk kedalam kepesertaan BPJS? Bila ya atau tidak, Jelaskan alasan saudara?
5. Sebutkan salah satu nama Puskesmas ditempat tinggal saudara, lalu jelaskan pelayanan apa saja yang ada di Puskesmas tersebut?

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar A. Pengantar administrasi kesehatan. Edisi III. Jakarta: Binarupa Aksara; 2010
- BPJS Kesehatan RI. Rekapitulasi kepesertaan BPJS kesehatan sampai dengan tanggal 11 maret 2016. BPJS Kesehatan RI
- Ismainar, H. 2013. Manajemen Unit Kerja Untuk Perekam Medis dan Informatika Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat Keperawatan dan Kebidanan. Penerbit Deepublish Jogjakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011. Badan Penyelenggaraan Jaminan Nasional. 25 November 2011. Jakarta: Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116; 2011.
- Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52
- Widada, T. Pramusinto, A, Lazuardi L. Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Implikasinya Terhadap Ketahanan Masyarakat (Studi di RSUD Hasanuddin Damrah Manna, Kabupaten Bengkulu Selatan, Provinsi Bengkulu) Jurnal Ketahanan Nasional Vol. 23, No.2, Agustus 2017, Hal 199-216

SISTEM KESEHATAN DI NEGARA BERKEMBANG DAN NEGARA MAJU

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Sistem Kesehatan di negara berkembang antara lain: Indonesia, Malaysia, Thailand
2. Sistem kesehatan di negara maju antara lain: Jepang, Australia, Amerika Serikat.
3. Pelayanan Kesehatan Primer di Negara Maju dan Berkembang
4. Pembiayaan Kesehatan di Negara Maju dan Berkembang

Sistem kesehatan merupakan suatu istilah yang mencakup personal, lembaga, komoditas, informasi, pembiayaan dan strategi tata pemerintah dalam memberikan layanan pencegahan dan pengobatan kepada masyarakat. Sistem kesehatan dibuat dengan tujuan dapat merespon kebutuhan dan harapan yang dimiliki masyarakat dalam pemenuhan pelayanan kesehatan yang adil dan merata. Hal ini tertuang dalam UUD 1945, yang menegaskan bahwa “setiap orang berhak hidup sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”, Pasal 28 H angka (1) “negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan Kesehatan bagi seluruh warga negaranya” (Sarwo, 2012). Sistem kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merupakan “sebuah kegiatan yang bertujuan dalam mempromosikan, memulihkan, atau menjaga kesehatan”. Sistem kesehatan yang baik sangat penting dalam mencapai *Millennium Development Goals* (MDGs).

World Health Organization (WHO) telah mengidentifikasi 6 komponen yang harus diperlukan dalam menetapkan, mempertahankan dan memperkuat sistem kesehatan. Negara-negara berkembang telah banyak menghadapi tantangan dalam membangun *system* Kesehatan yang kuat dan handal. Tantangan yang dihadapi antara lain pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, kurangnya koordinasi antar lembaga, serta kurangnya tenaga Kesehatan (Gotama Indra, et all, 2010).

A. SISTEM KESEHATAN DI NEGARA BERKEMBANG

1. Indonesia

Adalah negara kepulauan terbesar di dunia, dengan jumlah penduduk lebih dari 240 juta jiwa Indonesia berada diperingkat keempat dunia. Terjadi pergeseran demografis pada populasi usia kerja yang meningkat relatif terhadap populasi lainnya. Indonesia juga termasuk status ekonomi yang berpenghasilan menengah ke bawah. Dari sistem pemerintahan dan politik Indonesia juga mengalami transisi di Tahun 1998 dari *system* demokrasi otoriter sekarang menjadi demokrasi reformasi. Perubahan tersebut juga mempengaruhi sistem kesehatan di Indonesia (Mahendradhata, et all, 2017).

Prinsip pelayanan kesehatan masyarakat mengutamakan pelayanan promotif dan preventif. Pelayanan *promotive* adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat agar lebih baik dan pelayanan preventif merupakan upaya dalam mencegah masyarakat agar terhindar dari suatu penyakit (Setyawan, 2018). Krisis ekonomi di Indonesia berdampak pada pelayanan kesehatan. Maka dari itu pelayanan kesehatan melakukan sebuah reformasi, reorientasi, dan revitalisasi (Juanita, 2015).

Reformasi kebijakan pembangunan kesehatan telah dilakukan. Reformasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah memberikan suatu perubahan dalam pembangunan Kesehatan di Indonesia. Kebijakan dari SKN ini telah banyak melakukan perubahan, salah satunya dalam hal perubahan subsistem upaya kesehatan dan pembiayaan kesehatan (Gotama Indra, et all, 2010).

Sistem jaminan kesehatan juga menjadi perhatian serius. Dengan mengusung sistem gotong royong BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan menyatakan total biaya jaminan kesehatan dari tahun 2014 s.d 2016 terus meningkat. Tahun 2014 dengan biaya total 42 Triliun rupiah untuk peserta 133,4 juta penduduk. Tahun 2016 mencakup pelayanan untuk 171,9 juta penduduk dengan biaya 69 triliun rupiah (Idris, Fachmi, 2017).

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan sangat berpengaruh dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan guna mencapai tujuan penting pembangunan kesehatan di suatu negara yakni pemerataan dalam pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) serta

pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Reformasi kebijakan sistem Kesehatan di suatu negara sangat berdampak positif pada kebijakan pembiayaan kesehatan dalam menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektivitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri. (Setyawan Budi, 2018)

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang telah menghadapi beberapa perubahan dan tantangan strategis yang mendasar. Tujuan bangsa Indonesia tertuang dalam pembukaan UUD 1945 yang diselenggarakan melalui pembangunan nasional termasuk pembangunan kesehatan. Dalam mendukung terlaksananya pembangunan kesehatan memerlukan dukungan dari Sistem Kesehatan Nasional yang kuat. SKN dijadikan sebuah acuan dalam pendekatan pelayanan kesehatan primer. Hal ini merupakan sebuah pendekatan yang tepat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang diformulasikan sebagai visi Indonesia Sehat (Adisasmito Wiku, 2009).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, maka pengelolaan kesehatan dilaksanakan melalui subsistem kesehatan yang terbagi ke dalam beberapa bagian, yaitu upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2012).

Sistem kesehatan suatu negara sangat dipengaruhi oleh kebijakan-kebijakan kesehatan yang ditetapkan oleh penentu kebijakan baik pemerintah atau swasta. Kebijakan kesehatan itu sendiri dipengaruhi oleh segitiga kebijakan yakni konteks (faktor ekonomi, sosial budaya, politik), konten/isi, proses pengambilan kebijakan dan aktor yang berperan (*policy elites*) (Buse, Kent, et al, 2005). SKN Indonesia memiliki 3 landasan meliputi landasan idiil yaitu Pancasila, landasan konstitusional yaitu UUD Negara RI khususnya pasal 28 dan 34, dan landasan operasional yaitu UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2012).

Universal Coverage (cakupan semesta) merupakan suatu sistem kesehatan yang bertujuan untuk masyarakat dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat, antara lain pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Siswanto, 2010). Cakupan semesta terbagi atas dua elemen yakni akses pelayanan kesehatan yang adil

dan bermutu dan perlindungan risiko finansial (WHO,2005). Sedangkan cakupan semesta terkait sistem pembiayaan terbagi atas 3 kategori, yakni pembayaran tunggal (*single payer*), pembayaran ganda (*two-tier, dual health care system*), dan sistem mandat asuransi (Murti Bhisma, 2011).

Salah satu dampak positif dari jaminan kesehatan semesta berupa peningkatan utilisasi pelayanan, namun diduga mengakibatkan moral *hazard* dan penurunan motivasi disisi para penyedia layanan. Masalah utama yang ditemui biasanya adalah *sustainability* dari sistem berobat gratis karena kurang diperhitungkannya kebutuhan anggaran dan lemahnya mekanisme pengendalian biaya. Kebijakan berobat gratis bahkan dianggap hanya suatu kebijakan yang bersifat politis untuk memenuhi 'janji pemilu' yang justru merugikan sistem kesehatan (Dewi, Shita, 2013).

Tujuan perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai dapat membantu memobilisasikan sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasi dengan rasional serta dapat digunakan secara efektif dan efisien. Pembiayaan kesehatan mempunyai kebijakan dengan mengutamakan pemerataan serta berfokus pada masyarakat yang tidak mampu (*equitable and pro poor health policy*) yang dapat membantu mencapai akses kesehatan yang universal (Setyawan Budi, 2018).

Sistem kesehatan di Indonesia didukung dengan pembiayaan pemerintah yang bersumber dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Anggaran dari pemerintah pusat disalurkan melalui DAU, DAK, DAK *non* fisik, serta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sedangkan anggaran dari pemerintahan daerah dalam bentuk dukungan program pusat maupun untuk pembiayaan program inovasi daerah sendiri. Pengelola sistem pembiayaan di Indonesia yakni kementerian kesehatan sebagai regulator, monitor dan mengevaluasi pelaksanaan sistem kesehatan. Sedangkan badan pengumpul dan penyalur premi melalui kapitasi dan INA CBG'S adalah BPJS (Dewi Shita, 2017).

Permasalahan yang timbul dari pembiayaan kesehatan antara lain kurangnya dana serta adanya peningkatan dana. Kurangnya dana terjadi karena terdapatnya inefisiensi dalam pengelolaan pembiayaan dan alokasi dana yang salah. Sedangkan yang dimaksud peningkatan biaya yaitu adanya *trend* peningkatan teknologi kedokteran sebagai penegak diagnosis (*evidence based*) yang menyebabkan konsekuensi biaya, serta *trend supply induce demand* yang banyak marak sekarang ini (Trisnantoro, 2014). Selain itu, dominasi pembiayaan dengan mekanisme *fee for service* dan masih kurangnya dalam mengalokasikan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of resources and services*) (Depkes, 2009). Sistem Kesehatan di Indonesia untuk sekarang sudah menuju ke arah yang lebih baik, meskipun masih banyak terdapat banyak macam kendala.

Hal ini dapat dilihat dari terdapatnya peningkatan status kesehatan masyarakat. Akan tetapi, meskipun terjadi peningkatan status kesehatan masyarakat, namun masih diperlukan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam rangka mengejar ketertinggalan dari negara lain, sehingga SKN masih perlu terus dilakukan evaluasi dan perbaikan. Akses pelayanan kesehatan yang adil menggunakan prinsip keadilan vertikal.

Prinsip keadilan vertikal menegaskan, kontribusi warga dalam pembiayaan kesehatan ditentukan berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*), bukan berdasarkan kondisi kesehatan/ kesakitan seorang. Dengan keadilan vertikal, orang berpendapatan lebih rendah membayar biaya yang lebih rendah daripada orang berpendapatan lebih tinggi untuk pelayanan kesehatan dengan kualitas yang sama. Dengan kata lain, biaya tidak boleh menjadi hambatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (*needed care, necessary care*) (Murti Bhisma, 2011).

2. Malaysia

Malaysia negara yang berpenduduk terbanyak ke-43 dan negara dengan daratan terluas ke-66 di dunia dengan jumlah penduduk kira-kira 27 juta dan luas wilayah melebihi 320.000 km². 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 (Idris Haerawati, 2017).

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 (Chongsuvivat wong, Virasakdi, et al, 2011).

Malaysia juga mengembangkan kesehatan sebagai daya tarik wisatawan berkunjung ke negaranya. 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). Tidak heran jika Malaysia terutama Kuala Lumpur dan Penang jadi negara tujuan utama untuk berlibur sekaligus menjaga kesehatan (*medical checkup*) (Futuready, 2016). Malaysia sistem pembiayaan kesehatannya lebih maju dibandingkan dengan Indonesia, karena Malaysia merupakan negara persemakmuran Inggris. Pada tahun 1951 Malaysia mewajibkan tabungan wajib bagi pegawai yang nantinya dapat digunakan sebagai tabungan di hari tua. Sedangkan warga yang tidak diwajibkan akan difasilitasi oleh sebuah lembaga

yakni EPF (*Employee Provident Fund*). Lembaga SOSCO (*Social Security Organization*) menjamin warga yang mendapat kecelakaan kerja atau pensiunan cacat (Purwoko Bambang, 2014).

Sistem pembiayaan kesehatan yang ada di Malaysia terdiri dari kesehatan publik dan kesehatan privat. Sumber dana untuk kesehatan publik berasal dari pajak masyarakat kepada pemerintah federal, anggaran pendapatan negara, serta lembaga SOSCO dan EPF, yang mana dana yang ada tersebut disalurkan untuk program kesehatan preventif dan promotif. Pemerintah Malaysia menetapkan *Universal Coverage* untuk program kesehatan kuratif dan *rehabilitative*, yang mana semua masyarakat dijamin pelayanan kesehatannya dengan membayar iuran sebesar 1 RM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari dokter umum, sedangkan untuk pelayanan dari dokter spesialis sebesar 5 RM. Akan tetapi sistem pembiayaan kesehatan di Malaysia ini tidak termasuk dalam kategori penyakit berat yang membutuhkan biaya pengobatan yang tinggi (Jaafar, Safurah Noh, et al, 2013).

Pemerintah Malaysia membebaskan pajak untuk alat kesehatan dan obat-obatan, yang berdampak pada biaya operasional di Malaysia yang menjadi murah. Pemerintah Malaysia membatasi praktik dokter yang hanya satu tempat, sehingga dokter harus memilih akan praktik di pelayanan kesehatan milik pemerintah atau milik swasta. Selain itu, dengan adanya *feedback* atau masukan dari dokter yang tinggi, tentu akan mempengaruhi kualitas pelayanan. Untuk mengklaim pembiayaan kesehatan, rumah sakit pemerintah melihat besarnya pengeluaran yang terjadi di tahun sebelumnya dan kemudian rumah sakit tersebut baru bisa untuk mengajukan anggaran kepada Kementerian Kesehatan/ *Ministry of Health* (MoH) (WHO, 2005).

3. Thailand

Thailand memulai sistem jaminan kesehatan di negaranya sejak tahun 1990an yang saat itu baru mencakup 16% dari populasi (pegawai negeri dan pekerja formal), pada tahun 2002, sudah mencakup seluruh penduduk (*National Health Security*) yang diperkirakan sudah mencakup 75% dari seluruh penduduk. Semenjak tahun 2002 tersebut Thailand telah mencapai *Universal Health Coverage* sebagai sistem kesehatan di negaranya.

Sedangkan pada tahun 2009, penduduk Indonesia sebanyak 30,1% untuk mendapatkan pelayanan kesehatan masih mengeluarkan uang secara *out of pocket*. Thailand dalam mencapai sistem kesehatan *universal health coverage*, hampir setengah *decade* mengalami evolusi sejarah yang cukup panjang, evolusi tersebut dimulai dari sistem pembiayaan secara *out of pocket* sampai bertahap mencapai sistem pembiayaan di muka. Thailand telah

menguji dan memperkenalkan berbagai sistem pembiayaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. (Indrayathi, 2016).

Thailand dalam mencapai sistem kesehatan UHC, masyarakatnya sebanyak 99% dilindungi dengan 3 skema, yaitu *Universal Health Coverage* (cakupan semesta 75%), *Social Health Insurance for formal private sector* (skema asuransi kesehatan untuk pegawai swasta 20%), dan *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (skema asuransi kesehatan untuk PNS 5%).

Strategi pembiayaan yang baik sangat dibutuhkan untuk mendukung skema tersebut. Thailand membuat salah satu strategi, yakni menghilangkan kendala keuangan, yang mana strategi tersebut mempunyai risiko yang besar untuk memperluas skema UHC bagi masyarakat yang belum memiliki asuransi kesehatan, agar dapat dengan sukarela menggabungkan kartu asuransi dengan kartu identitas lain (LIC) (Indrayathi, 2016).

Sistem pelayanan rujukan merupakan *system* pelayanan kesehatan yang diterapkan oleh Thailand. Sistem tersebut dimulai dari *primary care unit* sebanyak ≤ 8000 PCU, rumah sakit distrik atau biasa disebut rumah sakit sekunder dan tersier sebanyak 800 unit di level provinsi maupun rumah sakit pendidikan. Sedangkan rumah sakit promotif dan preventif yakni merupakan PCU yang mana PCU ini harus mempunyai *standard* layanan minimum yang harus ditetapkan secara nasional. Pengembangan infrastruktur dibutuhkan dalam implementasi sistem UHC.

Selain itu dalam pengimplementasian ini juga dibutuhkan SDM yang berkualitas serta bersedia bekerja sepenuh hati, yang mana SDM tersebut memerlukan motivasi dan *passion* dalam memberikan pelayanan semaksimal mungkin pada masyarakat. Thailand mempunyai *health center*, yang mana SDM berkualitas tersebut diletakkan di perdesaan. SDM tersebut merupakan tenaga kesehatan maupun *non* kesehatan yang akan dilatih dalam memberikan pelayanan yang baik bagi masyarakat (Indrayathi, 2016).

Pemerintah Thailand juga memberikan kesempatan bagi kader-kader tenaga kesehatan untuk membuka lowongan tenaga kesehatan yang akan mengabdikan di perdesaan. Selain itu, pemerintah juga memberikan putra daerah kesempatan untuk menyekolahkan mereka di fakultas kesehatan yang mana kedepannya putra daerah tersebut akan ditempatkan di daerah asalnya sebagai tenaga kesehatan dan akan diberikan dukungan seperti insentif yang memadai.

Pemerintah Thailand juga mempersiapkan kader-kader tenaga kesehatan dengan membuka lowongan tenaga kesehatan untuk bekerja di pedesaan dan menyekolahkan putra daerah di fakultas-fakultas kesehatan. Nantinya, putra daerah ini diminta untuk mengabdikan sebagai tenaga kesehatan di daerah

asalnya dan pemerintah menyediakan insentif yang memadai sebagai bentuk dukungan (Indrayathi, 2016).

Jumlah dokter di Thailand sudah sangat banyak dibandingkan dengan Indonesia. Sementara persentase tenaga kesehatan (bidan, perawat) Indonesia jauh lebih banyak dari Thailand. Terdapat 20 bidan di Indonesia per 100.000 penduduk, sementara di Thailand hanya 1 bidan per 100.000 penduduknya. Dapat diasumsikan bahwa Indonesia masih memprioritaskan pelayanan di tingkat pertama untuk menjangkau masyarakat di daerah-daerah, sedangkan Thailand sudah tidak mempunyai masalah akses layanan tingkat pertama, sehingga lebih memprioritaskan di layanan tingkat lanjut (penyediaan layanan rumah sakit dan dokter) (Indrayathi, 2016)

Keberhasilan Thailand dengan mutu pelayanan rumah sakitnya dapat dilihat juga dari salah satu Rumah Sakit Internasional di Bangkok Bumrungrad *International Hospital* menjadi salah satu tujuan wisata kesehatan. Mengusung tema serupa dengan hotel bintang 5. RS ini mendesain interiornya bernuansa modern tanpa ada aroma obat yang menyengat. Perawat dan para dokter dilatih dengan prosedur internasional, dengan perawatan yang menggunakan peralatan sangat canggih. Terutama pusat-pusat medis dengan spesialisasi sebagai berikut, kardiologi (jantung), onkologi (kanker), neurologi (sistem saraf) /neonatal (bayi), GI (penyakit pencernaan), ortopedi (tulang, otot, ligamen), hingga *optometry* (mata). (Futuready, 2016).

B. SISTEM KESEHATAN DI NEGARA MAJU

1. Jepang

Salah satu negara dengan harapan hidup tertinggi yakni Jepang (WHO, 2011). Selain itu, Jepang juga merupakan negara kedua yang mempunyai tingkat harapan hidup tinggi perkelahiran dengan rata-rata umur adalah 82,8 tahun berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh OECD pada tahun 2013. (Broida, Joel H & Maeda, et all, 2014).

Berdasarkan data tersebut, dapat kita simpulkan bahwa Jepang merupakan negara yang pastinya negara yang memiliki teknologi kesehatan yang canggih dan lengkap sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan tetapi, Jepang mengalami kendala akibat dari teknologi yang canggih itu, karena memicu pengeluaran pembiayaan yang meningkat. (WidodoTeguh, 2014)

Dari 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. (Ikegami, Naoki, et all, 2004). Negara Jepang menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat mencakup seluruh populasi melalui sistem asuransi kesehatan. Para pekerja pada sektor

swasta yang pertama kali dikenalkan pada asuransi kesehatan publik di Jepang yang berlandaskan hukum *The Health Insurance Law* pada tahun 1992. (Fukawa, Tetsuo, 2002).

Akan tetapi asuransi kesehatan yang mencakup para pekerja tersebut memiliki manfaat yang tidak komprehensif. Setelah pasca perang kedua di Jepang, Jepang berupaya dalam meningkatkan sistem kesehatan yang ada, termasuk asuransi kesehatan bagi masyarakat Jepang. Subsidi pemerintah pada tahun 1954 ditetapkan sepihak oleh pemerintah nasional untuk kepentingan asuransi kesehatan satu milyar yen. Hal ini untuk memenuhi cakupan dalam universal asuransi kesehatan publik yang akan tercapai pada tahun 1961. (Ikegami, Naoki, et al, 2004)

Sistem asuransi di Jepang tidak semua pengobatan maupun perawatan akan ditanggung oleh asuransi, tetapi akan ditanggung secara bersama oleh pihak asuransi dan juga pasien yang bersangkutan. Pemerintah Jepang pada tahun 1984 mengeluarkan sebuah kebijakan, yang mana kebijakan tersebut berisi bahwa masyarakat wajib membayar seluruh pengobatan sebesar 10%, sedangkan pada tahun 1997 terjadi peningkatan sebesar 20%, dan tahun 2003 hingga kini terus terjadi peningkatan hingga 30%. Akan tetapi peningkatan sebesar 30% tersebut tidak berlaku untuk semua masyarakat. *Sharing cost* asuransi kesehatan di Jepang yang berlaku saat ini, yaitu :(Fukawa, Tetsuo, 2002):

- Umur ≥ 75 tahun membayar 10%, bila mempunyai pendapatan sebesar *income* maka naik menjadi 30%.
- Umur 70-75 tahun membayar 20%, bila mempunyai pendapatan sebesar *income* maka naik menjadi 30%.
- Mulai wajib belajar –umur 70 tahun membayar sebesar 30 %.
- Anak yang belum sekolah membayar 30%

Sumber daya di Jepang mempunyai kualitas yang cukup baik yang dapat membantu negara Jepang dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan yang baik dan berkualitas bagi masyarakat. Jaminan kesehatan akan diberikan sesuai dengan program yang diikuti oleh peserta, yang terdiri dari penyakit umum sampai dengan penyakit khusus. Jepang memiliki pelayanan kesehatan berupa rumah sakit sebanyak ≥ 1000 rumah sakit mental, *general hospital* 8.700 unit, *comprehensive hospital* 1000 unit dengan kapasitas BOR 1,5 juta, 48.000 klinik gigi, dan 79.000 pelayanan kesehatan yang dilengkapi fasilitas layanan rawat jalan dan rawat inap (Fukawa, Tetsuo, 2002).

Berbagai macam asuransi yang ada di Jepang, yaitu: (Ikegami, Naoki, et al, 2004)

- *National Health Insurance*, dikelola oleh pemerintah, yang mana asuransi ini ditujukan untuk masyarakat yang sudah pensiun, orang usia lanjut <75 tahun, masyarakat yang tidak mampu, serta masyarakat yang menganggur.
- *Japan Health Insurance*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk karyawan yang bekerja di sebuah perusahaan yang kecil <7000 orang karyawan.
- *Association/ Union Administered Health Insurance*, dikelola oleh swasta yang ditujukan untuk karyawan yang bekerja di perusahaan besar >7000 orang karyawan.
- *Mutual Aid Insurance*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk pegawai negeri.
- *Advanced Eldery Medical Service System*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk masyarakat lansia >75 tahun.

Di Jepang, dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun pelayanan dokter diberlakukan secara sama untuk semua sistem asuransi yang dipakai. Pembayaran yang dipakai berupa *fee for service*, tetapi secara parsial telah digunakan sebagai pembayaran paket pada asuransi *Health Insurance for Elderly*. Masing-masing harga perawatan medis telah terdaftar oleh asuransi pada *fee schedule* berdasarkan rekomendasi *The Central Social Insurance Medical Council* yang ditentukan oleh pemerintah. Harga resep obat yang dapat diklaim oleh fasilitas medis berdasarkan standar harga obat-obatan.

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. (Pernando, Anggara, 2015)

2. Australia

Australia merupakan salah satu negara maju yang memiliki perekonomian yang sangat bagus dan mempunyai berbagai sumber daya yang berkualitas. Australia memiliki sistem kesehatan yang canggih dan kompleks. Sistem kesehatan yang canggih tersebut didukung dengan kerja sama antara pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Akses pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah Australia yakni bebas biaya. Meskipun terdapat

akses pelayanan yang bebas biaya yang dapat ditanggung oleh pemerintah, beberapa masyarakat Australia juga menggunakan asuransi kesehatan dari pihak swasta (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013)

Rumah sakit swasta yang ada di Australia, salah satunya rumah sakit yang dikelola oleh *Health scope* menyediakan berbagai pelayanan perawatan kesehatan, yakni pelayanan sub akut hingga pelayanan perawatan kesehatan yang kompleks. Kualitas perawatan di Australia sangat terkenal diseluruh dunia karena memiliki pelayanan yang sangat baik.

Berdasarkan penelitian internasional di lima negara yang menilai sistem kesehatan di Australia, Kanada, Jerman, New Zeland dan Amerika Serikat), Australia mendapatkan penilaian sistem kesehatan yang sangat baik dan menduduki peringkat kedua dari lima negara tersebut. Selain itu, Australia juga mendapatkan penilaian yang sangat baik dari hasil penilaian pelayanan kesehatan yang diukur oleh OECD (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013)

Sistem kesehatan di Australia telah mencapai *Universal Health Coverage*. Untuk mencapai sistem kesehatan tersebut, banyak yang dilakukan oleh pemerintah Australia yang dikembangkan secara terus-menerus selama puluhan tahun yang lalu. Australia memiliki sistem perawatan kesehatan yang didanai oleh pemerintah, dengan layanan medis yang disubsidi melalui skema asuransi kesehatan nasional universal. Sebagai perbandingan anggaran kesehatan Australia USD 3.484 per kapita, sedangkan Indonesia masih sekitar USD100 per kapita (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013). Berbeda dengan Indonesia, sistem pembiayaan kesehatan di Australia berasal dari pajak sehingga pelayanan untuk masyarakat sama tidak ada perbedaan kelas premi. Kesehatan masyarakat juga menjadi perhatian pemerintah Australia.

Angka penyakit menular dapat ditekan, sanitasi dan kualitas air juga menjadi fokus pemerintah. Pemerintah juga mengembangkan penelitian-penelitian kesehatan berbasis epidemiologi. Berbagai hal tersebut dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakatnya. Status kesehatan masyarakat di Australia sudah sangat baik, misalnya untuk cakupan imunisasi lengkap di Indonesia baru sekitar 59,2% (RISKESDAS,2013) sedangkan di Australia cakupan imunisasi lengkap sudah mencapai 90% (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013)

Salah satu studi yang dilakukan oleh *Commonwealth Fund* terhadap 11 model perawatan kesehatan nasional yang berbeda, menemukan sistem jaminan kesehatan campuran *public* dan privat milik Australia menduduki peringkat terbaik kedua dunia. Hal tersebut diakui oleh Presiden Amerika Serikat yang mengatakan sistem kesehatan negaranya "*Obamacare*" perlu segera diperbaiki. Dan menyatakan negara-negara lain perlu belajar sistem kesehatan Australia (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013).

3. Amerika Serikat

Sistem kesehatan di Amerika menerapkan sistem asuransi komersial. Asuransi komersial tersebut artinya masyarakat berhak memilih untuk menggunakan asuransi atau tidak. Hal ini menyebabkan biaya operasional menjadi besar, premi meningkat setiap tahun, mutu pelayanan kesehatan diragukan, dan tingginya *unnecessary utilization* karena AS memiliki sistem pembiayaan *fee for services*. Biaya kesehatan menjadi beban yang sangat berat bagi pemerintah AS karena biaya kesehatan melambung tinggi dan mencapai 12% GNP.

Tingginya biaya kesehatan menyebabkan tingginya pula biaya produksi barang dan jasa. Pemerintah AS membuat kebijakan berbentuk undang-undang pada tahun 1973 untuk meminimalisir pertumbuhan *conventional health insurance* yakni kebijakan *Health Maintenance Organization (HMO-ACT)* (Trisnantoro L, 2014)

Sistem kesehatan yang diterapkan di AS merupakan sistem yang berorientasi pasar, yang mana sepertiga pembiayaan kesehatan ditanggung oleh pasien (*out of pocket*). Biaya kesehatan di AS sangat tinggi berdampak pada kondisi Produk Domestik Bruto (PDB). Biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh masyarakat AS sebesar 16% dari total PDB. Biaya yang dikeluarkan masyarakat sangat tinggi dan merupakan peringkat kedua didunia dalam penggunaan PDB untuk kesehatan. Jika masalah ini tidak diatasi dan diselesaikan dengan baik, maka menurut *The Health and Human Service Departement* penggunaan PDB akan mengalami peningkatan yang drastis pada tahun 2017 hingga mencapai 9,5%. Layanan kesehatan di AS juga termasuk kategori mahal diseluruh dunia, bagi *standard* Negara maju indikator kesehatan yang ada di AS tergolong buruk (Trisnantoro L, 2014)

Pelayanan kesehatan di Amerika Serikat sebagian dikelola oleh pihak swasta. Pada tahun 2009 tercatat sebanyak 50,7 juta penduduk Amerika Serikat yang tidak memiliki asuransi kesehatan (*The US Census Bureau*). Penduduk yang tidak tersentuh asuransi tersebut salah satunya berasal dari masyarakat kalangan berpenghasilan menengah kebawah. Hal ini menyebabkan perusahaan banyak mengalami bangkrut dikarenakan mahalnya pembiayaan kesehatan.

Peristiwa ini membuat masyarakat AS bergejolak untuk menuntut untuk dilakukannya reformasi dalam hal kesehatan. Pemerintah AS dituntut untuk memegang kendali dalam permasalahan asuransi kesehatan ini. Masyarakat AS sangat membutuhkan perawatan, akses, keadilan, efisiensi, biaya, pilihan, nilai dan kualitas yang memadai. Pemerintah AS akhirnya membuat sebuah terobosan baru mengenai sebuah kebijakan dalam bidang kesehatan. *Patient Protection Avordable Care Act (PPACC)* merupakan salah satu kebijakan yang

telah dibuat oleh pemerintah AS. Titik tolak dari perkembangan kesehatan di AS berdasarkan dari kebijakan tersebut. Selain itu, kebijakan tersebut menjadi landasan hukum AS dalam menyelenggarakan perawatan dan biaya kesehatan yang efektif dan efisien bagi masyarakat AS. Dengan dilakukannya reformasi penerapan undang-undang ini diharapkan dapat menurunkan biaya asuransi kesehatan yang akan ditanggung masyarakat AS dimasa yang akan *dating* (Trisnantoro L, 2014)

C. PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI NEGARA MAJU DAN BERKEMBANG

Menurut Starfield 2012, perkembangan pelayanan primer yang berorientasi pada komunitas di Afrika Selatan, India dan AS pada pertengahan abad kedua puluh adalah menunjukkan potensi awal dari *system* pelayanan primer yang kuat untuk mempromosikan kesehatan masyarakat.

Meskipun demikian ada perbedaan yang cukup besar pada pelayanan kesehatan primer berbasis komunitas di negara maju (Australia, Kanada, New Zealand, United Kingdom dan United State) dan negara berkembang (China, India, Ghana, Mexico, Afrika Selatan).

Permasalahan umum pada negara berkembang adalah lambatnya pelayanan di tingkat kesehatan primer. Di negara berkembang, pelayanan kesehatan primer dirasakan lambat dikarenakan keterbatasan sumber daya dan fasilitas. Lambatnya pelayanan tersebut salah satu contohnya adalah terlalu lamanya melakukan penegakan diagnosis.

Sebagai contoh, dari data Lembaga Jaminan Sosial Meksiko yang merupakan sistem kesehatan terbesar di Meksiko menyebutkan bahwa 51% wanita dengan kanker payudara menunggu lebih dari 30 hari, dari pemeriksaan mamografi hingga penegakan diagnosis, dan 44% wanita dengan kanker serviks menunggu lebih dari 30 hari antara pemeriksaan BTA dengan diagnosis. Selain lambat dalam penegakan diagnosis, keterlambatan dari segi terapi juga terjadi di Meksiko.

Misalnya dari data Lembaga jaminan Sosial Meksiko menyebutkan sebanyak 70% wanita dengan kanker payudara dan 61% wanita dengan kanker serviks harus menunggu lebih dari 21 hari antara menerima diagnosis dan memulai terapi. Selain di Meksiko, Ghana juga mengalami hal serupa, yang melaporkan adanya penundaan selama 28 minggu, dari pergi ke dokter dan penegakan diagnosis *definitive* kanker serviks dan payudara.

Sistem pelayanan kesehatan di negara maju, dirasakan lebih baik daripada negara berkembang. Dari segi petugas pelayanan medis, di Amerika Serikat, persentase dokter spesialis lebih tinggi yaitu sekitar 60%. Sedangkan Australia,

Kanada, Selandia Baru dan UK, lebih banyak bergantung kepada dokter umum dan dokter keluarga.

Di Amerika Serikat, diketahui bahwa dari peningkatan satu dokter perawatan primer per 10.000 penduduk, dikaitkan dengan 1,44 lebih sedikit kematian per 10.000 penduduk, penurunan dari 2,5% kematian bayi, dan pengurangan 3,2% BBLR setelah mengontrol ketidaksetaraan pendapatan, pendidikan, pengangguran, komposisi ras/ etnis, lokasi perkotaan/ pedesaan, persentase lansia, persentase hidup dalam kemiskinan serta penghasilan yang rendah. Di Kanada salah satu *focus* dari *system* kesehatannya adalah bagaimana negara tersebut dapat mengatur pelayanan kesehatannya untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan kualitas pelayanan. Tentu saja ini akan meningkatkan kualitas *system* kesehatan yang lebih baik. Perbaikan pelayanan kesehatan tentulah sangat penting dalam membangun *system* kesehatan yang baik.

Salah satu penelitian menyebutkan bahwa peningkatan kualitas teknis dari pelayanan kesehatan, jika dikombinasikan dengan pemberian layanan yang *responsive*, perlakuan yang adil, hasil kesehatan yang lebih baik, dan perlindungan risiko keuangan, akan meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada pemerintah.

D. PEMBIAYAAN KESEHATAN DI NEGARA MAJU DAN BERKEMBANG

Pada tahun 2010, sekitar 808 juta orang (11-7% dari populasi dunia) mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik, atau melebihi 10% dari konsumsi rumah tangga. Peningkatan katastrofik meningkat 2 persen sejak tahun 2000 dan dikaitkan dengan pertumbuhan ekonomi dan pengeluaran kesehatan per kapita. Hampir 100 juta orang terdesak ke dalam kemiskinan yang ekstrem setiap tahun karena pengeluaran yang tidak terduga terutama untuk kesehatan.

Untuk Rumah tangga uang lebih miskin, pembayaran di luar dugaan ini sering berarti memilih antara membaya untuk kesehatan dan membayar kebutuhan lain seperti makanan atau sewa rumah, memperkuat kemampuan bertahan hidup sehari-hari mereka dan mempengaruhi kesejahteraan fisik, sosial dan ekonomi mereka.

Universal Health Coverage (UHC) dapat menjadi titik awal untuk dapat meningkatkan kualitas *system* kesehatan. Peningkatan kualitas harus menjadi komponen inti dari inisiatif UHC, disamping cakupan yang meluas dan juga perlindungan keuangan. Untuk memastikan bahwa semua orangkan mendapatkan manfaat dari layanan, perluasan harus memprioritaskan orang-orang miskin dan kebutuhan kesehatan mereka sejak awal. Kemajuan pada UHC dapat diukur dengan cakupan yang efektif dan efisien.

Namun kembali lagi, pembiayaan kesehatan haruslah didukung dengan *system* kesehatan yang baik. Orang-orang yang tinggal di negara-negara dengan *system* kesehatan yang tidak berfungsi dengan baik, tanpa disertai dengan mekanisme pembiayaan dan asuransi yang tepat, maka akan berisiko untuk mendapatkan bencana atau memiskinkan pengeluaran ketika akan berobat.

Pembayaran yang *out of pocket* (yaitu pengeluaran kesehatan yang dilakukan oleh pasien sendiri pada titik perawatan) sebagai bagian dari konsumsi rumah tangga, akhir-akhir ini telah meningkat di seluruh dunia. Sebagai perbandingan, dari segi pembiayaan, di Negara Maju, dalam *system* kesehatan mereka dicirikan dengan tingkat ketidakpercayaan kepada tarif dan pembagian biaya untuk asuransi cukup tinggi. Responden dari AS mengatakan bahwa rata-rata mereka tidak pergi ke dokter ketika sakit, atau untuk mendapatkan tes dan rekomendasi tindak lanjut selanjutnya atau pergi tanpa resep obat dikarenakan permasalahan biaya.

Tarif di Selandia Baru tidak terlihat sama dengan tarif dokter di Amerika Serikat dan lebih tinggi pula secara signifikan dari tarif tiga negara lainnya. UK dan Kanada memiliki masalah akses terkait biaya yang cenderung dapat diabaikan. Australia ada di tengah-tengah. UK sudah melakukan pembayaran untuk perawatan berdasarkan kapitasi dengan intensif kerja.

Sementara AS, Kanada, Selandia Baru, dan Australia masih membayar sebagian besar biaya layanan meskipun Selandia Baru sudah mulai menuju Kapitasi. Pembiayaan kesehatan dinegara berkembang tidak lebih baik dari negara maju. Hal ini disebabkan karena kondisi keuangan pemerintah. Di Afrika, efisiensi penggunaan pembiayaan kesehatannya paling rendah, yaitu sebesar 67% sedangkan di negara Pasifik Barat memiliki efisiensi pembiayaan yang tinggi yaitu sebesar 86%. (Sun D,2017)

E. KESIMPULAN

Sistem kesehatan di setiap negara sangat bervariasi, tapi memiliki satu tujuan yang sama yakni untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap negara maju maupun negara berkembang mempunyai kelebihan dan kelemahan masing-masing dari setiap sistem kesehatan yang diterapkan. Sistem kesehatan yang lampau hingga kini di setiap negara mengalami perubahan yang lebih baik. Setiap pemerintahan negara berkembang maupun negara maju berusaha untuk bisa mengcover asuransi kesehatan bagi masyarakatnya.

Sistem pembiayaan kesehatan di setiap negara juga berbeda, hal ini dikarenakan di setiap negara mempunyai perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi, dan geografis yang sangat berpengaruh. Negara

berkembang dan negara maju banyak mengalami berbagai tantangan dalam membangun sistem kesehatan yang kuat dan handal. Sistem kesehatan di negara maju terlihat lebih baik dibandingkan dengan negara berkembang, hal ini dapat dilihat dari status kesehatan masyarakat dan permasalahan kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia sudah mampu memberikan peningkatan status kesehatan masyarakat Indonesia dari tahun ke tahun. Namun masih diperlukan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam rangka mengejar ketertinggalan dari negara lain.

Salah satu permasalahan di Indonesia seperti masih kurangnya tenaga kesehatan, akses pelayanan kesehatan yang kurang merata, pembiayaan kesehatan yang tidak tercover dengan baik, fasilitas yang kurang lengkap menjadi permasalahan dalam sistem kesehatan di Indonesia. Untuk itu kita perlu mempelajari atau mengadopsi sistem kesehatan di negara-negara yang sudah maju maupun negara berkembang lainnya, sehingga SKN di Indonesia dapat menjadi upaya Kesehatan yang optimal dalam mewujudkan derajat kesehatan setinggi-tingginya.

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas

1. Sebutkan nama negara-negara maju yang kamu ketahui?
2. Berdasarkan soal no 1, pilih satu negara dan jelaskan *system* kesehatan di negara tersebut!
3. Jelaskan 3 perbedaan *system* kesehatan di Indonesia dengan Jepang!
4. Sebutkan 2 kekurangan dari Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, lalu berikan solusinya!
5. Menurut saudara, *system* kesehatan negara manakah dari narasi diatas yang terbaik, lalu jelaskan alasannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito Wiku. Sistem Kesehatan Edisi Kedua. Raja Grafindo Persada. 2009.
- Anderson GF, Petrosyan V, Hussey PS. Multinational Comparisons of Health Systems Data New York: Commonwealth Fund. 2002
- Badan Pusat Statistik. Statistik Kesehatan 2016 (Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional Modul Kesehatan Dan Perumahan 2016). BPS Jakarta. 2016.
- Brinton L, Figueroa J, Adjei E, team. tGBHS. Factors contributing to delays in diagnosis of breast cancers in Ghana, West Africa. Breast Cancer Res Treat. 2017;162.8.
- Broida, Joel H & Maeda, et all. Japan's High Cost Illness Insurance Program: A Study of its First Three Years. Public Health Reports. Association of Schools of Public Health. International Health. Vol 93 No 2. 2014.
- Buse, Kent, et all. Making Health Policy-Understanding Public Health. 2005.
- Chongsuvivatwong, Virasakdi, et all. Health in Southeast Asia 1: Health and healthcare systems in southeast Asia: diversity and transitions. Vol 377. 2011.
- Departemen Kesehatan RI. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta. 2009.
- Dewi Shita. Pemanfaatan Pembiayaan dalam Sistem Kesehatan di Indonesia. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. Vol 06 No 03. 2017.
- Dewi, Shita. Sistem Pembiayaan dan Kebijakan Pengendalian Biaya. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia UGM, Vol. 02, No. 2. 2013.
- Fukawa, Tetsuo. Public Health Insurance in Japan. Washington: World Bank Institute. 2002. Futuready Article. 5 Negara Tujuan Wisata Kesehatan di Asia.2016.
- Gotama Indra, Perdede Donald. Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan (Pembiayaan Kesehatan dan Isu–Isu Jaminan Kesehatan). Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI. Jakarta. 2010.
- Healy, Idris, Fachmi. Strengthening Indonesia's Health System through the National Health Security. Sriwijaya University International Conference on Public Health (SICPH): Public Health Responses to Health Systems Strengthening. Palembang. 2017.
- Idris, Haerawati. Global Issue Universal Health Coverage: Expanding health insurance among informal worker in Indonesia. Sriwijaya International Conference on Public Health (SICPH). Palembang. 2017.

- Ikegami, Naoki, et al. Japan's Health Care System: Containing Costs and Attempting Reform. Health Affairs. 2004. Indrayathi PA. Bahan Ajar Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara. Program Studi Kesehatan Masyarakat Udayana. Denpasar. 2016.
- IMDSC. Medical indicators 2016: Health-Disease Processes in the Rightful Population. Meksiko: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017.7.
- Jaafar, Safurah Noh, et al. Malaysia Health System Review Health System in Transaction Vol 3 No1. 2013.
- Juanita. Peran Asuransi Kesehatan dalam Benchmarking Rumah Sakit dalam Menghadapi Krisis Ekonomi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Universitas Sumatera Utara. 2012.
- Judith, and Paul Dugdale. The Australian Health Care System. The Australian University. 2013.
- Kruk E, Anna DG, Keely J, Hannah HL, Sanam R-D, et al. High quality health system in the era of Sustainable Development Goals: time to do revolution The Lancet Global Health Commission. 2018.
- Mahendradhata, Yodi, et al. The Republic of Indonesia Health System Review. Health Systems in Transition Vol.7 No. 1. World Health Organization. 2017.
- Murti Bhisma. Asuransi Kesehatan Berpola Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Era Desentralisasi Menuju Cakupan Semesta. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS). Universitas Sebelas Maret. 2011.
- Pannarunothai, Supasit. Using Utilisation Data to Estimate Future Demand of Health Care in Thailand Under The National Health Security. The Sriwijaya International Conference of Public Health (SICPH) Palembang, Indonesia. 2017.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72. Sistem Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan RI. 2012.
- Pernando, Anggara. Ini Beda Jaminan Kesehatan Nasional RI dan Jepang. Ampshare Article. 2015.
- Purwoko Bambang. Sistem Jaminan Sosial di Malaysia: Suatu Tata Kelola Penyelenggaraan Program yang Berbasis pada Pelembagaan yang Terpisah. E-Journal Widya Ekonomika. ISSN 2338-7807. Vol 1 No 1. 2014.
- Rockers P, Kruk M, Laugesen M. Perceptions of the health system and public trust in government in low-and middle-income countries: evidence from the World Health Surveys. Health Polit Policy Law. 2012;37.

- Sarwo YB. Asuransi Kesehatan Sosial Sebagai Model Pembiayaan Kesehatan Menuju Jaminan Semesta (Universal Coverage). Fakultas Hukum Unika Soegijapranata. MMH Jilid 41 No 3. 2012.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K, et al. Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries. Health Affairs. 2011.
- Setyawan Budi. Health Financing System. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. Vol 2 No 4. 2018.
- Shi L, Macinko J, Starfield B. Primary care, infant mortality, and low birthweight in the states of the USA. J Epidemiol Community Health. 2004;58(374).10.
- Siswanto. Trade-off Analysis in Indonesian Health Services System Report. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemkes RI. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol 13 No 2. 2010.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012; 26:20-6.6.
- Sun D, Ahn H, Lievens T, Wu Z. Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries. PLoS One. 2017;12(3)
- Trisnantoro L. Trend Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara. Modul Magister Manajemen RS UGM. Yogyakarta. 2014.
- Wagstaffa A, Flores G, Smits M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. Lancet Glob Health. 2018;6.
- WHO, WorldBank. Tracking universal health coverage: First global monitoring report. World Health Organization dan World Bank. 2015
- WHO. Achieving universal health coverage: Developing The Health Financing System. Technical brief for policy-makers. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy. Number 1. 2005
- Widodo Teguh. Penerapan Sistem Asuransi Kesehatan Nasional pada Seluruh Penduduk Jepang. Tesis FIB. Universitas Indonesia. Depok. 2014.



MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DAERAH DAN PUSAT

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Menjelaskan tentang manajemen yaitu: definisi, unsur, pola umum, proses dan fungsi manajemen
2. Manajemen Pelayanan Kesehatan (Pusat-Daerah)
3. Manajemen Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

A. MANAJEMEN

1. Definisi Manajemen

Kata manajemen berasal dari bahasa latin yaitu dari asal kata *manus* yang berarti tangan dan *agere* yang berarti melakukan. Kedua kata itu digabungkan menjadi kata kerja *managere* yang artinya menangani. *Managere* diterjemahkan kedalam bahasa Inggris dalam bentuk kata kerja *to manage* dengan kata benda *management*. Manajer untuk orang yang melakukan kegiatan manajemen. Bahasa Prancis (*ménagement*), yang memiliki arti seni melaksanakan dan mengatur. *Management* diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia menjadi manajemen atau pengelolaan (Usman, 2006).

Apabila ditinjau dari sisi etimologis, manajemen sebetulnya berasal dari Bahasa Prancis kuno, yakni "*management*", yang memiliki arti seni melaksanakan dan mengatur. Dari arti etimologis tersebut, beberapa ahli dalam ilmu manajemen mengembangkannya menjadi definisi yang lebih panjang. Manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien

untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Istilah manajemen memiliki berbagai pengertian. Secara universal manajemen adalah penggunaan sumber daya organisasi untuk mencapai sasaran dan kinerja yang tinggi dalam berbagai tipe organisasi profit maupun *non profit*.

Ricky W. Griffin, misalnya, mendefinisikan manajemen sebagai sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efektif dan efisien. Hal ini sejalan dengan Henry Fayol yang mengatakan bahwa manajemen adalah ilmu yang mengandung lima gagasan atau fungsi utama, yakni merancang, memerintah, mengorganisir, mengendalikan, dan mengkoordinasi.

Ada pula George R. Terry yang menyebut manajemen sebagai proses khas yang terdiri dari tindakan-tindakan: perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran-sasaran yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan sumber daya manusia serta sumber-sumber lain.

Definisi manajemen yang dikemukakan oleh Daft (2003) sebagai berikut: *“management is the attainment of organizational goals in an effective and efficient manner through planning organizing leading and controlling organizational resources”*. Pendapat tersebut kurang lebih mempunyai arti bahwa manajemen merupakan pencapaian tujuan organisasi dengan cara yang efektif dan efisien lewat perencanaan pengorganisasian pengarahan dan pengawasan sumber daya organisasi.

Plunket, dkk., (2005) mendefinisikan manajemen sebagai *“one or more managers individually and collectively setting and achieving goals by exercising related functions (planning organizing staffing leading and controlling) and coordinating various resources (information materials money and people)”*. Pendapat tersebut kurang lebih mempunyai arti bahwa manajemen merupakan satu atau lebih manajer yang secara individu maupun bersama-sama menyusun dan mencapai tujuan organisasi dengan melakukan fungsi-fungsi terkait (perencanaan pengorganisasian penyusunan staf pengarahan dan pengawasan) dan mengkoordinasi berbagai sumber daya (informasi material uang dan orang). Manajer sendiri menurut Plunket dkk., (2005) merupakan *“people who are allocate and oversee the use of resources”*, jadi merupakan orang yang mengatur dan mengawasi penggunaan sumber daya.

Menurut Mary Parker Follet yang dikutip oleh Handoko (2000) manajemen merupakan seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Definisi ini mengandung arti bahwa para manajer mencapai tujuan-tujuan organisasi melalui pengaturan orang-orang lain untuk melaksanakan berbagai tugas yang mungkin diperlukan.

Pengertian manajemen cenderung menunjukkan variasi. Beberapa definisi manajemen adalah sebagai berikut:

- a. *Management is process of interacting resources and tasks toward the achievement of stated organization goals* (manajemen sebagai proses interaksi sumber-sumber daya dan tugas untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan).
- b. *Management is the process of optimizing human, material and financial contributions for the achievement of organizational goals* (Manajemen adalah proses optimasi sumber daya manusia, material dan keuangan yang memberikan sumbangan untuk pencapaian tujuan-tujuan organisasi).
- c. *Management may be defined as the coordination and intergrating of all resources (both human and technical) to accomplish various specific results* (*Management* adalah sebagai koordinasi dan pengintegrasian dari semua sumber-sumber daya (manusia dan cara) untuk menyelesaikan hasil-hasil yang khusus dan bervariasi).
- d. *Management is a form of work that involves coordinating an organizations resources-land, labor and capital-toward accomplishing organizational objectives* (Manajemen adalah bentuk kerja yang meliputi koordinasi sumber-sumber daya organisasi, tenaga kerja dan modal untuk menyelesaikan sasaran-sasaran organisasi).

Manajemen menekankan pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen untuk mencapai tujuan. Beberapa definisi manajemen adalah sebagai berikut:

- a. *Management is the process of planning, organizing, leading and controlling the use of resources to accomplish performance goals* (Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian penggunaan sumber-sumber daya untuk menyelesaikan tujuan-tujuan kinerja).
- b. *Management is the process of planning, organizing, leading and controlling the work of organizations members and using all available organizational resources to reach stated organizational goals.* (Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian pekerjaan anggota-anggota organisasi dan penggunaan semua sumber-sumber daya organisasi yang tersedia untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan).
- c. *Management is planning, organizing, staffing, leading and controlling the people working in an organizationa and on going set of tasks and activities they perform* (Manajemen adalah perencanaan, pengorganisasian, penyusunan staf, pengarahan dan pengendalian pekerjaan orang dalam

sebuah organisasi dan seperangkat tugas yang terus menerus dan kegiatan yang mereka lakukan.

2. Unsur Dasar Manajemen

Setiap perusahaan memiliki unsur-unsur untuk membentuk sistem manajerial yang baik. Unsur-unsur inilah yang disebut unsur manajemen. Jika salah satu diantaranya tidak sempurna atau tidak ada, maka akan berimbas dengan berkurangnya upaya untuk mencapai tujuan organisasi atau perusahaan. Unsur-unsur tersebut diantaranya sebagai berikut.

a. *Human* (Manusia)

Dalam manajemen, faktor manusia adalah yang paling menentukan. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Tanpa adanya manusia maka tidak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja.

b. *Money* (Uang)

Uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar-kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu uang merupakan alat (*tools*) yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini akan berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi.

c. *Materials* (Bahan)

Material terdiri dari bahan setengah jadi (*raw material*) dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarana. Sebab materi dan manusia tidak dapat dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki.

d. *Machines* (Mesin)

Dalam kegiatan perusahaan atau jasa, mesin sangat diperlukan. Penggunaan mesin akan membawa kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja.

e. *Methods* (Metode)

Dalam pelaksanaan kerja diperlukan metode-metode kerja. Suatu tata cara kerja yang baik akan memperlancar jalannya pekerjaan. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan dari sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha. Perlu diingat meskipun metode baik, sedangkan orang yang

melaksanakannya tidak mengerti atau tidak mempunyai pengalaman maka hasilnya tidak akan memuaskan. Dengan demikian, peranan utama dalam manajemen tetap manusia itu sendiri.

f. *Market* (Pasar)

Memasarkan produk tentu sangat penting sebab bila barang yang diproduksi tidak laku, maka proses produksi barang akan berhenti. Artinya, proses kerja tidak akan berlangsung. Oleh sebab itu, penguasaan pasar dalam arti menyebarkan hasil produksi merupakan faktor yang menentukan dalam perusahaan. Agar pasar dapat dikuasai maka kualitas dan harga barang harus sesuai dengan selera konsumen dan daya beli (kemampuan) konsumen.

Unsur-unsur manajemen menjadi hal mutlak dalam manajemen karena sebagai penentu arah perusahaan dalam melakukan kegiatan perusahaan. Selain itu, laporan keuangan juga menjadi penunjang dalam melaksanakan proses manajemen. Dengan menggunakan laporan keuangan dapat lebih mudah melakukan kegiatan manajemen perusahaan hingga memudahkan dalam menentukan keputusan manajemen.

3. Pola Manajemen

Pola manajemen dimaksud, adalah merupakan upaya pengembangan cara pengelolaan tradisional ke pola yang lebih profesional, konsisten dalam menjalankan kaidah-kaidah manajemen secara terpadu (administratif, komunikatif, informatif dan inovatif). Demikian juga dalam hal penempatan personil dalam jajaran struktur organisasi harus tetap mengacu kepada prinsip dasar manajemen "*the right man and right place*".

- a. Administratif *Management* menurut George R. Terry adalah suatu perencanaan, pengendalian, pengorganisasian pekerjaan, penggerakannya untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sangat mempengaruhi kelancaran bidang lainnya dan sering digunakan sebagai bahan untuk mengambil keputusan.
- b. Komunikatif yakni saling mudah dipahami dan dimengerti. Dalam konteks tata kelola pelayanan kesehatan, komunikatif berarti menyampaikan pesan dan mampu memberikan komunikasi yang mudah dipahami terkait pelayanan kesehatan.
- c. Informatif yaitu pemberian sejumlah keterangan dari komunikator kepada komunikan, informasi yang diberikan memiliki kualitas berita yang baik.
- d. Inovatif yaitu Kemampuan seseorang dalam mendayagunakan kemampuan dan keahlian untuk menghasilkan karya baru. Berpikir inovatif yaitu Proses berpikir yang menghasilkan solusi dan gagasan di luar bingkai konservatif.

Menghasilkan produk yang bermanfaat bagi masyarakat dan lingkungannya

4. Proses Manajemen

Proses manajemen berkaitan dengan fungsi dasar manajemen: perencanaan dan pengambilan keputusan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian. Semua manajer yang bekerja pada berbagai macam organisasi bertanggung jawab atas keempat fungsi tersebut. Berikut penjelasan dari proses manajemen, yaitu:

a. *Planning* atau Perencanaan

Perencanaan adalah proses untuk menentukan tujuan yang akan dicapai serta langkah-langkah yang harus diambil untuk mencapainya. Melalui perencanaan, seorang manajer mengidentifikasi hasil kerja yang diinginkan serta mengidentifikasi cara-cara untuk mencapainya. Kemudian dari tujuan tersebut maka orang-orang di dalamnya mesti membuat strategi dalam mencapai tujuan tersebut dan dapat mengembangkan suatu rencana aktivitas suatu kerja organisasi. Perencanaan dalam manajemen sangat penting karena inilah awalan dalam melakukan sesuatu.

Dalam merencanakan, ada tindakan yang mesti dilakukan menetapkan seperti apa tujuan dan target yang dicapai, merumuskan taktik dan strategi agar tujuan dan target dapat tercapai, menetapkan sumber daya atau peralatan apa yang diperlukan, dan menentukan indikator atau standar keberhasilan dalam mencapai tujuan dan target.

b. *Organizing* atau Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah proses pemberian tugas, pengalokasian sumber daya serta pengaturan kegiatan secara terkoordinir kepada setiap individu dan kelompok untuk menerapkan rencana. Dengan pengorganisasian, manajer mewujudkan rencana menjadi tindakan nyata melalui penentuan tugas, penunjukan personel, dan melengkapi mereka dengan teknologi dan sumber daya yang lain.

c. *Actuating* atau Pengarahan/Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah proses untuk menumbuhkan semangat pada karyawan supaya bekerja giat serta membimbing mereka melaksanakan rencana dalam mencapai tujuan. Dengan kepemimpinan, manajer menciptakan komitmen, mendorong usaha yang mendukung tercapainya tujuan serta mempengaruhi para karyawan supaya melakukan yang terbaik untuk kepentingan organisasi. Proses implementasi program supaya bisa dijalankan kepada setiap pihak yang berada dalam organisasi serta dapat

termotivasi agar semua pihak dapat menjalankan tanggung jawabnya dengan sangat penuh kesadaran dan produktivitas yang sangat tinggi. Adapun fungsi pengarahan dan implementasi yaitu mengimplementasikan proses kepemimpinan, pembimbingan, dan pemberian sebuah motivasi untuk tenaga kerja supaya mau tetap bekerja dengan efisien dan efektif untuk mencapai tujuan; Memberikan tugas dan penjelasan yang teratur mengenai pekerjaan; dan menjelaskan kebijakan yang telah ditetapkan.

d. *Controlling* atau Pengawasan/Pengendalian

Pengendalian adalah proses pengukuran kinerja, membandingkan antara hasil sesungguhnya dengan rencana serta mengambil tindakan pembetulan yang diperlukan. Melalui pengendalian, manajer melakukan kontak secara aktif dengan apa yang dilakukan oleh karyawan, mendapatkan serta menginterpretasikan laporan tentang kinerja serta menggunakan informasi tersebut untuk merencanakan tindakan yang bersifat membangun serta perubahan. (Schermerhorn, 1996)

5. Fungsi Manajemen

Berikut adalah lima fungsi manajemen yang paling penting menurut Handoko (2000) yang berasal dari klasifikasi paling awal dari fungsi-fungsi manajerial menurut Henri Fayol yaitu:

- a. Fungsi perencanaan (*Planning*) adalah suatu kegiatan membuat tujuan perusahaan dan diikuti dengan membuat berbagai rencana untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan tersebut. *Planning* atau perencanaan merupakan pemilihan atau penetapan tujuan-tujuan organisasi dan penentuan strategi kebijaksanaan proyek program prosedur metode sistem anggaran dan standar yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan
- b. Fungsi pengorganisasian (*Organizing*) adalah suatu kegiatan pengaturan pada sumber daya manusia dan sumber daya fisik lain yang dimiliki perusahaan untuk menjalankan rencana yang telah ditetapkan serta menggapai tujuan organisasi. Penentuan sumber daya-sumber daya dan kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi. Perancangan dan pengembangan suatu organisasi atau kelompok kerja yang akan dapat membawa hal-hal tersebut ke arah tujuan.
- c. Fungsi pengarahan (*Leading, Staffing, Directing*) adalah suatu fungsi kepemimpinan manajer untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kerja secara maksimal serta menciptakan lingkungan kerja yang sehat, dinamis, dan lain sebagainya. Penugasan tanggung jawab tertentu. *Leading* atau fungsi pengarahan adalah bagaimana membuat atau mendapatkan para

karyawan melakukan apa yang diinginkan dan harus mereka lakukan. *Staffing* atau penyusunan personalia adalah penarikan (*recruitment*) latihan dan pengembangan serta penempatan dan pemberian orientasi pada karyawan dalam lingkungan kerja yang menguntungkan dan produktif

- d. Fungsi pengendalian (*Controlling*) adalah suatu aktivitas menilai kinerja berdasarkan standar yang telah dibuat untuk kemudian dibuat perubahan atau perbaikan jika diperlukan. *Controlling* atau pengawasan adalah penemuan dan penerapan cara dan alat untuk menjamin bahwa rencana telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah ditetapkan.
- e. Fungsi Pendelegasian wewenang yang diperlukan kepada individu-individu untuk melaksanakan tugasnya.

B. MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN (PUSAT – DAERAH)

Pelayanan kesehatan publik merupakan tanggung jawab pemerintah dan dilaksanakan oleh instansi pemerintah, baik itu di pusat, di daerah, dan di lingkungan badan usaha milik Negara. Pelayanan kesehatan publik berbentuk pelayanan barang maupun pelayanan jasa. Salah satu bentuk pelayanan kesehatan publik yang dilaksanakan oleh pemerintah adalah pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat. Reformasi di bidang kesehatan dilaksanakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikan lebih efisien, efektif, serta dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Berikut pelayanan kesehatan dari Pusat hingga Daerah.

1. Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) adalah kementerian dalam Pemerintah Indonesia yang membidangi urusan kesehatan. Kementerian Kesehatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden.[1] Kementerian Kesehatan dipimpin oleh seorang Menteri Kesehatan (Menkes) yang sejak 23 Oktober 2019 dijabat oleh Letjen TNI (Purn) Dr. dr. Terawan Agus Putranto, Sp. Rad. (K) RI.

a. Tugas dan Fungsi

Kementerian Kesehatan mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. Dalam melaksanakan tugas, Kementerian Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

- perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan kefarmasian dan alat kesehatan;

- koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan, dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan;
- pengelolaan barang milik negara yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan;
- pelaksanaan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan;
- pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan serta pengelolaan tenaga kesehatan;
- pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian Kesehatan di daerah;
- pengawasan atas pelaksanaan tugas di lingkungan Kementerian Kesehatan; dan
- pelaksanaan dukungan substantif kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan

b. Susunan Organisasi

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015, Kementerian Kesehatan terdiri atas:

- Sekretariat Jenderal
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat
- Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
- Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan
- Inspektorat Jenderal
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Staf Ahli Bidang Ekonomi Kesehatan
- Staf Ahli Bidang Teknologi Kesehatan dan Globalisasi
- Staf Ahli Bidang Desentralisasi Kesehatan
- Staf Ahli Bidang Hukum Kesehatan

c. Visi dan Misi

Visi misi Kementerian Kesehatan mengikuti visi misi Presiden Republik Indonesia yaitu Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong. Visi tersebut diwujudkan dengan 7 (tujuh) misi pembangunan yaitu:

- Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopang kemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber

daya maritim dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan.

- Mewujudkan masyarakat maju, berkesinambungan dan demokratis berlandaskan negara hukum.
- Mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim.
- Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera.
- Mewujudkan bangsa yang berdaya saing.
- Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat dan berbasiskan kepentingan nasional, serta
- Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan.

2. Dinas Kesehatan Provinsi Riau

- Visi dan Misi

Visi Dinas Kesehatan “Masyarakat Riau Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat Pada Tahun 2020”

Misi Dinas Kesehatan:

- Meningkatkan upaya pelayanan kesehatan terjangkau, bermutu, berkeadilan, dan berbasis bukti ilmiah dengan pengutamakan pada upaya Promotif-Preventif
- Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan terutama untuk mewujudkan jaminan kesehatan sosial masyarakat.
- Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan.
- Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
- Meningkatkan manajemen kesehatan mendukung desentralisasi yang akuntabel, transparan, berdaya guna dan berhasil guna.
- Meningkatkan kerja sama dan pemberdayaan masyarakat yang melibatkan berbagai unsur pemangku kepentingan dalam pembangunan kesehatan.

3. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru

Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru beralamat di Jl. Melur No.103 Pekanbaru, Riau. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru yang dahulu bernama Dinas Kesehatan TK II Kotamadya Pekanbaru berdiri pada tahun 1974. Pada tahun 2001 dengan diberlakukannya Otonomi Daerah dan sesuai dengan Susunan Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) yang baru, Dinas Kesehatan TK II Kotamadya Pekanbaru berubah menjadi Dinas Kesehatan Kota. Mempunyai kewenangan dan

tanggung jawab dibidang kesehatan, dalam melaksanakan tugas dibantu oleh 20 Puskesmas, 2 UPT dan 34 Puskesmas Pembantu.

a. Visi dan Misi

Visi dari Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru adalah “Masyarakat Mandiri untuk Hidup Sehat”

Misi Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru adalah:

- Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan
- Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
- Mewujudkan, memelihara, dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau
- Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan
- Meningkatkan dan pendaya gunakan sumber daya kesehatan

b. Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes, 2011).

Pengertian puskesmas adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu yang berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azrul Azwar, 1996).

Puskesmas merupakan kesatuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan (Depkes, 2009)

Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka Puskesmas bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat, juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran.

c. Visi dan Misi Puskesmas

Visi puskesmas adalah tercapainya kecamatan sehat menuju Indonesia sehat. Indikator utama yakni: Lingkungan sehat, Perilaku sehat, Cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu, Derajat kesehatan penduduk kecamatan.

Misi puskesmas, yaitu:

- Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
- Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.
- Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
- Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya

d. Kegiatan Pokok Puskesmas

Sesuai dengan kemampuan tenaga maupun fasilitas yang berbeda-beda, maka kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh sebuah puskesmas akan berbeda pula. Namun demikian kegiatan pokok Puskesmas yang seharusnya dilaksanakan adalah sebagai berikut: KIA, Keluarga Berencana, Usaha Perbaikan Gizi, Kesehatan Lingkungan, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan, penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Sekolah, Kesehatan Olah Raga, Perawatan Kesehatan Masyarakat, Kesehatan dan keselamatan Kerja, Kesehatan Gigi dan Mulut, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Mata, Laboratorium Sederhana, Pencatatan Laporan dalam rangka Sistem Informasi Kesehatan, Kesehatan Usia Lanjut dan Pembinaan Pengobatan Tradisional.

e. Fungsi puskesmas

Puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motivator, fasilitator dan turut serta memantau terselenggaranya proses pembangunan di wilayah kerjanya agar berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Hasil yang diharapkan dalam menjalankan fungsi ini antara lain adalah terselenggaranya pembangunan di luar bidang kesehatan yang mendukung terciptanya lingkungan dan perilaku sehat. Upaya pelayanan yang diselenggarakan meliputi:

- Pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, dengan kelompok masyarakat serta sebagian besar diselenggarakan bersama masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas.

- Pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan, kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan.

Fungsi dari Puskesmas adalah sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka kemampuan untuk hidup sehat. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan masyarakat di wilayah kerjanya.

f. Jangkauan Pelayanan Puskesmas

Sesuai dengan keadaan geografi, luas wilayah, sarana perhubungan, dan kepadatan penduduk dalam wilayah kerja Puskesmas. Agar jangkauan pelayanan Puskesmas lebih merata dan meluas, Puskesmas perlu ditunjang dengan Puskesmas pembantu, penempatan bidan di desa yang belum terjangkau oleh pelayanan yang ada, dan Puskesmas keliling. Disamping itu pergerakan peran serta masyarakat untuk mengelola posyandu

C. MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

1. Rumah sakit Kelas A

Adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis luas oleh pemerintah, rumah sakit ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut juga rumah sakit pusat. Semua hal tentang pembagian tipe rumah sakit telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/Menkes/Per/III/2010.

Dijelaskan bahwa rumah sakit dikelompokkan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan menjadi tipe umum dan khusus, yang mana rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit sedangkan rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit.

Penetapan kelas rumah sakit wajib mendapatkan persetujuan dari Menteri Kesehatan dan tidak menutup kemungkinan jika dapat terjadi peningkatan kelas setelah lulus dari tahap pelayanan akreditasi kelas di bawahnya. Untuk rumah sakit kelas A harus memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 medik spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 medik spesialis lain dan 13 medik subspesialis. Baik sarana dan prasarana serta peralatan rumah sakit tipe A harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh

menteri. Selain itu, peralatan radiologi dan kedokteran nuklir harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan undang-undang.

Pada rumah sakit kelas A, pasien bisa menikmati layanan pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan spesialis penunjang medik, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan medik spesialis gigi mulut, pelayanan medik subspecialis, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, dan pelayanan penunjang *non* klinik.

Beberapa contoh rumah sakit kelas A di Indonesia adalah Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat, DKI Jakarta; Rumah Sakit Umum Pusat Dr Hasan Sadikin Bandung, Jawa Barat; Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soetomo Surabaya, Jawa Timur; serta Rumah Sakit Umum Pusat Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar, Sulawesi Selatan.

2. Rumah Sakit Kelas B

Untuk rumah sakit kelas B, setidaknya disediakan fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lainnya, dan 2 subspecialis dasar. Masyarakat yang mendapat rujukan ke rumah sakit kelas B bisa mendapatkan fasilitas seperti pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan spesialis penunjang medik, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan medik spesialis gigi mulut, pelayanan medik subspecialis, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, serta pelayanan penunjang *non* klinik. Ini dia beberapa contoh rumah sakit tipe B di Indonesia: RSAB Harapan Kita, Jakarta, RSUP Dr Kariadi, Semarang, Jawa Tengah, RSUP Dr Sardjito, Yogyakarta, RSU Tangerang, Banten, RSUD Labuang Baji, Makassar, Sulawesi Selatan.

3. Rumah Sakit Kelas C

Rumah Sakit Kelas C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran subspecialis terbatas. Terdapat empat macam pelayanan spesialis disediakan yakni pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Rumah sakit kelas C ini adalah rumah sakit yang didirikan di Kota atau kabupaten-kabupaten sebagai faskes tingkat 2 yang menampung rujukan dari faskes tingkat 1 (puskesmas/poliklinik atau dokter pribadi).

4. Rumah Sakit Kelas D

Rumah Sakit Kelas D Pratama adalah rumah sakit umum yang hanya menyediakan pelayanan perawatan kelas 3 (tiga) untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan

perorangan yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, serta pelayanan penunjang lainnya.

Rumah Sakit Kelas D Pratama dapat didirikan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta harus berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan, instansi tertentu, atau lembaga teknis daerah.

Yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit Kelas D Pratama paling sedikit menyelenggarakan: pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, pelayanan laboratorium pratama, pelayanan radiologi, pelayanan farmasi.

Rumah Sakit Kelas D Pratama minimal harus memiliki 4 (empat) orang dokter umum dan 1 (satu) orang dokter gigi yang mempunyai surat izin praktik di rumah sakit tersebut. (2). Jumlah tempat tidur minimal 10 (sepuluh) yang seluruhnya merupakan tempat tidur perawatan pasien kelas III. (3) Dalam hal jumlah tempat tidur yang dimiliki oleh Rumah Sakit Kelas D Pratama lebih dari 30 (tiga puluh) tempat tidur, wajib menambah 1 (satu) orang Dokter Umum untuk setiap 10 (sepuluh) tempat tidur. (4) Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit. (5) Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit.

Kebutuhan pelayanan medik spesialisik dasar meliputi: pelayanan kebidanan dan kandungan, pelayanan kesehatan anak, pelayanan penyakit dalam pelayanan bedah. Rumah Sakit Kelas D Pratama dapat digunakan sebagai tempat penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan dan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

5. Rumah sakit Kelas E

Rumah Sakit Kelas E merupakan rumah sakit khusus (*special hospital*) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak tipe E yang didirikan pemerintah, misalnya rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, rumah sakit paru, rumah sakit jantung, dan rumah sakit ibu dan anak.

Itulah perbedaan Rumah sakit Kelas B, B, C, D dan E, Rumah sakit tersebut dapat anda pilih ketika berobat melalui faskes tingkat 1 dan harus dirujuk ke faskes dengan jenjang lebih tinggi yaitu faskes TK 2 dan faskes TK 3, sedangkan khusus untuk pasien gawat darurat bisa langsung memilih masuk ke rumah sakit tipe apapun, baik itu A, B, C, D maupun E.

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas

1. Apa yang saudara ketahui tentang manajemen, jelaskan!
2. Mengapa dalam sebuah organisasi diperlukan unsur-unsur manajemen?
3. Jelaskan perbedaan Puskesmas dan Rumah sakit!
4. Sebutkan rumah sakit yang ada di Indonesia kelas E.
5. Menurut saudara bagaimana kelebihan dan kekurangan pelayanan puskesmas yang saudara ketahui

DAFTAR PUSTAKA

- Daft, Richard L. 2003. Manajemen. Edisi Kelima. Jakarta: Erlangga.
- Handoko, T. Hani. (2000). Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia, Edisi ke 2. Yogyakarta: BPFE.
- Handoko, T. Hani. 2008. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia. Liberty: Yogyakarta
- Plunket, dkk. 2005. Management: Meeting and Exceeding Customer Expectations. USA: Thomson South – Western.
- Schermerhorn, John R., 1996, Manajemen Buku 1 Edisi bahasa Indonesia Management 5e, Yogyakarta: Penerbit Andi
- Usman.H (2006) Manajemen Teori, Praktik dan Riset Pendidikan, Cetakan Pertama. Jakarta: PT. Bumi Aksara

BAB
5

P O A C
(PLANNING, ORGANIZING,
ACTUATING AND CONTROLLING)

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Perencanaan (*Planning*)
2. Pengorganisasian (*Organizing*)
3. Penggerakan dan pelaksanaan (*Actuating*)
4. Pengawasan (*Controlling*)

Suatu organisasi dalam mencapai sasaran yang telah ditetapkan akan sukses apabila organisasi mampu menjalankan fungsi manajemen dengan baik diantaranya mampu untuk mengoordinasikan dalam usaha menjalankan sasaran yang telah ditetapkan, serta mampu melaksanakan *monitoring* pelaksanaan kerja. Secara umum, dunia manajemen menggunakan prinsip POAC atau *Planning, Organizing, Actuating, dan Controlling*. Prinsip manajemen ini banyak digunakan oleh organisasi dewasa ini untuk memajukan dan mengelola organisasi. Berikut penjelasan lebih lanjut tentang masing-masing *point* tsb:

A. PERENCANAAN (PLANNING)

Planning meliputi pengaturan tujuan dan mencari cara bagaimana untuk mencapai tujuan tersebut. *Planning* telah dipertimbangkan sebagai fungsi utama manajemen dan meliputi segala sesuatu yang manajer kerjakan. Di dalam *planning*, manajer memperhatikan masa depan. Membuat keputusan

biasanya menjadi bagian dari perencanaan karena setiap pilihan dibuat berdasarkan proses penyelesaian setiap rencana. *Planning* penting karena banyak berperan dalam menggerakkan fungsi manajemen yang lain. Contohnya, setiap manajer harus membuat rencana pekerjaan yang efektif di dalam kepegawaian organisasi.

Planning juga menunjukkan cara afiliasi yang baik dari faktor-faktor kekuatan, sumber daya dan hubungan yang diperlukan untuk mengarahkan dan memotivasi karyawan. Suatu tujuan apabila mudah tercapai akan memberikan sedikit kepuasan sementara sasaran yang tidak tercapai akan membuat pekerjaan semakin berat tanpa adanya motivasi. Oleh sebab itu, sasaran harus menantang dan tetap dapat dicapai. Sasaran dikembangkan pada setiap level manajemen. Dalam perencanaan, ada beberapa faktor yang harus dipertimbangkan. Yaitu harus SMART:

- *Specific* artinya perencanaan harus jelas maksud maupun ruang lingkupnya. Tidak terlalu melebar dan terlalu idealis.
- *Measurable* artinya program kerja atau rencana harus dapat diukur tingkat keberhasilannya.
- *Achievable* artinya dapat dicapai. Jadi bukan angan-angan.
- *Realistic* artinya sesuai dengan kemampuan dan sumber daya yang ada. Tidak terlalu mudah dan tidak terlalu sulit. Tapi tetap ada tantangan.
- *Time* artinya ada batas waktu yang jelas. Mingguan, bulanan, triwulan, semesteran atau tahunan. Sehingga mudah dinilai dan dievaluasi.

Agar dapat mencapai suatu tujuan perlu suatu perencanaan yang terencana dengan baik. Dengan cara memberikan sasaran dan tujuan proyek sekaligus membuat administrasi dan program, supaya dapat diterapkan. Dengan tujuan, untuk memenuhi segala syarat yang ditentukan dalam batasan waktu, termasuk biaya, mutu dan keselamatan kerja. Perencanaan suatu kegiatan dikerjakan dengan cara melakukan studi kelayakan, rekayasa nilai, perencanaan dalam lingkup manajemen didalamnya termasuk waktu, biaya, mutu, sumber daya, keselamatan kerja dan kesehatan, lingkungan, sistem informasi dan risiko.

Perencanaan kegiatan yang dianggap efektif untuk memecahkan masalah sendiri bisa tidak masalah. Yang bermasalah adalah ketika kegiatan dana itu tidak disetujui atau birokrasi tidak mampu melaksanakan rencana. Untuk bisa melihat hal itu, kita bisa memahami perencanaan dari kacamata lingkungan pendukungnya. Lingkungan disini mencakup birokrasi perencanaan, pelaksanaan kegiatan, ketersediaan dana, dan komitmen politik. Yang masalah bagi kita adalah bahwa kita berada dilingkungan yang buruk. Baik atau buruk

perencanaan kita menjadi tidak ada artinya. Situasi yang ideal adalah perbaikan dalam perencanaan dan perbaikan dalam lingkungan perencanaan. Jadi kita tidak perlu kecewa jika kita menyadari posisi kita dalam lingkungan yang lebih besar.

Yang penting lagi adalah perencanaan juga menjadi basis kegiatan bersama dari seluruh unsur masyarakat. Karena program kesehatan menggunakan dana publik, maka perencanaan menjadi syarat agar dana program dapat disetujui dulu. Karena setiap program memerlukan persetujuan dari bupati dan kemudian dimintakan lagi ke DPRD, maka perencanaan menjadi semacam bentuk cara menjustifikasi pengeluaran dana publik sebelum kegiatan betul-betul dilaksanakan. Kepastian dana yang tersedia untuk program kesehatan. Perencanaan adalah alat untuk menolong kita memiliki kepastian dalam langkah-langkah kegiatan, besar sumber dan kapan dana tersedia.

Kegagalan pelaksanaan tidak harus membuat kita melupakan perencanaan. Perencanaan adalah wajib karena program-program itu menyangkut kegiatan-kegiatan yang kompleks dengan banyak orang yang terlibat. Perencanaan merupakan kegiatan-kegiatan yang disiapkan agar pada waktu program dilaksanakan, kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan sudah tersedia dan kegiatan-kegiatan dari pihak-pihak yang saling tergantung satu sama lain dapat terlaksana. Perencana mengelola *timing* sumber-sumber program harus tersedia. Perencanaan menjadi sangat penting karena ia terkait dengan dana yang diperlukan untuk membeli alat, mengontrak atau membuat tenaga kerja tersedia, dan kontrak-kontrak dengan pihak lain yang terlibat dalam kegiatan.

Secara sederhana dapat dikatakan bahwa perencanaan berperan dalam suatu proses yang menghasilkan suatu uraian yang terinci dan lengkap tentang program atau kegiatan yang akan dilaksanakan. Perencanaan kesehatan yang di maksud adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut.

Perencanaan akan menjadi efektif jika perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta-fakta. Fakta-fakta diungkapkan dengan menggunakan data untuk menunjang perumusan masalah. Perencanaan juga merupakan proses pemilihan alternatif tindakan yang terbaik untuk mencapai tujuan organisasi. Perencanaan juga merupakan suatu keputusan untuk mengerjakan sesuatu di masa yang akan datang yaitu suatu tindakan yang akan di proyeksikan di masa yang akan datang. Salah satu tugas manajer yang paling penting adalah menetapkan tujuan jangka panjang dan pendek

organisasi berdasarkan analisis situasi diluar (eksternal) dan didalam (internal) organisasi.

Macam-macam perencanaan, Dilihat dari jangka waktu berlakunya rencana: Rencana jangka panjang (*long term planning*), yang berlaku antara 10-25 tahun, Rencana jangka menengah (*medium range planning*), yang berlaku antara 5-7 tahun, Rencana jangka pendek (*short range planning*), umumnya berlaku hanya untuk 1 tahun.

Dilihat dari tingkatannya, Rencana induk (*masterplan*), lebih menitik beratkan uraian kebijakan organisasi, Rencana operasional (*operational planning*), lebih menitik beratkan pada pedoman atau petunjuk dalam melaksanakan suatu program, Rencana harian (*day to day planning*), adalah rencana harian yang bersifat umum.

Ditinjau dari ruang lingkupnya, Rencana strategi (*strategic planning*), berikan uraian tentang kebijakan tujuan jangka panjang dan waktu pelaksanaan yang lama. Model rencana ini sulit untuk dirubah, Rencana taktis (*tactical planning*), rencana yang berisi uraian yang bersifat jangka pendek, mudah menyesuaikan kegiatan-kegiatannya, asalkan tujuan tidak berubah, Rencana menyeluruh (*comprehensive planning*), rencana yang mengandung uraian secara menyeluruh dan lengkap. Rencana terintegrasi (*intergrated planning*), rencana yang mengandung uraian, yang menyeluruh bersifat terpadu, misalnya dengan program lain diluar kesehatan.

Ciri-ciri suatu perencanaan kesehatan yaitu: bagian dari sistem administrasi, dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan, berorientasi pada masa depan, mampu menyelesaikan masalah, mempunyai tujuan, bersifat mampu kelola. Manfaat sebuah perencanaan, Ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh oleh staf dan pimpinan jika organisasi memiliki sebuah perencanaan. Mereka akan mengetahui: tujuan yang ingin dicapai organisasi dan cara mencapainya, jenis dan struktur organisasi yang dibutuhkan, jenis dan jumlah staf yang diinginkan, dan uraian tugasnya, sejauh mana efektivitas kepemimpinan dan pengarahan yang diperlukan, bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan. Selain itu, dengan perencanaan akan diperoleh keuntungan sebagai berikut: Perencanaan akan menyebabkan berbagai macam aktivitas organisasi untuk mencapai tujuan tertentu dan dapat dilakukan secara teratur. Perencanaan akan mengurangi atau menghilangkan jenis pekerjaan yang tidak produktif. Perencanaan dapat dipakai untuk mengukur hasil kegiatan yang telah dicapai karena dalam perencanaan ditetapkan berbagai standar. Perencanaan memberikan suatu landasan pokok fungsi manajemen lainnya, terutama untuk fungsi pengawasan.

Sebaliknya, pimpinan dan staf organisasi juga perlu memahami bahwa perencanaan juga memiliki kelemahan yaitu: Perencanaan mempunyai keterbatasan mengukur informasi dan fakta-fakta dimasa yang akan datang dengan tepat. Perencanaan yang baik memerlukan sejumlah dana. Perencanaan mempunyai hambatan psikologis dari pimpinan dan staf karena harus menunggu dan melihat hasil yang akan dicapai. Perencanaan menghambat timbulnya inisiatif. Gagasan baru untuk mengadakan perubahan harus ditunda ampai tahap perencanaan berikutnya. Perencanaan juga akan menghambat tindakan baru yang harus diambil oleh staf.

Langkah-langkah perencanaan kesehatan

1. Analisis situasi

Langkah analisis situasi dimulai dengan menganalisis data laporan yang telah dimiliki oleh organisasi (data primer) atau mengkaji laporan lembaga lain (data sekunder) yang datanya dibutuhkan, observasi dan wawancara. Langkah analisis situasi bertujuan untuk mengumpulkan jenis data atau fakta yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang dijadikan dasar penyusunan perencanaan. Data yang diperlukan terdiri dari: Data tentang penyakit dan kejadian sakit (*diseases and illnesses*), data kependudukan, data potensi organisasi kesehatan, keadaan lingkungan dan geografi, data sarana dan prasarana. Proses pengumpulan data untuk analisis situasi dapat dilakukan dengan cara: Mendengarkan keluhan masyarakat melalui pengamatan langsung kelapangan. Membahas langsung masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dikembangkan bersama tokoh-tokoh formal dan informal masyarakat setempat. Membahas program kesehatan masyarakat dilapangan bersama petugas lapangan kesehatan, petugas *sector* lain, atau bersama dukun bersalin yang ada diwilayah kerja puskesmas. Membaca laporan kegiatan program kesehatan pada pusat pusat pelayanan kesehatan di suatu wilayah. Mempelajari peta wilayah, sensus penduduk, statistik kependudukan, laporan khusus, hasil survei, petunjuk pelaksanaan (jutlak) program kesehatan, dan laporan tahunan

2. Identifikasi masalah

Mengidentifikasi masalah kesehatan dapat diperoleh dari berbagai cara antara lain: Laporan kegiatan dari program kesehatan yang ada, *surveillance* epidemiologi atau pemantauan penyebaran penyakit, survei kesehatan yang khusus diadakan untuk memperoleh masukan perencanaan kesehatan. Dan hasil kunjungan lapangan supervisi dan sebagainya.

3. Menetapkan prioritas masalah

Kegiatan identifikasi masalah menghasilkan banyak masalah kesehatan yang menunggu untuk ditangani. Karena keterbatasan sumber daya baik biaya, tenaga dan teknologi, maka tidak semua masalah tersebut dapat dipecahkan sekaligus (direncanakan pemecahannya). Untuk itu maka harus dipilih masalah yang mana yang *'feasible'* untuk dipecahkan. Proses pemilihan prioritas masalah dapat dilakukan melalui dua cara, yakni: Melalui teknik *skoring*, yakni memberikan nilai (*score*) terhadap masalah tersebut dengan menggunakan ukuran (*parameter*) antara lain: Prevelensi penyakit (*prevelence*) atau besarnya masalah. Berat ringannya akibat yang ditimbulkan oleh masalah tersebut (*severity*). Keinginan masyarakat untuk menyelesaikan masalah tersebut (*degree of umeet need*). Keuntungan sosial yang diperoleh bila masalah tersebut diatasi (*social benefit*). Teknologi yang tersedia dalam mengatasi masalah (*technical feasibility*). Sumber daya yang tersedia yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah (*reseources availability*).

Masing-masing ukuran tersebut diberi nilai berdasarkan justifikasi kita, bila masalahnya besar diberi 5 paling tinggi, dan bila sangat kecil diberi nilai 1. Kemudian nilai-nilai tersebut dijumlahkan. Masalah yang mempunyai nilai tertinggi (terbesar) adalah yang di prioritaskan, masalah yang memperoleh nilai terbesar kedua dan selanjutnya.

Melalui teknik *non skoring*. Dengan menggunakan teknik ini masalah dinilai melalui diskusi kelompok, oleh sebab itu, juga disebut *nominal group technique* (NGT). Ada dua NGT, yakni: *Delphi technique*: yaitu masalah-masalah didiskusikan oleh sekelompok orang yang mempunyai keahlian yang sama. Melalui diskusi tersebut akan menghasilkan prioritas masalah yang disepakati bersama. *Delbeg technique*: menetapkan prioritas masalah menggunakan teknik ini adalah juga melalui diskusi kelompok, namun peserta diskusi terdiri dari para peserta yang tidak sama keahliannya, maka sebelumnya dijelaskan dulu, sehingga mereka mempunyai persepsi yang sama terhadap masalah-masalah yang akan dibahas. Hasil diskusi ini adalah prioritas masalah yang disepakati bersama.

4. Menentukan tujuan

Menentukan tujuan perencanaan pada dasarnya adalah membuat ketetapan-ketetapan tertentu yang ingin dicapai oleh perencanaan tersebut. Semakin jelas rumusan masalah kesehatan maka akan semakin mudah menentukan tujuan. Penetapan tujuan yang baik apabila dirumuskan secara kongkret dan dapat diukur. Perumusan sebuah tujuan operasional program kesehatan harus bersifat SMART: *spesific* (jelas sarasannya dan mudah dipahami oleh staf pelaksana), *measurable* (dapat diukur kemajuannya),

appropriate (sesuai dengan strategi nasional, tujuan program dan visi/misi institusi, dan sebagainya), *realistic* (dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas organisasi yang ada), *time bound* (sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan program sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan).

Hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun tujuan program: Tujuan adalah hasil akhir dari sebuah kegiatan. Tujuan harus sesuai dengan masalah, target ditetapkan sesuai dengan kemampuan organisasi, dan dapat diukur. Tujuan operasional biasanya ditetapkan dengan batas waktu (batas pencapaiannya) dan hasil akhir yang ingin dicapai pada akhir kegiatan program (*dead line*). Berbagai macam kegiatan alternatif dipilih untuk mencapai tujuan. Masalah, faktor penyebab masalah, dan dampak masalah yang telah dan akan mungkin terjadi dimasa depan sebaiknya dikaji terlebih dahulu.

Kriteria penyusunan masing-masing tujuan sesuai dengan hierarkinya adalah sebagai berikut: *Goal* (tujuan umum): bersifat jangka panjang, masih umum, abstrak, dan tidak terpengaruh oleh perubahan situasi. Tujuan kebijaksanaan: merupakan bagian dari *goal*, sasaran populasinya belum ada. Tujuan ini sudah bersifat spesifik karena bersifat sektoral dan ditujukan untuk masyarakat di desa. Tujuan program: target populasinya sudah lebih jelas, ada identifikasi dampak khusus yang dapat diukur jika tujuan program tercapai. Tujuan pelayanan: tujuan ini sudah memiliki kejelasan atau spesialisasi jenis dan tingkat pelayanan yang perlu dilaksanakan. Tujuan sumber: tujuan di sini memerlukan identifikasi masukan spesifik (*input* atau sumber daya tertentu) untuk mencapai tujuan pelayanan. Tujuan implementasi: tujuan di sini menjelaskan produk spesifik yang ingin di capai dan juga dapat di ukur.

Pada umumnya tujuan dibagi menjadi dua, yakni: Tujuan umum: suatu tujuan bersifat umum, dan masih dapat di jabarkan ke dalam tujuan-tujuan khusus, dan umumnya masih abstrak. Tujuan khusus: tujuan-tujuan yang di jabarkan dari tujuan umum.

5. Mengkaji hambatan dan kelemahan program

Jenis hambatan atau kelemahan dapat di kategorikan ke dalam:

- a. Hambatan yang bersumber pada kemampuan organisasi: Motivasi kerja staf rendah. Pengetahuan dan keterampilan kurang. Arus informasi tentang pelaksanaan program lamban. Peralatan belum tersedia. Laporan kegiatan tidak di dimanfaatkan untuk menyusun rencana kegiatan. Jumlah dana operasional kurang. Waktu yang tersedia tidak digunakan untuk menyusun rencana kerja.
- b. Hambatan yang terjadi pada lingkungan. Hambatan geografi (jalan rusak). Iklim atau musim hujan. Tingkat pendidikan masyarakat rendah. Sikap dan

budaya masyarakat yang tidak kondusif. Prilaku masyarakat yang kurang partisipatif.

6. Menyusun rencana kegiatan

Rencana kegiatan adalah uraian tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan. Pada umumnya kegiatan mencakup 3 kegiatan pokok, yakni: Kegiatan pada tahap persiapan, yakni kegiatan-kegiatan yang di lakukan sebelum kegiatan pokok dilaksanakan. Misalnya: perizinan, rapat koordinasi. Kegiatan pada tahap pelaksanaan yakni kegiatan pokok program yang bersangkutan. Kegiatan pada tahap penilaian yakni kegiatan untuk mengevaluasi seluruh kegiatan dalam rangka pencapaian program tersebut. Langkah-langkah sebelum menetapkan rencana kegiatan: Alasan utama disusun rencana kegiatan. Tujuan yang ingin dicapai. Kegiatan program (bagaimana cara mengerjakannya). Pelaksana dan sasarannya (siapa yang akan mengerjakan dan siapa sasaran kegiatan). Sumber daya pendukung. Tempat (dimana kegiatan akan dilaksanakan). Waktu pelaksanaan (kapan kegiatan akan dikerjakan).

7. Menetapkan sasaran (target group).

Sasaran (target *group*) adalah kelompok masyarakat tertentu yang akan digarap oleh program yang direncanakan tersebut. Sasaran program kesehatan biasanya dibagi dua, yakni: Sasaran langsung, yaitu kelompok yang langsung dikenal oleh program. Sasaran tidak langsung, yakni kelompok yang menjadi sasaran antara program tersebut, namun berpengaruh sekali terhadap sasaran langsung.

8. Menyusun jadwal pelaksanaan dan organisasi staf

Waktu yang ditetapkan dalam perencanaan adalah sangat tergantung dengan jenis perencanaan yang dibuat serta kegiatan-kegiatan yang ditetapkan dalam rangka mencapai tujuan. Organisasi dan staf dalam bagian ini digambarkan atau diuraikan organisasi dan sekaligus staf yang akan melaksanakan kegiatan atau program tersebut. Disamping itu juga diuraikan tugas (*job description*) masing-masing staf pelaksana tersebut.

9. Rencana anggaran, pelaksanaan dan rencana evaluasi

Adalah uraian tentang biaya-biaya yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, mulai dari persiapan sampai dengan evaluasi. Biasanya rincian rencana biaya ini dikelompokkan menjadi: Biaya personalia, biaya operasional, biaya sarana dan fasilitas, biaya penilaian. Melaksanakan semua kegiatan yang sudah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Rencana

evaluasi adalah suatu uraian tentang kegiatan yang akan dilakukan untuk menilai sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tersebut telah dicapai.

B. PENGORGANISASIAN (*ORGANIZING*)

Setelah fungsi perencanaan dan pengorganisasian dilakukan, langkah berikutnya yang harus dilalui oleh organisasi adalah mewujudkan sasaran dengan memberdayakan organisasi yang sudah *terorganizing* adalah proses dalam memastikan kebutuhan manusia dan fisik setiap sumber daya tersedia untuk menjalankan rencana dan mencapai tujuan yang berhubungan dengan organisasi. *Organizing* juga meliputi penugasan setiap aktivitas, membagi pekerjaan ke dalam setiap tugas yang spesifik, dan menentukan siapa yang memiliki hak untuk mengerjakan beberapa tugas.

Aspek utama lain dari *organizing* adalah pengelompokan kegiatan ke departemen atau beberapa subdivisi lainnya. Misalnya kepegawaian, untuk memastikan bahwa sumber daya manusia diperlukan untuk mencapai tujuan organisasi. Mempekerjakan orang untuk pekerjaan merupakan aktivitas kepegawaian yang khas. Kepegawaian adalah suatu aktivitas utama yang terkadang diklasifikasikan sebagai fungsi yang terpisah dari *organizing*.

Agar tujuan tercapai maka dibutuhkan pengorganisasian. Dalam organisasi biasanya diwujudkan dalam bentuk bagan organisasi. Yang kemudian dipecah menjadi berbagai jabatan. Pada setiap jabatan biasanya memiliki tugas, tanggung jawab, wewenang dan uraian jabatan (*Job Description*). Semakin tinggi suatu jabatan biasanya semakin tinggi tugas, tanggung jawab dan wewenangnya. Biasanya juga semakin besar penghasilannya. Dengan pembagian tugas tersebut maka pekerjaan menjadi ringan. Berat sama dipikul, ringan sama dijinjing. Disinilah salah satu prinsip dari manajemen. Yaitu membagi-bagi tugas sesuai dengan keahliannya masing-masing. *Organizing* (pengorganisasian kerja) dimaksudkan sebagai pengaturan atas suatu kegiatan yang dilakukan oleh sekelompok orang, dipimpin oleh pimpinan kelompok dalam suatu wadah organisasi. Wadah organisasi ini menggambarkan hubungan-hubungan struktural dan fungsional yang diperlukan untuk menyalurkan tanggung jawab, sumber daya maupun data. Dalam proses manajemen, organisasi digunakan sebagai alat untuk: menjamin terpeliharanya koordinasi dengan baik, membantu pimpinannya dalam menggerakkan fungsi-fungsi manajemen. Mempersatukan pemikiran dari satuan organisasi yang lebih kecil yang berada di dalam koordinasinya. Dalam fungsi *organizing*, koordinasi merupakan mekanisme hubungan struktural maupun fungsional yang secara konsisten harus dijalankan. Koordinasi dapat dilakukan melalui mekanisme. Koordinasi vertikal (menggambarkan fungsi

komando). Koordinasi horizontal (menggambarkan interaksi satu level). Koordinasi diagonal (menggambarkan interaksi berbeda level tapi di luar fungsi komando). Koordinasi diagonal apabila diintegrasikan dengan baik akan memberikan kontribusi signifikan dalam menjalankan fungsi *organizing*.

C. PELAKSANAAN (*ACTUATING*)

Perencanaan dan pengorganisasian yang baik kurang berarti bila tidak diikuti dengan pelaksanaan kerja. Untuk itu maka dibutuhkan kerja keras, kerja cerdas dan kerja sama. Semua sumber daya manusia yang ada harus dioptimalkan untuk mencapai visi, misi dan program kerja organisasi. Pelaksanaan kerja harus sejalan dengan rencana kerja yang telah disusun. Kecuali memang ada hal-hal khusus sehingga perlu dilakukan penyesuaian. Setiap SDM harus bekerja sesuai dengan tugas, fungsi dan peran, keahlian dan kompetensi masing-masing SDM untuk mencapai visi, misi dan program kerja organisasi yang telah ditetapkan.

Prinsip yang harus dipegang dalam fungsi *actuating* atau penggerakan diantaranya (Haris, 2011):

1. Prinsip yang tertuju pada sasaran dimana dalam melaksanakan fungsi *actuating* penting mendapatkan dukungan dari fungsi-fungsi yang lain seperti *planning*, *organizing*, *staffing* dan *controlling* yang efektif
2. Prinsip keselarasan dengan sasaran dimana seorang bekerja untuk mencukupi kebutuhannya. Kebutuhan akan terpenuhi apabila karyawan dapat bekerja dengan efektif dan menyumbangkan keahliannya untuk mencapai sasaran dari organisasi.
3. Prinsip kesatuan komando dimana seorang bawahan hanya mempunyai satu alur dalam melaporkan kegiatannya. Pelaporan tersebut ditujukan hanya kepada satu atasan sehingga konflik dalam pemberian arahan dapat dikurangi. Diantara fungsi manajemen, perencanaan dan pengendalian mempunyai peran yang penting. Dalam fungsi perencanaan, manajer menetapkan apa yang ingin dicapai pada waktu tertentu sementara pengendalian berusaha untuk mengevaluasi apakah tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dan apabila tujuan tersebut tidak tercapai dapat dilakukan tindakan perbaikan dengan mengetahui faktor penyebab dari tujuan yang tidak tercapai tersebut (Edris 2015).

Perencanaan dan pengorganisasian yang baik kurang berarti bila tidak diikuti dengan pelaksanaan kerja. Untuk itu maka dibutuhkan kerja keras, kerja cerdas dan kerja sama. Semua sumber daya manusia yang ada harus dioptimalkan untuk mencapai visi, misi dan program kerja organisasi. Pelaksanaan kerja harus sejalan dengan rencana kerja yang telah disusun.

Kecuali memang ada hal-hal khusus sehingga perlu dilakukan penyesuaian. Setiap SDM harus bekerja sesuai dengan tugas, fungsi dan perannya masing-masing. Tidak boleh saling jejal untuk memperebutkan lahan basah misalnya. Karena pada dasarnya pekerjaan utama pada organisasi bisnis adalah mencari laba. Namun untuk kemudahan dan efektivitas maka pekerjaan tersebut dibagi-bagi sesuai dengan keahlian dan kompetensi masing-masing SDM

Actuating diartikan sebagai fungsi manajemen untuk menggerakkan orang yang tergabung dalam organisasi agar melakukan kegiatan yang telah ditetapkan di dalam *planning*.

Pada tahap ini diperlukan kemampuan pimpinan kelompok untuk menggerakkan; mengarahkan; dan memberikan motivasi kepada anggota kelompoknya untuk secara bersama-sama memberikan kontribusi dalam menyukseskan manajemen kegiatan mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Berikut ini beberapa metoda mensukseskan “*actuating*” yang dikemukakan oleh George R. Terry, yaitu:

- Hargailah seseorang apapun tugasnya sehingga ia merasa keberadaannya di dalam kelompok atau organisasi menjadi penting
- Instruksi yang dikeluarkan seorang pimpinan harus dibuat dengan mempertimbangkan adanya perbedaan individual dari pegawainya, hingga dapat dilaksanakan dengan tepat oleh pegawainya
- Lakukan praktek partisipasi dalam manajemen guna menjalin kebersamaan dalam penyelenggaraan manajemen, hingga setiap pegawai dapat difungsikan sepenuhnya sebagai bagian dari organisasi.
- Upayakan memahami hak pegawai termasuk urusan kesejahteraan, sehingga tumbuh *sense of belonging* dari pegawai tersebut terhadap tempat bekerja yang diikutinya.
- Pimpinan perlu menjadi pendengar yang baik, agar dapat memahami dengan benar apa yang melatarbelakangi keluhan pegawai, sehingga dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam pengambilan sesuatu keputusan.
- Seorang pimpinan perlu mencegah untuk memberikan argumentasi sebagai pembenaran atas keputusan yang diambilnya, oleh karena pada umumnya semua orang tidak suka pada alasan apalagi kalau dicari-cari agar bisa memberikan dalih pembenaran atas keputusannya.
- Jangan berbuat sesuatu yang menimbulkan sentimen dari orang lain atau orang lain menjadi naik emosinya.
- Pimpinan dapat melakukan teknik persuasi dengan cara bertanya sehingga tidak dirasakan sebagai tekanan oleh pegawainya.

- Perlu melakukan pengawasan untuk meningkatkan kinerja pegawai, namun haruslah dengan cara-cara yang tidak boleh mematikan kreativitas pegawai.

D. PENGAWASAN (*CONTROLLING*)

Pengendalian kerja (*controlling*) yaitu kegiatan pengawasan terhadap pelaksanaan pekerjaan meliputi kegiatan: pemeriksaan, pengujian apakah pelaksanaan konstruksi sesuai dengan prosedur dan rujukan yang telah ditetapkan dalam pelaksanaan.

Fungsi Pengendalian/pengawasan merupakan suatu unsur manajemen untuk melihat apakah segala kegiatan yang dilaksanakan telah sesuai dengan rencana yang digariskan dan disamping itu merupakan hal yang penting pula untuk menentukan rencana kerja yang akan datang. Agar pekerjaan berjalan sesuai dengan visi, misi, aturan dan program kerja maka dibutuhkan pengontrolan. Baik dalam bentuk supervisi, pengawasan, inspeksi hingga audit. Kata-kata tersebut memang memiliki makna yang berbeda, tapi yang terpenting adalah bagaimana sejak dini dapat diketahui penyimpangan-penyimpangan yang terjadi. Baik dalam tahap perencanaan, pelaksanaan maupun pengorganisasian. Sehingga dengan hal tersebut dapat segera dilakukan koreksi, antisipasi dan penyesuaian sesuai dengan situasi, kondisi dan perkembangan zaman.

Konntz dan O'Donnell (1964), mengartikan bahwa pengendalian atau pengawasan adalah pengukuran atau perbaikan terhadap pelaksanaan kerja bawahan agar rencana-rencana yang telah dibuat untuk mencapai tujuan organisasi dapat terselenggara dengan baik. Dalam uraian tersebut menggambarkan bahwa pengendalian atau pengawasan dapat dirumuskan sebagai proses penentuan apa yang akan dicapai, yaitu standar apa yang sedang dilakukan berupa; pelaksanaan, dan bila mana perlu melakukan perbaikan-perbaikan, sehingga pelaksanaannya sesuai dengan rencana yang ditetapkan.

George R. Terry, menyatakan bahwa pengawasan adalah proses penentuan apa yang akan dicapai, yaitu standar, apa yang sedang dihasilkan, yaitu pelaksanaan, menilai pelaksanaan dan bila perlu mengambil tindakan korektif sehingga pelaksanaan dapat berjalan sesuai rencana, yaitu sesuai standar. Juga merumuskan pengendalian (*controlling*) sebagai suatu usaha untuk meneliti kegiatan-kegiatan yang telah akan dilaksanakan. Menurut Winardi (1990) dalam bukunya Asas-asas Manajemen, dikatakan bahwa prinsip pengawasan efektif membantu usaha-usaha kita untuk mengatur pekerjaan

yang direncanakan untuk memastikan bahwa pelaksanaan pekerjaan tersebut berlangsung sesuai dengan rencana.

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas

1. Jelaskan definisi *planning*, dan berikan syarat utama *planning* yang baik!
2. Dalam perencanaan, ada beberapa faktor yang harus dipertimbangkan yang dikenal dengan istilah SMART, jelaskan!
3. Jelaskan aspek utama dalam *organizing* !
4. Jelaskan fungsi utama dari *controlling* bagi sebuah organisasi!

DAFTAR PUSTAKA

- Arumsari, N.R. Penerapan *Planning, Organizing, Actuating, dan Controlling* di UPTD Dikpora Kecamatan Jepara. Diakses 19 September 2020.
- Edris, M 2015. Pengantar Manajemen. Fakultas Ekonomi Universitas Muria Kudus
- Haris, Amirullah dan Budiono, Pengantar Manajemen. Jakarta: Cetakan Kedua. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Harold Koontz dan C.O'Donnel. (1964). Principles of Management. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Muninjaya, Gde. 2004. Manajemen Kesehatan: Edisi 2. Jakarta. EGC
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni. Jakarta. PT Rineka Cipta.
- Winardi, 1990, Manajemen Personalia, Sumber Daya Manusia, Bandung: Alumni.



BAB
6

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan yaitu: Perencanaan, Pengadaan, Pendayagunaan, Pengembangan dan Pemeliharaan SDM Kesehatan.
2. Analisis Jabatan (Pekerjaan) yang terdiri dari: definisi, tujuan dan kegunaan analisis jabatan.

A. MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Sejak kebijakan desentralisasi mulai diberlakukan di Indonesia daerah mempunyai keleluasaan untuk menyelenggarakan aspek pemerintahan yang mencakup beberapa sektor termasuk *sector* kesehatan. Salah satu aspek yang perlu kita cermati dengan seksama sebagai dampak pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan adalah dalam hal manajemen Sumber Daya Manusia (SDM). Beberapa perubahan aspek SDM kesehatan dalam era desentralisasi, dilakukan dengan Teknik studi literatur. Peningkatan mutu pelayanan akan berhubungan juga dengan peningkatan kualitas SDM sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut. Peningkatan kualitas SDM harus dilakukan mulai dari tahap persiapan hingga pemanfaatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan di era desentralisasi mencakup tiga unsur utama, yaitu perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan SDM kesehatan.

Salah satu aspek yang perlu kita cermati dengan seksama sebagai dampak pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan ini adalah dalam hal manajemen tenaga kesehatan sebagai sumber daya penggerak untuk program-program di sektor kesehatan. Sumber Daya Manusia (SDM) dalam sektor kesehatan merupakan aspek penting karena merupakan *input* dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan sebagai bagian dari upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat. Peranan SDM sebagai *input* juga sangat menentukan derajat kesehatan suatu bangsa, yang dapat dilihat dari indikator-indikator kesehatan. Dampak desentralisasi pada tenaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat kekuasaan yang akan ditransfer oleh pusat kepada daerah, bagaimana peran yang baru tersebut diformulasikan, kompetensi SDM yang tersedia di daerah dan otoritas kesehatan pusat dengan departemen lain yang sangat mempengaruhi alokasi sumber daya kesehatan. SDM yang tidak dikelola dengan baik juga akan menjadi ancaman terbesar bagi pelaksanaan kebijakan, strategi, program dan prosedur apabila tidak dikelola dengan seksama.

Desentralisasi sebagai kebijakan berniat untuk memperbaiki kinerja sistem dalam hal efisiensi, kualitas pelayanan, dan akuntabilitas. SDM sebagai operator dari sistem sudah diketahui sebagai kunci sukses dalam pelaksanaan desentralisasi. Namun dalam praktiknya, indikator keberhasilan manajemen SDM adalah sangat kompleks (Meliala, 2005). Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa hal, di antaranya mengelola SDM berarti mengubah perilaku, dan perilaku adalah salah satu aspek individu yang paling sulit untuk diintervensi.

Di dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004 (Depkes RI, 2004), disebutkan bahwa tujuan subsistem sumber daya manusia kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam era reformasi, pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan mencakup tiga unsur utama yaitu perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan SDM kesehatan (Hapsara, 2004). Sejalan dengan itu di SKN juga disebutkan bahwa subsistem SDM kesehatan terdiri tiga unsur yaitu perencanaan, Pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan.

Mutu SDM kesehatan masih membutuhkan pembenahan, hal ini tercermin dari kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang belum optimal. Menurut SUSENAS 2001, ditemukan 23,2% masyarakat yang bertempat tinggal di pulau Jawa dan Bali tidak/ kurang puas terhadap pelayanan rawat jalan yang diselenggarakan oleh rumah sakit pemerintah di kedua pulau tersebut.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit perlu diperhatikan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu. Peningkatan mutu pelayanan akan berhubungan juga dengan peningkatan kualitas SDM sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut. Peningkatan kualitas SDM harus dilakukan mulai dari tahap persiapan hingga pemanfaatan. Menurut Hapsara (2004), pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan di era desentralisasi mencakup tiga unsur utama, yaitu perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan SDM kesehatan. Fokus utama manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) adalah memberikan kontribusi pada suksesnya organisasi. Kunci untuk meningkatkan kinerja organisasi adalah dengan memastikan aktivitas SDM mendukung usaha organisasi yang terfokus pada produktivitas, pelayanan dan kualitas. Sumber daya manusia kesehatan yaitu berbagai jenis tenaga kesehatan klinik maupun *nonklinik* yang melaksanakan upaya medis dan intervensi kesehatan masyarakat. Kinerja dari pelayanan kesehatan sangat tergantung kepada pengetahuan, keterampilan dan motivasi dari orang-orang yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan berhubungan erat dengan masing-masing fungsi suatu organisasi kesehatan dan juga berinteraksi diantara fungsi-fungsi tersebut. Untuk mencapai visi dan misi suatu organisasi diperlukan keterampilan dan kemampuan SDM yang mampu mendiagnosa permasalahan dan mengintervensi sehingga didapatkan penyelesaian dari setiap permasalahan yang menjadi tugas pokok dan fungsi organisasi. Sumber daya manusia tersebut juga dapat menjadi ancaman bagi pelaksana kebijakan, strategi, program dan prosedur suatu kegiatan apabila tidak dikelola dengan baik dan tepat.

1. Perencanaan SDM

Perencanaan menurut George R. Terry (Sarwoto, 1991) adalah menetapkan apa yang harus dilaksanakan oleh anggota-anggota organisasi untuk menyelesaikan pekerjaan, dimana perlu juga ditetapkan oleh manajer bila dan bagaimana pekerjaan harus dilakukan. Bila dikaitkan dengan konteks SDM, perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Kebutuhan baik jenis, jumlah maupun kualifikasi tenaga kesehatan dirumuskan dan ditetapkan oleh pemerintah pusat berdasarkan masukan dari Majelis Tenaga Kesehatan yang dibentuk di pusat dan provinsi.

Perencanaan SDM juga menurut Yaslis (2004) merupakan proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain meramalkan atau memperkirakan siapa mengerjakan apa, dengan keahlian apa, kapan dibutuhkan dan berapa jumlahnya. Melihat pengertian ini

seharusnya perencanaan SDM di rumah sakit berdasarkan fungsi dan beban kerja pelayanan kesehatan yang akan dihadapi di masa depan, sehingga kompetensi SDM harus sesuai dengan spesifikasi SDM yang dibutuhkan rumah sakit. Perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Sehingga dari kalimat ini jelas sudah bahwa dalam pemilihan tenaga kesehatan di suatu instansi harus memperhatikan analisis situasi pembangunan kesehatan di wilayah tersebut, jangan sampai jumlah tenaga yang ada itu kurang atau malah *over* kuantitas.

Perencanaan SDM kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan SDM kesehatan, perencanaan program SDM kesehatan, analisa dan desain pekerjaan, dan sistem informasi SDM kesehatan. Perencanaan SDM selama ini masih dilakukan terutama berdasarkan kebutuhan pemerintah, kurang memperhatikan kebutuhan dan potensi masyarakat (organisasi profesi, LSM, swasta dan pengobatan tradisional). Selain itu kurang berorientasi pada paradigma sehat dan pengaruh globalisasi serta kebutuhan spesifik daerah.

Secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar, yaitu:

- a. Perencanaan kebutuhan SDM pada tingkat institusi; ditujukan pada perhitungan kebutuhan SDM kesehatan untuk memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, dan lain-lain.
- b. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat wilayah; ditujukan untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan kebutuhan di tingkat wilayah (propinsi/kabupaten/kota) yang merupakan gabungan antara kebutuhan institusi dan organisasi.
- c. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk bencana; dimaksudkan untuk mempersiapkan SDM kesehatan saat prabencana, terjadi bencana dan *post* bencana, termasuk pengelolaan kesehatan pengungsi.

Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan dibuat secara insidental dan hanya membuat rekapitulasi usulan kebutuhan tenaga kesehatan yang diajukan. Perlu dalam bentuk dokumen perencanaan sumber daya manusia kesehatan yang lengkap. Karena kurangnya jumlah dan kualitas tenaga perencana, teralokasinya dana untuk perencanaan, dikembangkannya sistem informasi sumber daya manusia, fasilitas dan adanya prosedur kerja standar. Demikian juga proses penyusunan perencanaannya dilakukan melalui proses pentahapan yang sistematis, berkesinambungan dan pertimbangan yang seksama.

2. Pengadaan SDM

Pengadaan tenaga kesehatan dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yaitu upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai dengan jenis, jumlah dan kualifikasi yang telah direncanakan serta peningkatan kemampuan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Pada umumnya jumlah SDM kesehatan belum memadai.

Rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter setiap tahun sekitar 2.500 dokter baru, sedangkan rasio dokter dengan jumlah penduduk adalah 1:5.000. Produksi perawat setiap tahun sekitar 40.000 perawat baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk adalah 1: 2.850, sedangkan produksi bidan setiap tahun sekitar 600 bidan baru dengan rasio terhadap jumlah penduduk adalah 2: 2.600. Namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas (Hapsara, 2004).

Dengan kemungkinan perubahan yang cepat dan kompleks diperlukan pola pendidikan dan pelatihan yang mantap dan akomodatif terhadap berbagai perkembangan di segala sektor termasuk ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Untuk menjaga mutu tenaga kesehatan perlu adanya kurikulum standar dengan manajemen mutu total pendidikan tenaga kesehatan secara nasional dan internasional.

Dewasa ini pembinaan dan pengawasan SDM yang meliputi sertifikasi, registrasi dan lisensi dari pelaksanaan tugas profesi tenaga kesehatan, belum terlaksana sesuai dengan yang diharapkan. Hal tersebut terlihat dari masih cukup tingginya angka keluhan masyarakat terhadap akan pelayanan kesehatan yang kurang atau tidak memuaskan.

Kegiatan penarikan atau pengadaan merupakan kegiatan dalam memenuhi spesifikasi kebutuhan dari sebuah organisasi ataupun instansi. Proses pengadaan ini sangat bervariasi. Masing-masing menerapkan kebutuhan yang berbeda dalam perlakuan pengadaan. Biasanya proses standar meliputi tes seleksi, wawancara, referensi, dan evaluasi kesehatan (Rachmawati, 2008)

Data Susenas 2001 menunjukkan ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan pemerintah lebih besar dibandingkan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas swasta. Mereka yang melaporkan kurang puas atau tidak puas untuk pelayanan RS, puskesmas dan pustu berturut-turut adalah 20%,16% dan 18%. Untuk pelayanan RS swasta praktek dokter dan poliklinik adalah 11%, 9% dan 9%. Ketidakpuasan ini cenderung naik dibandingkan data hasil Susenas 1998. Peran pemerintah dalam pembinaan dan pengawasan ini masih dominan. Demikian pula pengawasan institusi diklat SDM yang meliputi akreditasi dan *benchmarking* institusi, belum terstruktur dengan baik.

3. Pendayagunaan SDM

Pendayagunaan tenaga kesehatan adalah upaya pemerataan, pemanfaatan, pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan. Pendayagunaan SDM yang meliputi *system* penempatan, penghargaan dan sanksi serta peningkatan karier profesional masyarakat dan belum ada kejelasan wewenang antara pemerintah dan masyarakat. Pendayagunaan SDM belum sepenuhnya memperhatikan segi perimbangan kebutuhan pemerintah dan unsur masyarakat yang disesuaikan dengan kebijakan yang berlaku, keadaan dan penyebaran penduduk, keadaan geografi serta sarana dan prasarana (Hapsara, 2004)

Kebijakan Pegawai Tidak Tetap (PTT) belum mampu menempatkan tenaga kesehatan (dokter umum, dokter gigi) secara merata. Pada tahun 2001 sekitar 25-40% puskesmas tidak mempunyai dokter khususnya di daerah dengan geografi sulit seperti di kawasan Timur Indonesia. Hal yang sama terjadi pada bidan di desa, walaupun menurut data yang ada hampir seluruh desa tetapi pada kenyataannya di lapangan banyak desa yang tidak memiliki bidan. Keadaan ini telah diatasi secara bertahap dengan pengangkatan PNS baik untuk tenaga dokter, dokter gigi dan paramedis melalui penyediaan 5.000 formasi pegawai.

Tenaga kerja merupakan sumber daya terpenting sesudah pembiayaan kesehatan, termasuk salah satu kesulitan-kesulitan yang timbul dalam pelaksanaan desentralisasi. Isu-isu paling relevan adalah yang berkaitan dengan *human resource planning* dan *supplay* tenaga, mengakibatkan distribusi tenaga yang tidak merata.

Kemudian isu yang terkait dengan administrasi dan informasi, diantaranya adalah: peran organisasi yang mengelola kesehatan, distribusi SDM yang tidak merata, pola *rekrutment* tenaga kesehatan dan pola ketenagaan, kebutuhan staf untuk kategori-kategori tertentu atau kebutuhan akan keterampilan-keterampilan yang lebih spesifik, *supervisi*, *training*, pemberdayaan dan utilisasi, pola pengurangan pegawai, serta sistem informasi SDM.

Terjadi perubahan yang mendasar pada manajemen SDM kesehatan seperti: Terjadinya perubahan pola manajemen SDM yang tadinya sangat sentralis menjadi lebih desentralis (Trisnantoro). Terjadinya perubahan pola perencanaan dan pengelolaan SDM kesehatan yang tadinya sangat *top down* menjadi *bottom up*. Terjadinya transfer otoritas yang tadinya pusat sangat *power full* menjadi *sharing power* dengan daerah. Terjadinya tuntutan perubahan regulasi SDM kesehatan yang tadinya otoritas sangat terpusat menjadi lebih diwarnai otoritas daerah. Status tenaga dipekerjakan dan diperbantukan mungkin perlu ditinjau ulang, untuk memberikan otoritas lebih besar kepada daerah untuk mengelola SDM kesehatan sesuai dengan

kebutuhan mereka. Terjadinya perubahan jelas terhadap fungsi dan tanggung jawab pusat dengan daerah secara jelas. Separasi bidang kerja antara pusat dan daerah menjadi hal yang perlu ditentukan secara jelas dan konsisten.

4. Pengembangan SDM Kesehatan

Pengembangan SDM kesehatan bersumber dari beberapa diklat atau pelatihan yang diadakan baik dari tingkat Kabupaten atau Kota maupun Provinsi. Diklat tersebut merupakan salah satu wadah dalam SDM Kesehatan memperoleh keahlian yang sesuai dengan bidangnya selain adanya kesempatan yang diberikan bagi SDM kesehatan untuk dapat melanjutkan pada tingkat pendidikan yang tinggi lagi. Pelatihan merupakan salah satu faktor dalam pengembangan sumber daya manusia. Pelatihan tidak saja menambah pengetahuan karyawan, tetapi juga meningkatkan keterampilan yang mengakibatkan peningkatan produktivitas kerja (Yuniarsih & Suwatno, 2008).

Rendahnya kualitas SDM kesehatan dan kompetensi tenaga kerja berimplikasi pada rendahnya kualitas layanan yang diberikan dan lemahnya daya saing bangsa. Penguatan kompetensi SDM sebagai bagian utama dalam penguatan mutu tenaga kesehatan memerlukan keselarasan pola pembinaan pelatihan dan keterampilan kerja. Oleh sebab itu, diperlukan suatu lembaga standarisasi dan sertifikasi kompetensi kerja yang bersifat nasional dan diakui oleh semua pihak (Kurniati & Efendi, 2011).

Namun demikian dalam upaya pengembangan ini bukan berarti tidak terdapat kendala didalamnya dimana para informan menjelaskan pengembangan SDM kesehatan belum maksimal dikarenakan oleh anggaran yang masih sangat minim untuk diadakannya sebuah diklat. Umumnya pelatihan yang ada lebih banyak untuk tenaga teknis sedangkan untuk SDM kesehatan sendiri lebih banyak bersumber dari pengadaan pelatihan di Provinsi ataupun dari anggaran yang bersumber dari APBN.

Program pengembangan mengajarkan berbagai keterampilan baru kepada para karyawan agar mereka tidak menjadi usang dan untuk memenuhi keinginan karier mereka akibat perubahan lingkungan kerja. Kemudian dilakukan penilaian prestasi kerja yang bertujuan untuk melihat kinerja pegawai apakah sudah sesuai dengan diharapkan. Selanjutnya pengembangan dilakukan dengan bimbingan konseling, disiplin, serta berlanjut pada pengembangan organisasi (Rachmawati, 2008).

5. Pemeliharaan SDM Kesehatan

Pemeliharaan SDM dapat dilakukan melalui penyediaan fasilitas yang lengkap yang dapat menunjang kerja SDM kesehatan selain diikuti sertakan dalam pelatihan. Pemeliharaan SDM ini dipandang penting dalam

mengsukseskan pencapaian tujuan dari program-program yang ada di instansi yang lebih khususnya bagi tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan langsung kepada masyarakat, sebab ujung tombak dari pelayanan kesehatan terletak pada pencapaian akan derajat kesehatan yang seutuhnya.

Kegiatan pemeliharaan ini dilakukan dengan melihat prestasi kerja pegawai. Tidak hanya sekedar dievaluasi, tetapi juga menunjukkan seberapa baik berbagai kegiatan personalia telah dilakukan. Bila karyawan melaksanakan pekerjaan dengan baik, mereka harus menerima kompensasi yang layak dan adil (Rachmawati, 2008). Pemeliharaan pegawai harus mendapat perhatian yang sungguh dari atasan. Jika pemeliharaan kurang diperhatikan semangat kerja, sikap bahkan loyalitas pegawai akan menurun. Menurut Hasibuan (2005) menyatakan *maintance* adalah usaha mempertahankan dan atau meningkatkan kondisi fisik, mental dan sikap karyawan, agar mereka tetap loyal dan bekerja produktif untuk menunjang tercapainya tujuan perusahaan (Yuniarsih dan Suwatno, 2011).

Pemeliharaan SDM disini dimaksudkan sebagai suatu kegiatan manajemen untuk mempertahankan stamina SDM dalam melakukan pekerjaannya dalam perusahaan. Untuk memelihara stamina tenaga kerja maka perlu dilakukan usaha perlindungan fisik, jiwa dan raga para karyawan dari berbagai ancaman yang merugikan. Upaya pemeliharaan ini perlu dilakukan terus menerus karena SDM yang kurang mendapat perhatian dan pemeliharaan dari perusahaan akan menimbulkan masalah, semangat kerja dan prestasi karyawan akan merosot, loyalitas karyawan menurun.

Jika hal ini terjadi maka akan berakibat pada tingginya tingkat kemangkiran (bolos) karyawan. Oleh karena itulah, suatu perusahaan yang ingin berkembang harus melakukan kegiatan pemeliharaan terhadap SDM yang bekerja diperusahaan. Karena pemeliharaan karyawan erat hubungannya dengan tingkat produktivitas karyawan terhadap suatu perusahaan (Rosidah, 2009).

6. Issue Strategis SDM Kesehatan

Memiliki perkembangan tenaga kesehatan sebagaimana telah diuraikan dengan ini dan ke depan masih dihadapi isu strategis atau masalah pokok dalam pengembangan tenaga kesehatan sebagai berikut:

- a. Pengembangan tenaga kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan untuk pelayanan/pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan terus membaik dalam jumlah, kualitas dan penyebarannya, namun masih belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan

dan kepulauan. Mutu tenaga kesehatan belum memiliki daya saing dalam memenuhi permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri

- b. Regulasi untuk mendukung upaya pengembangan tenaga kesehatan masih terbatas
- c. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masih perlu ditingkatkan dan belum didukung dengan sistem informasi tenaga kesehatan yang memadai. Rencana kebutuhan tenaga kesehatan yang menyeluruh belum disusun sesuai yang diharapkan, sehingga belum sepenuhnya dapat dipergunakan sebagai acuan dalam pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.
- d. Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan/pendidikan berbagai jenis tenaga kesehatan. Kajian jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan tersebut belum dilakukan sebagaimana mestinya. Kualitas hasil pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan pada umumnya masih kurang memadai. Masih banyak institusi pendidikan tenaga kesehatan yang belum terakreditasi dan memenuhi standar. Hal ini akan berdampak terhadap kompetensi dan kualitas lulusan tenaga kesehatan. Masih banyak institusi pendidikan tenaga kesehatan yang belum terakreditasi dan memenuhi *standard*. Hal ini akan berdampak terhadap kompetensi dan kualitas lulusan tenaga kesehatan. Permasalahan pendidikan tenaga kesehatan pada umumnya bersifat sistemik, antara lain terdapat ketidaksesuaian kompetensi lulusan pendidikan dengan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat, lemahnya kerja sama antara pelaku dalam pembangunan kesehatan dan pendidikan tenaga kesehatan, lebih dominannya pendidikan tenaga kesehatan yang berorientasi ke Rumah Sakit dibandingkan dengan *Primary Health Care*.
- e. Dalam pendayagunaan tenaga kesehatan, pemerataan dan pemanfaatan tenaga kesehatan yang berkualitas masih kurang, utamanya di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, kepulauan dan daerah yang kurang diminati. Hal ini disebabkan oleh disparitas sosial ekonomi, budaya maupun kebijakan pemerintah daerah termasuk kondisi geografis antar daerah mengurangi minat tenaga kesehatan untuk ditempatkan di daerah tersebut. Selain itu pengembangan dan pelaksanaan pola pengembangan karier, sistem penghargaan dan sanksi belum dilaksanakan sesuai yang diharapkan. Pengembangan profesi yang berkelanjutan (*Continue Professional Development=CPD*), serta *Training Need Assesment* (TNA) masih perlu dikembangkan.

- f. Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan masih belum dapat dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan. Registrasi dan sertifikasi tenaga kesehatan masih terbatas pada tenaga dokter dan dokter gigi. Sosialisasi dan penerapan peraturan perundang-undangan di bidang pengembangan tenaga kesehatan belum dilaksanakan secara memadai.
- g. Sumber daya pendukung pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan masih terbatas. Sistem informasi tenaga kesehatan belum sepenuhnya dapat menyediakan data yang akurat, terpercaya dan tepat waktu. Dukungan sumber daya pembiayaan dan lain-lain sumber daya belum memadai.

B. ANALISIS JABATAN

1. Definisi

Analisis jabatan terdiri atas dua kata, analisis dan jabatan. Analisis merupakan aktivitas berpikir untuk menjabarkan pokok persoalan menjadi bagian, komponen, atau unsur, serta kemungkinan keterkaitan fungsinya. Sedangkan jabatan adalah sekumpulan/sekelompok tugas dan tanggung jawab yang akan, sedang dan telah dikerjakan oleh tenaga kerja dalam kurun waktu tertentu. Dengan demikian analisis pekerjaan dapat diartikan sebagai suatu aktivitas untuk mengkaji, mempelajari, mengumpulkan, mencatat, dan menganalisis ruang lingkup suatu pekerjaan secara sistematis dan sistemik (Sastrohadwiryono, 2002).

Analisis jabatan merupakan bagian dari perencanaan sumber daya manusia. Menurut Flippo (1994), "Analisis jabatan adalah proses mempelajari dan mengumpulkan informasi yang berhubungan dengan operasi dan tanggung jawab suatu pekerjaan tertentu." Flippo menekankan bahwasanya ada dua kegiatan utama dalam analisis jabatan, yaitu mengumpulkan informasi tentang operasi dan tanggung jawab suatu pekerjaan dan mempelajarinya lebih mendalam.

Dalam organisasi terdapat posisi yang harus diisi melalui pekerjaan yang ada. Posisi pekerjaan yang sudah ada biasa diketahui lewat lowongan-lowongan perusahaan. Departemen sumber daya manusia harus memahami bahwa untuk memelihara koordinasi pekerjaan maka pengetahuan tentang analisis jabatan dan desain pekerjaan tidak boleh dilewatkan.

Untuk meraih kualitas kerja yang tinggi, organisasi harus memahami dan menyeraskan permintaan kerja dan individu. Hal ini disebut analisis jabatan atau analisis pengetahuan pada susunan kepegawaian, pelatihan, penilaian kinerja, dan kegiatan sumber daya manusia lainnya. Sebagai contoh evaluasi penyelia pada pekerjaan karyawan harus didasarkan pada kinerja dan tuntutan kerja. Pada perusahaan kecil, manajer garis mungkin melaksanakan analisa

jabatan, tapi biasanya pekerjaan selesai oleh seorang *professional* sumber daya manusia. Beberapa organisasi besar mungkin mempunyai departemen manajemen kompensasi yang di dalamnya termasuk analisis jabatan.

2. Tujuan Analisis Jabatan

Analisis jabatan penting dilakukan sebelum diadakan perekrutan tenaga kerja. Ada beberapa manfaat yang diperoleh dengan mengadakan analisis pekerjaan, yang juga merupakan tujuan dari dilakukannya analisis jabatan. Adapun tujuan analisis pekerjaan yaitu: Memperoleh tenaga kerja pada posisi yang tepat, Memberikan kepuasan pada diri tenaga kerja dan Menciptakan iklim dan kondisi kerja yang kondusif.

3. Kegunaan Analisis Jabatan

- a. Pengadaan tenaga kerja: Spesifikasi jabatan merupakan *standart* personalia yang digunakan sebagai pembandingan para calon tenaga kerja. Isi spesifikasi jabatan akan memberikan dasar pembentukan prosedur seleksi nantinya.
- b. Pelatihan: Isi uraian tugas dan pekerjaan dapat digunakan sebagai dasar untuk mengambil keputusan, khususnya dalam hal program pelatihan dan pengembangan sumber daya manusia.
- c. Evaluasi kinerja: Persyaratan-persyaratan dan uraian jabatan dapat dinilai sebagai dasar untuk menentukan nilai pegawai dalam pemberian kompensasi yang layak.
- d. Penilaian prestasi: Untuk menentukan apakah pekerjaan dapat diselesaikan dengan baik maka deskripsi jabatan akan sangat membantu untuk pemilihan sasaran pekerjaan.
- e. Promosi dan transfer pegawai: Informasi dan data pegawai akan membantu proses pengambilan keputusan sebagai dasar program promosi dan transfer pegawai.
- f. Organisasi: Informasi data yang dimiliki dapat pula membantu manajemen akan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dan sasaran tujuan organisasi tercapai. Hal ini untuk mengindikasikan ada tidaknya yang perlu diubah dalam suatu organisasi.
- g. Induksi: Uraian jabatan sangat berguna terutama pada pegawai baru, untuk tujuan orientasi karena akan memberikan gambaran pada pegawai baru tentang pekerjaan yang harus dilakukan.
- h. Konsultasi: Informasi jabatan akan bermanfaat bagi pemberian konsultasi baik yang belum bekerja maupun yang sudah bekerja tetapi merasa tidak sesuai dengan jabatan yang ada sekarang.

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas

1. Salah satu aspek yang perlu kita cermati dengan seksama sebagai dampak pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan ini adalah dalam hal manajemen tenaga kesehatan, apa yang saudara pahami tentang manajemen tenaga kesehatan yang efektif?
2. Jelaskan alasan mendasar dalam pengadaan SDM tenaga kesehatan disuatu wilayah?
3. Mengapa terjadi penumpukan tenaga kesehatan di perkotaan dibandingkan daerah pinggiran? Jelaskan argumentasi saudara!
4. Bila dalam suatu layanan kesehatan tidak memungkinkan adanya penambahan tenaga kesehatan, kebijakan kongkrit apa yang bisa saudara lakukan bila saudara sebagai pimpinan?
5. Sebutkan salah satu kegunaan analisis jabatan dan berikan contohnya!

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 131/ Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional 2004.
- Departemen Kesehatan RI (2004). Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit
- Flippo, Edwin B. 1994. Manajemen Personalialia. Erlangga, Jakarta.
- Grace A. Salamate, A. J. M. Rattu, J. N. Pangemanan (Analisis Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara. JIKMU, Suplemen Vol. 4, No. 4, Oktober 2014
- Hapsara, R. Habib Rachmat (2004). Pembangunan Kesehatan di Indonesia; Prinsip Dasar, Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa Depan, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Ilyas, Y (2004). Perencanaan SDM Rumah Sakit; Metode, Teori dan Formula, Badan Penerbit FKM UI, Depok.
- Kepmenkes 2004 nomor :81/MENKES/SK/I/2004 Tentang Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan DiTingkat Propinsi, Kab/Kota Serta Rumah Sakit.
- Kurniati, A., dan F, Efendi. 2012. Kajian SDM Kesehatan di Indonesia. Salemba Medika. Jakarta.
- Meliiala, Andreasta (2005). Desentralisasi Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan; Pengalaman Implementasi di Daerah Istimewa Yogyakarta. dalam: Trisnantoro L, (editor), Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001-2003, Apakah Merupakan Periode Uji Coba? Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Misnaniarti, 2010. Aspek Penting Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan Di Era Desentralisasi. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. Vol 1 No 01 Maret 2010.
- Rachmawati, I.K. 2008. Manajemen Sumber Daya Manusia. Penerbit Andi Offset. Yogyakarta.
- Rosidah, Ambar, Teguh. Sulistiyani. (2009). Manajemen Sumber Daya Manusia. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sarwoto (1991). Dasar-dasar Organisasi dan Manajemen. Ghalia Indonesia. Jakarta

- Sastrohadiwiryono. B.S 2002. Manajemen Tenaga Kerja Indonesia Pendekatan Administrasi dan Operasional. Jakarta: Bumi Aksara
- Sutrisno, Edi. 2009. Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi pertama. Jakarta: Kencana Prenada Media Group
- Trisnantoro L, (2005), Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001-2003, Apakah Merupakan Periode UjiCoba? Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Yuniarsih, Tjutju & Suwatno. (2008). Manajemen Sumber Daya Manusia. Bandung: Alfabeta



REKRUTMEN DAN SELEKSI DALAM ORGANISASI

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Proses rekrutmen dalam organisasi
2. Proses seleksi dalam organisasi

Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM) pada hakikatnya merupakan aset utama dan bagian integral dari suatu organisasi maupun perusahaan. MSDM yang strategis memandang bahwa karyawan pada semua bidang pekerjaan dan tingkat apapun adalah baik secara struktural maupun fungsional. Karyawan merupakan salah satu faktor produksi, oleh karena itu harus dimanfaatkan secara maksimal dan produktif tujuan suatu perusahaan tidak akan dapat terwujud tanpa peran aktif karyawan meskipun alat-alat yang dimiliki perusahaan begitu canggih dan lengkap. Proses rekrutmen merupakan upaya pencarian ataupun penarikan tenaga kerja bagi suatu organisasi/ lembaga untuk mengisi lowongan yang tersedia.

Sebagai proses awal dalam perekrutan, yang perlu diperhatikan adalah proses perencanaannya. Perencanaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi berapa banyak sumber daya manusia yang akan diterima dari lamaran yang masuk, diseleksi sampai dengan pertimbangan akhir. Ketika proses tersebut telah dilakukan, maka tahap selanjutnya adalah pihak organisasi akan melaksanakan rekrutmen tenaga kerja. Agar informasi rekrutmen diketahui oleh para pencari kerja, berikutnya adalah memasang pengumuman melalui media yang ada. Media tersebut baik media cetak maupun media elektronik

ataupun melalui orang lain yang mengetahui adanya informasi mengenai rekrutmen. Maksudnya rekrutmen dilakukan untuk mendapatkan ketegasan tentang kecakapan kepribadian dan kemampuan lain-lain yang dimiliki tenaga kerjanya yang baru ditarik.

Data yang diperoleh dari tenaga kerja dipandang sangat perlu untuk mendapatkan tenaga kerja yang berkualitas dari proses rekrutmen tersebut akan didapatkan tenaga kerja yang dibutuhkan perusahaan. Tenaga yang berkualitas akan membantu perusahaan dalam meningkatkan kinerja tenaga kerjanya. Dengan demikian tenaga dapat bekerja dengan semangat dan gairah kerja serta kedisiplinan yang baik dalam meningkatkan produktivitas kerja mereka sehingga akan menunjang tercapainya tujuan perusahaan. Kinerja karyawan merupakan hasil olah pikir dan tenaga dari seorang karyawan terhadap pekerjaan yang dilakukannya dapat berwujud, dilihat, dihitung jumlahnya, akan tetapi dalam banyak hal hasil olah pikiran dan tenaga tidak dapat dihitung dan dilihat, seperti ide-ide pemecahan suatu persoalan, inovasi baru suatu produk barang atau jasa, bisa juga merupakan penemuan atas prosedur kerja yang lebih efisien.

A. REKRUTMEN

1. Definisi Rekrutmen

Menurut Gomes (1995) rekrutmen merupakan proses mencari, menemukan, dan menarik para pelamar untuk dipekerjakan dalam dan oleh suatu organisasi. Rekrutmen merupakan proses komunikasi dua arah. Pelamar-pelamar menghendaki informasi yang akurat mengenai seperti apakah rasanya bekerja di dalam organisasi bersangkutan. Organisasi-organisasi sangat menginginkan informasi yang akurat tentang seperti apakah pelamar-pelamar tersebut jika kelak mereka diangkat sebagai pegawai

Kemudian Schermerhorn (1997) mendefinisikan bahwa rekrutmen adalah proses penarikan sekelompok kandidat untuk mengisi posisi yang lowong. Perekrutan yang efektif akan membawa peluang pekerjaan kepada perhatian dari orang-orang yang berkemampuan dan keterampilannya memenuhi spesifikasi pekerjaan. Menurut Noe (2000) rekrutmen didefinisikan sebagai pelaksanaan atau aktivitas organisasi awal dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan mencari tenaga kerja yang potensial

Rekrutmen merupakan serangkaian aktivitas untuk mencari dan memikat pelamar kerja dengan motivasi, kemampuan, keahlian dan pengetahuan yang diperlukan guna menutupi kekurangan yang diidentifikasi dalam perencanaan kepegawaian. Sebelum perusahaan dapat menyeleksi dan mengangkat pelamar yang mempunyai kualifikasi terbaik, terlebih dahulu harus direkrut orang-orang untuk pekerjaan yang tersedia. Para pelamar menunjukkan bahwa

mereka adalah calon-calon yang menarik dan harus mencoba untuk meminta organisasi agar memberikan informasi guna menentukan apakah mereka akan bergabung dengannya.

2. Tujuan Rekrutmen

Tujuan dilakukannya rekrutmen adalah menyediakan sekumpulan calon karyawan yang memenuhi syarat, agar konsisten dengan strategi, wawasan dan nilai perusahaan, untuk membantu mengurangi kemungkinan keluarnya karyawan yang belum lama bekerja.

Menurut Simamora (1997) rekrutmen memiliki beberapa tujuan, antara lain sebagai berikut:

- a. Untuk memikat sebagian besar pelamar kerja sehingga organisasi akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk melakukan pemilihan terhadap calon-calon pekerja yang dianggap memenuhi standar kualifikasi organisasi.
- b. Tujuan pasca pengangkatan adalah penghasilan karyawan-karyawan yang merupakan pelaksana-pelaksana yang baik dan akan tetap bersama dengan perusahaan sampai jangka waktu yang masuk akal.
- c. Meningkatkan citra umum organisasi, sehingga para pelamar yang gagal mempunyai kesan-kesan positif terhadap organisasi atau perusahaan.

3. Proses Rekrutmen

a. *Sourcing Process*

Proses pengadaan adalah proses menarik pelamar yang memenuhi kebutuhan yang ada melalui sumber yang tersedia. Metode yang umum digunakan adalah sumber daya internal dan eksternal. Untuk menarik pelamar, ada berbagai pilihan: surat langsung, bursa kerja, *headhunter* (konsultan perusahaan).

b. *Selection Process*

Proses seleksi adalah proses penyaringan pelamar untuk kandidat yang memenuhi kebutuhan perusahaan. Berikut ini beberapa opsi untuk proses seleksi: Psikometri (Tes Psikologis), Wawancara Psikologi, Tes teknis, Tes keterampilan.

c. *User Process*

Memahami proses pengguna adalah proses menemukan orang yang tepat untuk posisi yang dibutuhkan atau tersedia, yang diperoleh dari kandidat yang ada yang lulus proses seleksi. Secara umumnya, fase proses dilakukan sebagai berikut: Wawancara oleh *direct user (manager)* dan *indirect user (director)*, *Medical chek up*, *Sign contact & administration*, Orientasi karyawan baru.

4. Metode Rekrutmen

Metode rekrutmen memiliki pengaruh yang besar terhadap jumlah lamaran yang masuk kedalam perusahaan atau organisasi. Menurut Hasibuan (2010), ada 2 (dua) metode rekrutmen, yaitu:

a. Metode Tertutup

Rekrutmen dengan metode tertutup adalah cara menarik pelamar dengan menginformasikan hanya kepada karyawan atau orang tertentu. Hal ini menyebabkan jumlah lamaran yang masuk akan sedikit sehingga untuk memperoleh karyawan yang baik akan lebih sulit.

b. Metode Terbuka

Proses rekrutmen dengan metode terbuka adalah cara penarikan karyawan dilakukan dengan menginformasikannya secara luas seperti melalui iklan. Dengan metode terbuka ini maka diharapkan jumlah lamaran yang akan masuk ke dalam perusahaan akan banyak sehingga perusahaan berkesempatan mendapatkan karyawan yang baik.

1) Iklan (*Job Advertisements*)

Salah satu opsi paling umum untuk rekrutmen eksternal adalah penggunaan iklan yang dicetak di surat kabar lokal nasional atau internasional. Selain media cetak (koran, majalah, tabloid) iklan untuk pelamar juga dapat ditampilkan di media lain seperti televisi, radio, situs web dan media sosial seperti Facebook dan Twitter.

2) Rekomendasi dari Internal Perusahaan (*Employee Referral*)

Dalam pengaturan dari luar, manajemen dapat membuat rekomendasi kepada karyawan. Karyawan perusahaan dapat mengusulkan anggota keluarga, teman atau kenalan yang cocok untuk posisi yang kosong.

3) Perusahaan Penyedia Tenaga Kerja (*Employment and Recruitment Agencies*)

Perusahaan yang membutuhkan pekerja terkadang juga menggunakan jasa agen atau perusahaan pemasok tenaga kerja untuk mengisi lowongan. Agen tenaga kerja biasanya akan mencari dan memilih pelamar pertama sebelum mengirimkan kandidat ke perusahaan yang memintanya.

4) Lembaga Pendidikan (*Educational Institution*)

Dalam beberapa kasus, perusahaan yang membutuhkan pekerja beralih ke sekolah atau perguruan tinggi untuk menarik calon karyawan potensial. Perekrutan melalui lembaga pendidikan ini biasanya hanya membawa serta pekerja yang kurang berpengalaman dalam pekerjaan, karena mereka direkrut setelah lulus sebagai karyawan. Namun, ada juga sekolah yang memiliki kontak dengan

alumni mereka untuk menemukan pelamar yang sudah memiliki pengalaman di bidang yang diinginkan.

5) Lembaga Pemerintahan (*Government Job Center*)

Kantor ketenagakerjaan publik di lembaga pemerintah biasanya menawarkan layanan iklan untuk mengurangi pengangguran dan penciptaan lapangan kerja dari orang yang mereka sayangi. Pemerintah, terutama Departemen atau Departemen Tenaga Kerja, akan mengumpulkan pencari kerja dan membantu pencari kerja dengan perusahaan yang membutuhkan pekerja.

5. Kendala Rekrutmen

Di dalam proses rekrutmen ini perusahaan tentunya akan menghadapi berbagai kendala baik yang bersumber dari dalam perusahaan, pelaksanaan rekrutmen ataupun lingkungan eksternal. Menurut Hasibuan (2010), kendala rekrutmen adalah sebagai berikut:

- a. Kebijakan perusahaan, Berbagai kebijaksanaan perusahaan merupakan gambaran dari berhasil atau tidaknya proses rekrutmen calon karyawan. Kebijakan perusahaan ini akan sangat berpengaruh terhadap proses rekrutmen seperti kompensasi, promosi, status karyawan, kesejahteraan, dll.
- b. Persyaratan jabatan, Dengan semakin banyaknya syarat yang diajukan oleh perusahaan maka jumlah pelamar yang akan mendaftar akan semakin sedikit. Begitupun sebaliknya jika perusahaan memberikan persyaratan yang sedikit maka akan membuat jumlah pelamar akan semakin banyak.
- c. Metode pelaksanaan rekrutmen, Dengan semakin terbukanya metode rekrutmen maka akan semakin banyak pelamar yang akan mendaftar dan begitu juga sebaliknya.
- d. Kondisi pasar tenaga kerja, Bila penawaran tenaga kerja yang ada semakin banyak maka semakin banyak pelamar kerja yang serius akan mendaftar.
- e. Solidaritas perusahaan
Arti Solidaritas perusahaan ini adalah tingkat kepercayaan masyarakat terhadap perusahaan seperti besarnya perusahaan.
- f. Kondisi lingkungan eksternal. Bila situasi perekonomian sedang berkembang dengan pesat dan persaingan sangat banyak akan membuat jumlah pelamar semakin sedikit.

B. SELEKSI

1. Definisi seleksi

Untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang pengertian seleksi, akan dikutip beberapa pendapat dari beberapa ahli, antara lain: Menurut Handoko (1996), Seleksi adalah serangkaian langkah kegiatan yang digunakan untuk memutuskan apakah pelamar diterima atau tidak diterima perusahaan tersebut.

Menurut Hasibuan (2002), Seleksi adalah suatu kegiatan pemilihan dan penentuan pelamar yang diterima atau ditolak untuk menjadi karyawan perusahaan. Seleksi ini didasarkan kepada spesifikasi tertentu dari setiap perusahaan yang bersangkutan.

Dari definisi diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa seleksi pegawai adalah memperoleh karyawan yang paling tepat dalam kualitas maupun kuantitas dari calon-calon yang akan ditariknya. Dan dapat ditambahkan kembali bahwa seleksi sangat berperan bila ternyata para karyawan berprestasi baik sesuai dengan yang diharapkan. Oleh karena itu seleksi merupakan hal penting untuk dilaksanakan.

2. Faktor-faktor yang Harus Diperhatikan dalam Seleksi Pegawai

Telah umum dimaklumi bahwa proses seleksi bukanlah kegiatan yang berdiri sendiri. Artinya dalam melakukan kegiatan seleksi berbagai masukan perlu pula diperhitungkan dan dipertimbangkan. Rencana sumber daya manusia pun harus dipertimbangkan karena dalam rencana itulah tergambar lowongan apa yang akan terjadi, untuk pekerjaan apa, bilamana lowongan itu akan terjadi, persyaratan apa yang harus dipenuhi oleh pelamar. Hasil rekrutmen juga merupakan faktor yang tidak bisa tidak harus diperhitungkan.

Disamping itu, dalam menentukan jenis dan langkah-langkah dalam proses seleksi, empat macam tantangan perlu diperhatikan dan dihadapi petugas seleksi, yaitu: penawaran tenaga kerja, tantangan etis, tantangan organisasional, dan kesamaan kesempatan memperoleh pekerjaan.

a. Penawaran Tenaga Kerja

Secara umum dapat dikatakan bahwa semakin banyak jumlah pelamar untuk seleksi, semakin baik bagi organisasi karena dengan demikian semakin besar jaminan bahwa pelamar yang terseleksi dan diterima sebagai pegawai benar-benar merupakan tenaga kerja yang yang paling memenuhi berbagai persyaratan yang telah ditentukan bagi pekerjaan yang akan dilakukan. Akan tetapi bukanlah merupakan hal yang mustahil bahwa jumlah pelamar kurang dari yang diharapkan.

Ada dua kemungkinan mengapa bisa terjadi demikian. Pertama, karena imbalan yang rendah karena sifat pekerjaan yang tergolong pada pekerjaan yang berada pada anak tangga terendah dalam hierarki organisasi. Kedua, karena sifat pekerjaan yang menuntut spesialisasi tinggi sehingga tidak banyak pencari kerja yang memenuhi persyaratan yang telah ditentukan meskipun imbalannya cukup tinggi pula.

b. Faktor Etika

Memegang teguh norma-norma etika menuntut antara lain disiplin pribadi yang tinggi, kejujuran yang tidak tergoyahkan, integritas karakter serta objektivitas yang didasarkan pada kriteria yang rasional. Hal ini sangat penting karena tidak mustahil perekrut dihadapkan kepada berbagai godaan, seperti menerima hadiah, disogok oleh pelamar, mengontrol nilai seleksi dari pelamar yang mempunyai hubungan darah atau kaitan primordial lainnya atau hal-hal lain yang mengakibatkan perekrut mengambil keputusan yang didasarkan pada pertimbangan subjektif.

Situasi demikian sering dihadapi oleh perekrut dalam masyarakat yang berbagai ikatan primordialnya, seperti kesukuan dan kedaerahan yang masih kuat. Ditambah lagi dengan kenyataan bahwa dalam berbagai masyarakat tradisional, berlaku apa yang dikenal "*extended family system*" berbeda dengan masyarakat maju terutama didunia Barat dimana norma-norma kehidupan seseorang didasarkan pada "*nucleus family system*".

c. Faktor Internal Organisasi

Para perekrut tenaga kerja pada umumnya menyadari bahwa situasi internal organisasi harus dipertimbangkan juga dalam merekrut dan menyeleksi tenaga kerja baru. Misalnya, besar kecilnya anggaran yang dialokasikan untuk belanja pegawai menentukan berapa banyak pegawai baru yang boleh direkrut, untuk memangku jabatan apa dan melakukan pekerjaan apa. Juga apakah untuk mengisi lowongan baru atau mengganti tenaga kerja lama karena alasan tertentu, seperti berhenti atas permintaan sendiri, diberhentikan tidak atas permintaan sendiri, memasuki masa *pension* atau karena ada pegawai yang meninggal dunia.

Faktor internal lain yang harus diperhitungkan adalah kebijaksanaan atau strategi organisasi mengenai arah perjalanan organisasi dimasa yang akan *dating*. Misalnya, apakah organisasi merencanakan perluasan usaha, baik produk yang dihasilkan maupun wilayah kerjanya, yang pada gilirannya menuntut tersedianya tenaga kerja baru. Sebaliknya, mungkin pula organisasi memutuskan untuk menciutkan kegiatannya.

d. Faktor Kesamaan Kesempatan

Diberbagai Negara atau masyarakat, masih saja terdapat praktek pemanfaatan sumber daya manusia yang sifatnya diskriminatif. Ada kalanya praktek diskriminatif tersebut didasarkan atas warna kulit, daerah asal, ataupun latar belakang sosial. Dengan kata lain, terhadap sekelompok yang diidentifikasi sebagai minoritas diberlakukan pembatasan tertentu sehingga mereka tidak memperoleh kesempatan yang sama dengan warga masyarakat lainnya untuk memperoleh pekerjaan. Secara etika dan moral tentunya praktek tersebut tidak dapat dibenarkan. Tidak ada alasan apapun yang membenarkan tindakan dan praktek demikian.

3. Kualifikasi yang Menjadi Dasar Seleksi

Proses seleksi sangat penting dalam memberikan penilaian akan sifat-sifat, watak, dan kemampuan para pelamar secara tepat, teliti dan lengkap. Beberapa kualifikasi berikut ini menjadi dasar dalam proses seleksi.

a. Keahlian

Merupakan salah satu kualifikasi utama yang menjadi dasar dalam proses seleksi, kecuali bagi jabatan yang tidak memerlukan keahlian. Penggolongan keahlian dapat dikemukakan sebagai berikut: *Technical skill*, yaitu keahlian teknik yang harus dimiliki para pegawai pelaksana. *Human skill*, yaitu keahlian yang harus dimiliki oleh mereka yang akan memimpin beberapa orang bawahan. *Conceptual skill*, yaitu keahlian yang harus dimiliki oleh mereka yang akan memangku jabatan puncak pimpinan sebagai figur yang mampu mengkoordinasi berbagai aktivitas untuk mencapai tujuan organisasi.

b. Pengalaman

Dalam proses pelamaran suatu pekerjaan, pengalaman pelamar cukup penting artinya dalam suatu proses seleksi. Suatu organisasi cenderung akan memilih pelamar yang berpengalaman dari pada yang tidak berpengalaman karena dipandang lebih mampu melaksanakan tugasnya. Selain itu, kemampuan intelegensi juga menjadi dasar pertimbangan selanjutnya, sebab orang yang memiliki intelegensi yang baik biasanya orang yang memiliki kecerdasan yang cukup baik. Faktor pengalaman saja tidak cukup untuk menentukan kemampuan seseorang pelamar dalam menyelesaikan tugasnya dengan baik.

c. Usia

Perhatian dalam proses seleksi juga ditunjukkan pada masalah usia para pelamar. Usia muda dan usia lanjut tidak menjamin diterima tidaknya seseorang pelamar. Mereka memiliki usia lanjut tenaga fisiknya relatif terbatas meskipun banyak pengalaman. Mereka yang berusia muda

mungkin saja memiliki vitalitas yang cukup baik. Tetapi rasa tanggung jawabnya relatif kurang dibandingkan dengan usia dewasa. Oleh karena itu, yang terbaik pelamar yang berusia sedang atau sekira usia 30 tahun.

d. Jenis kelamin

Jenis kelamin memang sering pula diperhatikan, terlebih-lebih untuk jabatan tertentu. Jabatan-jabatan memang dikhususkan untuk pria, ada juga yang khusus untuk wanita. Tetapi banyak juga yang terbuka untuk kedua jenis kelamin tersebut.

e. Pendidikan

Kualifikasi pelamar merupakan cermin dari hasil pendidikan dan pelatihan sebelumnya, yang akan menentukan hasil seleksi selanjutnya dan kemungkinan penempatannya dalam organisasi bila pelamar yang bersangkutan diterima. Tanpa adanya latar belakang pendidikan tersebut maka proses pemilihan atau seleksi akan menjadi sulit.

f. Kondisi fisik dan penampilan

Kondisi fisik seseorang pelamar kerja turut memegang peranan penting dalam proses seleksi. Bagaimana pun juga suatu organisasi secara optimal akan senantiasa ingin memperoleh tenaga kerja yang sehat jasmani dan rohani kemudian memiliki postur tubuh yang cukup baik terutama untuk jabatan tertentu. Menurut Manullang, dalam jabatan tertentu, penampilan juga merupakan salah satu kualifikasi yang menentukan berhasil atau tidaknya seseorang dalam melaksanakan tugasnya. Misalnya, tugas sebagai pramugari, pelayan toko dan sebagainya.

g. Bakat dan karakter

Bakat seseorang calon pelamar tenaga kerja turut juga memegang kunci sukses dalam proses seleksi. Bakat ini dapat tampak pada tes-tes, baik fisik maupun psikolog. Dari tes-tes tersebut dapat diketahui bakat yang tersembunyi, yang suatu saat dapat dikembangkan. Temperamen adalah pembawaan seseorang. Temperamen tidak dipengaruhi oleh pendidikan, namun berhubungan langsung dengan emosi seseorang. Temperamen adalah sifat yang mempunyai dasar bersumber pada faktor-faktor dalam jasmani bagian dalam, yang di timbulkan oleh proses-proses biokimia. Temperamen seseorang itu bermacam-macam, ada yang periang, tenang dan tenteram, bersemangat, pemarah, pemurung, pesimis, dll. Hal ini menentukan sukses tidaknya seleksi atau tempat yang cocok bagi seseorang pelamar bila diterima bekerja dalam organisasi. Karakter berbeda dengan temperamen meskipun ada hubungan yang erat antara keduanya. Temperamen adalah faktor endogen, sedangkan karakter adalah faktor *exogen*. Suatu karakter seseorang dapat diubah melalui pendidikan, sedangkan temperamen tidak dapat diubah.

4. Metode dalam Seleksi Penerimaan Karyawan

Beberapa metode yang tepat untuk menyeleksi para calon karyawan menurut Hasibuan (2002), metode-metode tersebut diantaranya, sebagai berikut: Metode *Non* Ilmiah adalah seleksi yang dilakukan dimana dasar pemilihannya tidak didasarkan kepada kriteria atau standar ataupun spesifikasi jabatan, tetapi hanya berdasarkan kepada perkiraan pengalaman. Metode ini merupakan metode seleksi yang berdasarkan tradisi lama atau metode lama, itu mempunyai kelemahan besar yaitu tidak mempunyai pegangan yang pasti akan tepat tidaknya seorang karyawan untuk memangku suatu jabatan. Menggunakan bahan-bahan pertimbangan sebagai berikut: Surat lamaran bermaterai atau tidak, Ijazah sekolah dan daftar nilai, Surat keterangan pekerjaan dan pengalaman, Referensi atau rekomendasi dari pihak yang dapat dipercaya. Mengadakan wawancara langsung dengan pelamar yang bersangkutan.

Metode ilmiah adalah seleksi yang dalam pelaksanaannya berdasarkan kepada spesifikasi jabatan dan kebutuhan nyata yang akan diisi serta pedoman kepada kriteria dan standar tertentu. Seleksi metode ini merupakan pengembangan seleksi *non*-ilmiah. Dalam metode Ilmiah berdasarkan ilmu pengetahuan diadakan *test* kepada calon karyawan yang mana nilai dan hasil *test* tersebut sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Adapun prosedur seleksi yang lazim diadakan adalah sebagai berikut: Seleksi surat lamaran yang masuk, Pengisian formulir lamaran, Pemeriksaan referensi, Wawancara pendahuluan, *Test-test* pemeriksaan, *Test* psikologi, Persetujuan atasan langsung, Memutuskan diterima atau ditolak. Untuk mendapatkan karyawan yang sesuai dengan yang diperlukan, perusahaan membutuhkan seleksi yang tepat. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa teknis dari segi seleksi tidak lain dari usaha untuk mendapatkan orang-orang yang tepat untuk jabatan yang tepat. Oleh karena itu, setiap perusahaan harus mampu menempatkan para karyawan pada posisi yang tepat yaitu pada posisi yang sesuai dengan keterampilan dan kemampuan masing-masing. Apabila perusahaan kurang memperhatikan seleksi maka ini berarti menutup jalan untuk mencapai efisiensi kerja yang baik dan menghambat pengembangan manajemen perusahaan ke arah pencapaian tujuan perusahaan. Dari uraian tersebut diatas jelas terlihat bahwa seleksi karyawan mempunyai peranan yang penting dalam rangka pencapaian tujuan perusahaan.

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas!

1. Jelaskan perbedaan rekrutmen dan seleksi!
2. Mengapa perlu dilakukan rekrutmen dalam sebuah organisasi?
3. Jelaskan secara ringkas tahapan rekrutmen dalam organisasi atau instansi yang saudara jalani saat ini!
4. Jelaskan perbedaan seleksi *non* ilmiah dan seleksi ilmiah dalam proses seleksi penerimaan karyawan!
5. Jelaskan 3 kualifikasi yang menjadi dasar dalam seleksi karyawan!

DAFTAR PUSTAKA

- Fitrianto, Ridwan Juli. 2010. Rekrutmen (online). Diakses pada tanggal 22 Februari 2016.
- Gomes, Faustino Cardoso. 1995. Manajemen Sumber Daya Manusia. Yogyakarta: Andi Offset.
- Hasibuan, Malayu S.P. 2002. Manajemen Sumber daya manusia. Jakarta: PT Bumi Perkasa
- Hasibuan, Malayu S.P, 2004, "Manajemen" Edisi Revisi, Penerbit PT. Bumi Aksara, Jakarta.
- Hasibuan. (2010). Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: Bumi Aksara.
- Noe, R.A. et.al. 2000. Human Resource Management. USA: Mc.Graw Hill
- Noe, R.A. et.al. 2008. Fundamentals of Human Resource Management, 3rd edition. New York: Mc.Graw Hill
- Schermerhorn, Jhon R. 1997. Manajemen, Buku 1. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Schuler, Randal S. dan Jackson, Susan E, 1996, Manajemen Sumber Daya Manusia Menghadapi Abad ke 21, Jilid 2, Edisi Keenam, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Simamora, Henry (1997), Manajemen Sumber Daya Manusia, Yogyakarta, STIE YKPN
- T. Hani Handoko, 1996. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia. Yogyakarta: BPFE.



MANAJEMEN KONFLIK DALAM ORGANISASI

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan peran pemimpin
2. Mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan penyebab konflik dalam organisasi
3. Mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan proses konflik
4. Mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan Model konflik
5. Mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan Pandangan konflik
6. Mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan Metode Manajemen Konflik
7. Mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan Stres dan Konflik Dalam Organisasi

Konsep organisasi sebagai suatu sistem yang berkaitan dengan sistem yang lain. Organisasi dapat menjalankan aktivitas secara baik dikarenakan unsur-unsur pendukung bekerja secara terpadu. Globalisasi berdampak pada percepatan perkembangan ilmu pengetahuan namun disisi lain dapat menyebabkan konflik pada manusia yang tidak siap menghadapi keadaan yang cepat berubah. Organisasi harus dapat menyesuaikan dengan keadaan dan bahkan harus mengantisipasi perubahan yang akan terjadi dengan menganalisis kekuatan (*strength*) dan kelemahan (*weakness*) internal dan memanfaatkan peluang (*opportunity*) dan mengantisipasi ancaman (*threats*) eksternal yang mungkin dihadapi dimasa akan datang.

Untuk mencapai tujuan organisasi, tidak jarang terjadi perbedaan persepsi atau pandangan diantara individu atau diantara kelompok individu dalam menterjemahkan misi organisasi sehingga menimbulkan pertentangan atau konflik. Pandangan lama menganggap konflik dalam organisasi sebagai suatu hal yang negatif, menjurus pada perpecahan organisasi karena itu harus dihilangkan karena menghambat kinerja optimal. Perselisihan dianggap sebagai indikasi adanya suatu yang salah dalam organisasi dan hal tersebut berarti aturan-aturan organisasi tidak dijalankan. Pandangan lama selalu mengkhawatirkan keberadaan konflik maka menjadi tugas pemimpin untuk menghindarkan dan bila perlu menghilangkan sama sekali.

Konflik dapat merupakan masalah yang serius dalam organisasi. Konflik itu mungkin tidak menimbulkan kematian suatu organisasi, tetapi pasti dapat merugikan kinerja suatu organisasi maupun mendorong kerugian bagi banyak karyawan yang baik. Namun tidak semua konflik adalah buruk. Konflik mempunyai sisi-sisi yang positif dan negatif.

Konflik adalah proses interaksi yang terjadi akibat adanya ketidaksesuaian antara dua sudut pandang dari pihak-pihak terkait dan berpengaruh baik positif atau negatif (Robbins, 2006). Konflik adalah pertentangan pada kondisi tertentu mampu mengidentifikasi sebuah proses pengelolaan lingkungan dan sumber daya yang tidak berjalan secara efektif, mempertajam gagasan bahkan dapat menjelaskan kesalahpahaman.

Konflik tidak selalu mengganggu karena sejumlah konflik tertentu diperlukan untuk membentuk kelompok dan memelihara kehidupan kelompok kerja. Pada dasarnya konflik selalu hadir pada setiap organisasi, baik organisasi kecil atau besar, konflik bisa berdampak positif atau negatif terhadap kinerja organisasi tergantung sifat konflik dan pengelolannya. Dengan demikian tidak ada alasan untuk menghilangkan semua bentuk konflik kecuali yang menghambat pencapaian tujuan organisasi. Tugas pemimpin adalah mengelola konflik agar dapat bermanfaat guna mendorong perubahan dan inovasi.

A. PERAN PEMIMPIN

Hersey *and* Blanchard (1986) menyatakan kemampuan pemimpin organisasi dalam penanggulangan konflik dapat berpengaruh pada produktivitas kerja organisasi. Penyelesaian konflik secara adil dan jujur yang dilakukan oleh manajer dapat mengurangi pergantian karyawan dan meningkatkan semangat kerja dan produktivitas karyawan. Dengan demikian, organisasi yang dinamis selalu mengalami perubahan sebagai akibat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Organisasi dituntut untuk menyesuaikan diri dengan keadaan dan berupaya mengantisipasi perubahan yang akan terjadi dimasa depan. Para pemimpin organisasi saat ini dihadapkan

pada masalah persaingan, menurunnya produktivitas dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Untuk mengatasi masalah dibutuhkan pemimpin yang efektif agar dapat mengelola konflik secara baik guna meningkatkan produktivitas kerja.

Kemajuan organisasi ditentukan oleh para pengelolanya, bahwa pemimpin berperan sebagai motor penggerak dalam kehidupan organisasi (Siagian, 1992). Betapapun tingginya tingkat keterampilan dan kinerja yang dimiliki oleh para pelaksana kegiatan operasional, para bawahan tetap memerlukan pengarahan, bimbingan dan pengembangan. Selain tanggung jawab untuk melakukan pengembangan, pemimpin organisasi pada masa kini menghadapi tantangan untuk mengimbangi persaingan asing, meningkatkan produktivitas dan mengambil keputusan guna melayani masyarakat. Untuk menghadapi tantangan dimaksud berbagai cara dapat dilakukan oleh pemimpin antara lain: mengembangkan visi jangka panjang organisasi, mengembangkan kemampuan kepemimpinannya, meningkatkan kualitas pokok secara berkelanjutan dan pelayanan kepada pelanggan.

Menurut Ichack Adizes yang dikutip oleh Wahyudi (2008), pemimpin harus melaksanakan empat peranan yaitu:

1. Peranan Pemroduksian, produktivitas individual tidak secara otomatis dapat dicapai tanpa usaha dan peran pemimpin, pemimpin harus dapat mengarahkan, menggerakkan dan memotivasinya sehingga dapat bekerja secara optimal untuk meningkatkan produktivitas organisasi.
2. Peranan Pelaksanaan, artinya para pemimpin mengkoordinasikan, menjadwalkan, mengendalikan dan mendisiplinkan karyawan
3. Peranan Pembaharuan, dilakukan oleh pemimpin karena organisasi berada dalam lingkungan yang terus berubah, pemimpin dituntut mempunyai kemampuan untuk mengubah tujuan dan sistem yang dilaksanakan sesuai dengan tuntutan perkembangan keadaan.
4. Pedoman Pemaduan, adalah proses strategi perorangan yang digabungkan kedalam strategi kelompok, tujuan individu diselaraskan dengan tujuan kelompok, risiko individual menjadi risiko kelompok.

Dengan demikian tantangan yang dihadapi para pemimpin organisasi adalah menghadapi persaingan, menurunnya produktivitas, ketepatan dalam mengambil keputusan serta meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Kepemimpinan yang efektif adalah apabila seseorang atau sekelompok orang karyawan menjalankan pekerjaan sesuai dengan harapan pemimpin dan cocok dengan kebutuhan para karyawan serta mampu memberdayakan (*empowering*) dirinya untuk kepentingan organisasi. Ini berarti kepemimpinan seseorang tidak hanya di dasari oleh kekuasaan (*power*) akan tetapi atas kesadaran

bawahan yang menganggap bahwa pekerjaan merupakan bagian dari kebutuhannya.

Pemimpin mempunyai serangkaian tanggung jawab terhadap organisasi yang dipimpinnya, satu di antaranya ialah terciptanya suasana atau rasa aman bagi para bawahannya. Agar suasana dan rasa aman tersebut dapat terlaksana dengan sebaik-baiknya, maka apabila terjadi suatu konflik baik konflik yang bersifat antar perseorangan, kelompok maupun organisasi, menjadi kewajiban pemimpin untuk menyelesaikan konflik tersebut yang dapat diterima bagi mereka yang terlibat konflik.

Ada beberapa macam cara untuk menyelesaikan konflik antara lain: dengan tekanan, dengan cara halus, menghindarkan tanggung jawab dari konflik yang timbul, dengan kompromi dan yang terakhir dengan cara konfrontasi. Di antara lima macam pola dasar tersebut cara yang efektif untuk menyelesaikan suatu konflik, ialah dengan cara yang ke lima yaitu konfrontasi atau saling berhadapan pihak-pihak yang bertentangan satu sama lain.

B. SEBAB-SEBAB KONFLIK

1. Perbedaan pendapat
2. Salah paham
3. Salah satu atau kedua belah pihak merasa dirugikan
4. Perasaan yang selalu *sensitive*
5. Konflik yang disebabkan faktor intern

Sejumlah peneliti telah mengkaji hubungan konflik peran dengan kinerja karyawan dan hasilnya menunjukkan ketidakkonsistenan. Beberapa peneliti menemukan bahwa konflik pekerjaan–keluarga dan konflik keluarga-pekerjaan mempunyai pengaruh negatif yang signifikan terhadap kinerja karyawan (Indriyani, 2009; Lee *and* Hui,1999; Karatepe *and* Sokmen, 2006; Nugroho, 2006), konflik pekerjaan–kehidupan mempunyai hubungan negatif yang tidak signifikan dengan kinerja (Anwar *and* Shahzad, 2011). Selanjutnya Bhuian, Menguc *and* Borsboom (2005), menemukan hubungan tidak berarti antara konflik pekerjaan–keluarga dan kinerja. Hasil yang sama telah didokumentasikan oleh Netemeyer, Boles *and* McMurrian (1996). Studi lainnya menemukan adanya pengaruh positif konflik pekerjaan-keluarga terhadap kinerja (Christine, Oktorina dan Mula , 2010).

C. PROSES TERJADINYA KONFLIK

Konflik tidak terjadi secara mendadak tanpa sebab dan proses tetapi melalui tahapan tertentu. Menurut Hendricks (1992) ada tiga tahapan terjadinya konflik. Tahapan pertama: peristiwa sehari-hari, tahapan kedua; adanya tantangan, tahapan ketiga: timbulnya pertentangan.

Peristiwa sehari-hari ditandai adanya individu merasa tidak puas dan jengkel terhadap lingkungan kerja. Perasaan tidak puas kadang-kadang berlalu begitu saja dan muncul kembali saat individu merasa adanya gangguan. Pada tahap kedua, apabila terjadi masalah, individu saling mempertahankan pendapat dan menyalahkan pihak lain. Masing-masing anggota menganggap perbuatan yang dilakukan sesuai dengan standar dan aturan organisasi. Kepentingan individu lebih menonjol dari pada kepentingan organisasi. Pertentangan merupakan proses terjadinya tahap ketiga. Pada tahap ini masing-masing individu atau kelompok bertujuan untuk menang dan mengalahkan kelompok lain. Fraksi-fraksi kecil berkembang dan kohesivitas kelompok dianggap lebih penting daripada kesatuan organisasi.

Menurut Hardjana (1994) lingkaran konflik terdiri dari hal-hal sebagai berikut: Kondisi yang mendahului, Kemungkinan konflik yang dilihat, Konflik yang dirasa, Perilaku yang tampak, Konflik ditekan atau dikelola dan Dampak konflik. Bila konflik terus berkelanjutan dapat berdampak secara ekonomi, hal ini sesuai dengan penelitian Mahjuddin (2012), mengatakan bahwa konflik berpengaruh negatif secara keseluruhan terhadap kinerja ekonomi dan kesejahteraan.



Gambar 8.1 Mekanisme Konflik

Konflik pada umumnya mengikuti pola yang teratur dan ditandai dengan timbulnya suatu krisis selanjutnya terjadi kesalahpahaman antar individu maupun kelompok dan konfrontasi menjadi pusat perhatian, pada tahap berikutnya krisis dialihkan untuk diarahkan dan dikelola. Pada saat permulaan

muncul suatu krisis ditandai adanya pertentangan untuk memperebutkan sumber daya organisasi yang terbatas maupun disebabkan lingkungan kerja yang tidak kondusif. Selanjutnya muncul kesalahpahaman antar individu maupun kelompok maupun tujuan organisasi secara keseluruhan. Pimpinan yang bertanggung jawab terhadap penyelesaian masalah (manajer tingkat bawah) mulai menaruh perhatian dan mulai melakukan koreksi. Tahap berikutnya suatu konfrontasi menjadi pusat perhatian para manajer tingkat menengah (*middle management*) untuk meneliti keluhan anggota organisasi dan dilakukan pembicaraan guna menyusun rencana yang bersifat tentatif untuk langkah penyelesaian yang bersifat menyeluruh.

D. MODEL PROSES KONFLIK

Kecenderungan konflik bergerak melalui tahapan-tahapan tertentu, tetapi tidak selalu mengikuti pola-pola linier. Dengan demikian konflik tidak statis tetapi dinamis dan melalui beberapa tahapan. Menurut Tosi et al (1990) menggabungkan beberapa model proses konflik dari Pondy, Fillley, Hickson et al dan Thomas, seperti proses berikut:

- a. Proses ke-1. Permulaan konflik (*antecedents of conflict*) merupakan kondisi-kondisi yang menyebabkan atau mendahului suatu peristiwa konflik. Peristiwa yang dapat mengawali munculnya konflik adalah adanya kekecewaan (*frustration*). Kekecewaan tidak selalu diungkapkan secara terbuka dan biasanya gejala-gejala akan terjadinya konflik tidak dapat dilihat. Masing-masing individu maupun kelompok berusaha menahan diri dan tidak bersifat reaktif.
- b. Proses ke-2. kedua belah pihak merasakan adanya konflik (*perceived conflict*). Ditempat kerja tercipta suasana persaingan, tiap kelompok cenderung untuk saling mengungguli dan bahkan berusaha mengalahkan kelompok lain. Keterbatasan sumber daya organisasi, dana, peralatan, fasilitas kerja, informasi, tenaga dan waktu kerja menyebabkan individu dan kelompok saling berebut.
- c. Proses ke-3. Perilaku yang tampak (*manifest behaviour*), pada situasi kerja sudah tampak peristiwa konflik. Individu dan kelompok menanggapi dan mengambil tindakan, bentuknya dapat secara lisan, saling mendingkan, bertengkar, berdebat. Sedangkan tindakan nyata dalam perbuatan berupa persaingan, permusuhan atau bahkan dapat mengganggu kelompok lain sehingga mengancam kelangsungan organisasi.
- d. Proses ke-4. Pengelolaan konflik (*conflict resolution*), pimpinan (manajer) bertanggung jawab terhadap pengelolaan konflik didalam organisasi. Realitas menunjukkan bahwa konflik selalu hadir pada setiap organisasi dan keberadaan konflik tidak dapat dihindarkan. Tugas pimpinan adalah

mengarahkan dan mengelola konflik agar tetap produktif, meningkatkan kreativitas individu guna menjaga kelangsungan organisasi

- e. Proses ke-5. Dampak konflik (*conflict effect/impact*), konflik yang tidak dapat dikelola secara baik menyebabkan kedua belah pihak yang terlibat dalam konflik menjadi tidak harmonis dalam hubungan kerja, kurang termotivasi dalam bekerja dan berakibat menurunnya produktivitas kerja. Bila konflik dapat dikelola secara baik, suasana kerja menjadi dinamis, setiap anggota lebih kritis terhadap perkembangan organisasi, setiap kelompok berusaha melakukan pekerjaan yang terbaik untuk kepentingan organisasi.

E. PANDANGAN KONFLIK

1. *Traditional view of conflict* (Pandangan tradisional)

Pandangan tradisional menganggap konflik sebagai peristiwa yang negatif dan berusaha meniadakan konflik. Pandangan tradisional mengasumsikan setiap konflik berdampak negatif terhadap keefektifan organisasi dan tugas manajer mencegah timbulnya konflik dan seandainya muncul segera meniadakan konflik. Organisasi yang bebas dari konflik merupakan organisasi yang statis, apatis dan tidak tanggap terhadap kebutuhan untuk perubahan. Pimpinan yang mempunyai pandangan tradisional dan ingin mempertahankan kekuasaan dengan cara menekan bawahan menganggap perbedaan pendapat, pertentangan akan mengganggu keutuhan organisasi dan menghambat pencapaian tujuan.

Perselisihan dianggap sebagai indikasi adanya kesalahan dalam melaksanakan program yang digariskan organisasi. Konflik sebagai adanya kesalahan komunikasi dan manusia pada dasarnya baik, benar, kooperatif serta menyenangkan kebaikan. Dengan adanya konflik sebagai pertanda kelemahan manajer, kesalahan dalam perancangan organisasi dan menghalangi pencapaian tujuan sehingga perlu dihindari dan dihilangkan. Konflik dapat berdampak negatif antara lain: dampak psikologis, gangguan fisik, gangguan tingkah laku dan timbulnya *stress*. Bila tidak terkontrol akan menurunkan kepuasan kerja dan hilangnya semangat kerja (Edelmenn, 1993).

2. *Contemporary View of Conflict* (Pandangan Kontemporer/Masa kini)

Pandangan kontemporer menyadari bahwa tidak semua konflik bersifat fungsional dan berkeyakinan terhadap konflik yang menimbulkan pengaruh negatif terhadap kelangsungan organisasi. Manajer yang bersifat positif lebih banyak berperan dalam mengelola konflik. Konflik didalam organisasi saat ini dipandang sebagai hal yang tidak dapat dihindarkan karena individu dan kelompok saling bergantung dalam mencapai tujuan. Namun konflik yang

bersifat merusak dapat merugikan organisasi. Manajemen konflik yang efektif apabila menghadapi masalah berusaha untuk dipecahkan sehingga meningkatkan kesehatan organisasi.

Tabel 8.1 Perbedaan Pandangan Tradisional dan Kontemporer Tentang Konflik Organisasi

<i>Traditional View of Conflict</i>	<i>Contemporary View of Conflict</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Conflict, by and large is bad and should be eliminated or reduced</i> 2. <i>Conflict need not occur</i> 3. <i>Conflict result from breakdowns in communication and lack of understanding, trust and openness between groups. People are essentially good, trust, cooperation and goodness are givens in human nature</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Conflict is good and should be encouraged, conflict must be regulated, however so that it does not get out of hand</i> 2. <i>Conflict is inevitable</i> 3. <i>Conflict result from a struggle for limited reward, competition and potential frustration of goals conditions that are natural in organizations. People are not essentially bad, but are nevertheless driven by achievitive interests</i>

F. METODE MANAJEMEN KONFLIK

Ada tiga bentuk manajemen konflik yaitu stimulasi konflik pada bagian organisasi yang pelaksanaan kegiatannya lambat karena tingkat konflik terlalu rendah, pengurangan konflik bila terlalu tinggi atau menurunkan produktivitas dan penyelesaian konflik.

1. Metode Stimulasi Konflik

Dalam situasi konflik terlalu rendah sehingga menyebabkan para karyawan takut berinisiatif dan menjadi pasif, manajer perlu merangsang timbulnya persaingan dan konflik yang dapat mendorong peningkatan prestasi. Metode stimulasi konflik terdiri atas:

- a. Penempatan orang baru atau orang luar dalam kelompok tersebut
- b. Penyusunan kembali organisasi
- c. Penawaran bonus, insentif dan penghargaan untuk mendorong persaingan
- d. Pemilihan manajer-manajer yang tepat
- e. Perlakuan yang berbeda dengan kebiasaan

2. Metode pengurangan Konflik

Bertujuan untuk menekan terjadinya antagonisme yang ditimbulkan oleh konflik. Ada dua metode yang dapat digunakan untuk mengurangi konflik yaitu:

- a. Mengganti tujuan yang menimbulkan persaingan dengan tujuan yang lebih bisa diterima kedua kelompok yang terlibat konflik

- b. Mempersatukan kedua kelompok yang bertentangan untuk menghadapi ancaman atau musuh yang sama

3. Metode Penyelesaian Konflik

a. *Competition*

Menyajikan suatu perjuangan menang/kalah kepada pihak-pihak yang berselisih. Biasanya jika terjadi konflik didalam suatu organisasi formal, maka pihak yang berkuasa akan berusaha menyelesaikan konflik tersebut dengan memanfaatkan kekuasaan yang ada di pihaknya. Contohnya dengan menyatakan siapa yang setuju dengan pimpinan dan yang tidak setuju hendaknya mengundurkan diri.

b. *Avoidance/menghindar*

Metode ini diterapkan bila salah satu pihak yang berselisih menarik diri atau berusaha menekan konflik yang terjadi. Dalam metode ini bisa saja pihak berselisih mengambil keputusan untuk berpisah secara fisik. Akan tetapi bila perpisahan secara fisik tidak diinginkan atau tidak mungkin dilakukan maka pihak tersebut akan berusaha untuk menekan konflik

c. *Accommodation*

Dalam metode ini salah satu pihak berusaha untuk mengalah dalam artian memenuhi tuntutan pihak oposisinya. Jadi dalam rangka memelihara hubungan salah satu pihak bersedia untuk berkorban.

d. *Compromise*

Bila masing-masing pihak yang berselisih sama-sama bersedia berkorban maka hasil kompromi akan tercapai. Dengan metode ini tidaklah jelas siapa yang menang dan siapa yang kalah. Metode ini berusaha untuk menyelesaikan konflik dengan menemukan dasar ditengah dari dua pihak yang beroposisi. Cara ini lebih memperkecil kemungkinan untuk timbulnya permusuhan yang terpendam.

e. *Collaboration*

Metode ini berupaya untuk memberikan keuntungan bagi setiap pihak yang terlibat. Metode ini berusaha mengubah konflik menjadi situasi pemecahan masalah bersama-sama. Jadi pihak yang bertentangan bersama-sama mencoba memecahkan masalahnya dan bukan hanya mencoba menekan konflik atau berkompromi.

G. STRES DAN KONFLIK DALAM ORGANISASI

Menarik untuk mengkaji stres dan konflik dalam organisasi. Stres dan konflik merupakan sebuah cerminan perilaku individu dan kelompok yang dapat mempengaruhi perilaku organisasi secara keseluruhan. Perilaku organisasi mendasarkan diri terhadap apa yang dilakukan orang-orang dalam

organisasi dan bagaimana perilaku tersebut mempengaruhi kinerja dari organisasi, dan menyangkut pula mengenai aspek-aspek tingkah laku anggota dalam organisasi atau suatu kelompok tertentu. Organisasi dapat memberikan pengaruh pada anggota dalam organisasi, sebaliknya mereka bisa mempengaruhi organisasi. Perilaku organisasi menekankan pada kemampuan memahami persoalan yang muncul dan menjelaskan secara nyata tindakan-tindakan pemecahan masalah. Fokus utama dari perilaku organisasi adalah pada perilaku atau tingkah laku organisasi dan bagaimana perilaku dari anggota-anggota organisasi mempengaruhi organisasi.

Stres dan perilaku individu stres pada hakikatnya merupakan ketegangan emosional dalam interaksi antar seorang dengan lingkungannya yang dapat mempengaruhi kondisi fisik dan mental seseorang. Stres bisa menampilkan dirinya dalam berbagai bentuk yang bersifat: 1. Fisiologis, seperti perubahan yang terjadi dalam metabolisme seseorang, gangguan pada cara bekerja jantung, pusing, dan gangguan pernafasan 2. Psikologis, seperti ketegangan, mudah tersinggung, bersikap menunda pekerjaan, kebosanan, dan ketidakpuasan dengan pekerjaannya 3. Keperilakuan, seperti menurunnya produktivitas, tingkat kemangkiran yang tinggi, mencari pelarian dengan merokok lebih banyak dari biasanya, dan keinginan pindah kerja. Sebagai sebuah perilaku individu, *stressor* dalam kehidupan seseorang dapat berasal dari faktor lingkungan, organisasional, dan dari dalam individu, seperti penjelasan berikut. 1. Ketidakpastian lingkungan, baik internal maupun eksternal organisasi merupakan salah satu faktor yang menimbulkan stres. Ketidakpastian lingkungan bisa menyangkut bidang ekonomi, politik dan kekuasaan, dan faktor dampak perkembangan teknologi 2. Faktor organisasional yang menjadi penyebab munculnya stres sangatlah beragam yaitu faktor tuntutan tugas atau pekerjaan, peranan, hubungan interpersonal, struktur organisasi, serta kepemimpinan dan siklus kehidupan organisasi.

Faktor dalam diri individu bisa berasal dari faktor masalah keluarga, masalah ekonomi, dan perbedaan-perbedaan individu seperti persepsi seseorang terhadap sesuatu, pengalaman, ada tidaknya dukungan sosial, tipologi manusia, dan tipologi perilaku manusia. Menurut Sondang P Siagian (2000) terdapat dua tipologi manusia dan dua tipologi perilaku yang menyangkut lokus kendali hidupnya (*locus of control*).

Sebagian orang berpendapat bahwa merekalah tuan hidupnya dan nasib mereka berada di tangan sendiri, yang dikenal dengan tipologi lokus kendali hidupnya bersifat internal. Orang dengan tipologi seperti ini secara umum lebih tegar menghadapi stres dan lebih mampu mengatasinya. Tipologi kedua adalah orang yang menganggap bahwa hidup mereka hanya pemain dan ada sutradara yang mengatur peranan apa yang mereka mainkan dan dalam lakon

hidup yang bagaimana. Tipologi orang seperti ini dikenal dengan kategori manusia yang lokus kendali hidupnya bersifat eksternal atau terletak pada pihak lain. Orang dengan tipologi ini akan cenderung menderita stres berat dibandingkan dengan orang yang lokus kendali hidupnya bersifat internal.

Sedangkan tipologi perilaku manusia dikatakan merupakan gaya seseorang dalam menghadapi kehidupan, yang dikenal dengan tipe perilaku A dan tipe perilaku B. Manusia dengan perilaku tipe A menunjukkan keterlibatan yang agresif dalam pergumulan memperoleh lebih banyak dalam waktu yang lebih singkat, bila perlu berhadapan dengan kekuatan penentang atau orang lain. Ciri-ciri tipe A antara lain selalu bergerak, berjalan dan makan dengan cepat; merasa peristiwa yang terjadi berlangsung lambat; berupaya memikirkan atau berbuat dua hal atau lebih sekaligus; tidak senang apabila memiliki banyak waktu senggang; dan obsesinya adalah pada angka-angka terutama yang menggambarkan berbagai hal yang telah berhasil dikumpulkan. Tipologi perilaku kategori A cenderung lebih mudah dihindari stres ketimbang orang dengan perilaku B. Sebaliknya tipologi perilaku B jarang terdorong oleh keinginan untuk memperoleh lebih banyak hal atau berpartisipasi dalam banyak kegiatan dalam waktu yang semakin pendek. Ciri-ciri tipe B antara lain tidak pernah merasa dikejar oleh sesuatu karena urgensinya; tidak mengalami ketidaksabaran mengenai peristiwa-peristiwa hidup; tidak senang membicarakan keberhasilannya, kecuali situasi tertentu menuntutnya berbuat demikian; jika bermain, mereka melakukannya dengan santai dan demi kenikmatan hidup bukan untuk menunjukkan kehebatannya kepada orang lain; dan dapat menikmati suasana santai tanpa rasa bersalah.

Manajemen Stres Dalam Kinerja Organisasi Stres dalam organisasi tidak selamanya membahayakan kehidupan organisasi, sepanjang stres yang muncul hanya akan berada pada tingkat yang rendah atau moderat. Alasannya adalah karena stres pada tingkat tertentu memang diperlukan karena dapat bersifat fungsional yang berperan sebagai pendorong peningkatan kinerja anggota organisasi. Tetapi stres harus segera dikurangi atau dihentikan apabila gejala yang timbul akan berakibat pada stres yang berkepanjangan atau berat yang akan bersifat disfungsional dan menurunkan kinerja yang pada akhirnya akan menimbulkan stres pada tataran organisasional yang akan membahayakan kelangsungan hidup organisasi.

Manajemen harus mengambil langkah-langkah untuk menghilangkan atau mengurangi jumlah dan intensitas stres dalam rangka peningkatan efektivitas organisasi. Strategi menghadapi stres dapat diklasifikasikan dalam pendekatan individual dan organisasional. Pendekatan individual dengan manajemen waktu, olah raga teratur, pelatihan rileks dan memperluas jaringan dukungan sosial. Sedangkan pendekatan organisasional dengan menggunakan kendali

manajemen dalam bentuk perbaikan proses seleksi dan penempatan, penggunaan prinsip-prinsip penentuan tujuan secara realistis, rancang bangun ulang pekerjaan, pengambilan keputusan yang partisipatif, proses komunikasi, dan olah kebugaran (Sondang P Siagian, 2000,). Strategi mengatasi stres di atas bukan berarti organisasi bersikap altruistik, artinya pada analisis terakhir demi kepentingan organisasi sendiri, langkah-langkah organisasional diambil sebagai kebijakan. Namun langkah-langkah tersebut diambil untuk hasil akhir peningkatan kemampuan organisasi dalam meningkatkan efektivitas kerjanya.

Stres dan Konflik dalam Organisasi Stres dan konflik tidak bisa dipisahkan, karena stres yang berat dan berkepanjangan akan menimbulkan konflik dalam diri individu maupun antar individu dalam organisasi. Konflik bisa terjadi dalam hubungan antara pimpinan (manajer) dan bawahan karena karakter hubungan yang hierarkis. Konflik yang terjadi dalam tataran rendah dapat dipandang sebagai bagian dari manajemen yang diharapkan ada perubahan-perubahan berarti. Tetapi kalau konflik sudah parah dan mendalam sehingga emosi sudah memainkan peranan penting, hal tersebut menunjukkan kelemahan organisasi dan menempatkannya pada posisi merugikan. Konflik yang terjadi dalam organisasi sangat sulit untuk dihilangkan. Persaingan dan konflik mudah timbul dalam hubungan antar kelompok karena berbagai faktor perbedaan sasaran, sistem nilai, upaya, dan kepentingan. Doctoroff (Mada Sutapa, 2002) menyebut konflik sebagai ibu dari segala perubahan (*the mother of changes*), karena kalau konflik dikelola dengan baik akan mendorong pada perubahan yang berarti.

Sumber Masalah Penyebab Konflik Pada umumnya konflik dalam organisasi disebabkan oleh sumber daya yang kurang untuk menyelesaikan pekerjaan yang akan menimbulkan kompetisi. Kompetisi tersebut dapat melahirkan konflik yang berkepanjangan karena memperebutkan sumber daya. Kelangkaan sumber daya organisasi tidak akan pernah memberi keluasaan bagi setiap orang sehingga tidak akan pernah ditemukan harmonisasi (Berryman-Fink, dalam Mada Sutapa, 2002). Konflik tidak dapat dihindarkan, tetapi tidak jelek, malahan diperlukan karena membangkitkan semangat menantang dan tidak jarang menyenangkan.

Secara konseptual, terdapat perspektif yang berbeda mengenai konflik yang dapat dijelaskan berikut. 1. Perspektif tradisional, menekankan bahwa konflik merupakan hal yang tidak baik dan harus dicegah jangan sampai muncul karena dampaknya negatif terhadap kelompok lain dan berdampak pada organisasi secara keseluruhan 2. Perspektif *human relations*, menekankan bahwa ada perbedaan dalam diri anggota kelompok, yang mana perbedaan pendapat akan tumbuh secara alamiah. Perbedaan tersebut bisa

berakibat pada perbedaan persepsi sistem nilai dan cara pendekatan melihat sesuatu. Perbedaan pendapat merupakan hal yang alamiah, maka konflik tidak dapat dikatakan baik atau buruk, tapi merupakan hal yang normal dalam organisasi. 3. Perspektif *interactionist*, menekankan bahwa konflik merupakan hal yang baik, dan mendorong selalu timbul konflik karena diperlukan untuk kinerja organisasi. Sumber-sumber masalah yang dapat menimbulkan konflik dalam kerja organisasi menurut Sondang P Siagian (2000) disebabkan oleh karena adanya: 1. tujuan 2. kebutuhan para anggota 3. norma-norma 4. pengambilan keputusan 5. kepemimpinan 6. besaran jumlah anggota. Manajemen Konflik Dalam Kinerja Organisasi Dalam penyelesaian konflik, yang terpenting dilakukan adalah harus diupayakan agar situasi dalam kelompok bukan dalam bentuk *zero-sum game* atau dalam pandangan bahwa kerugian bagi kamu merupakan keuntungan bagi saya, karena akan cenderung timbul persaingan yang tidak sehat. Penyelesaian konflik harus bersifat fungsional yang akan mempunyai dampak pada pertumbuhan kreativitas antara anggota yang terlibat, peningkatan kinerja kelompok, dorongan terjadinya persaingan yang sehat, dan kesediaan menerima perbedaan-perbedaan dalam diri anggota kelompok dan organisasi.

Stress merupakan perilaku individu yang dapat menimpa siapapun dalam organisasi. Stres yang berkepanjangan dan tidak ditangani segera, akan memunculkan konflik antar individu atau kelompok dalam organisasi yang akan menurunkan kinerja organisasi secara keseluruhan. Dalam konteks tersebut, figur pemimpin (manajer) organisasi sangat substansial dalam menangani konflik yang terjadi. Hubungan pemimpin dengan bawahan untuk bertindak otoriter ataupun persuasif sangat tergantung pada tingkat kematangan (*level of maturity*) bawahan yang dipimpinya. Bawahan tidak mungkin diperintah terus menerus atau dibujuk terus menerus, akan tetapi harus bisa membuat seluruh sistem mengarah pada pengharapan manusianya sebagai sumber daya terpenting. Aktivitas dan keterikatan anggota organisasi mempunyai peranan penting dalam mengemban fungsi dan tugas masing-masing. Keinginan kuat tersebut akan nampak dalam keterlibatan dan peran serta mereka dalam organisasi yang didasarkan pada keinginan mereka untuk tetap menjadi anggota organisasi, keterlibatannya untuk berusaha bekerja sebaik mungkin, dan kepercayaan serta kesediaan untuk menerima nilai-nilai organisasi. Untuk menangani konflik yang terjadi dalam organisasi, perlu dikembangkan sistem penghargaan yang memadai atas prestasi bawahan; menciptakan lingkungan kerja yang menjamin rasa aman dan kesejahteraan; menciptakan rasa kesetiakawanan dan rasa bangga (*esprit de corps*) atas pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya dalam suatu kedisiplinan tugas; pemimpin harus memberi contoh, perhatian dan mendidik bawahan untuk

maju; dan jalur komando harus jelas agar aliran informasi (*flow of information*) tidak sampai terhambat pada semua level.

LATIHAN SOAL

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas!

1. Menurut persepsi saudara, apa yang dimaksud dengan konflik?
2. Jelaskan proses terjadinya konflik melalui tahapan-tahapannya?
3. Jelaskan dampak yang ditimbulkan bila terjadi konflik?
4. Berikan 1 contoh konflik yang dihadapi dalam organisasi lalu berikan solusi penanganannya?
5. Apa yang saudara ketahui tentang metode stimulus konflik? jelaskan
6. Jelaskan perbedaan pandangan konflik tradisional dan kontemporer?
7. Jelaskan bagaimana metode pengurangan konflik dalam organisasi?
8. Apakah dengan menggunakan metode pengurangan konflik cara *competition* dapat mengurangi konflik yang terjadi. Jelaskan!
9. Apa yang saudara ketahui tentang metode *compromise*?
10. Jelaskan efektivitas manajemen konflik yang tepat menurut pandangan saudara?
11. Bagaimanakah cara mengatasi stres akibat konflik dalam organisasi?
12. Menurut saudara apa penyebab terjadinya *stress* dalam pekerjaan?
13. Bagaimanakah peran pimpinan dalam mengatasi konflik?
14. Bagaimanakah pandangan saudara tentang dampak sebuah konflik terhadap perekonomian?
15. Apa pendapat saudara konflik sebenarnya mampu menciptakan sebuah pembaharuan? Jelaskan!

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, M. and Shahzad, Khurram. (2011). *Impact of work-life conflict on perceived employee performance: evidence from Pakistan*. European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences. ISSN 1450-2275. Issue 31, Pp.82-87.
- Bhuiyan, S. N., Menguc, B. & Borsboom, R. (2005). *Stressors and job outcomes in sales: a triphasic model versus a linear-quadratic-interactive model*. Journal of Business Research, Vol.58, Issue 2, Pp.141-150. Cherrington,
- Christine W.S., Oktorina, M. & Mula, I. (2010). *Pengaruh konflik pekerjaan dan konflik keluarga terhadap kinerja dengan konflik pekerjaan keluarga sebagai intervening variabel* (studi pada dual career couple di

- Jabodetabek). *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*. Vol.12. No.2. Hal.121-132.
- Edelmann, R.J. (1993), *Interpersonal Conflict at Work*. London: BPS (The British Psychological Society)
- Fandy Tjiptono dan Anastasia Diana. (2003). *Total Quality Management*. Edisi Revisi. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Hardjana.A.M (1994), *Konflik di Tempat Kerja*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius
- Hendricks W.,(1992). *Bagaimana Mengelola Konflik*, Diterjemahkan oleh: Arif Santoso. Jakarta: Bumi Aksara
- Hersey, P & Blanchard, Kenneth. 1982. *Management of Organizational behavior*, Utilizing Human Resources. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Hersey.P & Blanchard K, (1986), *Management of Organizational Behaviour: Utilizing Human Resources* (4th Edition). Englewood cliffs,N.J Prentice-Hall, Inc
- Indriyani, A. (2009). *Pengaruh konflik peran ganda dan stress kerja terhadap kinerja perawat rumah sakit* (studi pada rumah sakit Roemani Muhammadiyah Semarang), Tesis, Program Studi Magister Manajemen, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. Semarang. Hal.1-123.
- J Salusu. (2002). *Pengambilan Keputusan Stratejik Untuk Organisasi Publik dan Organisasi Nonprofit*. Grasindo. Jakarta.
- Karatepe O. M., & Sokmen A. (2006). *The effects of work role and family role variables on psychological and behavioral outcomes of frontline employees*. *Tourism Management*, Vol, 27, No.2. Pp.255-268.
- Kinicki, A.& Kreitner, R. (2001). *Perilaku Organisasi*. Salemba Empat, Jakarta.
- Lee, C., & Hui, C. 1999. Antecedents and outcomes of work-family interface. *Research and Practice in Human Resource Management*, Vol.7. No.1. Pp.35-51
- Lee, C., & Hui, C. (1999). *Antecedents and outcomes of work-family interface*. *Research and Practice in Human Resource Management*, Vol.7. No.1. Pp.35-51
- Luthans, Fred. (1981). *Organizational Behavior*. McGraw-Hill Book Company New York.
- Mada Sutapa, 2002, *Buku Pegangan Kuliah Organisasi Pendidikan*, FIP Universitas Negeri Yogyakarta, Yogyakarta.
- Mahjuddi A. (2012). *Dampak Konflik Terhadap Ekonomi dan Tingkat Kesejahteraan Rakyat*. Universitas Indonesia, Jakarta. Tesis
- Malayu SP Hasibuan. (2001). *Organisasi dan Motivasi Dasar Peningkatan Produktivitas*. Bumi Aksara. Jakarta.

- Miftah Thoha. (1990). *Perilaku Organisasi Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Rajawali. Jakarta.
- Mitchell B, Setiawan dan Rahmi, (2000). *Konflik Lingkungan dan Sumber Daya*. Jakarta: Harian Kompas (15 Maret 2000).
- Netemeyer, R. G., Boles, J.S., & McMurrrian, R. (1996). *Development and validation of work family conflict and work-family conflict scales*. Journal of Applied Psychology, Vol.81. No.4. Pp.400-410.
- Nugroho, A.H. (2006). Pengaruh konflik peran dan perilaku anggota organisasi terhadap kinerja kerja pegawai pada Kepolisian Republik Indonesia, Kepolisian Wilayah Kota Besar Semarang. eprints.undip.ac.id/.../AGUNG_HERY_NUGROH... diakses tgl. 5 Pebruari 2013. Hal.1-102.
- Robbins, Stephen P. (1996). *Organizational Behavior Concept, Controversies, Applications*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Siagian, S.P., (1992), *Fungsi-fungsi Manajerial*. Jakarta: Erlangga
- Sondang P Siagian. (2000). *Teori Pengembangan Organisasi*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Sonhadji. A.K.H., (1996), *Profesionalisme dalam Pengelolaan Pendidikan. Makalah disajikan pada Konvensi Nasional Pendidikan Indonesia III di Ujung Pandang*. Ujung Pandang 4-7 Maret 1996
- Stephen P. Robbins (2006). *Perilaku Organisasi*, edisi Bahasa Indonesia, Pearson Education Inc.
- Tilaar.H.A.R (1994), *Manajemen Pendidikan Nasional: Kajian Pendidikan Masa depan*. Bandung, Penerbit PT Remaja Rosdakarya
- Tosi, H.L., Rizzo,J.R & Carrol, S.J., (1990), *Managing Organizational Behavior* (2nd Edition), New York: Harper Collins Publishers
- Wahyudi, (2008), *Manajemen Konflik dalam Organisasi, Pedoman Praktis bagi Pemimpin Visioner*, edisi kedua. Penerbit Alfabeta



BAB
9

EKUITAS DALAM AKSES PELAYANAN KESEHATAN

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang:

1. Definisi ekuitas Pelayanan Kesehatan
2. Akses Pelayanan Kesehatan
3. Konsep Ekuitas dalam Pelayanan Kesehatan

A. DEFINISI EKUITAS PELAYANAN KESEHATAN

Menurut Whitehead (1991), ekuitas mencakup akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama dan pemanfaatan yang sama untuk kebutuhan yang sama. Ekuitas dalam akses pelayanan kesehatan merupakan tantangan yang dihadapi oleh berbagai negara khususnya di Asia Tenggara. Hingga saat ini inekuitas (*inequity*) kesehatan antar kelompok masyarakat masih tetap berlangsung. Hal ini disebabkan oleh masyarakat mempunyai kesempatan yang berbeda (*unequal*) akan akses pendidikan, pekerjaan, dan pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, program peningkatan ekuitas kesehatan harus mengarah kepada peningkatan ekuitas sumber daya layanan kesehatan yang ada (Low et al, 2003)

Equity dalam kesehatan menurut WHO merupakan keadaan dimana setiap orang harus mendapatkan kesempatan yang adil akan kebutuhan kesehatannya sehingga dalam upaya memenuhi kebutuhan kesehatan tidak ada yang dirugikan, apabila faktor-faktor penghambat dapat dihindari. Berdasarkan definisi tersebut, Whitehead menjelaskan bahwa tujuan kebijakan *equity* kesehatan tidak mengeliminasi seluruh perbedaan dalam bidang

kesehatan sehingga setiap orang memiliki tingkat kesehatan yang sama, namun untuk mengurangi faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya ketidakadilan dengan cara menciptakan kesempatan yang adil untuk memperoleh kesehatan. *Equity* dalam pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai berikut:

1. Akses/kesempatan yang sama ke pelayanan kesehatan, hal ini berarti setiap individu memiliki hak yang sama untuk mengakses pelayanan kesehatan. Beberapa faktor penghambat seperti letak geografis, budaya, keuangan (tingkat pendapatan yang rendah, mahalnya biaya transportasi dan tidak tersedianya asuransi kesehatan), sumber daya kesehatan yang tidak terdistribusi secara merata menyebabkan timbulnya ketidakadilan dalam mengakses pelayanan kesehatan.
2. Pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi) yang sama untuk kebutuhan yang sama. Tingkat utilisasi yang berbeda pada suatu kelompok individu belum mencerminkan terjadinya ketidakadilan, karena harus diketahui terlebih dahulu penyebab terjadinya perbedaan utilisasi tersebut.
3. Kualitas pelayanan kesehatan yang sama bagi seluruh masyarakat, yang berarti Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) memiliki komitmen yang sama untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat sesuai standar yang telah ditetapkan.

Ekuitas dalam pemberian pelayanan kesehatan merupakan keadilan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada dua atau lebih kelompok. Terdapat dua bentuk utama dari ekuitas, yaitu ekuitas horizontal dan ekuitas vertikal. Penilaian ekuitas horizontal dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah dengan menganalisis apakah perlakuan yang sama untuk kebutuhan yang sama (*Equal Treatment for Equal Need* atau ETEN) telah tercapai (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000). Sedangkan ekuitas vertikal dinilai dari pemberian pelayanan sesuai dengan proporsi kebutuhan.

Beberapa indikator ekuitas adalah insentif ekonomi, pelayanan kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, dan status kesehatan. Akses terhadap pelayanan kesehatan sendiri terdiri dari akses geografis, ekonomi, dan sosial. Akses geografis pemanfaatan pelayanan kesehatan meliputi jarak rumah ibu dengan pelayanan antenatal, tempat persalinan, dan pelayanan nifas serta alat transportasi dan waktu tempuh untuk menjangkau pelayanan kesehatan tersebut.

Sedangkan akses ekonomi meliputi ongkos transportasi yang dikeluarkan ibu untuk sampai di pelayanan kesehatan, biaya yang dikeluarkan di pelayanan kesehatan, dan konversi biaya waktu dari aktivitas yang ditinggalkan untuk datang ke pelayanan kesehatan. Akses sosial sendiri merupakan faktor

pelayanan kesehatan yang meliputi sikap petugas administrasi, sikap pemberi pelayanan Kesehatan dan antrian pemeriksaan.

Metode untuk mengukur ekuitas dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (*inequity in health care utilization*) adalah dengan membandingkan pelayanan yang diterima antara dua kelompok yang diperbandingkan. Jika pelayanan yang diterima kedua kelompok tersebut tidak sama maka mengindikasikan adanya ketidakadilan. Cara pengukuran ekuitas menurut Van Der Hoog (2010) adalah dengan membandingkan kebutuhan dengan pemanfaatan sesuai fungsi persamaan kebutuhan dan penggunaan. Menurut Van Der Hoog (2010), pemberian pelayanan kesehatan kepada kedua kelompok dikatakan adil atau telah *equity* jika nilai perbandingan antara kebutuhan dan pemanfaatan antara kedua kelompok tersebut mengikuti garis ekuitas atau sama dengan satu.

B. AKSES PELAYANAN KESEHATAN

Equity dalam pelayanan kesehatan memiliki 2 dimensi (Murti, 2001), sebagai berikut:

1. Keadilan horizontal (*horizontal equity*) merupakan prinsip perlakuan yang sama terhadap kondisi yang sama, yang terdiri dari: sumber daya/*input*/ pengeluaran yang sama untuk kebutuhan yang sama, penggunaan (*utilization*) atau penerimaan (*receipt*) sama untuk kebutuhan yang sama, akses/kesempatan yang sama untuk kebutuhan yang sama dan kesamaan tingkat kesehatan.
2. Keadilan vertikal (*vertical equity*) menekankan prinsip perlakuan berbeda untuk keadaan yang berbeda meliputi: perlakuan tidak sama untuk kebutuhan yang berbeda dan pembiayaan kesehatan progresif berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*).

Hasil Penelitian Tentang Ekuitas Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan yaitu:

1. Liu et al. (2002), Tujuan menilai pengaruh reformasi asuransi kesehatan di perkotaan. Model asuransi kesehatan terbaru lebih menjamin *equity* dalam akses untuk mendapatkan pelayanan dasar pada rawat jalan dibandingkan dengan model asuransi kesehatan sebelumnya dan mampu mengalokasikan sumber daya kesehatan secara lebih efisien
2. Kim (2003), Tujuan menilai pemanfaatan pelayanan Kesehatan. *Utilization rate* pasien rawat inap menurun 15,1% dan rawat jalan menurun 5,2%, padahal angka kesakitan penyakit kronis meningkat 27,1% dan penyakit akut meningkat 9,1%. Hal tersebut diasumsikan karena terjadi setelah krisis, kemampuan ekonomi masyarakat menurun sehingga walaupun sakit, mereka tidak dapat menjangkau pelayanan Kesehatan

3. Low et al (2003), Tujuan mengetahui dampak intervensi program terhadap ekuitas Kesehatan. Intervensi yang telah dilakukan dapat mencapai tujuan ekuitas berupa equalakses pelayanan kesehatan hingga equalutilisasi.
4. Hidayat et al. (2004). Tujuan Mengukur dampak asuransi kesehatan wajib terhadap *equity* dalam akses ke pelayanan rawat jalan di Indonesia. Asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil (Askes) memiliki dampak yang positif terhadap akses ke pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah dan asuransi kesehatan untuk pegawai swasta memiliki dampak positif terhadap akses ke pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta. Penelitian ini menegaskan perlunya perubahan kebijakan asuransi kesehatan yang sebelumnya hanya memberikan subsidi kepada pemberi pelayanan kesehatan. Perluasan cakupan asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin dengan premi yang disubsidi oleh pemerintah
5. Harris et al. (2011), tujuan untuk menilai *inequity* dalam akses pelayanan Kesehatan. Penduduk miskin yang tinggal di pedesaan dan tidak memiliki asuransi Kesehatan mengalami ketidakadilan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Dampaknya bagi kebijakan kesehatan adalah perlunya dilakukan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan pemerintah dan menciptakan keadilan akses pada setiap tingkatan layanan kesehatan pemerintah untuk mengurangi penggunaan pada layanan kesehatan swasta yang berpotensi menimbulkan terjadinya pengeluaran katastropik.
6. Cholid et al (2013), Tujuan untuk mendeskripsikan *equity* pembiayaan dan utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta jamkesmas Penduduk yang miskin lebih banyak memanfaatkan pelayanan rawat jalan di rumah sakit sedangkan penduduk kaya lebih banyak memanfaatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit. Distribusi dana jamkesmas di puskesmas lebih banyak digunakan oleh penduduk miskin, sedangkan di rumah sakit lebih banyak di gunakan oleh penduduk kaya.

Hasil temuan yang beragam menunjukkan bahwa masalah *equity* terhadap akses pelayanan kesehatan menjadi isu penting yang menggambarkan kesenjangan yang terjadi dalam mengakses pelayanan kesehatan. Perbedaan faktor sosial ekonomi, asuransi kesehatan, kebutuhan kesehatan dan geografis mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan. Masalah ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia masih menjadi tantangan terbesar dalam mencapai tujuan sistem kesehatan. Berdasarkan sisi penyedia dan geografi terdapat ketidakmerataan persebaran tenaga kesehatan. Selain itu, penyediaan fasilitas kesehatan yang tersedia di sebagian wilayah Indonesia

terutama di luar pulau Jawa dan Bali sangat terbatas. Ketidakmerataan fasilitas kesehatan juga terdapat di daerah yang bercirikan perkotaan dibandingkan dengan pedesaan. Perkotaan secara umum mempunyai fasilitas kesehatan lebih lengkap dibandingkan dengan pedesaan.

Ketidakmerataan fasilitas kesehatan juga terdapat di daerah yang bercirikan perkotaan dibandingkan dengan pedesaan. Perkotaan secara umum mempunyai fasilitas kesehatan lebih lengkap dibandingkan dengan pedesaan (Rokx 2010, Trisnantoro, 2010). Selain itu menurut Mukti (2009), distribusi fasilitas kesehatan tidak merata di beberapa provinsi di Indonesia, sebagai contoh hanya terdapat 1 puskesmas atau puskesmas pembantu (Pustu) untuk melayani masyarakat di beberapa desa dan berdampak pada tingginya biaya transportasi sehingga masyarakat kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Masalah aksesibilitas pelayanan kesehatan masih menjadi kendala di banyak daerah terutama pedesaan, terpencil dan kepulauan, sehingga meluaskan distribusi tenaga kesehatan dan meningkatkan kapasitas fasilitas kesehatan termasuk mengatasi kendala jarak dan transportasi merupakan upaya yang masih harus dilanjutkan untuk memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan Kesehatan (Gani, 2015, WHO,2008)

C. KONSEP EKUITAS DALAM PELAYANAN

Penilaian kinerja sistem penyediaan layanan kesehatan oleh pemerintah dapat dilihat dari tiga indikator. Aspek tersebut terdiri dari efisiensi, efektivitas, dan ekuitas (*equity*). Ketiga indikator tersebut saling berhubungan dan tidak dapat berdiri sendiri. Menurut Nadjib (1999), upaya kearah ekuitas dapat dilakukan dengan pendekatan teori akses, berupa akses potensial indikator proses (karakteristik, predisposisi, pemungkin, dan kebutuhan populasi berisiko) dan akses potensial indikator struktural (karakteristik, ketersediaan, dan organisasi sistem layanan kesehatan) menjadi akses nyata melalui alokasi sumber daya yang mengacu pada kriteria: kebutuhan, geografi, dan sosial ekonomi.

Akses pelayanan kesehatan dikatakan ekuitas jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat, sebaliknya jika pelayanan kesehatan belum terdistribusi dengan baik menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat, dapat disebut sebagai akses pelayanan inekuitas. Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan isu kesehatan yang menarik dan perlu menjadi prioritas dari berbagai pihak. Upaya perbaikan dari segi *supply side* dan *demand side* perlu terus diupayakan agar masalah ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan dapat teratasi. Dari sisi *supply side*, Dibutuhkan kebijakan dengan mendekatkan pelayanan kesehatan pada kelompok dengan hambatan

geografis. Distribusi sumber daya kesehatan ke daerah terkendala geografis perlu dikontrol dan *dimonitoring* agar masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan berkualitas.

Dari segi *demand side*, terutama mengacu pada kemampuan individu untuk membayar pelayanan kesehatan. Hal ini dapat diatasi dengan menggunakan asuransi kesehatan. Kebijakan pemerintah diharapkan dapat menjamin masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa kendala biaya. Selain itu, penelitian terkait ekuitas terhadap pelayanan kesehatan perlu dikembangkan agar nantinya menjadi *input* perbaikan kebijakan kesehatan.

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas!

1. Apa yang saudara pahami tentang ekuitas?
2. Sebutkan beberapa indikator ekuitas!
3. Cari referensi contoh lain hasil penelitian tentang Ekuitas Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan selain 6 penelitian yang telah dijelaskan diatas!
4. Penilaian kinerja sistem penyediaan layanan kesehatan oleh pemerintah dapat dilihat dari tiga indikator. Aspek tersebut terdiri dari efisiensi, efektivitas, dan ekuitas, Jelaskan!
5. Upaya perbaikan dari segi *supply side* dan *demand side* perlu terus diupayakan agar masalah ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan dapat teratasi, jelaskan maksud dari *supply side* dan *demand side*!

DAFTAR PUSTAKA

- Cholid AN, Hendartini J, Satriawan E. Equity pembiayaan dan utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di Indonesia. Tesis Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 2013
- Gani A. Pembiayaan Program Kesehatan Untuk Penduduk Miskin. Makalah pada konferensi penanggulangan kemiskinan. Kantor Menko Kesra dan Bank Dunia, GaJakarta, 27-28 April 2015.
- Harris B, Goudge J, Ataguba JE, McIntyre D, Nxumalo N, Jikwana S, Chersich M. Inequities in access to health care in South Africa. *Journal of public health policy*. 2011 Jun 1;32(1): S102-23.
- Hidayat, B, Thabrany, H, Dong, Hengjin, Sauerborn, Rainer. The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia. *Health Policy and Planning*. 2004;19(5), pp.322–335
- Idris, H. Ekuitas Terhadapakses Pelayanan Kesehatan: Teori & Aplikasi Dalam Penelitian. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Juli2016, 7(2):73-80. DOI: <https://doi.org/10.26553/jikm.2016.7.2.73-80>. p-ISSN 2086-6380. e-ISSN 2548-7949
- Kim, H., 2003. Change in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the republic of korea, *bulletin of the WHO* 2003, 81 (81)
- Liu GG, Zhao Z, Cai R, Yamada T, Yamada T. Equityin health care access to: assessing the urban health insurance reform in China. *Social science & medicine*. 2002 Nov 30;55(10):1779-94
- Low A, Ithindi T, Low A. A step too far? Making health equity interventions in Namibia more sufficient. *International journal for equity in health*. 2003 Apr 28;2(1):5.
- Murti B. Keadilan horisontal, keadilan vertikal, dan kebijakan kesehatan Horizontal equity, vertical equity and health policy. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001;4 (2001).
- Rokx C. New insights into the provision of health services in Indonesia: A health workforce study. *World Bank Publications*; 2010.
- Sari. I.N, Pudjiraharjo. W.J Ekuitas Dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 1 Nomor 1 Januari – Maret 2013*

- Trisnantoro L. The equity of health service in Indonesia between 2000-2007: Better or worse, introduction to seminar and workshop, Universitas Gadjah Mada & Bappenas, Jakarta 26 January 2010
- Van Der Hoog, M., 2010. measuring Equity in Health Care Delivery: A new Method Based on the Concept of Aristotelian Equality.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*. 1989 Apr 1;5(1):89-112.
- Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E., 2000. Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Healthcare. *The Journal of Human Resources*, 35(4), pp.716-33



BAB
10

***ISSUE* TERKAIT PRAKTIKI KESEHATAN MASYARAKAT**

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa diharapkan dapat Menjelaskan kembali tentang *Issues* terkait praktisi kesehatan masyarakat (Puskesmas/Rumah sakit/Dinas)

1. *Issue* Terkini di Puskesmas
2. *Issue* Terkini di Masyarakat
3. *Issue* Terkini di Rumah sakit

A. *ISSUE* TERKINI DI PUSKESMAS

Demi tetap mencegah terjadinya penularan COVID-19, masyarakat pada masa adaptasi kebiasaan baru diharapkan dalam melakukan aktivitasnya di rumah, sekolah, tempat bekerja ataupun ketika berada di tempat-tempat umum tetap menjalankan protokol kesehatan. Adaptasi kebiasaan baru adalah perubahan perilaku untuk tetap menjalankan aktivitas normal namun dengan tetap menerapkan protokol kesehatan guna mencegah penularan COVID-19. Prinsip utamanya adalah dapat menyesuaikan dengan pola hidup namun dengan mengurangi kontak fisik dengan orang lain.

Puskesmas pada tingkat pertama menjadi salah satu garda terdepan dalam penanganan dan pencegahan penularan COVID-19. Dalam menghadapi masa adaptasi kebiasaan baru, Puskesmas juga harus mempersiapkan sumber daya yang dimiliki dan protokol pelayanan dalam rangka melayani masyarakat tanpa mengabaikan keselamatan dan kesehatan pasien dan tenaga kesehatan dari risiko transmisi penularan COVID-19.

1. Pengaturan Alur Pelayanan

Menerapkan sistem alur satu arah, jika pintu masuk dan pintu keluar berbeda. Jika pintu masuk dan pintu keluar sama maka dibuatkan pembatas yang tegas antara alur masuk dan alur keluar berupa tali atau pembatas lainnya. Pemisahan alur pasien dengan gejala ISPA dan *Non ISPA*- *Sign*/tanda/ petunjuk arah pasien sesuai gejala



Gambar 10.1
Layout alur masuk dan keluar



Gambar 10.2
Pemeriksaan Suhu Tubuh

2. Skrining dan Triase

Lokasi *skrining* ditempatkan di dalam atau di luar gedung dekat pintu masuk yang memiliki sistem sirkulasi udara natural. *Skrining* adalah penapisan pasien berdasarkan gejala ISPA dan *Non ISPA*. *Triase* adalah pemilahan pasien berdasarkan kegawatdaruratan. Petugas ditempatkan di lokasi dilengkapi dengan alkes dan APD sesuai dengan panduan yang berlaku.

3. Protokol Kesehatan

Wajib menggunakan masker bagi petugas dan seluruh pengunjung Puskesmas- Tersedia fasilitas cuci tangan dengan sabun dan air mengalir/*hand sanitizer* di semua lokasi strategis. Menerapkan pengaturan jarak duduk/antri antar pengunjung > 1 meter. Jika diperlukan, gunakan pembatas transparan yang membatasi pasien dan petugas- Tata cara penggunaan APD sesuai panduan yang berlaku.



Gambar 10.3
Penerapan *physical distancing*



Gambar 10.4
Desinfektan Ruang

4. Pelaksanaan Kepatuhan Terhadap Kewaspadaan Isolasi

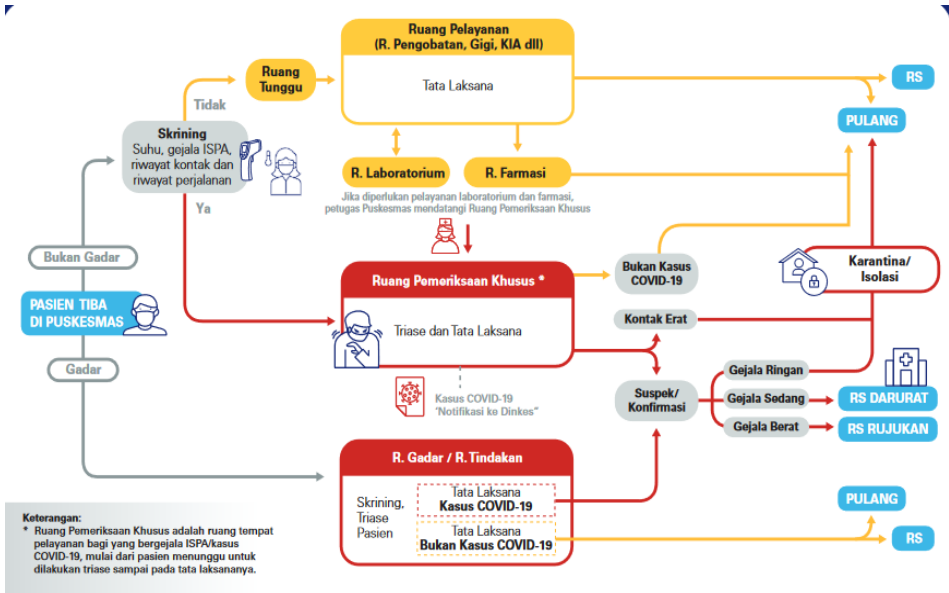
Dilaksanakan terhadap kepatuhan kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi- Lakukan sesuai dengan panduan/ peraturan yang berlaku- Ruang harus memenuhi persyaratan ventilasi sirkulasi udara yang baik (jendela terbuka lebar, kipas angin/AC dan *exhaust fan* dengan posisi berlawanan arah).

5. Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi

Informasi jadwal pelayanan. Pendaftaran *online*. Janji temu untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan. Pemberian KIE. Konsultasi dan pemantauan kesehatan secara *online*. Pelajari dan Laksanakan Panduan Pelayanan Masa Pandemi Covid-19. Panduan pelayanan pada masa pandemi dapat diunduh di website covid19.kemkes.go.id sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan Puskesmas.



ALUR PELAYANAN DI PUSKESMAS: SKRINING DAN TRIASE DILAKUKAN UNTUK DETEKSI DINI KASUS COVID-19



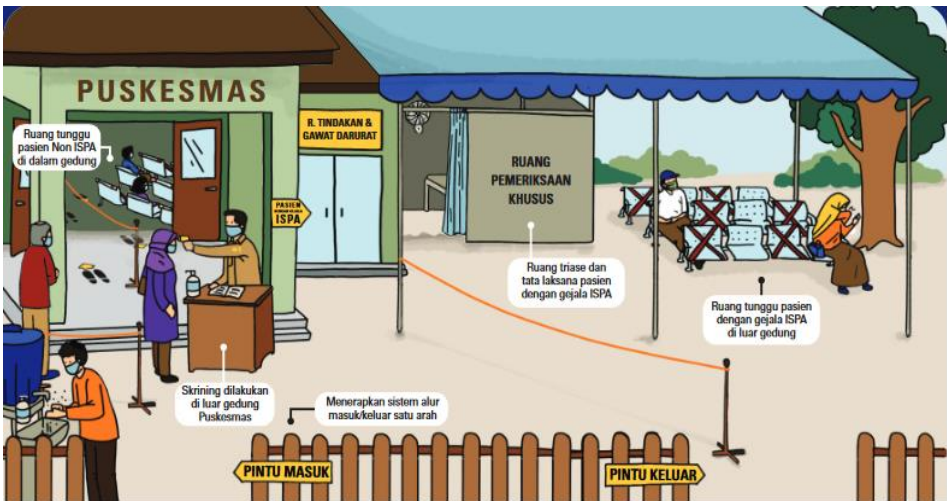
REKOMENDASI MODIFIKASI TATA LETAK *SKRINING* DAN *TRIASE* DI DALAM GEDUNG PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI COVID-19



Skrining dilakukan di depan pintu teras Puskesmas.

Ada pemisahan alur pasien yang bergejala ISPA dan Non ISPA, termasuk pemisahan area ruang tunggu dan loket pendaftaran. Ruang pemeriksaan khusus ISPA/COVID-19 ditempatkan di dalam gedung dekat pintu masuk.

REKOMENDASI MODIFIKASI TATA LETAK *SKRINING* DAN *TRIASE* DI LUAR GEDUNG PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI COVID-19



Pada Puskesmas dengan luas bangunan yang terbatas, ruang pemeriksaan khusus ISPA/COVID-19 ditempatkan di luar gedung.

B. **ISSUE TERKINI DI MASYARAKAT**

Corona virus 2019 atau COVID-19 merupakan pandemi yang telah mengakibatkan tingginya angka mortalitas di berbagai belahan dunia. Pengetahuan mengenai pandemi COVID-19 yang baik dan perilaku hidup bersih dan sehat sebagai upaya mencegah penularan COVID-19 penting untuk diterapkan. Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO (*World Health Organization*) telah menetapkan pandemi COVID-19 sebagai keadaan darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian dunia internasional (Güner, Hasanoglu, & Aktaş, 2020).

Berdasarkan data Gugus Tugas COVID-19 Republik Indonesia, per tanggal 12 Agustus 2020, jumlah pasien total positif COVID-19 di dunia mencapai 20.388.408 orang, yang diakumulasikan dari pasien positif dirawat, pasien positif sembuh, serta pasien positif meninggal. Di Indonesia, total pasien positif COVID-19 sebanyak 692.838, sembuh 563.980, dan meninggal 20.589 kasus per 25 Desember 2020.

Peningkatan kasus COVID-19 yang terjadi di masyarakat didukung oleh proses penyebaran virus yang cepat, baik dari hewan ke manusia ataupun antara manusia. Penularan virus SARS-CoV-2 dari hewan ke manusia utamanya disebabkan oleh konsumsi hewan yang terinfeksi virus tersebut sebagai sumber makanan manusia, utamanya hewan kelelawar. Proses penularan COVID-19 kepada manusia harus diperantarai oleh reservoir kunci yaitu alpha corona virus dan beta corona virus yang memiliki kemampuan menginfeksi manusia.

Kontak yang erat dengan pasien terinfeksi COVID-19 akan mempermudah proses penularan COVID-19 antara manusia. Proses penularan COVID-19 disebabkan oleh pengeluaran *droplet* yang mengandung virus SARS-CoV-2 ke udara oleh pasien terinfeksi pada saat batuk ataupun bersin. *Droplet* di udara selanjutnya dapat terhirup oleh manusia lain di dekatnya yang tidak terinfeksi COVID-19 melalui hidung ataupun mulut. *Droplet* selanjutnya masuk menembus paru-paru dan proses infeksi pada manusia yang sehat berlanjut (Shereen, Khan, Kazmi, Bashir, & Siddique, 2020; Wei et al., 2020).

Secara klinis, representasi adanya infeksi virus SARS-CoV-2 pada manusia dimulai dari adanya asimtomatik hingga pneumonia sangat berat, dengan sindrom akut pada gangguan pernapasan, syok septik dan kegagalan multiorgan, yang berujung pada kematian (Guan et al., 2020). Hal ini akan meningkatkan ancaman dalam masa pandemi COVID-19 sehingga jumlah kasus COVID-19 di masyarakat dapat terus meningkat.

Khusus di Indonesia sendiri Pemerintah telah mengeluarkan status darurat bencana terhitung mulai tanggal 29 Februari 2020 hingga 29 Mei 2020 terkait pandemi virus ini dengan jumlah waktu 91 hari. Langkah-langkah telah

dilakukan oleh pemerintah untuk dapat menyelesaikan kasus luar biasa ini, salah satunya adalah dengan mensosialisasikan gerakan *Social Distancing*. Konsep ini menjelaskan bahwa untuk dapat mengurangi bahkan memutus mata rantai infeksi Covid-19 seseorang harus menjaga jarak aman dengan manusia lainnya minimal 2 meter, dan tidak melakukan kontak langsung dengan orang lain, menghindari pertemuan massal.

Tetapi banyak masyarakat yang tidak menyikapi hal ini dengan baik, seperti contohnya pemerintah sudah meliburkan para siswa dan mahasiswa untuk tidak berkuliah atau bersekolah ataupun memberlakukan bekerja di dalam rumah, namun kondisi ini malahan dimanfaatkan oleh banyak masyarakat untuk berlibur. Selain itu, walaupun Indonesia sudah dalam keadaan darurat masih saja akan dilaksanakan tabligh akbar, dimana akan berkumpul ribuan orang di satu tempat, yang jelas dapat menjadi mediator terbaik bagi penyebaran virus corona dalam skala yang jauh lebih besar. Selain itu masih banyak juga masyarakat Indonesia yang menganggap enteng virus ini, dengan tidak mengindahkan himbauan-himbauan pemerintah.

Perilaku yang tidak normal yang ditunjukkan oleh fenomena diatas memicu peneliti untuk menganalisa lebih jauh secara psikologi mengapa hal tersebut dapat terjadi di saat kondisi negara sedang dalam keadaan bencana dan bagaimana cara mengatasinya. Selain itu peneliti juga akan memaparkan kiat-kiat dalam menjaga kesejahteraan jiwa dalam menghadapi wabah corona ini melalui pendekatan psikologi positif.

1. Anjuran mengenai penggunaan masker dalam konteks COVID-19

Penggunaan masker merupakan bagian dari rangkaian komprehensif langkah pencegahan dan pengendalian yang dapat membatasi penyebaran penyakit-penyakit virus saluran pernapasan tertentu, termasuk COVID-19. Masker dapat digunakan baik untuk melindungi orang yang sehat (dipakai untuk melindungi diri sendiri saat berkontak dengan orang yang terinfeksi) atau untuk mengendalikan sumber (dipakai oleh orang yang terinfeksi untuk mencegah penularan lebih lanjut).

Namun, penggunaan masker saja tidak cukup memberikan tingkat perlindungan atau pengendalian sumber yang memadai. Karena itu, langkah-langkah lain di tingkat perorangan dan komunitas perlu juga diadopsi untuk menekan penyebaran virus-virus saluran pernapasan. Terlepas dari apakah masker digunakan atau tidak, kepatuhan kebersihan tangan, penjagaan jarak fisik, dan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) lainnya sangat penting untuk mencegah penularan COVID-19 dari orang ke orang. Dokumen ini memberikan informasi dan panduan mengenai penggunaan masker dalam pelayanan kesehatan, bagi masyarakat umum, dan saat melakukan perawatan di rumah. *World Health Organization* (WHO) telah

menyusun panduan khusus mengenai strategi-strategi PPI dalam pelayanan kesehatan, fasilitas perawatan jangka panjang (FPJP), dan perawatan di rumah.

2. Pentingnya Menerapkan *Social Distancing* Demi Mencegah COVID-19

Dalam upaya menangani wabah virus Corona yang semakin meluas, pemerintah menganjurkan masyarakat untuk menerapkan *social distancing* atau pembatasan sosial. Mari kenali apa itu *social distancing* dan cara melakukannya. Memburuknya wabah virus Corona mengharuskan pemerintah mengambil sikap. Baru-baru ini, presiden Republik Indonesia, Joko Widodo, menyarankan setiap individu untuk menerapkan *social distancing* guna menghadapi pandemi COVID-19. Lalu, apa yang dimaksud *social distancing*?

Social distancing merupakan salah satu pencegahan dan pengendalian infeksi virus Corona dengan menganjurkan orang sehat untuk membatasi kunjungan ke tempat ramai dan kontak langsung dengan orang lain. Kini, istilah *social distancing* sudah diganti dengan jaga jarak fisik oleh pemerintah. Ketika menerapkan *social distancing*, seseorang tidak diperkenankan untuk berjabat tangan serta menjaga jarak setidaknya 1 meter saat berinteraksi dengan orang lain, terutama dengan orang yang sedang sakit atau berisiko tinggi menderita COVID-19.

Selain itu, ada beberapa contoh penerapan *social distancing* yang umum dilakukan, yaitu: Bekerja dari rumah, Belajar di rumah secara *online* bagi siswa sekolah dan mahasiswa, Menunda pertemuan atau acara yang dihadiri orang banyak, seperti konferensi, seminar, dan rapat, atau melakukannya secara *online* lewat konferensi video atau *teleconference*, Tidak mengunjungi orang yang sedang sakit, melainkan cukup melalui telepon atau *video call*.

Penerapan *physical distancing* ini bisa diterapkan dengan baik, yakni dengan menjaga jarak aman dan disiplin melaksanakannya. Imbauan *physical distancing* ini, tidak hanya berlaku di tempat umum, tetapi juga berlaku di seluruh rumah tangga dan keluarga. Pasalnya belum tentu seluruh anggota keluarga aman dari virus corona, meskipun belum ada satu anggota keluarga yang dinyatakan terpapar viruscorona

3. Mencuci Tangan

Pandemi virus corona sudah berlangsung lebih dari 10 bulan, namun belum ada tanda-tanda wabah ini akan berakhir. Bahkan, di beberapa negara Eropa kembali terjadi lonjakan jumlah kasus yang membuat beberapa pembatasan kembali diterapkan. Di Indonesia sendiri, jumlah kasus positif masih terus meningkat. Walaupun begitu, beberapa pelanggaran telah dilakukan di beberapa daerah. Akhirnya, masyarakat ada yang sudah bisa beraktivitas seperti biasa di luar rumah dengan memerhatikan beberapa hal.

Adaptasi kebiasaan baru saat di luar rumah memang perlu dilakukan demi terhindar dari infeksi virus corona. Beberapa bentuk adaptasinya, yaitu menggunakan masker, menjaga jarak dengan orang lain, dan rajin cuci tangan menggunakan sabun.

Jika ke luar rumah, baik untuk bekerja ataupun belanja kebutuhan sehari-hari, akan berisiko terpapar virus corona. Pasti sudah tahu kan, virus ini akan keluar bersamaan dengan *droplet* dari seseorang yang terinfeksi COVID-19. Virus tersebut bisa bertahan beberapa saat di udara. Lalu, jatuh dan melekat ke permukaan benda di berbagai fasilitas umum, bisa kursi, meja, pegangan tangga, dan lain sebagainya. Virus corona memiliki kemampuan untuk hidup dan bertahan lama bila berada di permukaan benda-benda tersebut. Jika tidak segera dibersihkan menggunakan disinfektan, maka virus akan tetap berada di permukaan benda selama sehari-hari. Jika tanpa sadar menyentuh benda-benda yang telah terkontaminasi tadi, maka virus corona bisa melekat ke tangan. Terlebih orang memiliki kebiasaan sering menyentuh wajah terutama hidung, yaitu sekitar 16 kali per jam.

Meski mencuci tangan adalah hal yang gampang, terdapat beberapa langkah yang harus Anda perhatikan dalam mencuci tangan, yaitu: Cuci tangan menggunakan air mengalir. Gunakan sabun yang dapat membunuh virus dan bakteri. Usapkan dengan lembut ke punggung tangan, sela jari, dan bawah kuku. Cuci tangan paling tidak selama dua puluh detik. Bilas tangan menggunakan air bersih yang mengalir. Keringkan tangan dengan handuk bersih.

C. ISSUE TERKINI DI RUMAH SAKIT

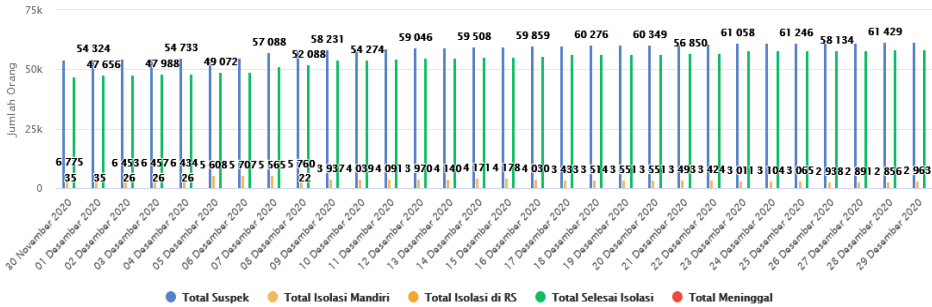
Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) rumah sakit rujukan Covid-19 di banyak kota di Indonesia penuh. Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) mengimbau warga untuk di rumah saja dan selalu menerapkan protokol kesehatan. Selain itu, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Yogyakarta, menyampaikan di awal bulan Desember, ICU di RS rujukan Kabupaten Sleman penuh. Dari 11 ICU yang ada semuanya sudah digunakan untuk merawat pasien Covid-19 dengan gejala berat. Hal ini tidak hanya terjadi di Jakarta dan Yogyakarta, tapi ada banyak daerah di berbagai negara yang mengalami hal serupa.

Ruang isolasi sembilan dari 22 rumah sakit di Pekanbaru sudah penuh. Ini dampak dari peningkatan tajam angka pasien terkonfirmasi positif Covid-19 di Pekanbaru. Total tersisa 83 ruang isolasi yang bisa digunakan untuk perawatan pasien positif di 13 rumah sakit. Hal ini tentu saja tidak cukup. September 2020 terdapat 100 penambahan kasus positif di Kota BERTUAH. Bahkan saat ini ada 970 orang yang menjalani isolasi mandiri. Dari data Dinas Kesehatan (Diskes) Kota Pekanbaru, sebanyak 594 pasien positif Covid-19 menjalani isolasi di

rumah sakit. Mereka menjalani isolasi di 22 rumah sakit yang tersebar di Kota Pekanbaru.

Grafik

Data Suspek Covid-19 Provinsi Riau



Lonjakan Pembiayaan

Pandemi Covid-19 telah memberikan dampak besar pada berbagai sektor. Untuk menanggulangnya pemerintah telah mengeluarkan beberapa kebijakan, salah satunya kebijakan fiskal. Paket kebijakan fiskal untuk stimulus ekonomi telah dikeluarkan untuk menekan dampak pandemi pada sektor ekonomi. Akibatnya, kebijakan tersebut berimbas pada keuangan negara (APBN 2020) yang berpotensi akan mengalami defisit kira-kira sebesar Rp1.028,50 triliun atau 6,72% terhadap PDB. Pelebaran defisit dikarenakan kebutuhan dana penanggulangan Covid-19 terus bertambah. Dengan beban pembiayaan APBN yang bertambah, opsi yang dapat diandalkan bersumber dari utang.

Tulisan ini mengkaji tekanan anggaran negara dalam penanggulangan Covid-19. Defisit anggaran yang membengkak menjadikan utang sebagai salah satu alternatif untuk menambal defisit tersebut adalah konsekuensi dari stimulus yang digelontorkan pemerintah. DPR RI perlu mendorong pemerintah untuk memperhatikan skala prioritas pembelanjannya berdasarkan tingkat urgensinya. Selain itu, pengawalan DPR RI terhadap peran lembaga pemeriksaan dan pengawasan keuangan negara, serta penegak hukum juga semakin penting untuk memastikan transparansi dan akuntabilitas penggunaan anggaran negara.

Kondisi Anggaran Negara pada Masa Covid-19. Selain kesehatan masyarakat, aspek yang sangat terpengaruh oleh pandemi Covid-19 adalah keuangan negara dalam APBN 2020. Akibatnya, sumber keuangan negara untuk membiayai berbagai stimulus untuk menangani Covid-19 terus tertekan di tengah-tengah pemasukan negara yang sedang menurun. Menteri Keuangan Sri Mulyani memperkirakan defisit APBN 2020 berpotensi melebar mencapai

Rp1.028,5 triliun atau 6,27% terhadap PDB. Tekanan terhadap APBN 2020 terus meningkat, karena pemerintah sebelumnya telah melebarkan defisit APBN 2020 dari 1,76% menjadi 5,07% terhadap PDB atau mencapai Rp852,94 triliun (Lampiran Perpres No. 54 Tahun 2020).

Pelebaran defisit APBN 2020 dikarenakan kebutuhan dana penanggulangan Covid-19 yang terus membengkak. Secara lebih rinci, pendapatan negara di tahun ini diperkirakan menurun dari perkiraan pemerintah dari Rp2.233,20 triliun menjadi Rp1.760,88 triliun. Penerimaan perpajakan menjadi hanya Rp1.462,63 triliun dan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) menjadi Rp297,75 triliun. Sementara belanja negara akan meningkat menjadi Rp2.613,82 triliun, dari sebelumnya hanya Rp2.540,42 triliun. Belanja pemerintah menjadi Rp1.851,10 triliun, namun Transfer ke Daerah dan Dana Desa turun menjadi Rp762,72 triliun, dari sebelumnya Rp 856,94 triliun (Perpres No. 54 Tahun 2020 tentang Perubahan Postur dan Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2020). Realisasi pendapatan negara hingga akhir Mei sebesar Rp664,3 triliun atau 37,7 persen dari target APBN yang telah mengalami perubahan melalui Perpres No. 54 tahun 2020 menjadi sebesar Rp1.760,9 triliun.

Tekanan terhadap APBN 2020 Terbatasnya kondisi keuangan negara memaksa pemerintah untuk memperlebar defisit APBN 2020 untuk membiayai penanggulangan pandemi Covid-19. Keuangan pemerintah semakin tertekan ketika pandemi belum menunjukkan arah penurunan secara berarti dengan konsekuensi revisi Program PEN. Data menunjukkan pemerintah telah merevisi tiga kali anggaran Program PEN. Saat ini pemerintah akan menggunakan lima opsi dalam strategi pembiayaan APBN 2020 yaitu: (1) optimalisasi sumber internal pemerintah atau *non*-utang, (2) penarikan pinjaman, (3) penerbitan surat berharga negara (SBN) di pasar domestik, (4) penerbitan SBN valuta asing (valas), serta (4) dukungan dari Bank Indonesia.

Dampak pandemi Covid-19 pada perekonomian dan APBN 2020 masih akan terus menekan kapasitas fiskal pemerintah. Upaya mitigasi yang memadai perlu didukung dengan pengambilan keputusan secara tepat. Dengan demikian, dampak negatif pada sektor ekonomi dan keuangan negara dapat dikelola. Pemerintah telah mengeluarkan Program PEN untuk menanggulangi dampak Covid-19 baik dalam aspek medis, sosial, dan ekonomi.

Oleh karena itu pemerintah dituntut mampu memprioritaskan alokasi dana stimulus. Hal tersebut diperlukan untuk mengukur kemungkinan yang terjadi terhadap perekonomian. DPR RI melalui fungsi anggarannya perlu memerhatikan skala prioritas belanja berdasarkan tingkat urgensinya dan menuntut pengalokasian anggaran yang tepat dan efektif. DPR RI juga harus mengawal peran lembaga pemeriksaan dan pengawasan keuangan negara,

dan penegak hukum untuk memastikan transparansi dan akuntabilitas pembiayaan dampak Covid-19

LATIHAN SOAL

Jawab pertanyaan berikut ini dengan ringkas dan jelas!

1. Selama masa *pandemic* ini, bagaimana pelayanan di puskesmas yang saudara ketahui, jelaskan!
2. Perubahan seperti apa yang terjadi dalam proses pelayanan di Puskesmas?
3. Bagaimana perilaku menggunakan masker bagi masyarakat disekitar saudara? Jelaskan!
4. Apa saja penyebab ketidakpatuhan masyarakat dalam penggunaan masker?
5. Lonjakan biaya yang dirasakan pihak rumah sakit apakah bisa mempengaruhi dalam layanan yang diberikan? Berikan argumentasi saudara!

DAFTAR PUSTAKA

- Bank Indonesia. “Utang Luar Negeri Indonesia Tumbuh Melambat”, 16 Maret 2020, <https://www.bi.go.id/id/ruang-media/info-terbaru/Pages/Utang-Luar-Negeri-Indonesia-Januari-2020-Tumbuh-Melambat.aspx>, diakses 11 Mei 2020.
- Basri, F. (2020). Dunia dan Indonesia Usai Coronavirus Covid-19. Makalah Disampaikan pada ISPE Lecture 2020, INDEF, Jakarta.
- CNN Indonesia. (2020, Maret 14). Mengenal Social Distancing sebagai Cara Mencegah Corona. CNN Indonesia.
- D Hariyadi, (2020, Maret 18). Pandemi Corona, Ribuan Orang Ikut Tabligh Akbar se-Asia di Gowa. Tempo.co.
- D Malik, (2020, Maret 14). Anies Tutup Lokasi Wisata di Jakarta, Wisatawan Pindah ke Puncak Bogor. Vivanews.
- Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 2020. Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Di Klinik pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru
- Güner, Hasanoğlu, & Aktaş, 2020. Güner, R., Hasanoğlu, İ., & Aktaş, F. (2020). Covid-19: Prevention and control measures in community. Turkish Journal of Medical Sciences, 50(SI-1), 571–577. <https://doi.org/10.3906/sag-2004-146>

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Adaptasi Kebiasaan Baru Pada Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Masa Pandemi Covid-19
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Panduan Adaptasi Kebiasaan Baru dalam Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular. Gernas.
- Kementerian Keuangan dan Bank Indonesia. Statistik Utang Luar Negeri Indonesia (2020). Jakarta: Kemenkeu dan BI.
- Kementerian Keuangan. “Program PEN”, https://kemenkeu.go.id/media/15366/photostory_pen_demandside.pdf, diakses 15 Juni 2020.
- N.W. Koesmawardhani, (2020, Maret 17). Pemerintah Tetapkan Masa Darurat Bencana Corona hingga 29 Mei 2020. Detiknews.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 54 Tahun 2020 tentang Perubahan Postur dan Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2020.
- Rais Agil Bahtiar dan Hariyad. 2020. Tekanan Anggaran Negara Dalam Penanggulangan Dampak Covid-19. Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI. Bidang Ekonomi Dan Kebijakan Publik. Vol. XII, No. 12/II/Puslit/Juni/2020
- Shereen, Khan, Kazmi, Bashir, & Siddique, 2020; Wei et al., 2020). Shereen, M. A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., & Siddique, R. (2020). COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of Advanced Research*, 24(1), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.03.005>
- Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis* 2020;18.
- Zhou F, Yu T, Ronghui D, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*; published online March 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

GLOSARIUM

A

B

C

D

Delegasi Kekuasaan: Suatu pemberian otoritas atau kekuasaan formal serta tanggung jawab untuk melakukan kegiatan tertentu pada pihak lain

Demand Side: Istilah yang digunakan untuk menggambarkan posisi bahwa pertumbuhan ekonomi dan lapangan kerja penuh paling efektif diciptakan oleh permintaan tinggi akan produk dan jasa.

Desentralisasi: Penyerahan Kekuasaan Pemerintahan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah otonom berdasarkan Asas Otonomi.

E

Ekuitas Pelayanan Kesehatan: Mencakup akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama dan pemanfaatan yang sama untuk kebutuhan yang sama.

F

G

H

I

J

Job Description: Sebuah pedoman yang disusun oleh organisasi untuk karyawan agar bisa menjalankan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan posisi yang sudah ditentukan.

K

L

M

Manajemen Konflik: Langkah yang diambil pihak ketiga dengan tujuan mengarahkan konflik ke hasil tertentu yang mungkin/tidak menghasilkan hasil akhir berupa penyelesaian konflik atau mungkin/tidak menghasilkan ketenangan atau hasil mufakat.

Mindset Personal: Mencerminkan pemahaman individu terhadap kondisi lingkungan yang dimasukinya dalam organisasi.

N

Negara Berkembang: Negara dengan pendapatan rata-rata masih relatif rendah, indeks perkembangan manusia tercatat di bawah standar normal global, dan infrastruktur yang masih relatif berkembang atau belum maksimal.

Negara Maju: Negara yang memiliki standar hidup tinggi dengan perekonomian merata, penggunaan teknologi tinggi, dan telah berhasil dalam aspek tersebut

O

P

Pekerja Penerima Upah Penyelenggara Negara (PPU PN/Pegawai Negeri Sipil): Setiap warga negara Republik Indonesia yang telah memenuhi syarat yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan diserahi tugas dalam suatu jabatan negara, atau diserahi tugas negara lainnya, dan digaji berdasarkan peraturan.

Penerima Bantuan Iuran (PBI): Peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari Pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

Physical Distancing atau Pembatasan Jarak Fisik: Upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyebaran virus

Protokol Kesehatan: Aturan dan ketentuan yang perlu diikuti oleh segala pihak agar dapat beraktivitas secara aman pada saat pandemi COVID-19 ini.

Puskesmas: 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.

Q

R

Rekrutmen: Serangkaian aktivitas mencari dan memikat pelamar kerja dengan motivasi, kemampuan, keahlian, dan pengetahuan yang diperlukan guna menutupi kekurangan yang diidentifikasi dalam perencanaan kepegawaian.

Rumah Sakit Kelas A: Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis luas oleh pemerintah ditetapkan sebagai rujukan tertinggi (*Top Referral Hospital*) atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.

Rumah Sakit Kelas B: Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis terbatas. Rumah sakit ini didirikan di setiap Ibukota Provinsi yang menampung pelayanan rujukan di rumah sakit kabupaten.

Rumah Sakit Kelas C: Rumah Sakit yang telah mampu memberikan pelayanan Kedokteran Spesialis terbatas. Rumah Sakit tipe C ini didirikan di setiap Ibukota Kabupaten (*Regency hospital*) yang mampu menampung pelayanan rujukan dari Puskesmas.

Rumah Sakit Kelas D: Rumah Sakit yang hanya bersifat transisi dengan hanya memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan Kedokteran Umum dan gigi. Rumah sakit tipe C ini mampu menampung rujukan yang berasal dari Puskesmas.

Rumah Sakit Kelas E: Rumah Sakit Khusus (*spesial hospital*) yang hanya mampu menyelenggarakan satu macam pelayan kesehatan kedokteran saja, misal: Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Paru, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Kanker, Rumah Sakit Ibu dan Anak, dll

S

SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*): Infeksi saluran pernapasan berat disertai dengan gejala saluran pencernaan yang disebabkan oleh coronavirus.

Seleksi: Proses untuk mendapatkan sumber daya manusia untuk mengisi posisi jabatan tertentu

Sistem Kesehatan Nasional (SKN): 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

Social Distancing: Menjadi salah satu program utama pemerintah dalam mencegah dan membatasi penyebaran *pandemic*

Sumber Daya Manusia (SDM): Individu produktif yang bekerja sebagai penggerak suatu organisasi, baik itu di dalam institusi maupun perusahaan yang memiliki fungsi sebagai aset sehingga harus dilatih dan dikembangkan kemampuannya.

Supply Side Economics: Analisa efek daripada kebijaksanaan pemerintah terhadap *output* (potensial) di dalam perekonomian

T

Teknik Delbec: Penetapan prioritas kasus dilakukan melalui komitmen sekelompok orang yang tidak sama keahliannya. Sehingga dibutuhkan klarifikasi terlebih lampau untuk meningkatkan pengertian dan pemahaman penerima.

Teknik Delphi: Proses berulang untuk mendapatkan konsensus tentang masalah dari sekelompok ahli materi pelajaran. Ini telah digunakan sangat efektif oleh organisasi besar untuk perencanaan strategis

U

V

W

X



Y



Z

PROFIL PENULIS



Penulis bernama lengkap Dr Hetty Ismainar, SKM, MPH. Saat ini bekerja sebagai dosen di STIKes Hang Tuah Pekanbaru, Riau. Menyelesaikan Studi S3 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro tahun 2020. Magister S2 di MMR Universitas Gadjah Mada tahun 2011 dan S1 di Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKes Hang Tuah Pekanbaru. Diploma III di Poltekkes Kemenkes Riau tahun 2001. Bidang ilmu yang ditekuni antara lain: *public health, maternal health, Hospital Administration*. Saat ini berdomisili di Kota Pekanbaru Riau. Ada 14 buku ajar dan *book chapter* yang telah dihasilkan dan beberapa jurnal dan *prosiding* internasional diantaranya ada empat artikel yang terindeks scopus. Bila ada yang ingin di diskusikan, silahkan akses saya di alamat email: ismainarhetty@yahoo.co.id



Penulis bernama lengkap Muhammad Dedi Widodo, SKM, M.Kes. Lahir di Lubuk Muda tanggal 05 Desember 1989. Saat ini sedang bekerja sebagai dosen tetap di Prodi Kesehatan Masyarakat STIKes Hang Tuah Pekanbaru, Riau. Telah menyelesaikan Studi Magister Kesehatan Masyarakat S2 di STIKes Hang Tuah Pekanbaru Tahun 2016 dan S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Hang Tuah Pekanbaru Tahun 2007. Bidang ilmu yang ditekuni: Kesehatan Masyarakat, Administrasi, Kebijakan Kesehatan, dan Manajemen. Pengalaman dalam akademisi pendidikan 10 tahun.



Penulis bernama lengkap Leon Candra, SKM, M.Kes dilahirkan di Muaro Sentajo 16 Oktober 1988. Menyelesaikan Pendidikan S-1 (tahun 2007) dan S-2 (tahun 2013) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Pekanbaru, dengan Peminatan Manajemen Rumah Sakit. Saat ini aktif mengajar di STIKes Hang Tuah Pekanbaru. Mata kuliah yang diampu Perilaku Organisasi RS, Residensi RS, Pengembangan & Pengorganisasian Masyarakat, K3RS. Dan untuk saat ini juga aktif dalam pengkajian Study Kelayakan Rumah Sakit.



ORGANISASI MANAJEMEN KESEHATAN

Organisasi adalah suatu wadah atau tempat dua orang atau lebih yang memiliki ikatan kerja sama guna mewujudkan suatu tujuan bersama. Orang-orang yang ada di dalam suatu organisasi mempunyai suatu keterkaitan yang terus menerus. Rasa keterkaitan ini, bukan berarti keanggotaan seumur hidup. Akan tetapi sebaliknya, organisasi menghadapi perubahan yang konstan di dalam keanggotaan sehingga orang-orang dalam organisasi harus berpartisipasi relatif teratur.

Agar suatu organisasi dapat berjalan dengan baik dalam rangka membentuk suatu organisasi perlu kita perhatikan beberapa asas atau prinsip organisasi, *system* perencanaan yang matang, proses pelaksanaan yang terkonsep dan terorganisir dengan tidak mengabaikan proses *monitoring* dan evaluasi dalam setiap tahapan manajemen yang dilalui.

Buku ini tidak hanya menjelaskan konsep organisasi tetapi juga membuka pemikiran dan pandangan mahasiswa sebagai pembaca terhadap konflik yang terjadi dalam organisasi. Metode pendekatan yang digunakan dan solusi yang perlu dipertimbangkan dalam pemecahan konflik tersebut. Yang paling menarik dalam buku ini, tim penulis mengaitkan situasi *pandemic* COVID-19 dalam narasi materi. Hal ini bertujuan bahwa saat buku ini disusun memang dalam situasi *pandemic* sebagai *issue* terkini yang terjadi di Indonesia dan negara lain di seluruh dunia.