

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/355699276>

Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan

Book · October 2021

CITATION

1

READS

19,611

9 authors, including:



Vina Novela

universitas fort de kock bukittinggi

12 PUBLICATIONS 50 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Niken Bayu Argaheni

Universitas Sebelas Maret

44 PUBLICATIONS 229 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Rahmat Haji Saeni

Poltekkes Mamuju

13 PUBLICATIONS 102 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Surveillance [View project](#)



KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN



Jasmen Manurung • Vina Novela • Qonita Ulfiana
Janner Pelanjani Simamora • Niken Bayu Argaheni
Efendi Sianturi • Rahmat Haji Saeni • Lakhmudien

KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Tentang droit de suite Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi

Pembatasan Perbuatan Pasal 26

Keterbatasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25, huruf 2), dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan sebagian Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk keperluan pendidikan ilmiah yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi ilmiah;
- b. Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, keolah-olahragaan dan Program yang tidak dilakukan Pengumuman sebagai tujuan agar atau
- d. penggunaan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memerlukan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyanyi

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h atau Penggunaan Swastika Komersial di pidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf c, dan/atau huruf g atau Penggunaan Swastika Komersial di pidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan

Jasmen Manurung, Vina Novela, Qonita Ulfiana
Janner Pelanjani Simamora, Niken Bayu Argaheni
Efendi Sianturi, Rahmat Haji Saeni, Lakhmudien



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Jasmen Manurung, Vina Novela, Qonita Ulfiana
Janner Pelanjani Simamora, Niken Bayu Argaheni
Efendi Sianturi, Rahmat Haji Saeni, Lakhmudien

Editor: Janner Simarmata

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Jasmen Manurung., dkk.

Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan

Yayasan Kita Menulis, 2021

xiv; 122 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-238-3

Cetakan 1, September 2021

- I. Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan berkat dan rahmatNya, sehingga penulis mampu menyusun buku yang berjudul Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Tujuan penyusunan buku ini adalah untuk menjadi referensi bagi pembaca, baik dosen, mahasiswa bidang kesehatan dan tenaga kesehatan lain.

Kesehatan merupakan aspek yang sangat mendasar bagi manusia. Pentingnya kesehatan bagi manusia menjadikan negara-negara dan lembaga-lembaga kesehatan di dunia mengamanatkan bahwa setiap individu berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pernyataan yang lebih tegas dituangkan dalam The Universal Declaration of Human Right (UNO, 1948). Kesadaran akan pentingnya kesehatan ini juga dapat kita lihat dalam “Deklarasi Tujuan Pembangunan Millenium” (Millenium Development Goals) yang ditetapkan di New York pada tahun 2000.

Sektor kesehatan sebagai bagian dari sektor publik, memiliki peran yang sangat menentukan kesejahteraan suatu bangsa. Oleh karena itu kesehatan perlu diatur dalam bentuk kebijakan, dimana aktornya adalah pemerintah. Kebijakan ini ditetapkan oleh pemerintah untuk mengatasi permasalahan kesehatan, yang pada akhirnya nanti akan mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Buku ini hadir untuk menambah informasi penting tentang kebijakan dan pelayanan kesehatan. Buku ini juga akan membahas tentang dasar-dasar kebijakan kesehatan, bagaimana prosesnya, bagaimana penerapan manajemen kesehatan di berbagai fasilitas kesehatan, manajemen mutu, demikian juga dengan penerapan kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan. Semua topik-topik penting tersebut akan dibahas dalam 8 BAB yang tersaji dalam buku ini.

Buku ini tersusun atas kolaborasi dari penulis dari beberapa institusi di Indonesia, baik negeri maupun swasta, sebagai salah satu perwujudan dari Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis mengucapkan terimakasih kepada Penerbit Yayasan Kita Menulis yang telah memfasilitasi penerbitan buku ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan secara moral dan material dalam penyusunan buku ini.

Penulis menyadari jika dalam penyusunan buku ini masih terdapat kekurangan, semoga di masa yang akan datang menjadi semakin baik. Besar harapan kami, buku ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Medan, 07 September 2021
Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Dasar-Dasar Kebijakan Kesehatan

1.1 Definisi Kebijakan.....	1
1.2 Kebijakan Publik dan Privat	2
1.3 Sistem dan Komponen Kebijakan.....	3
1.3.1 Komponen Kebijakan.....	3
1.3.2 Keterkaitan antar Komponen	4
1.4 Tahapan Kebijakan.....	6
1.5 Hirarki Kebijakan	8
1.6 Kesehatan	9
1.6.1 Definisi Kesehatan	9
1.6.2 Nilai Kesehatan	10
1.6.3 Kebijakan Kesehatan	11

Bab 2 Proses Pembuatan Kebijakan Kesehatan

2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Konsep Kebijakan Kesehatan.....	14
2.2.1 Definisi	14
2.2.2 Segitiga Kebijakan Kesehatan	15
2.3 Proses Penyusunan Kebijakan.....	19

Bab 3 Organisasi dan Administrasi Kesehatan

3.1 Pengertian Organisasi	35
3.2 Prinsip-Prinsip Organisasi	38
3.3 Pengertian Administrasi.....	41
3.3.1 Fungsi Administrasi	42
3.3.2 Unsur – Unsur Administrasi.....	42

Bab 4 Manajemen Pelayanan Kesehatan

4.1 Pendahuluan.....	45
4.2 Konsep Manajemen	46
4.2.1 Pengertian Manajemen	46
4.2.2 Fungsi Manajemen	47
4.2.3 Proses Manajemen	49
4.3 Manajemen Pelayanan Kesehatan.....	50
4.3.1 Jenis dan Bentuk Pelayanan Kesehatan	51
4.3.2 Unsur Manajemen	53
4.3.3 Penerapan Manajemen dalam Pelayanan Kesehatan.....	54
4.3.4 Tantangan dan Masalah Kebijakan Manajemen Kesehatan	56

Bab 5 Manajemen Puskesmas

5.1 Pendahuluan	57
5.2 Manajemen Puskesmas	61
5.3 Perencanaan (P1)	66
5.4 Penggerakan dan Pelaksanaan (P2)	67
5.5 Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3)	68
5.6 Komitmen Organisasi	70

Bab 6 Manajemen Mutu Layanan Kesehatan

6.1 Pendahuluan.....	73
6.2 Definisi Mutu Layanan Kesehatan.....	74
6.3 Dimensi MutuLayanan Kesehatan.....	78

Bab 7 Manajemen Konflik

7.1 Definisi Konflik	83
7.2 Pandangan Tentang Konflik	84
7.3 Jenis Konflik	86
7.4 Penyebab Konflik	86
7.5 Proses terjadinya konflik.....	88
7.6 Strategi penyelesaian Konflik.....	92

Bab 8 Kebijakan dalam Pelayanan Kesehatan

8.1 Definisi Kebijakan Kesehatan	97
8.2 Sistem Pelayanan Kesehatan	99
8.2.1 Konsep Dasar Sistem Pelayanan Kesehatan	99
8.2.2 Jenis Pelayanan Kesehatan	101
8.2.3 Syarat Pokok Pelayanan	101

8.2.4 Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan	102
8.3 Dasar-Dasar Membuat Kebijakan Kesehatan	102
8.4 Kebijakan Kesehatan di Indonesia	103
8.5 Merencanakan Kebijakan Kesehatan.....	104
8.6 Kebijakan Pelayanan Kesehatan	105
8.7 Landasan Hukum.....	106
 Daftar Pustaka	 109
Biodata Penulis	117

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Keterkaitan Komponen Kebijakan dalam Sistem Kebijakan..	5
Gambar 1.2: Segitiga Analisis Kebijakan	5
Gambar 2.1: Siklus Kebijakan : ideal	20
Gambar 2.2: Siklus Kebijakan berdasarkan Kenyataan	21
Gambar 2.3: modifikasi pengambilan kebijakan	22
Gambar 2.4: Agenda setting	24
Gambar 2.5: Model tiga alur penentuan agenda	27
Gambar 3.1: Klasifikasi organisasi dari Morgen.....	36
Gambar 4.1: Fungsi Manajemen	49
Gambar 4.2: Proses Manajemen (POAC)	49
Gambar 6.1: Lingkaran Deming.....	81
Gambar 7.1: Proses Terjadinya Konflik	88
Gambar 7.2: Kontinum Intesitas Konflik.....	91
Gambar 7.3: Strategi Penyelesaian Konflik	93

Daftar Tabel

Tabel 4.1: Perbandingan Fungsi Manajemen	48
Tabel 5.1: Tahapan Kegiatan Siklus Manajemen Puskesmas (contoh untuk siklus tahun 2015, 2016, dan 2017).....	63
Tabel 7.1: Perbandingan Pendekatan Resolusi Konflik	94

Bab 1

Dasar-Dasar Kebijakan Kesehatan

1.1 Definisi Kebijakan

Merujuk pada Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang pemerintahan, organisasi, dan sebagainya); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran; garis haluan (KBBI, 2008).

Centers for Disease Control and Preventing (CDC, 2013) mengartikan kebijakan sebagai sebuah peraturan, hukum, prosedur, tindakan administratif, dorongan, atau praktik yang dibuat secara sadar oleh sebuah badan atau instansi. Menurut Eulau dan Prewitt (1973), kebijakan adalah ketetapan yang berlaku yang dicirikan oleh perilaku yang konsisten dan berulang, baik dari yang membuatnya maupun yang mentaatinya. Titmus (1974) mendefinisikan kebijakan sebagai prinsip-prinsip yang mengatur tindakan yang diarahkan kepada tujuan-tujuan tertentu (Ayuningtyas, 2015).

Kebijakan juga dapat didefinisikan sebagai suatu keputusan yang dimaksud untuk mengatasi permasalahan tertentu, untuk melakukan kegiatan tertentu,

atau untuk mencapai tujuan tertentu, yang dilakukan oleh lembaga pemerintah yang berwenang dalam rangka penyelenggaraan tugas pemerintahan negara dan pembangunan bangsa.

Dari berbagai definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kebijakan adalah suatu ketetapan untuk mengarahkan cara-cara bertindak untuk mencapai tujuan tertentu. Kebijakan juga merupakan suatu sistem yang melibatkan pembuat kebijakan, kebijakan itu sendiri, proses dan lingkungan yang mendorong lahirnya sebuah kebijakan

1.2 Kebijakan Publik dan Privat

Sebelum melangkah lebih jauh, perlu dilakukan pembatasan pembahasan kebijakan dalam buku ini. Sebenarnya kebijakan dapat dibedakan menjadi kebijakan publik dan kebijakan privat. Menurut Thomas Dye (2001), kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dipilih pemerintah untuk dilaksanakan atau tidak (Dye, 2001). Dari definisi ini dapat dilihat bahwa aktor utama kebijakan publik adalah pemerintah yang sah untuk mendorong, menghambat, melarang atau mengatur tindakan private (individu atau lembaga swasta). Jadi sifatnya memaksa yang berpengaruh pada tindakan privat masyarakat. Sebagai contoh, kebijakan kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang tertuang dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Kebijakan ini dibuat oleh pemerintah yang bersifat memaksa dan dapat berpengaruh terhadap kemampuan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Kebijakan ini juga bahkan memaksa para pengusaha rumah sakit, perusahaan farmasi dan lain-lain.

Kebijakan privat adalah tindakan yang dilakukan oleh seseorang atau lembaga swasta dan tidak bersifat memaksa kepada orang atau lembaga lain. Misalnya, keputusan suatu rumah sakit swasta untuk menetapkan tarif layanan rumah sakit merupakan contoh kebijakan privat. Perusahaan swasta adalah lembaga privat dan keputusannya tidak mengikat atau bersifat memaksa bagi perusahaan lain atau masyarakat luas. Kebijakan privat hanya berlaku internal, bagi lembaga atau individu itu saja. Masyarakat memiliki kesempatan untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut (Simatupang, 2017).

Dalam buku ini obyek kajiannya adalah kebijakan publik bukan kebijakan privat. Hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai merupakan salah satu hak dasar publik, sehingga perlu diatur. Aturan-aturan tersebut, yang dalam hal ini kita sebut kebijakan, yang akan dibahas dalam buku ini

1.3 Sistem dan Komponen Kebijakan

Pembuatan kebijakan juga merupakan sebuah sistem, karena dalam pembuatan kebijakan ada beberapa komponen yang saling terkait. Menurut Dunn (1994), sistem kebijakan (policy system) merupakan keterkaitan antara komponen pelaku kebijakan (actors of policy), kebijakan itu sendiri (health policy) dan lingkungan kebijakan (environment of policy). Para ahli kebijakan kesehatan lainnya ada yang membagi kebijakan ke dalam empat komponen yaitu konten, proses, konteks dan aktor (Dachi, 2014).

1.3.1 Komponen Kebijakan

Dalam buku ini, komponen kebijakan akan mengacu pada empat komponen yang dikemukakan oleh Walt and Gibson (1994) yaitu: konten (isi kebijakan), proses (pembuatan kebijakan), konteks (lingkungan) serta aktor (pembuat kebijakan (Ayuningtyas, 2015; Dachi, 2014).

1. Konten (Isi Kebijakan)

Konten atau isi kebijakan merupakan sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah. Isi sebuah kebijakan merespons berbagai masalah publik (public issues) yang mencakup berbagai bidang kehidupan seperti pendidikan, keamanan, sosial, dan berbagai aspek lainnya termasuk kesehatan. Konten kebijakan berhubungan dengan teknis dan institusi. Contoh aspek teknis adalah penyakit diare, malaria, typhus, promosi kesehatan. Aspek institusi adalah organisasi publik dan swasta (Massie, 2012).

2. Proses

Proses dalam kebijakan adalah suatu agenda yang teratur melalui suatu proses rancang dan implementasi. Sebagai suatu kebijakan publik, kebijakan kesehatan juga mengikuti proses yang secara sederhana terdiri dari identifikasi

masalah kesehatan, agenda setting, formulasi kebijakan kesehatan, adopsi kebijakan kesehatan, implementasi kebijakan kesehatan dan evaluasi kebijakan kesehatan. Proses kebijakan adalah cara dari kebijakan itu diinisiasi, dikembangkan atau diformulasikan, dinegosiasikan, dikomunikasikan, diimplementasi dan dievaluasi (Court, 2006).

3. Konteks

Konteks kebijakan adalah lingkungan atau setting di mana kebijakan itu dibuat dan diimplementasikan (Kitson A, Ahmed LB, Harvey G, Seers K, 1996). Faktor-faktor yang berada di dalamnya antara lain politik, ekonomi, sosial dan kultur di mana hal-hal tersebut sangat berpengaruh terhadap formulasi dari proses kebijakan (Walt, 1994).

4. Aktor

Aktor adalah mereka yang berada pada pusat kerangka kebijakan kesehatan. Aktor-aktor ini biasanya memengaruhi proses pada tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Hubungan dari aktor dan peranannya (kekuasaannya) sebagai pengambil keputusan adalah sangat tergantung kepada kompromi politik, daripada dengan hal-hal dalam debat-debat kebijakan yang masuk akal. Aktor tidak hanya individu seperti Presiden, Menteri, Gubernur sampai pada perangkat pemerintahan yang paling rendah. Aktor juga bisa anggota legislatif (DPR/DPRD), organisasi internasional (WHO), organisasi non pemerintah/Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), bahkan organisasi profesi, juga bisa menjadi aktor lahirnya sebuah kebijakan kesehatan (Ayuningtyas, 2015).

1.3.2 Keterkaitan antar Komponen

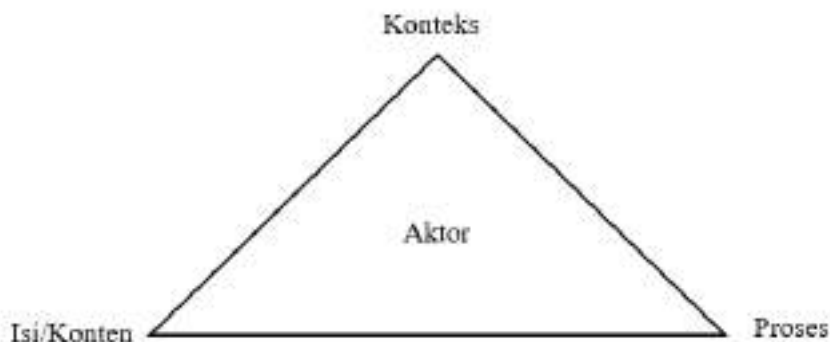
William Dunn (1994) yang dikutip Ayuningtyas, D. (2015) menggambarkan keterkaitan komponen-komponen kebijakan kesehatan tersebut dapat dilihat dalam gambar berikut ini (Ayuningtyas, 2015).

Berdasarkan gambar 1.1. di bawah, dapat dilihat keterkaitan antara pelaku kebijakan, kebijakan itu sendiri dan juga lingkungannya. Ketiga komponen ini sesungguhnya saling terakit satu sama lain. Meskipun komponen yang dikemukakan oleh William Dunn tidak secara spesifik menyebut proses sebagai salah satu komponen, akan tetapi dari gambar 1.1. dapat dipahami bahwa keterkaitan ketiga komponen tersebut terjadi karena ada sebuah proses.

Keterkaitan komponen yang hampir sama juga digambarkan oleh Walt and Gibson (1994), di mana komponen yang ada tidak hanya isi kebijakan, lingkungan dan aktor, akan tetapi ada juga komponen proses. Keterkaitan keempat komponen tersebut, sering disebut dengan “Segitiga Analisis Kebijakan” dapat dilihat pada gambar 1.2 (Ayuningtyas, 2015; Fauzy, 2020).



Gambar 1.1: Keterkaitan Komponen Kebijakan dalam Sistem Kebijakan (Diadaptasi dari William Dunn (1994) dalam (Ayuningtyas, 2015))



Gambar 1.2: Segitiga Analisis Kebijakan (Walt and Gibson (1994) dalam (Ayuningtyas, 2015; Dachi, 2014)).

Dari kedua skema tersebut dapat disimpulkan bahwa sebuah kebijakan pastilah ada pelaku yang mengeluarkan sebuah kebijakan, dan proses mengeluarkan kebijakan tersebut juga sangat dipengaruhi oleh lingkungannya. Contohnya adalah peristiwa reformasi pada tahun 1997-1998, di mana publik begitu menginginkan perubahan dari sistem pemerintahan yang sentralistik menuju

desentralistik. Hal ini mengakibatkan lahirnya kebijakan desentralisasi yang ditandai dengan ditetapkannya UU No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, UU No. 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah dan diikuti dengan PP No. 25 Tahun 2000 tentang Pembagian Kewenangan Pemerintah dan Daerah. Keberadaan kebijakan ini juga berdampak pada desentralisasi dalam bidang kesehatan.

Jika kita aplikasikan dengan sistem dan komponen kebijakan di atas, maka kebijakannya adalah UU No. 22 dan 25 tahun 2009. Pelaku/aktor kebijakan tentunya sesuai dengan jenis kebijakan yang dikeluarkan. Pelaku/aktor yang mengeluarkan kebijakan dalam bentuk undang-undang adalah DPR dan Presiden sedangkan untuk PP aktornya adalah Presiden. Ada proses demonstrasi, advokasi sampai pada legislasi dalam peristiwa reformasi tersebut. Lingkungan kebijakan adalah tekanan publik terhadap perubahan sistem pemerintahan sentralistik menuju desentralistik

1.4 Tahapan Kebijakan

Tahapan kebijakan kesehatan merupakan keseluruhan pola dalam pembuatan kebijakan kesehatan. Pada tahap ini melibatkan hubungan masalah, perumusan, implemantasi, dan evaluasi dampaknya terhadap masyarakat. Tahapan ini merupakan proses yang sangat kompleks karena melibatkan berbagai aspek dan variabel yang harus dikaji satu persatu.

Ada beberapa tahapan-tahapan dalam upaya pembuatan kebijakan. Berikut beberapa pendapat para ahli dalam tahapan pembuatan kebijakan (Dachi, 2014):

1. James Anderson
 - a. Formulasi masalah
 - b. Formulasi kebijakan
 - c. Penentuan kebijakan
 - d. Implementasi kebijakan
 - e. Evaluasi kebijakan
2. Patton dan Savicky
 - a. Mendefinisikan masalah
 - b. Mengidentifikasi alternatif

- c. Mengidentifikasi alternatif-alternatif kebijakan
 - d. Mengevaluasi alternatif kebijakan-kebijakan
 - e. Menyeleksi kebijakan-kebijakan terpilih
 - f. Menerapkan kebijakan terpilih
3. Thomas R. Dye
- a. Identifikasi masalah kebijakan
 - b. Pengaturan agenda
 - c. Perumusan kebijakan
 - d. Pengesahan kebijakan
 - e. Evaluasi kebijakan
4. James Anderson, David W. Brady, dan Charles Bullock III
- a. Agenda kebijakan
 - b. Perumusan kebijakan
 - c. Penetapan kebijakan
 - d. Pelaksanaan kebijakan
 - e. Evaluasi kebijakan
5. James P. Lester dan Joseph Stewart Jr
- a. Agenda setting
 - b. Formulasi kebijakan
 - c. Implementasi kebijakan
 - d. Evaluasi kebijakan
 - e. Perubahan kebijakan
 - f. Terminasi kebijakan

Dari berbagai tahapan proses yang dikemukakan para ahli ini, dapat kita simpulkan bahwa tahapan-tahapan pembuatan kebijakan itu meliputi:

1. Perumusan masalah yaitu upaya untuk merumuskan apa sebenarnya masalah yang akan diatasi.
2. Formulasi kebijakan yaitu upaya atau tahap menjadikan masalah atau isu menjadi sebuah agenda pemerintah yang dalam bentuk hukum publik.
3. Implementasi kebijakan yaitu upaya untuk melaksanakan kebijakan.

4. Monitoring kebijakan yaitu upaya yang dilakukan untuk mengawasi pelaksanaan atau implementasi kebijakan
5. Evaluasi kebijakan yaitu upaya untuk menilai perbedaan keadaan sebelum dan sesudah kebijakan dilaksanakan.

1.5 Hirarki Kebijakan

Merujuk pada pasal 7 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, dan diperbaharui dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan menyatakan bahwa hirarki kebijakan/peraturan terdiri atas (UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 12 TAHUN 2011, 2011):

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat;
3. Undang-undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang;
4. Peraturan Pemerintah;
5. Peraturan Presiden;
6. Peraturan Daerah Provinsi;
7. Peraturan Daerah Kabupaten/Kota.

Jenis peraturan perundang-undangan selain yang dimaksud di atas mencakup peraturan yang ditetapkan oleh:

1. Majelis Permusyawaratan Rakyat ("MPR");
2. Dewan Perwakilan Rakyat ("DPR");
3. Dewan Perwakilan Daerah ("DPD");
4. Mahkamah Agung;
5. Mahkamah Konstitusi ("MK");
6. Badan Pemeriksa Keuangan;
7. Komisi Yudisial;
8. Bank Indonesia;
9. Menteri;

10. Badan, lembaga, atau komisi yang setingkat yang dibentuk dengan Undang-Undang (“UU”) atau pemerintah atas perintah UU;
11. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (“DPRD”) Provinsi dan DPRD kabupaten/kota;
12. Gubernur, bupati/walikota, kepala desa atau yang setingkat.

1.6 Kesehatan

1.6.1 Definisi Kesehatan

Makna kesehatan telah berkembang seiring dengan waktu. Jika sebelumnya kesehatan hanya dipandang sebagai kondisi yang terbebas dari penyakit, atau berfungsinya tubuh secara normal, maka semakin lama makna kesehatan semakin luas. Kesehatan dipandang tidak hanya menyangkut kondisi fisik tubuh, tapi juga mental, sosial. Dimensi kesehatan yang begitu kompleks membuat definisi kesehatan menjadi beragam. WHO menetapkan definisi kesehatan sebagai,

“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity”

(keadaan kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial yang merupakan satu kesatuan dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan).

Definisi kesehatan juga diatur dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, di mana kesehatan didefinisikan sebagai keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Kemenkes, 2009). Beberapa ahli mencoba menawarkan konsep sehat dengan menambahkan peran dalam keluarga, pekerjaan, masyarakat, kemampuan untuk menghadapi tekanan, adanya perasaan sejahtera dan aspek-aspek lainnya. Definisi ini menunjukkan bahwa kesehatan memiliki dimensi yang sangat luas. Bahkan akhir-akhir ini, kesehatan mental menjadi perhatian yang serius dari berbagai ahli untuk mendefinisikan kondisi sehat seseorang. Belakangan, istilah "sehat" juga banyak digunakan dalam berbagai konteks organisasi tak hidup yang memengaruhi kepentingan manusia, seperti dalam komunitas sehat, kota sehat, atau lingkungan sehat (Kotecki, 2007).

1.6.2 Nilai Kesehatan

Pentingnya kesehatan bagi manusia menjadikan negara-negara dan lembaga-lembaga kesehatan di dunia mengamanatkan bahwa setiap individu berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pernyataan yang lebih tegas dituangkan dalam The Universal Declaration of Human Right (UNO, 1948) yang menyatakan bahwa:

Everyone has the right to a standard of living adequate for health and well-being of himself and his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the even of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

(Setiap orang berhak untuk memperoleh kehidupan yang layak untuk kesehatan dan kehidupan bagi diri sendiri dan keluarganya, termasuk makanan, pakaian, perumahan dan pelayanan kesehatan dan layanan sosial yang layak, dan hak untuk memperoleh perlindungan pada saat pengangguran, kesakitan, kecacatan, tanpa pasangan, lansia atau ketidakmampuan lain pada pekerjaan/mata pencaharian diluar kendalinya)

Pada tahun 1978 sejumlah negara yang tergabung dalam WHO juga telah berkomitmen untuk menjamin kesehatan bagi semua di tahun 2000 (Health for All by 2000), atau sekitar 20 tahun setelah komitmen tersebut ditetapkan. Komitmen ini dikenal juga dengan sebutan Deklarasi Alma Ata. Strategi yang dilakukan untuk mencapai komitmen tersebut adalah dengan menetapkan pelayanan kesehatan primer sebagai salah satu strategi internasional (Ayuningtyas, 2015).

Kesadaran akan pentingnya kesehatan ini juga dapat kita lihat dalam “Deklarasi Tujuan Pembangunan Millenium” (Millenium Development Goals) yang ditetapkan di New York pada tahun 2000. Sebanyak 189 negara anggota WHO membuat komitmen bersama untuk memberantas kemiskinan dan permasalahan utama dunia. Delapan prioritas target yang harus dicapai pada tahun 2015 adalah 1) menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, 2) mencapai pendidikan dasar untuk semua, 3) mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, 4) menurunkan angka kematian anak, 5) meningkatkan kesehatan ibu, 6) memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya, 7) memastikan kelestarian lingkungan hidup, 8) mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan. Tiga dari delapan komitmen Millenium Development Goals ini merupakan aspek yang

berhubungan langsung dengan kesehatan. Hal ini menunjukkan betapa pentingnya kesehatan dalam peradaban manusia.

Aspek kesehatan juga merupakan salah satu komponen penting dalam menilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau Human Development Index yang merupakan indikator dalam menentukan tingkat kesejahteraan masyarakat pada suatu negara. IPM diperkenalkan oleh United Nations Development Programme (UNDP) pada tahun 1990 dan dipublikasikan secara berkala dalam laporan tahunan Human Development Report (HDR). Dimensi angka harapan hidup berhubungan erat dengan sektor kesehatan. Semakin baik aspek kesehatan tentu akan berpengaruh terhadap peningkatan angka harapan hidup, sehingga akan meningkatkan nilai IPM suatu negara atau daerah. Selanjutnya, IPM ini akan menjadi indikator penting untuk mengukur keberhasilan dalam upaya membangun kualitas hidup manusia (masyarakat/penduduk).

1.6.3 Kebijakan Kesehatan

Beberapa ahli telah memberikan kontribusi yang nyata dalam merumuskan definisi kebijakan kesehatan. Walt (1994) mendefinisikan kebijakan kesehatan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan juga dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Thorogood, 1998).

Menurut Bornemisza & Sondorp (2002) Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan. Cassels (1995) menguraikan komponen sistem kesehatan yang meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan. Davies (2001) menjelaskan bahwa tujuan kebijakan kesehatan adalah untuk mendisain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan (Massie, 2012).

Bab 2

Proses Pembuatan Kebijakan Kesehatan

2.1 Pendahuluan

Mengapa kebijakan kesehatan itu sangat penting? Hal itu disebabkan antara lain sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Jelasnya sektor kesehatan ibarat suatu sponge yang mengabsorpsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan. Ada yang mengatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan driver dari ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, baik itu bio-medical maupun produksi, termasuk usaha dagang yang ada pada bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia. Kebijakan kesehatan itu adalah tujuan dan sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian. Kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi, kekuatan dari aspek politik yang memengaruhi masyarakat pada tingkat lokal, nasional dan dunia (Berridge, 2016).

Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan

pengaturan keuangan dari sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan. Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan. Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendisain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinandeterminan kesehatan, termasuk kebijakan kesehatan internasional. Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Russell, 2004).

Kebijakan-kebijakan kesehatan dibuat oleh pemerintah dan swasta. Kebijakan merupakan produk pemerintah, walaupun pelayanan kesehatan cenderung dilakukan secara swasta, dikontrakkan atau melalui suatu kemitraan, kebijakannya disiapkan oleh pemerintah di mana keputusannya mempertimbangkan juga aspek politik. Jelasnya kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang merupakan tanggung jawab

pemerintah dan swasta. Sedangkan tugas untuk menformulasi dan implementasi kebijakan kesehatan dalam satu negara merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan (WHO, 2000).

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan. Kebijakan kesehatan tidak saja terdiri dari dokumen-dokumen strategi dalam suatu negara, tetapi juga bagaimana kebijakan itu diimplementasi oleh pengambil keputusan dan pemegang program kesehatan, dan bagaimana melakukannya secara praktis pada masing-masing tingkatan pemerintahan (Lindblom, 1959).

2.2 Konsep Kebijakan Kesehatan

2.2.1 Definisi

Kebijakan sering diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan atau perdagangan. Orang-orang yang

menyusun kebijakan disebut dengan pembuat kebijakan. Kebijakan dapat disusun di semua tingkatan pemerintah pusat atau daerah, perusahaan multinasional atau daerah, sekolah atau rumah sakit. Orang-orang ini kadang disebut pula sebagai elit kebijakan satu kelompok khusus dari para pembuat kebijakan yang berkedudukan tinggi dalam suatu organisasi dan sering memiliki hubungan istimewa dengan para petinggi dari organisasi yang sama atau berbeda. Misal: elit kebijakan di pemerintahan dapat beranggotakan para menteri dalam kabinet, yang semuanya dapat berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multi nasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (Massie, 2012).

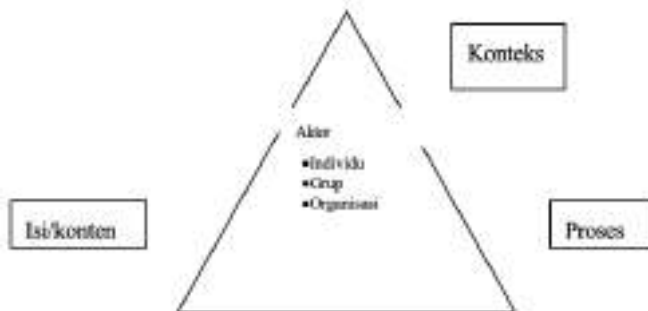
Memahami hubungan antara kebijakan kesehatan dan kesehatan itu sendiri menjadi sedemikian pentingnya sehingga memungkinkan untuk menyelesaikan masalah kesehatan utama yang terjadi saat ini meningkatnya obesitas, wabah HIV/AIDS, meningkatnya resistensi obat sekaligus memahami bagaimana perekonomian dan kebijakan lain berdampak pada kesehatan. Kebijakan kesehatan memberi arahan dalam pemilihan teknologi kesehatan yang akan dikembangkan dan digunakan, mengelola dan membiayai layanan kesehatan, atau jenis obat yang dapat dibeli bebas. Untuk memahami hal tersebut, perlu mengartikan apa yang dimaksud dengan kebijakan kesehatan (Berridge, 2016).

2.2.2 Segitiga Kebijakan Kesehatan

Kerangka yang digunakan dalam memahami pentingnya mempertimbangkan isi kebijakan, proses penyusunan kebijakan dan bagaimana kekuatan digunakan dalam kebijakan kesehatan (Massie, 2012).

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks, dan segitiga ini menunjukkan kesan bahwa keempat faktor dapat dipertimbangkan secara terpisah. Sebenarnya tidak demikian, namun pada kenyataannya para pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu atau seorang anggota kelompok atau organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja, konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti ketidak-stabilan atau ideology, dalam hal sejarah dan budaya serta proses penyusunan kebijakan, bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan dan bagaimana isu tersebut dapat berharga dan dipengaruhi pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan merekasingkat. Isi segitiga tersebut menjelaskan atau seluruh bagian ini. Jadi segitiga tersebut tidak hanya membantu dan

berfikir sistematis tentang pelaku-laku yang berbeda yang mungkin memengaruhi kebijakan, tetapi juga berfungsi seperti peta yang menunjukkan jalan-jalan utama. Berikut adalah gambar segitiga analisis kebijakan (Abdi, 2017):



Berdasarkan gambar diatas, pelaku berada ditengah kerangka kebijakan kesehatan. Pelaku dapat digunakan untuk menunjuk individu., organisasi atau bahkan suatu Negara dan pemerintahan. Namun penting untuk dipahami ini adalah bentuk penyederhanaan. Individu tidak dapat dipisahkan dari organisasi di mana mereka bekerja dan setiap organisasi atau kelompok dibangun dari sejumlah orang yang berbeda, yang tidak semuanya menyuarakan hal yang sama, masing-masing memiliki norma an kepercayaan yang berbeda.

1. Konten

Konten kebijakan berhubungan dengan teknis dan institusi. Contoh aspek teknis adalah penyakit diare, malaria, typus, promosi kesehatan. Aspek institusi adalah organisasi publik dan swasta.

Konten kebijakan memiliki empat tingkat dalam pengoperasiannya yaitu:

- Sistemik atau menyeluruh di mana dasar dari tujuan dan prinsip-prinsip diputuskan.
- Programatik adalah prioritas-prioritas yang berupa perangkat untuk mengintervensi dan dapat dijabarkan ke dalam petunjuk pelaksanaan untuk pelayanan kesehatan.
- Organisasi di mana difokuskan kepada struktur dari institusi yang bertanggung jawab terhadap implementasi kebijakan.

- d. Instrumen yang menfokuskan untuk mendapatkan informasi demi meningkatkan fungsi dari sistem kesehatan.

2. Proses

Proses kebijakan adalah suatu agenda yang teratur melalui suatu proses rancang dan implementasi. Ada perbedaan model yang digunakan oleh analisis kebijakan antara lain:

- a. Model perspektif (rational model) yaitu semua asumsi yang mengformulasikan kebijakan yang masuk akal berdasarkan informasi yang benar.
- b. Model incrementalist (prioritas pilihan) yaitu membuat kebijakan secara pelan dan bernegosiasi dengan kelompok-kelompok yang berminat untuk menyeleksi kebijakan yang diprioritaskan.
- c. Model rational (mixed scanning model) di mana penentu kebijakan mengambil langkah mereview secara menyeluruh dan membuat suatu negosiasi dengan kelompok-kelompok yang memprioritaskan model kebijakan.
- d. Model punctuated equilibria yaitu kebijakan difokuskan kepada isu yang menjadi pokok perhatian utama dari penentu kebijakan.

Masing-masing model di atas memilah proses kebijakan ke dalam komponen untuk memfasilitasi analisis. Meskipun pada kenyataannya, proses kebijakan itu memiliki karakteristik tersendiri yang merujuk kepada model-model tersebut (Nugrohu, 2003).

3. Konteks

Konteks kebijakan adalah lingkungan atau setting di mana kebijakan itu dibuat dan diimplementasikan (Kitson, Ahmed, Harvey, Seers, Thompson, 1996). Faktor-faktor yang berada di dalamnya antara lain politik, ekonomi, sosial dan kultur di mana hal-hal tersebut sangat berpengaruh terhadap formulasi dari proses kebijakan (Walt, 1994). Ada banyak lagi bentuk yang dikategorikan ke dalam konteks kebijakan yaitu peran tingkat pusat yang dominan, dukungan birokrasi dan pengaruh aktor-aktor internasional juga turut berperan.

4. Aktor

Aktor adalah mereka yang berada pada pusat kerangka kebijakan kesehatan. Aktor-aktor ini biasanya memengaruhi proses pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Mereka merupakan bagian dari jaringan, kadang-kadang disebut juga mitra untuk mengkonsultasi dan memutuskan kebijakan pada setiap tingkat tersebut. Hubungan dari aktor dan peranannya (kekuasaannya) sebagai pengambil keputusan adalah sangat tergantung kepada kompromi politik, daripada dengan hal-hal dalam debat-debat kebijakan yang masuk diakal (Ditlopo et al., 2011).

Dalam menjalankan kebijakan oleh para aktor kebijakan ada beberapa faktor kontekstual yang memengaruhi kebijakan. Secara kontekstual faktor yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan antara lain:

- a. Faktor Situasional, merupakan kondisi yang tidak permanen yang dapat berdampak pada kebijakan. Contoh : perang, kekeringan, bencana alam dan sebagainya di mana hal ini sering disebut sebagai “fokus event” yang bersifat satu kejadian saja yang menyebabkan perubahan pada aspek tertentu.
- b. Faktor Struktural, merupakan bagian dari masyarakat yang relatif tidak berubah, faktor ini meliputi sistem politik, mencakup pula keterbukaan sistem tersebut dan kesempatan bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan kebijakan. Faktor struktural juga meliputi jenis ekonomi dan dasar untuk tenaga kerja. Contoh : pada saat gaji perawat rendah atau terlalu sedikit pekerjaan yang tersedia untuk tenaga yang sudah terlatih, negara tersebut dapat mengalami perpindahan tenaga profesional ini ke sektor di masyarakat yang masih kekurangan.
- c. Faktor Budaya, dapat memengaruhi kebijakan kesehatan. Dalam kehidupan masyarakat kedudukan sebagai minoritas atau perbedaan bahasa dapat menyebabkan kelompok tertentu memiliki informasi yang tidak memadai tentang hak-hak mereka atau menerima layanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan mereka. Sehingga dengan kondisi ini memengaruhi kebijakan pemerintah.
- d. Faktor Internasional atau Exogenous yang menyebabkan meningkatnya ketergantungan antara negara dan memengaruhi

mekandirian dan kerjasama internasional dalam kesehatan. Contoh , pemberantasan polio telah dilaksanakan hampir diseluruh dunia melalui gerakan nasional atau regional, kadang dengan bantuan Badan International seperti WHO. Namun , meskipun satu daerah telah berhasil mengimunisasi polio seluruh balitanya dan tetap mempertahankan cakupannya, virus polio tetap bisa masuk ke daerah tersebut dibawa oleh orang-orang yang tidak diimunisasi yang masuk lewat perbatasan (Berridge, 2016).

2.3 Proses Penyusunan Kebijakan

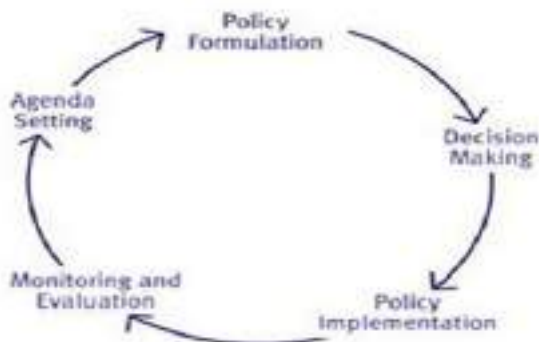
1. Formulasi Kebijakan

Proses kebijakan adalah proses yang meliputi kegiatan perencanaan, penyusunan, pelaksanaan dan evaluasi kebijakan. Dalam hal ini kita khususnya membahas kebijakan publik, yaitu kebijakan yang diambil oleh pemerintah untuk kepentingan public. Proses kebijakan melibatkan berbagai pihak terkait, antara lain: para politisi, berbagai institusi pemerintah, para pengambil keputusan, kelompok kepentingan dan pihak-pihak lain. Untuk memahami proses kebijakan, kita perlu memahami berbagai konsep dasar terkait proses kebijakan, penentuan agenda kebijakan dan perumusan kebijakan. (Massie, 2012)

Terdapat berbagai macam model proses kebijakan. Pada kesempatan ini, kita akan membahas hanya tiga model.(Peters and Pierre, 2006)

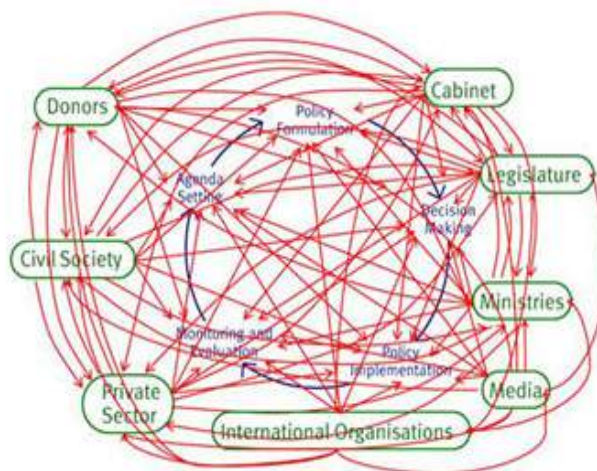
- a. model rasional. Model rasional menekankan bahwa proses kebijakan merupakan proses yang rasional dan dilakukan oleh aktor-aktor yang memiliki cara berpikir yang rasional. Menurut model ini, proses kebijakan meliputi tahap-tahapan tertentu dan berjalan seperti sebuah siklus. Para aktornya dapat secara jelas melihat tujuan dari kebijakan dan cara mencapai tujuan tersebut. Sejak tahun 1950an, konsep ini telah berkembang dan menghasilkan berbagai variasi, namun memiliki esensi yang sama.

Apabila dielaborasi, maka proses kebijakan akan dimulai dari adanya masalah yang teridentifikasi masuk ke dalam agenda kebijakan (atau, agenda setting). Kemudian setelah informasi yang diperlukan terkumpul, ditemuan berbagai pilihan dan alternative kebijakan, sehingga dapat disusun sebuah kebijakan (policy formulation). Kemudian diambil keputusan mengenai rancangan kebijakan yang paling efisien dan efektif dan diputuskan sebagai suatu kebijakan yang memiliki kekuatan hukum (decision making). Hasilnya adalah sebuah kebijakan yang hampir ideal dan optimal. Setelah ini kebijakan dijalankan (policy implementation) dan dievaluasi (monitoring & evaluation), apabila ditemukan masalah-masalah baru, masalah tersebut akan masuk menjadi agenda kebijakan dan memulai siklus ini kembali.



Gambar 2.1: Siklus Kebijakan : ideal (Lindblom, 1959)

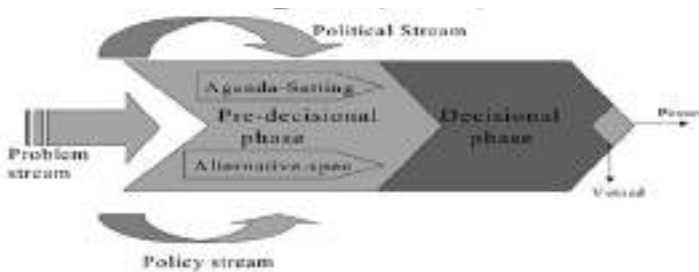
Namun kenyataannya, tidak semua kebijakan mengalami proses yang rasional seperti ini. Dalam kenyataannya, proses kebijakan merupakan proses yang rumit dan kompleks karena dipengaruhi oleh tarik-menarik antara berbagai kepentingan dan berbagai aktor, dipengaruhi pula oleh latar belakang pengalaman implementasi kebijakan terkait atau kebijakan sebelumnya, diarahkan oleh berbagai suara kelompok kepentingan, dan biasanya memasuki ranah politik kepentingan.



Gambar 2.2: Siklus Kebijakan berdasarkan Kenyataan (sumber Primer)

- b. Incremental Model. Menurut model ini, proses pencarian informasi yang diperlukan berlangsung terbatas, tidak seluruhnya sistematis, dan dikendalikan oleh terlalu banyak pemain. Kadang cara mencapai tujuan tidak dapat terlihat nyata. Terkadang pilihan dan alternatif kebijakan yang tersedia hanya bisa dinilai dengan cara melihat sejauh mana manfaat kebijakan terdistribusi. Lebih lagi, kebijakan yang dipilih seringkali adalah kebijakan yang mendukung kelompok peserta dari proses ini, dan kurang mempertimbangkan pihak lain yang kebetulan tidak terlibat dalam proses ini. Hasilnya, kebijakan seringkali tidak optimal dan harus diperbaiki terus menerus, sedikit demi sedikit (Lindblom, 1959)
- c. model "tong sampah" (Garbage Can). Model ini melihat bahwa suatu kebijakan dapat dipicu dari tiga arah, yaitu dari masalah (problem stream), kebijakan sebelumnya atau kebijakan terkait (policy stream) atau dari kepentingan politis (political stream). Ketiga aliran ini dapat saja tercampur dan seringkali tidak terduga arahnya. Akibatnya, baik masalah, para aktornya mau pun solusi yang diperkirakan dapat berubah-ubah dengan cepat. Akhirnya, sebuah kebijakan bisa saja diambil karena dimotivasi oleh hal-hal lain, yaitu:

1. Decision by Oversight: kebijakan dibuat for the sake of making decision tanpa peduli apakah menyelesaikan masalah atau tidak.
2. Decision by Flight: keputusan tidak dibuat sampai masalahnya pergi meninggalkan pilihan yang ada.
3. Decision by Resolution: masalah akan diselesaikan secara ad-hoc.



Gambar 2.3: modifikasi pengambilan kebijakan (Sumber primer)

Jadi, menurut model ini, kebijakan seringkali tidak menyentuh esensi permasalahan. Para pengambil keputusan harus segera pindah ke penyelesaian masalah berikutnya.

Pendekatan yang paling sering digunakan untuk mengerti suatu proses kebijakan adalah yang disebut stage heuristic, yaitu memilah proses kebijakan tersebut kedalam suatu rangkaian tingkatan dengan menggunakan teori dan model serta tidak mewakili apa yang terjadi pada keadaan yang sebenarnya.

Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah dan pengenalan akan hal-hal yang baru termasuk besar persoalan-persoalannya. Pada langkah ini dieksplorasi bagaimana hal-hal yang menjadi perhatian masuk kedalam agenda
2. Formulasi kebijakan yang mengeksplorasi siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan tersebut didisepakati dan bagaimana akan dikomunikasikan.
3. Implementasi kebijakan. Tahap ini seringkali diabaikan namun demikian merupakan fase yang sangat penting dalam membuat suatu kebijakan, karena apabila kebijakan tidak diimplementasikan maka dapat dianggap keliru.

4. Evaluasi kebijakan di mana diidentifikasi apa saja yang termasuk hal-hal yang muncul dan tidak diharapkan dari suatu kebijakan (Nugrohu, 2003)

2. Agenda Setting

Sebelum kebijakan dapat dirumuskan dan diadopsi, masalah harus bersaing untuk mendapat ruang dalam agenda kebijakan. Agenda kebijakan ada di berbagai level, termasuk agenda sistem politik, agenda lembaga legislatif dan presiden, dan agenda birokrasi. Aktor kunci yang menentukan pengaturan agenda termasuk think tank, kelompok kepentingan, media, dan pejabat pemerintah (Fellinger, Holzinger and Pollard, 2012).

Ada dua model utama dalam melihat agenda kebijakan, yaitu model 'teknokratis' dan model 'politik'. Model teknokratis menjelaskan perubahan kebijakan sebagai hasil dari para pengambil keputusan yang mengubah preferensi mereka dan beradaptasi dengan kondisi baru. Sesuai siklus kebijakan, mereka belajar dari pengalaman yang ditunjukkan oleh hasil evaluasi kebijakan. Inovasi kebijakan, jika ada, adalah produk dari pembuatan kebijakan di mana kebijakan dipandang sebagai hipotesis, atau teori, dan pelaksanaan atau implementasi kebijakan adalah sebagai pengujian dari teori atau hipotesis tersebut. Sementara, model politik, pada dasarnya berusaha untuk menjelaskan penyusunan kebijakan sebagai akibat dari perubahan dalam konfigurasi kepentingan yang dominan (Peters and Pierre, 2006).

Meskipun demikian, fakta bahwa suatu masalah harus masuk menjadi agenda kebijakan, menegaskan kepada kita bahwa ada 'jendela kebijakan' dan 'kesempatan untuk tindakan' dan tidak selalu berarti bahwa hanya itu permasalahan yang ada di lapangan. Dalam analisis kebijakan, masalah merupakan konstruksi analitik, namun dalam politik "masalah" adalah konstruksi politik. Dalam analisis kebijakan, konstruk atau masalah yang teridentifikasi adalah produk dari suatu hasil analisis. Dalam politik apa yang diakui atau disahkan sebagai masalah adalah produk dari proses politik. Oleh karena itu, walau pun ada banyak masalah di lapangan, namun tidak seluruhnya masuk ke dalam agenda kebijakan (Berridge, 2016).

Bagaimana cara masalah diangkat ke dalam agenda kebijakan? Ada berbagai cara. Pertama, masalah tersebut harus dirasakan secara luas sebagai situasi yang tidak memenuhi harapan publik. Dengan cara ini, masalah paling tidak masuk ke dalam agenda masyarakat (public agenda). Masalah bisa bergerak

menjadi sorotan publik dan dipaksa ke dalam agenda kebijakan dengan besarnya jumlah perhatian dan kemarahan publik. Media dapat sangat efektif dalam hal ini (agenda building). Sebaliknya, media juga dapat menjaga masalah dari agenda kebijakan dengan memberikan kesan bahwa masalah tidak memerlukan resolusi melalui proses kebijakan (agenda cutting). Oleh karena itu, masalah juga bisa masuk melalui dorongan kelompok kepentingan dan para gatekeepers yang menentukan agenda mass media (Shraddha Bajracharya, 2018) Selain itu, suatu peristiwa penting dapat bertindak sebagai pemicu kebijakan yang segera mendorong masalah masuk ke dalam agenda kebijakan. Dalam bidang kesehatan, misalnya kejadian bencana atau wabah.



Gambar 2.4: Agenda setting (Shraddha Bajracharya, 2018)

Namun, agenda setting hanyalah sebuah 'entry point'. Sebuah isu tetap harus menarik perhatian para pengambil keputusan (atau, setidaknya salah satu institusi pemerintah) untuk dapat masuk ke dalam proses kebijakan publik. Perlu disadari bahwa tidak semua 'agenda publik' dan 'agenda media' akan masuk ke dalam siklus kebijakan dan kemudian menjadi rumusan kebijakan, sampai akhirnya menjadi sebuah kebijakan yang terlegitimasi. Agenda kebijakan pun memiliki keterbatasan waktu. Seringkali, item-item di dalam agenda bergeser dengan cepat dan digantikan oleh isu-isu lain yang lebih mendesak terutama di saat krisis.

Ada sejumlah model teoritis penentuan agenda. Dua yang paling menonjol dan paling sering digunakan akan dijelaskan di bawah ini (Shraddha Bajracharya, 2018)

1. Model Hall: keabsahan, kelayakan dan dukungan

Pendekatan ini menyatakan bahwa sebuah pokok persoalan dan kemungkinan responnya akan masuk dalam agenda pemerintah hanya ketika pokok

persoalan beserta respons tersebut memiliki keabsahan, kelayakan dan dukungan yang tinggi. Hall dan koleganya memberikan sebuah model yang sederhana dan mudah diterapkan untuk menganalisis pokok-pokok persoalan mana yang mungkin akan diperhatikan oleh pemerintah.

a. Keabsahan

Keabsahan merupakan karakteristik pokok persoalan yang dipercayai pemerintah sebagai sesuatu yang harus mereka pedulikan dan sesuatu di mana mereka berhak atau bahkan berkewajiban untuk campur tangan. Pada satu titik tertentu, sebagian besar anggota masyarakat, baik dulu maupun sekarang berharap bahwa pemerintah akan terus menegakkan hukum tata tertib dan mempertahankan negara dari segala bentuk serangan. Hal ini akan diterima secara luas sebagai kegiatan negara yang sah.

Meskipun demikian, ada banyak area lain bahwa keabsahan sering menimbulkan perdebatan. Keabsahan sangat bervariasi antara negara satu dengan negara lainnya dan berubah-ubah dari waktu ke waktu. Hal-hal yang di masa lalu tidak dilihat sebagai wilayah peraturan pemerintah (misalnya, larangan merokok di tempat kerja) sekarang telah berangsur-angsur dianggap sah dan sebaliknya (misalnya, penundaan undang-undang yang melarang aktivitas homoseksual). Biasanya, pada saat ancaman dari luar dirasakan, masyarakat dan para politisi akan lebih bersedia untuk menekan kebebasan pribadi karena mereka percaya bahwa tindakan semacam ini akan melindungi negara dari kerusakan yang lebih parah.

b. Kelayakan

Kelayakan mengacu pada kemungkinan untuk menerapkan kebijakan. Kelayakan didefinisikan sebagai pengetahuan teknis dan teoritis umum, sumber daya, ketersediaan staf ahli, kemampuan administrasi dan keberadaan infrastruktur pemerintah. Mungkin akan ada keterbatasan teknologi, keuangan atau tenaga kerja yang menyebabkan suatu kebijakan tertentu tidak bisa diterapkan, tidak peduli bagaimanapun layaknya kebijakan tersebut.

Salah satu yang umum adalah dalam hal pencapaian kesetaraan geografis dalam penyediaan layanan kesehatan tanpa memandang keberatan para pekerja profesional di bidang pelayanan kesehatan untuk bekerja di daerah yang kurang diminati seperti daerah pedesaan terpencil.

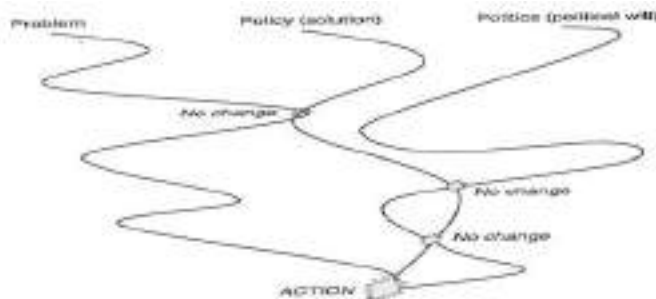
c. Dukungan

Dukungan mengacu pada pokok persoalan yang menyangkut dukungan masyarakat terhadap pemerintah yang sulit dipahami namun penting, setidaknya menyangkut pokok persoalan yang sedang dibicarakan. Jelaslah bahwa, dibandingkan dengan pemerintahan demokratis, rezim yang lebih otoriter dan tidak terpilih melalui pemilihan umum tidak bergantung pada dukungan masyarakat.

Jadi jalan pemikiran model Hall adalah bahwa pemerintah akan memperkirakan apakah sebuah pokok persoalan ada pada titik terjauh atau terdekat dari ketiga garis kesatuan keabsahan, kelayakan dan dukungan. Apabila sebuah pokok persoalan memiliki tingkat keabsahan yang tinggi (pemerintah dianggap berhak untuk turut campur), tingkat kelayakan yang tinggi (adanya sumber daya, staf, infrastruktur yang memadai) dan dukungan yang besar (kelompok-kelompok kepentingan yang terpenting mendukung atau setidaknya tidak menghalangi), maka kemungkinan pokok persoalan tersebut untuk masuk dalam agenda dan sesudahnya dibahas dengan selayaknya akan meningkat.

2. Model Kingdon: jendela politik dan tiga alur proses politik

Pendekatan John Kingdon (1984) berfokus pada peran para pembuat kebijakan di dalam dan di luar pemerintahan dengan mengambil keuntungan dari kesempatan-kesempatan penentuan agenda yang disebut jendela kebijakan untuk memasukkan hal-hal tertentu ke dalam agenda formal pemerintah. Model ini menunjukkan bahwa karakteristik sebuah pokok persoalan berkombinasi dengan sifat-sifat institusi dan situasi politik, dan bersama dengan perkembangan solusi-solusi politik dalam sebuah proses yang dapat menyebabkan terbuka atau tertutupnya jendela kesempatan untuk memasukkan sebuah pokok persoalan ke dalam agenda. Kingdon menggambarkan pemunculan kebijakan melalui alur atau proses yang terpisah yaitu alur masalah, alur politik, dan alur kebijakan. Kebijakan hanya akan dianggap serius oleh pemerintah ketika ketiga alur tersebut berjalan bersamaan. (Yuningsih, 2014)



Gambar 2:5: Model tiga alur penentuan agenda (Shraddha Bajracharya, 2018)

a. Tiga alur proses politik

- (1) Alur masalah mengacu pada persepsi yang menganggap masalah sebagai urusan publik yang memerlukan tindakan pemerintah dan dipengaruhi oleh usaha-usaha yang sebelumnya telah dilakukan oleh pemerintah untuk menanggapi masalah tersebut. Para pejabat pemerintah mengetahui tentang masalah atau keadaan sosioekonomi lewat indikator, umpan balik dari program-program yang sudah ada, kelompok-kelompok penekan atau kejadian-kejadian yang jelas dan tiba-tiba seperti krisis. Indikator bisa mencakup statistik kesehatan rutin, contohnya, statistik yang menunjukkan peningkatan angka obesitas (kegemukan) pada anak-anak atau munculnya kembali TB (tuberculosis) dalam masyarakat yang sebelumnya sudah dianggap terbebas dari penyakit tersebut. Meskipun demikian, fakta-fakta seperti ini jarang, dapat juga dianggap tidak pernah, muncul dengan sendiri dan langsung mendapatkan tanggapan (Peters and Pierre, 2006).
- (2) Alur kebijakan terdiri dari analisis yang berkesinambungan terhadap masalah dan solusi-solusi yang ditawarkan bersama-sama dengan perdebatan yang mengelilingi masalah tersebut dan kemungkinan tanggapan terhadapnya. Dalam alur gagasan ini, sejumlah kemungkinan dikaji dan, sesekali mungkin akan semakin dipersempit atau dikembangkan. Agar sebuah gagasan atau pemecahan masalah dapat muncul ke permukaan, gagasan

atau pemecahan masalah tersebut harus layak secara teknis, konsisten dengan nilai-nilai sosial yang dominan, dapat menangani berbagai kendala yang berhubungan dengan kelayakan di masa depan (seperti kendala keuangan dan staf), dapat diterima secara umum dan harus memberikan gema pada para politisi.

- (3) Alur politik berjalan secara cukup terpisah dari kedua alur yang lain dan terdiri dari kejadian-kejadian seperti perubahan suasana hati nasional, perubahan dalam pemerintahan dan kampanye yang dilakukan oleh kelompok-kelompok kepentingan tertentu.

Alasan utama mengapa ketiga alur tersebut di atas bisa bertemu dan membuka jendela kebijakan meliputi (Massie, 2012):

- a. aktivitas para pemain kunci dalam alur politik yang bekerja untuk menghubungkan pemecahan masalah untuk kebijakan tertentu dengan masalah-masalah tertentu, dan pada saat yang bersamaan menciptakan kesempatan politik yang digunakan untuk mengambil tindakan. Orang-orang ini dikenal sebagai pengusaha kebijakan karena aktivitas mereka merupakan versi politik dari aktivitas untuk menarik pembeli, penjual dan komoditas secara bersamaan sehingga proses jual beli maju dengan pesat
- b. perhatian media pada suatu masalah dan kemungkinan pemecahan-pemecahannya (alur kebijakan memengaruhi alur politik)
- c. Krisis seperti kegagalan serius dalam kualitas atau keselamatan layanan atau kejadian-kejadian lain yang tidak bisa diprediksi (alur masalah)
- d. Penyebarluasan hasil penelitian-penelitian utama (alur kebijakan yang mungkin memengaruhi alur kebijakan lain)
- e. Perubahan dalam pemerintahan setelah pemilihan umum atau peristiwa penting lain yang formal dan biasa terjadi dalam suatu proses politik (misalnya, anggaran) (alur politik)

Jadi, pada kenyataannya, peserta proses politik jarang sekali bergerak dari pengidentifikasian masalah ke pencarian pemecahannya. Serangkaian tindakan alternatif dihasilkan dalam alur kebijakan dan bisa dikembangkan oleh para ahli atau ditawarkan untuk waktu yang lama sebelum munculnya kesempatan (terbukanya jendela kebijakan) untuk memasukkan pokok persoalan terkait dan pemecahan-pemecahannya ke dalam agenda.

3. Perumusan Kebijakan

Perumusan kebijakan adalah pengembangan kebijakan yang efektif dan dapat diterima untuk mengatasi masalah apa yang telah ditempatkan dalam agenda kebijakan. dalam tahap ini ada 2 pendekatan yang bisa dilakukan (Peters and Pierre, 2006):

- a. Formulasi efektif, berarti bahwa kebijakan yang diusulkan dianggap sebagai solusi yang valid, efisien, dan dapat diterapkan. Jika kebijakan ini dilihat sebagai tidak efektif atau tidak bisa dijalankan dalam prakteknya, maka tidak ada alasan yang sah untuk mengusulkan rumusan kebijakan tersebut. Oleh karena itu, terdapat berbagai alternatif kebijakan yang diusulkan. Ini adalah fase analisis dari perumusan kebijakan.
- b. Formulasi diterima berarti bahwa arah kebijakan yang diusulkan kemungkinan akan disahkan oleh pengambil keputusan yang sah, biasanya melalui suara mayoritas dalam proses tawar-menawar. Artinya, kebijakan itu harus layak secara politis. Jika kebijakan kemungkinan akan ditolak oleh pengambil keputusan, mungkin tidak praktis untuk menyarankan kebijakan tersebut. Ini adalah fase politik perumusan kebijakan.

Seperti telah disebut sebelumnya, proses perumusan kebijakan harus melalui fase analisis. Rancangan kebijakan dan berbagai pilihan alternative kebijakan harus dianalisis untuk menemukan kebijakan yang paling valid untuk mengatasi masalah, efisien dan dapat dipraktekkan di dunia nyata.

Beberapa model analisis dalam rumusan kebijakan, misalnya:

1. Analisis Biaya-Manfaat
2. Model multiobjectives

3. Analisis Keputusan (decision analysis)
4. Analisis Sistem (system analysis)
5. Operation research
6. Nominal group technique

Para perencana kebijakan memang diharapkan dapat memberikan kontribusi teknis mengenai cara, perilaku, biaya, strategi implementasi, dan konsekuensi dari kebijakan, baik atau buruk. Namun, para ahli dan analis teknis tidak bertanggung jawab langsung kepada publik. Keputusan untuk melakukan trade-off, prioritas nilai, dan beban efek keseluruhan pada akhirnya tetap harus diambil oleh para pengambil keputusan yang, secara teori, akuntabel terhadap masyarakat dalam sistem perwakilan di pemerintahan kita. Hanya dengan adanya otorisasi dari para pengambil keputusan inilah sebuah kebijakan dapat memiliki wewenang dan kekuatan hukum. proses pengambilan keputusan bisa dipengaruhi oleh dua hal:

- a. Bounded rationality — pengambil keputusan memiliki keterbatasan dalam hal sejauh mana mereka berperilaku rasional.
- b. Satisficing — pengambil keputusan dapat saja mengambil usulan pertama yang memenuhi kriteria-kriteria minimum tertentu.

Akibatnya, pengambilan keputusan seringkali dipengaruhi oleh berbagai bias, misalnya hanya dapat melihat satu dimensi ketidakpastian, memberikan bobot yang terlalu besar terhadap informasi yang tersedia, dan mengabaikan the law of randomness.

4. Adopsi Kebijakan

Adopsi/legitimasi kebijakan merupakan langkah lanjut setelah formulasi kebijakan yang bertujuan untuk memberikan otorisasi atau kekuasaan pada proses dasar pemerintah. Ini adalah tahap akhir dari sebuah keputusan pemilihan kebijakan kemudian secara pasti di ambil kepastian dan penetapan kebijakan. Jika tindakan legitimasi dalam suatu masyarakat diatur oleh kedaulatan rakyat, warga negara akan mengikuti arahan pemerintah. Namun warga negara harus percaya bahwa tindakan pemerintah adalah sah. Proses legitimasi kebijakan membutuhkan sepenuhnya kepercayaan untuk menentukan kebijakan seperti apa yang kemudian akan di sah kan oleh pemerintah. Ini adalah tahap akhir dari sebuah keputusan pemilihan kebijakan

kemudian secara pasti di ambil kepastian dan penetapan kebijakan. (Nugrohu, 2003)

5. Implementasi Kebijakan

Berhasil tidaknya suatu kebijakan pada akhirnya ditentukan pada tataran implementasinya. Secara sederhana implementasi kebijakan merupakan tindakan dalam proses pembuktian dari sebuah kebijakan. Untuk menganalisis proses implementasi kebijakan dilakukannya beberapa pendekatan salah satunya adalah top-down. Pendekatan tersebut bertitik-tolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan atau kebijakan yang telah ditetapkan oleh pihakpihak pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh seluruh aparatur, administrasi, atau birokrat di semua tingkatan yang terutama pada tingkatan bawah. Fokus analisis pada pendekatan ini ada pada masalah-masalah pencapaian tujuan formal kebijakan yang telah ditentukan. Dalam mengimplementasikan kebijakan terdapat beberapa model yang perlu digunakan untuk menjadi pedoman agar pada saat pelaksanaan, kebijakan tersebut tidak akan menyimpang dari yang telah dirumuskan. Model pendekatan implementasi kebijakan publik yang dikemukakan Thomas R. Dye dikenal dengan istilah “Model Implementasi Interaktif” yang menganggap pelaksanaan kebijakan sebagai proses yang dinamis karena setiap pihak yang terlibat dapat mengusulkan perubahan dalam berbagai tahap pelaksanaan ketika terdapat program yang dianggap kurang memenuhi harapan stakeholders. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa setiap tahap implementasi dari kebijakan akan secara langsung dievaluasi oleh setiap pihak sehingga potensi, kekuatan dan kelemahan dari setiap tahap pelaksanaan dapat diketahui dan segera diperbaiki untuk mencapai tujuan yang di harapkan (Peters and Pierre, 2006).

Model pendekatan tersebut memiliki kesamaan dan representasi elemen yang dimiliki oleh Grindle yaitu dikenal dengan “Implementation as a Political and Administrative Process”. Menurut Grindle keberhasilan suatu implementasi kebijakan publik dapat diukur dari proses pencapaian outcomes (yaitu tercapai atau tidaknya tujuan yang ingin diraih). Dengan demikian tujuan implementasi kebijakan diformulasi ke dalam program aksi dan proyek tertentu yang dirancang dan dibiayai. Program dilaksanakan sesuai dengan rencana.

Secara lebih konkrit Mazmanian & Sabatier menyatakan bahwa fokus perhatian dalam implementasi yaitu memahami apa yg senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku, di antaranya adalah :

Kejadian dan kegiatan yg timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan yg mencakup usaha mengadministrasikan maupun usaha menimbulkan dampak yang nyata pada masyarakat. Implementasi melibatkan usaha dari policy makers untuk memengaruhi street level bureaucracy (Lipsky) untuk memberikan pelayanan atau mengatur perilaku target group. Implementasi bahkan jauh lebih penting dari pembuatan kebijakan. Kebijakan hanya berupa impian atau rencana yg bagus dan tersimpan dalam arsip kalau tak diimplementasikan. (Massie, 2012)

Lineberry (1984) menyatakan beberapa hal yang harus diperhatikan dalam implementasi :

1. Pembentukan unit organisasi atau staf pelaksana
2. penjabaran tujuan dalam berbagai aturan pelaksana (Standard operating procedures/SOP)
3. Koordinasi berbagai sumber dan pengeluaran pada kelompok sasaran serta pembagian tugas di antara badan pelaksana
4. Pengalokasian sumber-sumber untuk mencapai tujuan

Menurut Anderson 1979) ada 4 aspek dalam implementasi kebijakan :

1. Who is involved policy implementation ?
2. The nature of administrative process (hakekat dari proses administrasi)
3. Compliance with policy (kepatuhan pada kebijakan)
4. The effect of implementation (dampak dari pelaksanaan kebijakan)

Ada dua fokus dalam melakukan implementasi (Massie, 2012):

1. Compliance (kepatuhan) : apakah implementor patuh pada aturan, juklak, jadwal dan sebagainya ?
2. What happening ? : mempertanyakan bagaimana kinerja implementasi, apa yang dicapai dan sebagainya. Dalam hal ini beberapa hal yang penting :
 - a. Banyaknya aktor yang terlibat
 - b. Kejelasan tujuan
 - c. Partisipasi semua unit pemerintahan
 - d. Faktor-faktor yang memengaruhi implementasi

Kesimpulan umum aktivitas implementasi meliputi :

1. Siapa pelaksananya
2. Berapa besar dana dan darimana diperoleh ?
3. Siapa sasarannya
4. Bagaimana manajemennya
5. Bagaimana kinerja dan keberhasilannya diukur

Faktor penentu keberhasilan implementasi:

1. Logika kebijakan itu sendiri
2. Kemampuan pelaksana dan ketersediaan sumber
3. Manajemen yang baik
4. Lingkungan di mana kebijakan diimplementasikan
5. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Pelaksanaan evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.

Pelaksanaan evaluasi kebijakan pada dasarnya harus memperhatikan tiga hal yang menjadi pokok yaitu (Massie, 2012):

1) Evaluasi kebijakan berusaha untuk memberi informasi yang valid tentang kinerja kebijakan, 2) Evaluasi kebijakan berusaha untuk menilai kepatutan tujuan atau target dengan masalah yang dihadapi, 3) Evaluasi kebijakan berusaha juga untuk memberi sumbangan pada kebijakan lain terutama dari segi metodologi. evaluasi kebijakan sebagai “ is learning abaout the consequences of public policy”. Penjelasan yang didapat dari definisi evaluasi kebijakan tersebut adalah bahwa evaluasi kebijakan merupakan pembelajaran tentang konsekuensi dari kebijakan publik yang berupa penilaian secara menyeluruh melalui pemeriksaan yangn objektif, sistematis dan empiris tentang efek dari kebijakan dan program terhadap target dari tujuan yang diinginkan

Bab 3

Organisasi dan Administrasi Kesehatan

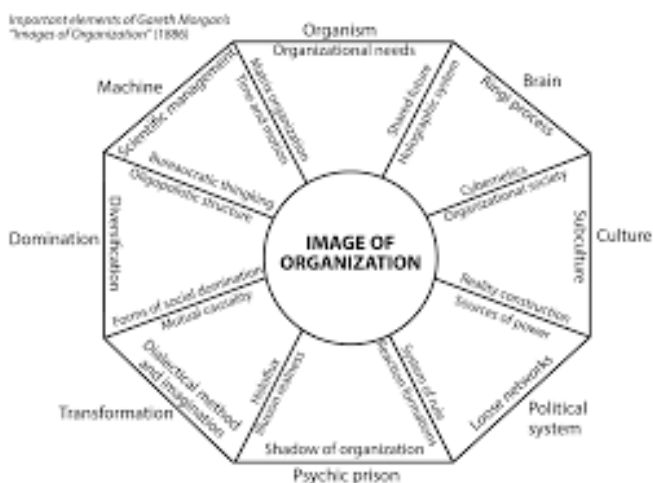
3.1 Pengertian Organisasi

Definisi organisasi menurut Waldo yang dikutip oleh Silalahi dalam bukunya “Studi tentang Ilmu Administrasi Konsep, Teori, dan Dimensi” menyatakan definisi organisasi adalah : “Organisasi adalah struktur hubungan-hubungan di antara orang-orang berdasarkan wewenang dan bersifat tetap dalam suatu sistem administrasi”. Sementara itu, dalam buku Ig. Wursanto (2003) terdapat beberapa kutipan pengertian organisasi, di antaranya adalah pendapat Yoseph Kingsbury dan Robert Wilcox: “Organisasi adalah sebagai proses pembagian tugas atau pekerjaan, mengatur pegawai-pegawai untuk memikul tugas atau pekerjaan dari suatu badan usaha”

Organisasi adalah alat untuk mencapai tujuan, oleh karena itu organisasi bisa dikatakan wadah kegiatan dari banyak orang yang bekerjasama dalam usahanya guna mencapai tujuan . Di kegiatan tersebut tugas setiap orang harus jelas, wewenang dan tanggung jawabnya, hubungan dan tata kerjanya. Pengertian tersebut disebut organisasi yang “statis”, karena hanya melihat dari strukturnya. Di samping itu terdapat pengertian organisasi yang bersifat “Dinamis”. organisasi ini dilihat dari sudut dinamikanya, aktivitas atau

tindakan dari tata hubungan yang terjadi di dalam organisasi tersebut, baik yang bersifat formal maupun informal.

Dari beberapa rumusan pengertian organisasi yang dikutip di atas, secara konseptual Morgan dalam buku *Images of Organization* (1986), mengklasifikasikan organisasi seperti citra bergerak (*images in sm*, brain, culture, political system, psychic prison, transformation, dan domination. Berikut diagram dan uraian klasifikasi organisasi dari Morgan.



Gambar 3.1: Klasifikasi organisasi dari Morgan

1. Organisasi sebagai Mesin (Machine Views)

Menurut Morgan, organisasi yang dijalankan sebagai mesin akan beroperasi melalui prinsip-prinsip dasar manajemen ilmiah, metode top-down dengan memilah rantai komando untuk koordinasi fungsi serta hierarki sehingga tiap aspek tertentu dari organisasi memenuhi peran tertentu

2. Organisasi sebagai Organisme (Organism)

Morgan mendefinisikan organisasi sebagai organisme adalah untuk memenuhi "kebutuhan organisasi" (*organizational needs*) yang didasarkan pada lima pilar hierarki Maslow yakni fisiologis, keamanan, sosial, ego, dan aktualisasi diri.

3. Organisasi sebagai Otak (Brain)

Organisasi sebagai brain adalah kemampuan untuk memproses informasi dan mempelajarinya sebagai bentuk pemikiran dan kreativitas. Dalam konteks ini brain adalah pimpinan organisasi yang mampu secara terbuka menyebarkan informasi dan idenya ke semua tingkatan didalam organisasi

4. Organisasi sebagai Kultur (Culture)

Organisasi secara alami seperti dunia kecil, yang di dalamnya ada aturan, peraturan, ritual, keyakinan, filosofi, dan pola dasar (archetypes) yang muncul dan membentuk budaya partisipatif baru. Sementara sebagian besar organisasi memiliki budaya yang unik dan Morgan menekankan bahwa organisasi sebagai budaya sebenarnya mencoba untuk merekonstruksi realitas melalui "interpretative schemes that underpin systems of control" atau "skema penafsiran yang mendukung sistem control

5. Organisasi sebagai sistem Politik (Political System)

Semua organisasi, menurut Morgan, mengikuti "sistem pemerintahan," yang terbagi menjadi enam jenis yakni otokrasi, birokrasi, teknokrasi, otoriter, demokrasi perwakilan, dan demokrasi langsung . Dalam enam jenis sistem politik itu membutuhkan empat belas sumber daya kekuasaan yakni legitimasi, sumber daya kontrol, pendelegasian peraturan, pengaruh keputusan, penguasaan informasi, lingkungan manajemen, penyangga ketidakpastian, manipulasi teknologi, budidaya aliansi, penyeimbang manajemen, integrasi simbolis, manajemen jenis kelamin, tindakan ekologi, dan karisma pribadi.

6. Organisasi sebagai Penjara Psikis (Psychic Prison)

Sebagian organisasi secara hati-hati dirancang oleh para pemimpin, terutama pemimpin atau kelompok pemimpin yang mengatur visi untuk organisasi, agar pengikutnya tidak sadar seperti dalam mimpi, keinginannya terkekang, dan selalu dalam situasi ketakutan. Konsep ini kemudian dikenal dengan istilah ilusi realitas (illusion of realness).

7. Organisasi sebagai Gerakan yang Berubah-Ubah (Transformation)

Organisasi sebagai Gerakan yang Berubah-Ubah (Transformation) Dalam konsep ini transformasi dan perubahan organisasi dipahami secara logis, sehingga dapat dijelaskan bagaimana realitas organisasi mengukuhkan dirinya,

bagaimana hidup organisasi dibentuk dan ditransformasikan oleh proses transformasi. Ketika salah satu unsur dalam suatu organisasi terjadi perubahan, yang lain juga berubah.

8. Organisasi sebagai Seperangkat Instrumen Dominan (Domination)

Morgan melihat bahwa organisasi sebagai dominasi adalah bentuk rasionalisasi yang menghasilkan salah satu dari tiga bentuk yang berbeda yakni dominasi karismatik, tradisional, dan rasional-hukum. Bentuk modern dari organisasi, seperti itu dikembangkan dari munculnya pasar oligopolistik di mana beberapa penjual utama (major sellers) mengontrol lembaga lain yang terlibat dalam operasi yang sama. Selain itu, pasar telah menjadi ter-internasionalisasi, dan para pemain telah menjadi pemain di panggung global.

3.2 Prinsip-Prinsip Organisasi

Azas-azas organisasi menurut Henry Fayol, Henry Fayol seorang insinyur pertambangan dari Perancis mengemukakan 14 (empat belas) prinsip organisasi yaitu:

Dalam buku “The Evolution of Management Thought” karya Daniel A. Wren and Arthur G. Bedeian (2009: 216-221), dijelaskan mengenai prinsip-prinsip organisasi dari Henry Fayol sebagai berikut.

1. Pembagian Kerja (Division of Work)

Division of Work atau pembagian kerja pada setiap individu di dalam organisasi dan manajemen untuk membangun suatu pengalaman serta terus melatih keahliannya sehingga pada akhirnya setiap individu tersebut dapat menjadi lebih produktif dan menguntungkan

2. Wewenang dan Tanggung Jawab (Authority and Responsibility)

Wewenang serta tanggung jawab merupakan kunci dalam prinsip organisasi ataupun manajemen ketika membangun sebuah organisasi. Kedua prinsip wewenang dan tanggung jawab itu yang akan menghubungkan para manajer ke atas maupun ke bawah. Harus ada suatu kekuasaan dalam memberi perintah dan sesuatu kekuatan yang dapat membuat manajer ditaati. Pertanggungjawaban akan timbul oleh adanya kekuasaan tersebut. Keduanya

harus dalam kondisi yang seimbang serta tidak terdapat kekuasaan tanpa tanggungjawab, dan begitupun sebaliknya.

3. Disiplin (Discipline)

Discipline atau disiplin sangat berhubungan dengan wewenang. Jika wewenang tidak bisa berjalan dengan semestinya, maka bisa jadi disiplin akan hilang. Disiplin mencakup kesungguhan hati, kerajinan, ketaatan, kesiapan, persetujuan, kebiasaan, tata krama antara organisasi tersebut dengan warganya.

4. Kesatuan Perintah (Unity of Command)

Kesatuan perintah adalah sebuah prinsip di mana perintah yang diterima bawahan tidak diperbolehkan untuk diberikan oleh lebih dari seorang yang ada di atasnya. Dalam melaksanakan pekerjaan, para karyawan memperhatikan prinsip prinsip kesatuan perintah supaya pekerjaan bisa dilaksanakan secara baik.

5. Kesatuan Pengarahan (Unity of Direction)

Kesatuan Pengarahan merupakan prinsip manajemen yang mengatakan setiap golongan pekerjaan yang memiliki tujuan yang sama, harus memiliki satu rencana dan dipimpin oleh satu manajer saja. Bisa dibedakan, dengan "unity of command" yang berhubungan dengan jalannya fungsi personalia sedangkan unity of direction berhubungan dengan struktur.

6. Subordinasi Kepentingan Perseorangan terhadap Kepentingan Umum (Subordination of Individual Interest to General Interest)

Prinsip manajemen yang ini menyatakan bahwa tiap karyawan harus mengabdikan kepentingan pribadi kepada kepentingan perusahaan atau organisasi. Prinsip ini seperti berupa syarat yang penting supaya aktivitas berjalan dengan baik dan lancar. Prinsip ini terjadi jika karyawan mempunyai kesadaran bahwa kepentingan pribadinya sebenarnya bergantung pada keberhasilan atau tidaknya kepentingan organisasi.

7. Penggajian (Remunerasi)

Prinsip manajemen ini menurut Henry Fayol adalah pembayaran upah serta cara pembayaran yang adil serta memberi kepuasan yang maksimal untuk pegawai dan majikan. Dengan menggunakan sistem upah atau gaji yang

memuaskan nantinya bisa merangsang pegawai untuk bisa bekerja lebih rajin lagi.

8. Pemusatan (Centralization)

Pemusatan adalah prinsip manajemen yang menyatakan seluruh organisasi harus bisa berpusat, harus memiliki pusat. Prinsip ini harus bisa menunjukkan hingga batas mana kewenangan itu dipusatkan ataupun dibagi pada suatu organisasi.

9. Rangkaian Perintah (Chain of Command)

Rangkaian Perintah merupakan prinsip manajemen yang mengharuskan perintah dari atas kebawah harus selalu mengambil jarak yang terdekat. Hierarki ini dibutuhkan untuk kesatuan arah perintah. Rantai perintah ini mengacu kepada jumlah tingkatan yang ada pada hierarki dari otoritas tertinggi sampai tingkat yang paling rendah pada sebuah organisasi.

10. Ketertiban

Prinsip manajemen ini bisa jadi adalah syarat yang utama karena pada umumnya tidak ada orang yang dapat bekerja pada keadaan kejang atau kacau. Ketertiban pada suatu pekerjaan bisa terwujud jika semua karyawan memiliki disiplin dan ketertiban yang tinggi.

11. Keadilan

Prinsip keadilan menurut Henry Fayol dianggap sesuatu yang bisa memunculkan kesetiaan dan ketaatan karyawan dengan cara mengkoordinasikan keadilan dan kebaikan para manajer di dalam memimpin para bawahan dan memicu tumbuhnya rasa tunduk kepada kekuasaan dari atasan.

12. Stabilitas Jabatan dalam Kepegawaian (Stability of Tenure of Personnel)

Perputaran karyawan yang tinggi bisa menyebabkan ongkos yang tinggi dalam produksi, untuk itulah prinsip ini dijalankan. Karyawan akan bekerja dengan lebih baik apabila mendapat stimulus keamanan pekerjaan dan jenjang karir yang pasti.

13. Inisiatif

Inisiatif merupakan prinsip manajemen yang menyatakan seseorang kepala harus pintar dalam memberikan inisiatif. Inisiatif muncul dari dalam diri seorang yang mempergunakan daya pikir. Inisiatif memunculkan kehendak untuk mewujudkan sesuatu yang bernilai guna bagi penyelesaian pekerjaan dengan cara yang sebaik-baiknya.

14. Semangat Kesatuan

Kesetiaan kelompok merupakan prinsip manajemen di mana setiap pegawai harus mempunyai rasa kesatuan senasib sepenangungan yang bisa menciptakan semangat kerja sama yang lebih baik. Manajer yang mempunyai jiwa kepemimpinan akan bisa memunculkan semangat kesatuan ini. Sebaliknya, jika manajer tidak memiliki kemampuan, bisa berakibat perpecahan.

3.3 Pengertian Administrasi

Administrasi bisa dikatakan sebagai ilmu karna adanya kesinambungan dengan ilmu lain, ilmu pengetahuan tidak lepas kaitannya dengan ilmu-ilmu sosial lainnya. Administrasi secara umum dapat dibedakan menjadi dua pengertian yaitu dalam arti sempit dan arti luas. Pengertian administrasi dalam arti sempit menurut Prajudi Atmosudirdjo adalah “tata usaha atau office work yang meliputi kegiatan catat-mencatat, tulis-menulis, mengetik, korespondensi, kearsipan, dan sebagainya”. (dalam Ayub, 2007).

Menurut Ismail Nawawi administrasi dalam arti sempit adalah “mencatat setiap komponen administrasi yang meliputi komponen manajemen, organisasi, maupun kegiatan operasional” (Nawawi, 2009). Berdasarkan pengertian diatas bisa diartikan bahwa administrasi dalam arti sempit adalah kegiatan pengolahan data dan informasi yang meliputi kegiatan catat-mencatat, surat-menyurat, pembukuan secara tertulis yang diperlukan oleh suatu organisasi. Ada beberapa pengertian menurut para ahli mengenai administrasi dalam arti luas. Menurut Sondang P. Siagian administrasi dalam pengertian luas adalah “keseluruhan proses kerjasama antara dua orang atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya” (Ayub, 2007).

3.3.1 Fungsi Administrasi

William H. Newman, menyebut “The work of Administration” yang dapat di bagi dalam 5 proses yaitu :

1. Perencanaan (Planning)
2. Pengorganisasian (Organizing)
3. Pengumpulan Sumber (Assembling resources)
4. Pengendalian Kerja (Supervising) Pengawasan (Controlling)

3.3.2 Unsur – Unsur Administrasi

Unsur umum di dalam rangkaian kegiatan penataan yang dinamakan administrasi ada delapan macam yang merupakan subkonsep administrasi, yaitu sebagai berikut :

1. Orgtanisasi

Organisasi ialah struktur dan wadah di mana usaha kerja sama tersebut Diselenggarakan. Organisasi juga sebagai salah satu unsur administrasi yang menunjukkan adanya suatu cara penataan, pengaturan, penyusunan, pembagian kerja dari usaha kerja sama. Pengertian ini lebih tepat disebut dengan pengorganisasian(organizing).

2. Manajemen

Unsur kedua dari administrasi yakni manajemen sebagai suatu proses, manajemen yaitu rangkaian aktivitas penataan yang berupa penggerakkan orang- orang dan pengerahan fasilitas kerja supaya tujuan kerja sama benar-benar berhasil. Manajemen terdiri atas 6 fungsi, sebagai berikut.

- a. Perencanaan

Perencanaan ialah suatu kegiatan menentukan hal- hal yang harus dikerjakan dalam rangka mencapai tujuan yang sudah ditetapkan dan cara bagaimana mengerjakannya.

- b. Pembuatan Keputusan

Pembuatan keputusan merupakan kegiatan melakukan pemilihan di antara berbagai kemungkinan guna menuntaskan suatu permasalahan, perselisihan, keragu- raguan yang timbul dalam kerja sama mencapai tujuan.

c. Pengarahan

Pengarahan merupakan suatu kegiatan pembimbingan bawahan dengan jalan memberi perintah, memberikan petunjuk, mendorong semangat kerja, menegakkan disiplin, memberikan kritikan, agar mereka dalam melaksanakan pekerjaan mengikuti ketentuan yang sudah ditetapkan.

d. Pengkoordinasian

Pengkoordinasian merupakan suatu kegiatan menghubungkan orang-orang dan tugas-tugasnya sehingga terjamin adanya kesatuan atau keselarasan keputusan, kebijaksanaan, tindakan, langkah, sikap dan mencegah timbulnya pertentangan, kekacauan, kekembaran atau duplikasi, dan kekosongan tindakan.

e. Pengontrolan

Pengontrolan merupakan suatu kegiatan mengusahakan agar pelaksanaan pekerjaan dan hasil kerja sesuai dengan rencana, perintah, petunjuk atau ketentuan - ketentuan lain yang sudah ditetapkan.

f. Penyempurnaan

Penyempurnaan merupakan kegiatan memperbaiki segenap segi penataan agar tujuan organisasi bisa tercapai secara efisien.

3. Komunikasi

Unsur ketiga dari administrasi yaitu komunikasi sebagai suatu proses, yang berarti susunan kegiatan penataan yang berupa penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain dalam kerja sama mencapai tujuan itu.

4. Informasi

Informasi sebagai suatu proses, yaitu rangkaian kegiatan penataan yang berupa penghimpunan, pencatatan, pengolahan, penggandaan, pengiriman, penyimpanan, pemeliharaan, penyusutan, dan pemusnahan informasi.

5. Personalia

Personalia sebagai suatu proses, yakni rangkaian kegiatan penataan yang berupa pencarian, pelamaran, pengujian, penerimaan, pengangkatan,

penempatan, kepangkatan, pengembangan, kesejahteraan, pemutasian, dan pemberhentian tenaga kerja dalam kerja sama mencapai suatu tujuan tertentu.

6. Finansial keuangan

Finansial sebagai suatu proses yaitu rangkaian kegiatan penataan berupa penyusunan anggaran belanja, penentuan sumber biaya, cara pemakaian, pembukuan, dan pertanggung jawaban atas pembiayaan dalam kerja sama mencapai tujuan tertentu.

7. Material/Perbekalan

Material sebagai suatu proses yakni rangkaian kegiatan penataan yang berupa pengadaan, pencatatan, pengaturan pemakaian, pemeliharaan, dan penyingkiran benda dalam kerja sama mencapai tujuan tertentu.

8. Relasi Publik/Hubungan Masyarakat

Rangkaian kegiatan penataan yang berupa usaha pengenalan kegiatan organisasi kepada lingkungan dan penangkapan hasrat serta suasana lingkungan dalam kerja sama mencapai tujuan tertentu. Fungsi ini wnenjadi tanggung jawab seorang pejabat dalam kerja sama berarti bahwa ia harus mewakili kerja sama itu dalam hubungan dengan lingkungan sekelilingnya.

Bab 4

Manajemen Pelayanan Kesehatan

4.1 Pendahuluan

Pada jaman dahulu pola manajemen yang diterapkan pada instansi pelayanan kesehatan selalu berpola pada kepentingan internal instansi, namun pada masa kini bergeser kepada pola yang mengacu kepada kepentingan dan tuntutan kebutuhan dari para konsumen. Oleh karena itu tidaklah mengherankan kalau pada saat ini instansi pelayanan kesehatan telah mengembangkan sistem pelayanan kesehatan yang berbasis kepada kebutuhan konsumen. Dengan keberpihakan kepada konsumen akan terjadi persaingan sistem pelayanan kesehatan dalam hal memberikan pelayanan yang paling baik dan memuaskan bagi konsumen (Suyadi, 2011).

Berdasarkan hal itu, untuk memberikan pelayanan yang paling baik dan memuaskan bagi konsumen pastinya ada sistem manajemen yang mengatur jalannya pekerjaan agar berjalan dengan baik dan sesuai dengan fungsi. Manajemen dapat dideskripsikan sebagai proses sosial yang mengikutsertakan tanggung jawab untuk membuat rencana dan regulasi yang efektif. Dengan adanya proses manajemen diharapkan semua dapat berjalan teratur untuk mencapai tujuan bersama (Herwati et al., 2021).

Dalam kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat memerlukan pengaturan yang baik, agar tujuan tiap kegiatan atau program itu tercapai dengan baik. Proses pengaturan bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien dan efektif serta rasional untuk mencapai tujuan disebut manajemen, sedangkan untuk mengatur kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat disebut manajemen pelayanan kesehatan masyarakat (Yannasari, 2021)

4.2 Konsep Manajemen

4.2.1 Pengertian Manajemen

Manajemen secara etimologi berasal dari bahasa Inggris yaitu management dengan kata dasar to manage yang berarti mengelola atau mengurus. Manajemen sendiri bisa didefinisikan sebagai sebuah proses agar bisa mencapai tujuan dalam suatu organisasi yang bisa bekerja sama langsung dengan sumber daya yang dipunyai dengan tepat. Cara ini tentunya harus bisa dilakukan oleh siapa saja, baik seorang individu atau kelompok. Dalam arti khusus manajemen dipakai bagi pimpinan dan kepemimpinan, yaitu orang-orang yang melakukan kegiatan memimpin, disebut “manajer” (Arifin et al., 2016).

Istilah manajemen memiliki arti yang berbeda oleh para ahli. Beberapa definisi manajemen menurut para ahli :

1. Menurut George R. Terry, manajemen adalah sebuah proses yang khas terdiri dari tindakan-tindakan: perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan sumber daya manusia serta sumber-sumber yang lain.
2. Menurut Malayu Hasibuan, manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber daya lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu.
3. Menurut Richard L. Daft, manajemen merupakan pencapaian tujuan organisasi dengan cara yang efektif dan efisien melalui perencanaan,

pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sumber daya organisasi (Rusmitasari, 2020)

4. Menurut Manullang yang dikutip Arifin, manajemen adalah suatu proses di mana pelaksanaan suatu tujuan tertentu diselenggarakan dan diawasi dengan fungsi untuk mencapai sesuatu melalui kegiatan orang lain dan mengawasi usaha individu untuk mencapai tujuan bersama.
5. Sedangkan menurut Ratminto, manajemen adalah suatu proses yang dilakukan oleh satu atau lebih individu untuk mengorganisasikan berbagai aktivitas untuk mencapai tujuan yang ditetapkan terlebih dahulu dengan menggunakan kegiatan orang lain (Arifin, 2021).

Berdasarkan beberapa pengertian manajemen di atas, dapat dikatakan bahwa manajemen memiliki beberapa ciri antara lain :

- a. Manajemen diarahkan untuk mencapai tujuan
- b. Manajemen sebagai proses; perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pengarahan dan pengawasan
- c. Tersedia sumber daya manusia, material dan sumber lain
- d. Mendayagunakan atau menggerakkan sumber daya tersebut secara efisien dan efektif
- e. Terdapat orang yang menggerakkan sumber daya tersebut (manajer)
- f. Penerapan manajemen berdasarkan ilmu dan juga seni atau keahlian yang harus dimiliki oleh manajer (Rendra, 2003)

4.2.2 Fungsi Manajemen

Sebagai suatu proses, manajemen dapat dilihat dari fungsi-fungsi manajemen yang dilakukan oleh seorang manajer. Banyak ahli manajemen yang menyampaikan tentang fungsi manajemen ini, namun pada dasarnya tidak ada perbedaan, bahkan pendapat satu dengan lainnya saling melengkapi. Para ahli manajemen, antara lain ; George Terry, L. Gullick, H. Fayol dan Koonzt O'Donnel mengemukakan tentang fungsi manajemen sebagai berikut :

Tabel 4.1: Perbandingan Fungsi Manajemen (Rendra, 2003)

George Terry	L. Gullick	H. Fayol	Koonzt O'Donnel
<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>
<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>
<i>Actuating</i>	<i>Staffing, Directing, Coordinating</i>	<i>Commanding, Coordinating</i>	<i>Staffing, Directing</i>
<i>Controlling</i>	<i>Reporting</i>	<i>Controlling</i>	<i>Controlling</i>
	<i>Budgeting</i>		

Namun terdapat 4 fungsi manajemen yang penting, yaitu Planning, Organizing, Actuating, dan Controlling (Rusmitasari, 2020)

a. Planning (Perencanaan)

Perencanaan atau planning adalah suatu proses dan rangkaian kegiatan untuk menetapkan tujuan terlebih dahulu pada jangka waktu atau periode tertentu serta tahapan atau langkah-langkah yang harus ditempuh untuk mencapai tujuan tersebut.

b. Organizing (Pengorganisasian)

Organizing atau pengorganisasian merupakan rangkaian aktivitas dalam menyusun suatu kerangka yang menjadi wadah bagi segenap kegiatan usaha dengan jalan membagi dan mengelompokkan pekerjaan yang harus dilaksanakan serta menetapkan dan menyusun jalinan hubungan kerja di antara satuan-satuan organisasi.

c. Actuating (Pelaksanaan)

Actuating atau penggerakan adalah seluruh proses pemberian motivasi kerja kepada para bawahan sedemikian rupa, sehingga mereka mampu bekerja

d. Controlling (Pengawasan)

Controlling atau pengendalian merupakan proses kegiatan pengendalian semua karyawan agar menaati peraturan-peraturan organisasi dan bekerja sesuai dengan rencana.



Gambar 4.1: Fungsi Manajemen (Daft, 2020)

4.2.3 Proses Manajemen

Proses manajemen adalah proses pencapaian berbagai sasaran organisasi dengan cara yang efektif dan efisien melalui perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian sumber daya organisasi. Proses manajemen ini terdiri dari 4 proses yang saling berkaitan. Setelah melakukan perencanaan mengenai apa yang harus dilakukan, kemudian mengorganisir dengan membagi tugas. Pelaksanaan dilakukan setelah mengorganisir, dengan menggerakkan organisasi ke arah tujuan. Agar jalannya organisasi tetap berada pada rencana yang telah disepakati, maka manajer melakukan pengendalian (Herwati et al., 2021).



Gambar 4.2: Proses Manajemen (POAC)

4.3 Manajemen Pelayanan Kesehatan

Sejalan dengan reformasi dibidang kesehatan melalui paradigma sehat, pelayanan kesehatan pada saat ini lebih difokuskan pada upaya promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif) dengan tidak mengabaikan upaya kuratif-rehabilitatif. Selain itu, pelayanan kesehatan bukan hanya kepada individu (pasien), tetapi juga keluarga dan masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan yang dilakukan merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna (komprehensif dan holistik) (Rendra, 2003).

Menurut Notoadmodjo (2005), upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat. Sejalan dengan hal tersebut, berdasarkan UU RI No. 36 Tahun 2009 (Kemenkes RI, 2009) pasal 1 ayat 11 pengertian upaya atau pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Menurut Azrul Azhar (1996), pengertian pelayanan kesehatan, adalah setiap bentuk pelayanan atau program kesehatan yang ditujukan pada perseorangan atau masyarakat dan dilaksanakan secara perseorangan atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi, dengan tujuan untuk memelihara ataupun meningkatkan derajat kesehatan yang dipunyai. Sedangkan menurut Munif Arifin, pelayanan kesehatan, merupakan suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara kosumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksud (Arifin, 2021). Konsumen dalam hal ini adalah masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan, sedangkan karyawan adalah setiap orang yang bekerja di instansi pelayanan kesehatan baik petugas kesehatan maupun yang nonpetugas kesehatan.

Manajemen pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Dengan kata lain manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat sehingga yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Manajemen yang diterapkan di jajaran Departemen Kesehatan, lebih mengacu

kepada konsep yang disampaikan G. Terry, yaitu melalui fungsi-fungsi ; perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), penggerakan atau pelaksanaan (actuating), pengawasan dan pengendalian (controlling) (Notoadmojo, 2005).

Manajemen kesehatan adalah suatu proses untuk menggerakkan sumber daya manusia dalam merencanakan, mengorganisasikan, melaksanakan, dan mengawasi semua kegiatan pelayanan kesehatan dalam organisasi dalam upaya untuk :

- a. Mengetahui adanya persoalan pelayanan kesehatan
- b. Mendefinisikan persoalan pelayanan kesehatan
- c. Mengumpulkan fakta-fakta yang terkait dengan pelayanan kesehatan
- d. Data dan informasi yang timbul dalam pelayanan kesehatan
- e. Menyusun alternatif penyelesaian persoalan pelayanan kesehatan
- f. Mengambil keputusan pelayanan kesehatan dengan memilih salah satu alternatif penyelesaian dan melaksanakan keputusan serta tindak lanjut untuk mencapai tujuan yang harus di capai (Yannasari, 2021).

4.3.1 Jenis dan Bentuk Pelayanan Kesehatan

Menurut AA Gde Muninjaya (Muninjaya, 2004), jenis pelayanan kesehatan adalah merupakan sub sistem pelayanan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk pencegahan atau preventif dan peningkatan kesehatan atau promotif, pelayanan pengobatan atau kuratif dan pemulihan kesehatan atau rehabilitatif dengan sasaran masyarakat.

Terdapat beberapa jenis pelayanan kesehatan antara lain :

1. Pelayanan kedokteran (medical services) merupakan pelayanan kesehatan yang cara pengorganisasiannya secara individu atau sendiri (solo practice) maupun berkelompok dalam satu organisasi. Pelayanan kedokteran ini mempunyai tujuan pokok demi menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan yang sasaran utamanya adalah individu dan keluarga.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat (Public Health Service) merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan secara bersama-sama di dalam organisasi. Pelayanan kesehatan masyarakat atau public health

services ini mempunyai tujuan untuk menyembuhkan penyakit, memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit. Kelompok dan masyarakat menjadi sasaran utama pada pelayanan kesehatan ini (Sebastian, 2021).

Sementara bentuk pelayanan kesehatan ada tiga yaitu pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier (Arifin, 2021).

1. Pelayanan Kesehatan Primer atau Tingkat Pertama

Pelayanan kesehatan primer (primary health care) bersifat paling dasar yang dilakukan bersama masyarakat dan tenaga kesehatan atau paramedis seperti dokter, perawat dan bidan dll. Sifat pelayanan kesehatan primer adalah berobat jalan (Ambulatory Services) pada pasien yang sakit ringan atau masyarakat sehat untuk meningkatkan kesehatannya. Fasilitas kesehatan untuk mendukung pelayanan kesehatan primer ini seperti Puskesmas atau klinik.

2. Pelayanan Kesehatan Sekunder atau Tingkat Kedua

Pelayanan kesehatan sekunder (secondary health care) bersifat spesialis atau subspecialis yang dilakukan oleh dokter spesialis dan dokter subspecialis terbatas. Pelayanan kesehatan sekunder atau tingkat kedua ini ditujukan kepada masyarakat atau kelompok yang membutuhkan pelayanan jalan atau pelayanan rawat inap. Ada pun kriteria sasaran pelayanan kesehatan sekunder ini adalah pasien yang tidak lagi dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan sekunder ini seperti rumah sakit tipe C, rumah sakit tipe D seperti RSUD atau rumah sakit swasta.

3. Pelayanan Kesehatan Tersier atau Tingkat Ketiga

Pelayanan kesehatan tersier (tertiary health care) mengutamakan pelayanan subspecialis dan subspecialis luas yang dilakukan oleh dokter subspecialis dan dokter subspecialis luas. Pelayanan kesehatan tingkat tiga ini ditujukan kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan jalan maupun pelayanan rawat inap (rehabilitasi) pada kelompok atau masyarakat. Ada pun kategori pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan tersier ini adalah mereka yang tidak dapat ditangani pada pelayanan kesehatan sekunder. Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan tersier atau tingkat ketiga ini adalah rumah

sakit tipe A, rumah sakit tipe B seperti RSUD, RSUP ataupun rumah sakit swasta.

4.3.2 Unsur Manajemen

Menurut George R. Terry, unsur-unsur manajemen yang disebut yaitu, “ the six M in management” yakni :

1. Manusia (Man)

Sumber daya manusia merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan terlaksananya manajemen dalam pembangunan organisasi kesehatan. Tanpa manusia tidak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja. Oleh karena itu, manajemen timbul karena adanya orang-orang yang bekerja sama untuk mencapai tujuan.

2. Uang (Money)

Uang atau anggaran sangat diperlukan sebagai biaya yang harus dimiliki organisasi untuk melakukan pelayanan kesehatan, mulai dari perizinan, pembangunan gedung, peralatan, pembayaran tenaga kerja dan lain sebagainya.

3. Bahan baku (Materials)

Material adalah obat-obatan yang digunakan organisasi kesehatan untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan secara efisien.

4. Mesin (Machine)

Mesin adalah peralatan yang digunakan dalam pelayanan kesehatan seperti peralatan untuk perawatan gigi, peralatan untuk persalinan, peralatan radiologi dan sebagainya.

5. Metode (Methods)

Metode adalah cara yang ditempuh untuk melaksanakan sesuatu yang telah dirancang dengan baik sehingga tujuan akan dapat dicapai dengan tepat sesuai dengan perencanaan semula. Metode yang digunakan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dengan berpedoman pada SOP (Standar Operational Procedure).

6. Pasar (Market)

Unsur pasar dalam pelayanan kesehatan adalah perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, penerapan program, kebijakan, strategi, dan teknik pemasaran untuk menciptakan permintaan akan penawaran produk atau jasa pelayanan kesehatan.

4.3.3 Penerapan Manajemen dalam Pelayanan Kesehatan

Manajemen pelayanan kesehatan tidak dapat berjalan sendiri, namun harus berjalan dan didukung oleh berbagai komponen yang lain (interrelationships). Secara garis besar sifat interrelationships ini dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok besar yaitu organ manajemen dan fungsi manajemen.

1. Organ manajemen pelayanan kesehatan di antaranya terdiri dari para pimpinan (manajer), manajer lini bawah, sarana manajemen (dana, material, permesinan dan peralatan laboratorium, tenaga paramedis, tenaga administrasi, tenaga pendukung dan tenaga riset dan pengembangan, pemerintah dan tenaga pendukung yang lain.
2. Fungsi manajemen pelayanan kesehatan tidak melepaskan fungsi-fungsi manajemen secara umum yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penempatan dan pembinaan staf yang sesuai, sistem penganggaran, sistem pelaksanaan, pengendalian, monitoring dan evaluasi (Suyadi, 2011).

Manajemen dapat diterapkan di bidang kesehatan untuk membantu manajer organisasi kesehatan memecahkan masalah kesehatan masyarakat dengan tujuan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sesuai dengan tujuan tersebut, manajemen kesehatan tidak dapat disamakan dengan manajemen niaga yang lebih banyak berorientasi pada upaya untuk mencari keuntungan finansial (profit oriented). Manajemen kesehatan lebih tepat digolongkan ke dalam administrasi umum/publik (public administration), oleh karena organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum. Penerapan manajemen pada unit pelaksana teknis organisasi kesehatan (Rumah sakit, Puskesmas) merupakan upaya untuk memanfaatkan dan mengatur sumber daya yang dimiliki masing-masing unit pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif, efisien dan rasional (Yannasari, 2021).

Menurut Syafrudin (2015), agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, maka syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik yaitu :

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama yaitu harus tersedia di masyarakat (available) dan bersifat berkesinambungan (continuous). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, sehingga pada saat di butuhkan mereka dengan mudah mendapatkannya

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua yaitu dapat diterima dan wajar. Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan adat istiadat, kebudayaan, kepercayaan masyarakat, serta bersifat wajar.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga yaitu yang mudah dicapai (accessible) oleh masyarakat. Ketercapaian yang dimaksudkan di sini terutama dari sudut lokasi, dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkontaminasi sering di daerah perkotaan saja dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, ini bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

4. Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat yaitu mudah dijangkau (affordable) oleh masyarakat. Keterjangkauan di sini terutama dari sudut biaya, untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal mungkin hanya dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja

5. Bermutu

Syarat pokok kelima yaitu bermutu (quality). Mutu yang dimaksudkan di sini adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

4.3.4 Tantangan dan Masalah Kebijakan Manajemen Kesehatan

Globalisasi merupakan tantangan, masalah, dan sekaligus potensi untuk pembangunan nasional berwawasan kesehatan di masa mendatang. Pengaruh globalisasi, liberalisasi perdagangan, dan pelayanan melalui berbagai kesepakatan internasional akan memengaruhi berbagai aspek penyelenggaraan upaya kesehatan dan memerlukan kesiapan pemerintah beserta masyarakat. Pemerintah seharusnya melakukan upaya terpadu dalam pembangunan kesehatan supaya masyarakat mendapatkan haknya untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Yannasari, 2021).

Bab 5

Manajemen Puskesmas

5.1 Pendahuluan

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 (outreach) 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.

Pelayanan kesehatan dasar yang juga disebut *basic health services* terdiri dari beberapa jenis pelayanan kesehatan yang dianggap esensial (sangat penting) untuk menjaga kesehatan seseorang, keluarga dan masyarakat agar hidup produktif secara sosial dan ekonomi. World Health Organization menyatakan bahwa jenis-jenis pelayanan tersebut ditetapkan atas dasar kondisi epidemiologi suatu negara. WHO juga menyarankan bahwa jenis pelayanan tersebut harus sudah terbukti *cost effective*, *affordable*, dan praktis untuk dilaksanakan. Di Indonesia, jenis pelayanan dalam pelayanan kesehatan dasar mengalami perubahan sesuai dengan perkembangan masalah kesehatan. Terdapat dua ketentuan yang menetapkan jenis-jenis pelayanan dasar, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan 43/2014 tentang Standar Pelayanan Minimum dan Peraturan Menteri Kesehatan 75/2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jenis-jenis pelayanan kesehatan dasar tersebut memerlukan pelayanan promotif, preventif, skrining, kuratif, dan rehabilitatif yang harus diberikan secara komprehensif dan holistik baik kepada kelompok masyarakat maupun individu, tidak bisa parsial (upaya kesehatan masyarakat/UKM saja atau upaya kesehatan perorangan/UKP saja). Puskesmas yang dikembangkan sejak tahun 1968 merupakan fasilitas kesehatan terdepan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar. Sampai tahun 2000, Puskesmas berada langsung di bawah pembinaan Departemen Kesehatan pada saat itu. Puskesmas bersama Posyandu adalah kunci sukses Indonesia dalam Program KB, imunisasi, perbaikan gizi balita dan pemberantasan diare. Sejak era desentralisasi tahun 2000, Puskesmas diserahkan kepada pemerintah daerah. Pengembangan dan pembinaan Puskesmas bervariasi dan tergantung pada komitmen dan kapasitas daerah. Sejak itu, kinerja Puskesmas mulai menurun yang ditandai dengan *contraceptive prevalence rate* (CPR) yang menurun, *maternal mortality ratio* (MMR) dan kurang gizi balita yang stagnan. Sejak itu pula banyak Puskesmas tidak mempunyai SDM sesuai standar. Kemudian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan pada tahun 2014 dan Puskesmas ditetapkan menjadi provider (FKTP) BPJS. Sejak itu pula tenaga dan waktu staf Puskesmas tersita untuk melaksanakan UKP bagi peserta BPJS, sedangkan kegiatan UKM terabaikan. Padahal banyak jenis pelayanan kesehatan dasar merupakan UKM, diselenggarakan di tengah masyarakat atau di luar gedung (Posyandu, pemberantasan vektor, sanitasi lingkungan, dan promosi kesehatan).

Fungsi utama Puskesmas adalah membina kesehatan wilayah dalam arti luas yaitu menyehatkan wilayah kerjanya dan menyehatkan penduduk dalam wilayah tersebut. Untuk melaksanakan fungsi utama tersebut, Puskesmas melaksanakan tiga sub-fungsi sebagai berikut:

1. Mengobati penduduk yang sakit secara perorangan yang disebut Upaya Kesehatan Perorangan (UKP);
2. Mengurangi atau menghilangkan faktor-faktor yang menyebabkan orang sakit yang disebut Upaya Kesehatan Masyarakat; dan
3. Melaksanakan fungsi manajemen untuk mendukung butir (1) dan (2).

Walaupun UKM dan UKP tidak dapat dipisahkan dalam menangani masalah kesehatan, dalam pelaksanaannya terdapat beberapa perbedaan sebagai berikut:

1. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)
 - a. Dilaksanakan dengan cara (i) menggerakkan mesin birokrasi (pemerintah daerah, kecamatan, dan desa); dan (ii) menggerakkan mesin sosial (kader, tokoh masyarakat, tokoh agama, pranata/sistem sosial setempat).
 - b. Mengutamakan upaya promotif dan preventif.
 - c. Sasaran UKM adalah penduduk beserta lingkungannya.
 - d. Dari perspektif komoditas ekonomi, UKM adalah public goods.
2. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
 - a. Dilaksanakan dengan mengoperasikan unit atau institusi pelayanan kesehatan (klinik Puskesmas, Rumah Sakit, dan lain-lain).
 - b. Mengutamakan penyembuhan orang sakit.
 - c. Sasaran UKP adalah perorangan dan keluarganya.
 - d. Dari perspektif komoditas ekonomi, UKP adalah private goods.

Deskripsi perbedaan antara UKM dan UKP perlu dipahami karena membawa konsekuensi perbedaan dalam hal jenis tenaga yang melakukannya dan dalam hal cara pembiayaannya. Namun perlu ditegaskan bahwa dalam pelaksanaan pelayanan atau upaya kesehatan bagi masyarakat, UKM dan UKP tidak dapat dipisahkan. Jadi, tidak ada dikotomi antara UKM dan UKP. Misalnya, penderita DBD perlu diobati (UKP), tetapi nyamuk *Aedes Aegypti* perlu

diberantas dengan kegiatan fogging dan pembasmian jentik (UKM). Penderita hipertensi perlu diobati (UKP), tetapi untuk menghilangkan atau menurunkan kejadian hipertensi perlu dilakukan skrining dan penyuluhan tentang gaya hidup sehat (UKM).

Untuk mendukung fungsi UKM dan UKP, Puskesmas juga melaksanakan fungsi manajemen. Untuk Puskesmas di Indonesia, fungsi manajemen Puskesmas sudah dikembangkan dan terstandar, yaitu:

1. Fungsi perencanaan;
 - a. Perencanaan lima (5) tahun yang disebut micro-planning;
 - b. Perencanaan tahunan;
2. Fungsi pengorganisasian;
 - a. Penyusunan SOTK Puskesmas;
 - b. Pembagian tugas dalam struktur organisasi Puskesmas;
3. Fungsi penggerakkan;
 - a. Minilokakarya untuk menyusun PoA;
4. Fungsi monitoring dan evaluasi;
 - a. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas Terpadu (SP2TP);
 - b. Akreditasi Puskesmas

Sejak lama Indonesia sudah menerapkan strategi pelayanan kesehatan primer dan esensial untuk mengatasi masalah kesehatan penduduk, termasuk masalah ketidakmerataan derajat kesehatan dan akses pelayanan antarwilayah dan antar-strata ekonomi. Strategi tersebut secara terstruktur dimulai dengan pengenalan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) pada tahun 1968, jauh sebelum *World Health Organization* (WHO) mengeluarkan Deklarasi Alma Ata pada tahun 1978 tentang Primary Health Care. Pada masa 1960-1980-an, masalah kesehatan penduduk masih didominasi dengan angka fertilitas yang tinggi (yang berkorelasi dengan kematian ibu dan bayi) serta berbagai macam penyakit menular dan kurang gizi. Puskesmas didukung dengan Posyandu, tercatat sebagai keberhasilan Indonesia dalam meningkatkan cakupan keluarga berencana (KB), imunisasi, dan gizi (penimbangan balita). Sejak 1968 sampai 2000, Puskesmas dikelola dan dibina oleh pemerintah pusat (Departemen Kesehatan). Pembangunan sarana, penempatan tenaga, dan pengadaan obat untuk Puskesmas ditetapkan melalui Instruksi Presiden (Inpres). Dengan sistem Inpres, distribusi Puskesmas merata hampir di setiap kecamatan.

Kebijakan berubah sejak pelaksanaan desentralisasi pada tahun 2000. Pengelolaan dan pembinaan Puskesmas diserahkan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota. Sejak itu, perkembangan Puskesmas bervariasi tergantung pada komitmen dan kemampuan fiskal daerah. Permasalahan yang menonjol adalah kekosongan atau kekurangan sumber daya manusia (SDM) dibandingkan dengan standar SDM Puskesmas. Sejak desentralisasi juga diamati kecilnya anggaran daerah untuk kegiatan upaya kesehatan masyarakat (UKM).

5.2 Manajemen Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggungjawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya yang berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama. (Permenkes, 2014). Manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (Planning, Organizing, Actuating dan Controlling) untuk mencapai sasaran/tujuan secara efektif dan efisien, (Permenkes, 2016). Pendapat lain berkaitan dengan manajemen disampaikan oleh James A.F. Stoner yang menyatakan

bahwa manajemen adalah perencanaan, leadership, pengendalian upaya dari anggota organisasi dan penggunaan sumber daya yang tersedia di organisasi tersebut guna mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan organisasi sebelumnya, sedangkan menurut Henry Fayol manajemen adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian dan pengawasan/kontrol terhadap sumber daya yang ada agar mencapai tujuan secara efektif dan efisien.

Berdasarkan definisi tersebut, diharapkan dapat dicapai manajemen Puskesmas melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar secara bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (evidence based) dan dapat memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan.

Untuk menjamin bahwa siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas berjalan secara efektif dan efisien, ditetapkan Tim Manajemen Mutu

Puskesmas yang juga dapat berfungsi sebagai penanggungjawab manajemen mutu Puskesmas yang dibuktikan melalui perbaikan dan peningkatan pencapaian target kinerja Puskesmas. Manajemen sumber daya dan mutu merupakan satu kesatuan system pengelolaan Puskesmas yang tidak terpisah satu dengan lainnya, yang harus dikuasai oleh tim manajemen Puskesmas dibawah kepemimpinan kepala Puskesmas dalam upaya mewujudkan kinerja Puskesmas yang bermutu.

Secara umum, fungsi manajemen yang dilakukan oleh Puskesmas adalah (i) perencanaan; (ii) penggerakan pelaksanaan; dan (iii) pemantauan, pengawasan dan penilaian. Ketiga fungsi tersebut dikenal dengan “P1-P2-P3”. Beberapa pedoman sudah disusun untuk ketiga fungsi manajemen tersebut. Dalam fungsi perencanaan (P-1), terdapat pedoman penyusunan rencana 5 tahun yang disebut *microplanning*, pedoman penyusunan rencana kerja tahunan (*Renja*) yang mengikuti pedoman *Renja* sesuai dengan Keputusan Mendagri, dan pedoman penyusunan rencana operasional yang disebut “*Minilokarya Puskesmas*” atau “*Minilok*”. *Minilok* sangat penting bagi Puskesmas untuk mendapat anggaran BOK (DAK non-fisik), yang berisi kinerja bulan lalu, target bulan mendatang, kegiatan yang akan dilakukan dan jumlah anggaran yang diperlukan.

Fungsi manajemen Puskesmas sudah dikembangkan sejak lama, yang terdiri dari perencanaan, penggerakkan dan monitoring/evaluasi, didukung dengan manajemen informasi. Masing-masing fungsi manajemen tersebut sudah dikembangkan pedoman atau petunjuk teknisnya.

Untuk perencanaan, Puskesmas menyusun rencana sebagai berikut:

1. *Microplanning*, yaitu rencana lima tahun yang mengacu pada *Renstra* Dinas Kesehatan.
2. Rencana tahunan, yang berisi Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) Puskesmas selama satu tahun. *Renja* tersebut disusun setelah mendapat arahan dari Dinas Kesehatan.
3. *Plan of Action (PoA)*, yaitu rencana kerja bulanan, yang disusun dengan proses *microplanning*. Saat ini, *microplanning* disusun untuk mengusulkan anggaran dari DAK non-fisik.

Tabel 5.1: Tahapan Kegiatan Siklus Manajemen Puskesmas (contoh untuk siklus tahun 2015, 2016, dan 2017) Sumber: Permenkes 44/2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas

	Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksana	Pihak Terkait	Keluaran
	Evaluasi kinerja Puskesmas tahun 2015 melalui Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)	Desember 2015	Puskesmas	Dinas kesehatan Kab/Kota	Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas tahun 2015
	Persiapan penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) tahun 2016 berdasarkan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yang telah disetujui dan dibandingkan dengan hasil kinerja Puskesmas 2015	Desember 2015	Puskesmas		Draf RPK tahun 2016
	Analisa situasi dan pelaksanaan Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) sebagai bahan penyusunan RUK tahun 2017 dan Rencana	Awal Januari 2016	Desa/ Kelurahan	Pemangku kepentingan Tk. Desa/ Kelurahan	- Hasil analisa situasi - Hasil SMD dan MMD - Usulan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat desa/ kelurahan sesuai harapan

	Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksana	Pihak Terkait	Keluaran
	5 tahunan periode 2017 s.d. 2021, pendekatan Top-Down dan Bottom-Up.				rasional masyarakat desa/ kelurahan
	Lokakarya Mini (Lokmin) Bulanan Pertama	Minggu Kedua Januari 2016	Puskesmas		- Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Januari tahun 2016 - Bahan Musrenbangdes 2016 - Draft RUK tahun 2017 - Draft Rencana Lima Tahunan 2017 s.d. 2021
	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa (Musrenbangdes)	Minggu keempat Januari 2016	Desa/ Kelurahan	Pemangku kepentingan Tk. Desa/ Kelurahan	- Penyesuaian draf RUK tahun 2017 dengan hasil Musrenbangdes - Penyesuaian draf Rencana Lima Tahunan 2017 s.d. 2021 dengan hasil Musrenbangdes
	Lokmin Bulanan Kedua	Awal Minggu pertama Februari 2016	Puskesmas		- Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Februari tahun 2016 - Bahan Lokmin Triwulan Pertama

	Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksana	Pihak Terkait	Keluaran
	Lokmin Triwulan Pertama	Akhir Minggu Pertama Februari 2016	Puskesmas	LS terkait dan tokoh masyarakat di Kec.	Bahan Musrenbangmat bidang kesehatan Tahun 2016
	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kecamatan (Musrenbangmat)	Minggu kedua Februari 2016	Kecamatan	Pemangku kepentingan Tk. Kecamatan	- Penyesuaian draf RUK tahun 2017 dengan hasil Musrenbangmat - Penyesuaian draf Rencana Lima Tahunan 2017 s.d. 2021 dengan hasil Musrenbangmat
	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kabupaten/Kota (Musrenbangkab/kota)	Maret 2016	Kabupaten/Kota	Pemangku kepentingan Tk. Kab/kota	- Penyesuaian Draf RUK tahun 2017 dengan hasil Musrenbangkab - Penyesuaian draf Rencana Lima Tahunan 2017 s.d. 2021 dengan hasil Musrenbangkab

Untuk mendukung fungsi-fungsi manajemen tersebut, Puskesmas melaksanakan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP). Di samping itu, terdapat beberapa kegiatan pelaporan lain yang menjadi tugas Puskesmas, yaitu P-Care untuk melaporkan kinerja Puskesmas sebagai FKTP BPJS, laporan SPJ untuk pemanfaatan DAK non-fisik. Kegiatan manajemen lainnya yang penting adalah meningkatkan jangkauan pelayanan Puskesmas melalui kegiatan Puskesmas Keliling dan kunjungan ke Posyandu (1 x sebulan untuk masing-masing Posyandu). Sesuai dengan Permenkes No. 46/2016 tentang Akreditasi Puskesmas, Puskesmas juga harus melaksanakan proses

akreditasi sesuai pedoman. Kegiatan akreditasi ini didukung oleh tingkat pusat/provinsi dalam bentuk tenaga pendamping dan surveyor.

5.3 Perencanaan (P1)

Perencanaan Puskesmas disusun melalui pengenalan permasalahan secara tepat berdasarkan data yang akurat, serta diperoleh dengan cara dan dalam waktu yang tepat, sehingga dapat mengarahkan upaya kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas dalam mencapai sasaran dan tujuannya, (Permenkes, 2016). Pendapat lain berkaitan dengan perencanaan disampaikan oleh George R. Terry, yang menyatakan bahwa perencanaan adalah pemilihan dan menghubungkan fakta-fakta, membuat serta menggunakan asumsi-asumsi yang berkaitan dengan masa datang dengan menggambarkan dan merumuskan kegiatan-kegiatan tertentu yang diyakini dan diperlukan untuk mencapai suatu hasil tertentu.

Berdasarkan definisi tersebut diharapkan proses perencanaan Puskesmas akan mengikuti siklus perencanaan pembangunan daerah, dimulai dari tingkat Desa, selanjutnya disusun di tingkat Kecamatan dan diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten. Tanpa adanya Perencanaan Puskesmas tidak akan ada kejelasan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh staf untuk mencapai tujuan Puskesmas. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016, perencanaan Puskesmas meliputi penyusunan rencana lima tahunan dan rencana tahunan Puskesmas sehingga tersusunnya Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), melalui tahapan persiapan, analisis situasi, perumusan masalah, penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK). Pada tahap persiapan ini bertujuan untuk mempersiapkan staf Puskesmas yang terlibat dalam proses penyusunan rencana Lima Tahunan dan rencana Tahunan Puskesmas agar memperoleh kesamaan pandangan dan pengetahuan untuk melaksanakan tahap perencanaan, dengan cara dibentuknya Tim Manajemen Puskesmas, adanya penjelasan tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, mempelajari rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten, Standar Pelayanan Minimal (SPM) tingkat Kabupaten, target yang disepakati bersama Dinas Kesehatan Kabupaten, Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) dan Norma Standar Prosedur dan Kriteria (NSPK) yang

dianggap perlu untuk diketahui oleh tim dalam penyusunan perencanaan Puskesmas, (Permenkes, 2016).

Tahap analisis situasi dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi Puskesmas, agar dapat merumuskan kebutuhan pelayanan dan pemenuhan harapan masyarakat yang rasional sesuai dengan keadaan wilayah kerja Puskesmas, (Permenkes, 2016:16). Perumusan masalah dilaksanakan di mana untuk mengetahui adanya kesenjangan antara harapan dan kenyataan melalui identifikasi masalah, menetapkan urutan prioritas masalah (metode USG), mencari akar penyebab masalah (fish bond, pohon masalah) dan menetapkan cara pemecahan masalah dengan curah pendapat (brainstorming), kesepakatan anggota Tim dan tabel cara pemecahan masalah, (Permenkes, 2016).

5.4 Penggerakan dan Pelaksanaan (P2)

Penggerakan dan pelaksanaan kegiatan merupakan kegiatan lanjutan dari Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) yang dilakukan melalui rapat dinas, pengarahan saat apel pegawai, pelaksanaan kegiatan dari program sesuai penjadwalan pada RPK bulanan dan melalui forum yang dibentuk khusus yaitu Lokakarya Mini Puskesmas, (Permenkes, 2016). Pendapat lain disampaikan oleh George R. Terry yang mengemukakan bahwa *actuating* merupakan usaha menggerakkan anggota-anggota kelompok sedemikian rupa hingga mereka berkeinginan dan berusaha untuk mencapai sasaran perusahaan dan sasaran anggota-anggota perusahaan, dikarenakan para anggota juga ingin mencapai sasaran tersebut. Dari pengertian diatas, pelaksanaan (*actuating*) tidak lain merupakan upaya untuk menjadikan perencanaan menjadi kenyataan, dengan melalui berbagai pengarahan dan motivasi agar setiap karyawan dapat melaksanakan kegiatan secara optimal sesuai dengan peran, tugas dan tanggung jawabnya. Keterpaduan lintas program merupakan keterpaduan internal Puskesmas yang bertujuan agar seluruh petugas mempunyai rasa memiliki dan motivasi yang tinggi dalam melaksanakan seluruh kegiatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas secara terintegrasi (Permenkes, 2016).

Fungsi dan peranan penggerakan menurut Nawawi (2000) adalah dengan melakukan pengarahan (*commanding*), bimbingan (*directing*) dan komunikasi

(communication), yang merupakan kegiatan menciptakan, memelihara, menjaga/mempertahankan dan memajukan organisasi melalui setiap personil, baik secara struktural maupun fungsional, agar langkah operasionalnya tidak keluar dari usaha mencapai tujuan organisasi.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016, penggerakan dan pelaksanaan Puskesmas meliputi Lokakarya mini bulanan pertama, lokakarya mini bulanan rutin, lokakarya mini tribulanan pertama dan lokakarya mini tribulanan rutin. Lokakarya mini bulanan dan lokakarya mini tribulanan yang pertama merupakan lokakarya penggalangan tim dalam rangka pengorganisasian pelaksanaan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas dengan pelaksana program Puskesmas dan terlaksananya rencana kegiatan sektoral terkait dengan pembangunan kesehatan melalui Musrenbang Kecamatan, (Permenkes, 2016). Lokakarya mini bulanan bertujuan untuk menilai sejauh mana pencapaian dan hambatan-hambatan yang dijumpai oleh pelaksana program/kegiatan setiap bulan dan memantau pelaksanaan rencana kegiatan Puskesmas, agar seluruh petugas mempunyai rasa memiliki, kesadaran dan motivasi yang tinggi dalam melaksanakan seluruh kegiatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas secara terintegrasi, (Permenkes, 2016).

5.5 Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3)

Pelaksanaan pengawasan dan pengendalian secara internal dapat dilakukan melalui forum lokakarya mini, kegiatan monitoring rutin dengan berpedoman pada NSPK masing-masing program yang dinilai dalam proses penilaian kinerja Puskesmas yang merupakan instrumen/tools untuk menilai pelaksanaan proses manajemen Puskesmas secara keseluruhan. (Permenkes, 2016). Pendapat lain terkait pengawasan menurut Siagian (2005) merupakan satu fungsi organik manajemen merupakan proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna lebih menjamin bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya. Pengawasan internal Puskesmas adalah pengawasan yang dilakukan oleh Puskesmas sendiri, baik oleh Kepala Puskesmas, tim audit internal maupun penanggungjawab dan pengelola/pelaksana program. Adapun pengawasan eksternal dilakukann oleh instansi dari luar Puskesmas antara lain Dinas

Kesehatan Kabupaten atau instansi lain selain Dinas Kesehatan serta masyarakat, (Permenkes, 2016). Pengawasan Puskesmas dilakukan mencakup aspek administratif, sumber daya, pencapaian kinerja program dan teknis pelayanan. Apabila ditemukan ketidaksesuaian baik terhadap rencana, standar, peraturan perundangan maupun berbagai kewajiban yang berlaku perlu dilakukan pembinaan.

Pengendalian merupakan serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika terdapat ketidaksesuaian, harus dilakukan upaya perbaikan (*corrective action*). Kegiatan ini harus dilakukan secara terus menerus secara berjenjang oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala Puskesmas maupun penanggungjawab program, (Permenkes, 2016). Menurut G.R. Terry pengendalian dapat didefinisikan sebagai proses penentuan, apa yang harus dicapai yaitu standar, apa yang sedang dilakukan yaitu pelaksanaan, menilai pelaksanaan dan apabila perlu melakukan perbaikan-perbaikan, sehingga pelaksanaan sesuai dengan rencana yaitu selaras dengan standar. Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan Puskesmas disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas dilakukan oleh Puskesmas dan kemudian hasil penilaiannya diversifikasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, meliputi hasil pencapaian pelaksanaan pelayanan kesehatan UKM, UKP dan manajemen Puskesmas yaitu proses

penyusunan perencanaan, penggerakan dan pelaksanaan serta pelaksanaan penilaian kinerja, (Permenkes, 2016). Berdasarkan hasil penilaian kinerja Puskesmas dan hasil verifikasi, Dinas Kesehatan Kabupaten, Puskesmas dikelompokkan menjadi 3 (tiga) sesuai dengan pencapaian kinerjanya, yaitu Puskesmas dengan tingkat kinerja baik, tingkat kinerja cukup dan Puskesmas dengan tingkat kinerja kurang. Selanjutnya sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan Puskesmas setiap 3 (tiga) Tahun sekali dilaksanakan akreditasi yang dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi secara berkala, (Permenkes, 2016).

5.6 Komitmen Organisasi

Komitmen adalah janji pada diri sendiri atau pada orang lain yang tercermin dalam tindakan kita. Komitmen merupakan pengakuan seutuhnya sebagai sikap yang sebenarnya yang bersal dari watak yang keluar dari dalam diri seseorang. Komitmen mendorong rasa percaya diri, semangat kerja dan menjalankan tugas menuju perubahan yang lebih baik, ditandai dengan peningkatan kualitas phisik dan psikologi dari hasil kerja. Komitmen organisasi didefinisikan sebagai keinginan yang kuat untuk tetap sebagai anggota organisasi, keinginan untuk berusaha keras sesuai keinginan organisasi dan keyakinan tertentu serta penerimaan nilai dan tujuan organisasi, (Fred Luthans, 2012).

Komitmen organisasi bersifat multidimensi di mana Meyer dan Allen (sebagaimana dikutip dalam Fred Luthans, 2012), mengelompokkan 3 (tiga) bentuk komitmen organisasional, yaitu:

1. Komitmen Afektif

Komitmen afektif adalah keterikatan emosional karyawan, identifikasi dan keterlibatan dalam organisasi.

2. Komitmen Kelanjutan

Komitmen kelanjutan adalah komitmen berdasarkan kerugian yang berhubungan dengan keluarnya karyawan dari organisasi. Hal ini mungkin karena kehilangan senioritas atas promosi atau benefit.

3. Komitmen normatif

Komitmen normatif adalah wajib untuk tetap berada dalam organisasi karena memang harus begitu, karena tindakan tersebut merupakan hal benar yang harus dilakukan.

Keterikatan individu terhadap nilai dan tujuan organisasi akan mendorong individu untuk selalu menyesuaikan diri dengan tujuan dan kepentingan organisasi, sehingga menjadikan individu memiliki loyalitas yang kuat terhadap organisasi. Inisiatif merupakan kompetensi terkait dengan kemampuan individu untuk mengambil tindakan tanpa harus diperintah, mengerjakan sesuatu melebihi dari yang dipersyaratkan pekerjaan dengan cara

menemukan/menciptakan kesempatan baru untuk mencari perubahan ke arah yang lebih baik, (Sedarmayanti, 2017).

Sumber Daya Manusia (SDM) yang memiliki kreativitas yang tinggi dan inovasi merupakan kemampuan individu dalam rangka meningkatkan prestasi kerja, sehingga orang yang berjiwa kreatif akan selalu meningkatkan kemampuan dirinya dan selalu berpikir untuk lebih baik. Orientasi pelayanan pada pelanggan merupakan kemampuan individu untuk membantu dan melayani kebutuhan pelanggan, kemampuan memahami keinginan pelanggan, kemampuan berempati dan kemampuan mencari informasi untuk membangun kepuasan pelanggan, (Sedarmayanti, 2017).

Armstrong (sebagaimana dikutip dalam Sedarmayanti, 2017) menyampaikan bahwa kepemimpinan merupakan proses memberi inspirasi kepada semua pegawai agar bekerja sebaik-baiknya untuk mencapai hasil yang diharapkan dan cara mengajak pegawai agar bertindak benar, mencapai komitmen dan memotivasi mereka untuk mencapai tujuan bersama.

Kerjasama merujuk pada upaya menyelesaikan tugas dalam kerangka mencapai tujuan oleh perorangan/antar satuan kerja, di mana masing-masing memiliki tugas yang dilakukan secara sinergis. Kerjasama kelompok merupakan kemampuan SDM terkait kemampuan/dorongan bekerjasama dengan orang lain, kemampuan untuk merasa bahwa bagian dari anggota kelompok dalam mencapai tugas/tujuan organisasi (Sedarmayanti, 2017). Penegakan disiplin karyawan dipengaruhi oleh pemberian tingkat kompensasi, adanya perhatian terhadap kesulitan pegawai, penghargaan prestasi, keragaman peraturan disiplin yang berlaku, keteladanan pimpinan, penerapan disiplin yang mendidik dan keberanian pimpinan menindak yang melanggar disiplin, (Sedarmayanti, 2017). Penegakan disiplin ini sangat bergantung pada semua orang yang ada dalam organisasi, sehingga karyawan harus memberi partisipasinya untuk menegakkan disiplin kerja organisasi. Begitu juga terhadap loyalitas pegawai.

Pembinaan loyalitas SDM merupakan kewajiban pimpinan dalam suatu organisasi, sehingga tercipta kondisi kerja yang menyenangkan dan meyakinkan pegawai. Hal ini juga dapat menimbulkan tingkat kepedulian yang tinggi, rasa memiliki yang besar terhadap organisasi, terpeliharanya motivasi, kesinambungan kerja dan pencegahan pegawai potensial keluar dari organisasi, (Sedarmayanti, 2017). Hubungan kerja antar pegawai atau pimpinan dengan bawahan perlu untuk selalu dibina agar pegawai dapat saling

bekerjasama dan membantu dalam pencapaian tujuan organisasi. Faktor yang memengaruhi hubungan kerja dalam organisasi adalah terjalinnya komunikasi dan kerjasama kelompok yang baik, (Sedarmayanti, 2017).

Dari hal tersebut diatas dijelaskan oleh Sedarmayanti (2017), bahwa penerapan hubungan kerja antar pegawai dan hubungan kerja antar bawahan dan pimpinan yang baik akan terlihat pada suasana kerja di mana tidak terdapat konflik antar pegawai, setiap pegawai bersemangat menyelesaikan pekerjaannya, satu unit kerja akan memberi hasil terbaik bagi proses berikutnya untuk dikerjakan unit lain, setiap masalah dapat diselesaikan penuh kekeluargaan, pelaksanaan pekerjaan diliputi suasana santai dan keakraban, bukan suasana mencekam penuh ancaman, adanya saling menghargai dan percaya antar pegawai, pegawai menghormati dan menghargai kepemimpinan diatasnya, pimpinan dianggap rekan sekerja yang seluruh kebijakannya perlu didukung, bukan sebagai pimpinan yang menakutkan, adanya perhatian besar dari pimpinan terhadap masalah bawahan untuk mencari pemecahannya, adanya usaha pimpinan memperlihatkan keteladanan kerja bagi bawahan, bawahan selalu merasa termotivasi untuk bekerja karena penghargaan atas prestasi dan terjadi peningkatan kinerja organisasi dari waktu ke waktu.

Bab 6

Manajemen Mutu Layanan Kesehatan

6.1 Pendahuluan

Saat ini mutu layanan kesehatan merupakan fokus utama bagi masyarakat. Kesadaran dan kepedulian terhadap mutu memang semakin meningkat. Hal-hal yang berkaitan dengan mutu saat ini antara lain : kepercayaan bahwa sesuatu yang bermutu pastilah merupakan hal yang bersifat luks, mewah, dan mahal. Mutu juga dianggap sesuatu hal yang bersifat abstrak sehingga tidak dapat diukur. Upaya peningkatan mutu memerlukan biaya yang cukup mahal.

Menurut Mukti (2007) istilah mutu memiliki banyak penafsiran yang mungkin berbeda-beda, ketika ia digunakan untuk menggambarkan sebuah produk atau pelayanan tertentu. Bisa saja beberapa orang mengatakan bahwa sesuatu dikatakan bermutu tinggi ketika sesuatu tersebut dianggap lebih baik, lebih cepat, lebih cemerlang, lux, lebih wah dan biasanya lebih mahal dibandingkan produk atau layanan yang mutunya dianggap lebih rendah. Hal ini tentu tidak sepenuhnya benar. Beberapa orang mengartikan pelayanan kesehatan bermutu adalah pelayanan yang memuaskan pelanggan. Padahal layanan yang diberikan tidak memenuhi standar pelayanan medis profesional. Bahkan bisa terjadi di sebuah institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit jika pasien

datang di Unit Gawat Darurat langsung ditangani “diinfus”. Pasien puas karena mereka merasa langsung “ditangani” padahal infus tidak selalu diperlukan. Bahkan jika tidak terkontrol dapat menimbulkan efek samping seperti oedem pulmo. (Wijono, 1999). Ada dilema dalam upaya untuk mewujudkan mutu dalam layanan kesehatan. Pada satu pihak mutu juga diartikan sejauh mana pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standard operating procedure (SOP) atau prosedur tetap medis. Ketika SOP tersebut dilaksanakan seperti misalnya di beberapa rumah sakit pendidikan milik pemerintah, dianggap oleh pasien terlalu lama dan berbelit belit. Dari pihak lainnya, menurut kacamata pasien, justru rumah sakit pendidikan milik pemerintah dianggap kurang bermutu dibanding rumah sakit swasta yang bisa lebih cepat karena prosedur yang diterapkan lebih fleksibel (Mukti, 2007). Lebih lanjut dalam uraian(Mukti (2007); pelayanan bermutu dalam pengertian yang luas diartikan sejauh mana realitas layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kriteria dan standar profesional medis terkini dan baik yang sekaligus telah memenuhi atau bahkan melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan dengan tingkat efisiensi yang optimal. Abstrak mutu dapat dinilai dan diukur dengan berbagai pendekatan. Pendekatan maupun metode pengukuran yang digunakan dalam upaya meningkatkan mutu tersebut telah tersedia baik dari dimensi input, proses dan output. Mutu memiliki karakteristik melakukan pelayanan yang benar dengan cara yang benar, pertama benar dan selanjutnya diharapkan benar (Wijono, 1999).

6.2 Definisi Mutu Layanan Kesehatan

Definisi Mutu Pelayanan Kesehatan Beberapa definisi mutu pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azwar, 1996).
2. Memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas seluruh proses. Pelanggan meliputi, pasien, keluarga, dan lainnya yang datang untuk pelayanan dokter, karyawan (Khoury et al., 1997).

Pengertian mutu pelayanan kesehatan(Wijono, 1999) adalah:

1. Penampilan yang sesuai atau pantas (yang berhubungan dengan standar) dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan pada kematian, kesakitan, ketidak mampuan dan kekurangan gizi. (Kurniawati, Suwanto and Ismansyah, 2015)
2. (Wijono, 1999) menyebutkan bahwa kualitas pelayanan adalah suatu pelayanan yang diharapkan untuk memaksimalkan suatu ukuran yang inklusif dari kesejahteraan klien sesudah itu dihitung keseimbangan antara keuntungan yang diraih dan kerugian yang semua itu merupakan penyelesaian proses atau hasil dari pelayanan diseluruh bagian. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan .
3. Secara umum pengertian mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen.

Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang ditetapkan, sehingga menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien. Pelayanan yang bermutu sangat diperlukan karena merupakan hak setiap pelanggan, dan dapat memberi peluang untuk memenangkan persaingan dengan pemberi layanan kesehatan lainnya (Muninjaya, 2014). .

Kualitas pelayanan dan nilai berdampak langsung terhadap pelanggan. Kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang dirasakan (Muninjaya, 2014).

Pelanggan institusi pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua yaitu (Muninjaya, 2014) :

1. Pelanggan internal (internal customer) yaitu mereka yang bekerja di dalam institusi kesehatan seperti staf medis, paramedis, teknisi, administrasi, pengelola dan lain sebagainya.
2. Pelanggan eksternal (external customer) yaitu pasien, keluarga pasien, pengunjung, pemerintah, perusahaan asuransi kesehatan, masyarakat umum, rekanan, lembaga Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan swadaya masyarakat dan lain sebagainya.(Muninjaya, 2014)
3. (Supardi, 2008) berpendapat hampir sama dengan teori tersebut yaitu bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari sudut pandang pengguna layanan, penyandang dana pelayanan, dan penyelenggara pelayanan.

Faktor-faktor yang memengaruhi mutu pelayanan kesehatan menurut (Azwar, 1996) adalah unsur masukan, lingkungan dan proses.

1. Unsur Masukan Unsur masukan meliputi sumber daya manusia, dana dan sarana. Jika sumber daya manusia dan sarana tidak sesuai dengan standar dan kebutuhan, maka pelayanan kesehatan akan kurang bermutu. Upaya dalam meningkatkan mutu puskesmas diperlukan sumber daya manusia yang profesional (SDM) dan peningkatan fasilitas kesehatan (Muninjaya, 2014). SDM yang profesional harus mempunyai pendidikan dan keahlian serta memiliki motivasi, kompetensi dan komitmen kerja yang baik (Muninjaya, 2014).
2. Unsur Lingkungan Unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen.
3. Unsur Proses Unsur Proses yang termasuk dalam unsur proses meliputi proses pelayanan baik tindakan medis maupun tindakan non-medis. Tindakan non medis salah satunya adalah Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan 35 penerapan manajemen puskesmas yang merupakan proses dalam rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis untuk mencapai tujuan puskesmas(KemenKes, 2012) .

Menurut Tjahyono (2007), Untuk melakukan perbaikan mutu pelayanan kesehatan, perlu diperhatikan empat tingkat perubahan, yaitu :

1. Pengalaman pasien dan masyarakat
2. Sistem mikro pelayanan
3. Sistem organisasi pelayanan kesehatan
4. Lingkungan pelayanan kesehatan

Di samping harus memiliki tujuan yang jelas dan komprehensif, pelayanan kesehatan yang harus berfokus pada pelanggan. Pengalaman pasien dan masyarakat yang menjadi pelanggan pelayanan kesehatan harus mendapat perhatian utama sehingga kebutuhan, harapan, dan nilai pelanggan dapat dipenuhi oleh organisasi pelayanan kesehatan. Mekanisme untuk mengenal adanya perubahan kebutuhan, harapan, dan nilai pelanggan perlu ada dalam pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan, demikian juga mekanisme untuk mengelola pengalaman pelanggan. Dengan demikian, organisasi pelayanan kesehatan akan mampu memberikan yang terbaik kepada pasien dan masyarakat (Tjahyono, 2007).

Menurut (Donabedian, 1980) dalam Alwi, A. (2011) ada tiga pendekatan penilaian mutu yaitu:

1. Input Aspek struktur meliputi segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan kegiatan berupa sumber daya manusia, dana dan sarana. Input fokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi, termasuk komitmen, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas di mana pelayanan diberikan.
2. Proses Merupakan semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien, meliputi metode atau tata cara pelayanan kesehatan dan pelaksanaan fungsi manajemen.
3. Output Aspek keluaran adalah mutu pelayanan yang diberikan melalui tindakan dokter, perawat yang dapat dirasakan oleh pasien dan memberikan perubahan ke arah tingkat kesehatan dan kepuasan yang diharapkan pasien.

6.3 Dimensi Mutu Layanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan akan dirasakan berkualitas oleh para pelanggannya jika penyampaian dirasakan melebihi harapan dan pengguna layanan. Penilaian para pengguna jasa pelayanan ditujukan kepada penyampaian jasa, kualitas pelayanan, atau cara penyampaian jasa tersebut kepada para pemakai jasa (Muninjaya, 2010). Kualitas jasa pelayanan kesehatan akan sangat ditentukan apabila kebutuhan atau ekspektasi para pengguna jasa bisa terpenuhi dan diterima tepat waktu. Untuk itu, para penyedia jasa pelayanan kesehatan harus mampu memenuhi harapan pengguna jasa.

Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry dalam Muninjaya (2010) menganalisis dimensi kualitas jasa berdasarkan lima aspek komponen mutu. Kelima komponen mutu pelayanan dikenal dengan nama ServQual. Kelima dimensi mutu menurut Parasuraman dkk, meliputi:

1. Responsiveness (cepat tanggap)

Dimensi ini dimasukkan ke dalam kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan. Dimensi ini merupakan penilaian mutu pelayanan yang paling dinamis. Harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan cenderung meningkat dari waktu ke waktu sejalan dengan kemajuan teknologi dan informasi kesehatan yang dimiliki oleh pelanggan. Nilai waktu bagi pelanggan menjadi semakin mahal karena masyarakat merasa kegiatan ekonominya semakin meningkat. Time is money berlaku untuk menilai mutu pelayanan kesehatan dari aspek ekonomi para penggunanya. Pelayanan kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan pelanggannya banyak ditentukan oleh sikap para front-line staff. Mereka secara langsung berhubungan dengan para pengguna jasa dan keluarganya, baik melalui tatap muka, komunikasi non verbal, langsung atau melalui telepon.

2. Reliability (Kehandalan)

Kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditawarkan. Dari kelima dimensi kualitas jasa, reliability dinilai paling penting oleh para pelanggan berbagai industri jasa. Karena sifat produk jasa yang tidak standar, dan produknya juga sangat tergantung dari aktivitas manusia sehingga akan sulit mengharapkan output yang konsisten. Apalagi jasa diproduksi dan dikonsumsi pada saat yang

bersamaan. Untuk meningkatkan reliability di bidang pelayanan kesehatan, pihak manajemen puncak perlu membangun budaya kerja bermutu yaitu budaya tidak ada kesalahan atau corporate culture of no mistake yang diterapkan mulai dari pimpinan puncak sampai ke front line staff (yang langsung berhubungan dengan pasien). Budaya kerja seperti ini perlu diterapkan dengan membentuk kelompok kerja yang kompak dan mendapat pelatihan secara terus menerus sesuai dengan perkembangan teknologi kedokteran dan ekspektasi pasien.

3. Assurance (Jaminan)

Kriteria ini berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan dan sifat petugas yang dapat dipercaya oleh pelanggan. Pemenuhan terhadap kriteria pelayanan ini akan mengakibatkan pengguna jasa merasa terbebas dari risiko. Berdasarkan riset, dimensi ini meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan. Variabel ini perlu dikembangkan oleh pihak manajemen institusi pelayanan kesehatan dengan melakukan investasi, tidak saja dalam bentuk uang melainkan keteladanan manajemen puncak, perubahan sikap dan kepribadian staff yang positif, dan perbaikan sistem remunerasinya (pembayaran upah).

4. Empathy (Empati)

Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staff kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya. Peranan SDM kesehatan sangat menentukan mutu pelayanan kesehatan karena mereka dapat langsung memenuhi kepuasan para pelanggan jasa pelayanan kesehatan.

5. Tangible (Bukti Fisik)

Mutu jasa pelayanan juga dapat dirasakan secara langsung oleh para penggunaannya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai. Para penyedia layanan kesehatan akan mampu bekerja secara optimal sesuai dengan ketrampilan masing-masing. Dalam hal ini, perlu dimasukkan perbaikan sarana komunikasi dan perlengkapan pelayanan yang tidak langsung seperti tempat parkir dan kenyamanan ruang tunggu. Karena sifat produk jasa yang tidak bisa dilihat, dipegang, atau dirasakan, perlu ada ukuran lain yang bisa dirasakan lebih nyata oleh para pengguna pelayanan.

Dalam hal ini, pengguna jasa menggunakan inderanya (mata, telinga dan rasa) untuk menilai kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diterima, misalnya ruang penerimaan pasien yang bersih, nyaman, dilengkapi dengan kursi, lantai berkeramik, TV, peralatan kantor yang lengkap, seragam staff yang rapi, menarik dan bersih.

Unsur-unsur yang memengaruhi mutu pelayanan kesehatan

Menurut prof. A. Donabedian ada 3 pendekatan evaluasi penilaian mutu (Pohan, 2007), yaitu:

1. Standar masukan (input) Standar masukan adalah standar yang menjelaskan peraturan sistem, kadang kadang disebut juga sebagai masukan atau struktur. Termasuk ke dalamnya adalah hubungan organisasi, misi organisasi, kewenangan, komite-komite, personel, peralatan, gedung, rekam medik, keuangan, perbekalan, obat, dan fasilitas. Standar struktur merupakan rules of the game.
2. Standar proses (process) Standar proses adalah sesuatu yang menyangkut semua aspek pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan, melakukan prosedur dan kebijaksanaan. Standar proses akan menjelaskan apa yang harus dilakukan, bagaimana melakukannya dan bagaimana sistem bekerja.
3. Standar keluaran (output) Standar keluaran merupakan hasil akhir atau akibat dari layanan kesehatan. Standar keluaran akan menunjukkan apakah layanan kesehatan berhasil atau gagal. Keluaran (output) adalah apa yang diharapkan akan terjadi sebagai hasil dari layanan kesehatan yang diselenggarakan dan terhadap apa keberhasilan tersebut akan diukur. Ketiga kategori tersebut perlu dipertimbangkan untuk mendapatkan suatu tingkat mutu tertentu. Contoh, layanan kesehatan yang bermutu tidak otomatis terjadi hanya untuk menciptakan suatu lingkungan tertentu. Penggunaan pendekatan struktur, proses dan keluaran sangat penting untuk jaminan mutu layanan kesehatan. Pendekatan itu dapat membantu di dalam penilaian atau pengukuran tingkat mutu layanan kesehatan yang multidimensi. Selain itu, hal berikut juga diperlukan dalam penilaian tingkatan mutu. a. Informasi tertentu dari kriteria masukan,

proses, ataupun keluaran akan menunjukkan aspek tertentu dari mutu layanan kesehatan. b. Informasi dari kriteria masukan, proses, ataupun keluaran akan membantu mengidentifikasi lokasi masalah dan penyebab masalah mutu layanan kesehatan yang selanjutnya akan memberi petunjuk terhadap tindakan yang tepat dengan cara mengubah kategori kriteria masukan dan proses layanan kesehatan (Pohan, 2007).

Model Sistem Mutu

1. Model Deming Deming mengajukan konsep sirkulasi yang dikenal dengan lingkaran PDCA (Plan-Do-Check-Act) atau PDSA (planDo-Study-Act), dengan siklus sebagai berikut :



Gambar 6.1: Lingkaran Deming (Kusumawati, 2017)

Aplikasi empat mata rantai ini dilakukan secara berurutan dan sistematis, output dari tiap langkah akan menjadi masukan langkah berikutnya. Deming mengajukan 14 prinsip untuk meningkatkan mutu organisasi, (Syamsul Arifin et al., no date) yaitu

- (1) Tumbuhkan terus tekad yang kuat untuk meraih mutu.
- (2) Adopsi filosofi mutu kinerja yang baru.
- (3) Hentikan ketergantungan pada pengawasan jika ingin meraih mutu.
- (4) Hentikan hubungan kerja yang hanya berdasar harga.

- (5) Selamanya lakukan terus perbaikan-perbaikan.
- (6) Lembagakan pelatihan sambil kerja.
- (7) Lembagakan kepemimpinan yang membantu.
- (8) Singkirkan sumber ketakutan
- (9) Hilangkan penghalang komunikasi antar bagian.
- (10) Hilangkan slogan-slogan dan keharusan-keharusan.
- (11) Hilangkan kuota dan target-target kuantitatif.
- (12) Hilangkan penghalang yang merampas kebanggaan orang dalam kerjanya.
- (13) Lembagakan program pendidikan dan pengembangan diri secara sungguh-sungguh.
- (14) Libatkan semua orang dalam mencapai transformasi.

Keempat belas prinsip tersebut layak dikembangkan di Perguruan Tinggi, karena usaha pendidikan juga merupakan usaha jasa yang memberikan pelayanan kepada pelanggannya, yaitu mereka yang belajar dalam perguruan tinggi tersebut. Merekalah pelanggan primer (*primary external customers*). Sedangkan orang tua dan kantor/tempat mahasiswa bekerja kita sebut *secondary external customers*. Pemerintah dan masyarakat pengguna pendidikan disebut *tertiary external customers*. Sebenarnya dosen dan tenaga & administrasi perguruan tinggi yang terlibat dalam proses pelayanan bila dilihat dan hubungan manajemen juga termasuk pelanggan.

2. Model ISO 9000-2000 ISO 9000 yang merupakan standar mengenal sistem manajemen mutu pertama kali dikemukakan tahun 1987 oleh Organization for Standardization (ISO) yang berkantor pusat di Jenewa, Swiss. ISO 9000 tidak mengatur mutu produk, melainkan merupakan standar sistem manajemen yang mengelola proses pencapaian mutu tersebut. Jadi ISO 9000 berbeda dengan standar mutu lainnya yang mengatur mutu produk nya. Secara tuntas model ISO 9000-2000 terdiri dari beberapa bagian yang memuat bidang sistem manajemen mutu (Rachman, 2008)

Bab 7

Manajemen Konflik

7.1 Definisi Konflik

Konflik memiliki banyak definisi (Robbins and Judge 2013). Meskipun makna dari beberapa definisi itu berbeda-beda, namun beberapa tema umum mendasari sebagian besar dari definisi tersebut. Konflik harusnya bisa dirasakan oleh pihak-pihak yang terkait, apakah ada konflik atau tidak ada konflik merupakan masalah persepsi. Apabila tidak ada yang menyadari akan adanya suatu konflik, maka secara umum bisa disepakati tidak ada konflik. Kesamaan lain dari definisi-definisi tersebut adalah adanya pertentangan atau ketidakselarasan dan bentuk-bentuk interaksi.

Beberapa faktor ini lah akan menjadikan suatu kondisi yang merupakan titik awal dari proses konflik. Jadi, konflik (conflict) dapat didefinisikan sebagai sebuah proses yang dimulai ketika suatu pihak memiliki persepsi bahwa pihak lain telah memengaruhi secara negatif, sesuatu yang menjadi kepedulian atau kepentingan pihak pertama. Definisi ini mencakup berbagai konflik yang terdapat dalam organisasi yang bisa meliputi ketidakselarasan tujuan, perbedaan interpretasi fakta, ketidak sepahaman yang disebabkan oleh ekspektasi perilaku, dan sebagainya. Definisi lain juga cukup fleksibel yang mencakup berbagai tingkatan konflik dari tindakan terang-terangan dan keras sampai ke bentukbentuk ketidak sepakatan yang tidak terlihat dan tidak terbuka.

7.2 Pandangan Tentang Konflik

Beberapa pandangan tentang konflik khususnya menyangkut peran konflik dalam organisasi, sebagai berikut (Robbins and Judge 2013).

1. Pandangan Tradisional (The Traditional View) Pandangan ini menyatakan konflik sebagai musuh abadi. Dengan membatasi konflik sebagai musuh, maka konflik harus dihindari karena merugikan. Untuk memperkuat konflik berkonotasi negative, disinonimkan bahwa konflik bersifat violence (garang), destruction (perusak) dan irrationality (tidak masuk akal).
2. Pandangan Hubungan Manusia (The Human Relations View) Pandangan ini melihat konflik sebagai hal yang wajar sehingga konflik harus dapat diterima dengan baik, bukan dihindari. Penerimaan secara baik terhadap konflik artinya konflik harus dikelola sehingga bisa bermanfaat bagi organisasi.
3. Pandangan Interaksionis (The Interactions View) Pandangan ini mendudukan organisasi sebagai system yang berada ditengah-tengah system lain, sehingga membuka diri untuk terjadinya konflik untuk dinamisasi organisasi. Oleh karena itu menurut pandangan ini, konflik perlu dipertahankan pada tingkat minimum secara berkelanjutan, sehingga kelompok tetap bersemangat (viable), kritis diri (self-critical), dan kreatif (creative).

Selain ketiga pandangan tersebut di atas, Michell Owens (1995) memberi katagori pandangan konflik yang sedikit berbeda, meliputi :

1. Pandangan Kontingensi Pandangan ini menganggap konflik tidak dapat dihilangkan, sehingga jalan yang perlu ditempuh oleh organisasi adalah membangun iklim budaya yang mendukung manajemen konflik. Begitu banyak penyebab konflik berakibat pada tidak adanya jalan terbaik untuk mengelola konflik. Dengan kata lain pemecahan konflik tergantung pada bentuk dan sebab konflik.
2. Pandangan Proses Pandangan ini menganggap konflik yang terjadi di antara dua kubu terjadi secara berulang-ulang. Setiap tahapan mengandung dinamika yang tinggi yang mengandung perilaku

masing- masing pihak sebagai respon atas apa yang dilakukan kubu lainnya. Konflik bisa melebar kemasalah lain, darimasalah yang sederhana menjadi rumit atau sebaliknya dari masalah rumit dapat menjadi lebih sederhana. Owens (1995) menggambarkan sebagai episode yang akan bersambung ke episode berikutnya. Setiap episode akan menghasilkan outcome yang belum tentu merupakan kesepakatan, terkadang yang dihasilkan hanya merupakan pelepasan emosi atas ketidakpuasan seperti frustrasi atau penurunan tingkat kepercayaan.

3. Pandangan Struktural Pandangan ini melihat dari sisi kondisi yang menyebabkan munculnya konflik khususnya dari factor structural organisasi. Faktor yang dimaksud antara lain aturan atau prosedur, norma social, dan kepribadian anggota. Karena dilandasi oleh penyebab structural, maka tinjauan atas pengendalian atau penanganan konflik juga menggunakan perangkat-perangkat structural seperti halnya perbaikan kejelasan tugas atau revisi peraturan kerja.
4. Pandangan Sistem Terbuka Pandangan system terbuka mendudukan organisasi sebagai system yang berada ditengah- tengah system lain, sehingga senantiasa terbuka untuk konflik. Tafsiran atas pandangan ini bahwa konflik dapat disebabkan adanya tekanan atau pengaruh dari luar organisasi.

Pandangan lain tentang konflik, membagi konflik menjadi dua (Gibson et al. 2012), yaitu :

1. Konflik Fungsional, yaitu konflik yang bermanfaat untuk pencapaian tujuan organisasi dan meningkatkan kinerja organisasi.
2. Konflik Disfungsional, yaitu konflik yang bersifat destruktif dan tidak meningkatkan kinerja, serta menghambat pencapaian tujuan organisasi.

Untuk membedakan antara konflik fungsional dan konflik disfungsional juga merupakan persoalan yang tidak mudah. Kriteria yang digunakan adalah sejauhmana sebuah konflik berpengaruh terhadap kinerja kelompok. Dalam hal

ini bukan anggota secara pribadi yang menentukan kefungsional atau kedisfungsional suatu konflik, melainkan kelompok. Dengan demikian bila seseorang secara pribadi merasa terganggu atas sesuatu hal tidak langsung dapat disimpulkan bahwa konflik yang dihadapinya adalah fungsional atau disfungsional karena analisis yang digunakan adalah kelompok, bukan individu.

7.3 Jenis Konflik

Organisasi dengan skala besar maupun kecil yang pernah mengalami dan menyelesaikan konflik-konfliknya, setidaknya membagi jenis konflik menjadi 4,

1. Konflik peranan yang terjadi di dalam diri seseorang (person-role conflict) di mana peraturan yang berlaku tak dapat diterima oleh seseorang sehingga orang tersebut memilih untuk tidak melaksanakan sesuatu sesuai dengan peraturan yang berlaku tersebut.
2. Konflik antar peranan (inter-role conflict) di mana orang menghadapi persoalan karena dia menjabat dua atau lebih fungsi yang saling bertentangan
3. Konflik yang timbul karena seseorang harus memenuhi harapan beberapa orang (intersender conflict),
4. Konflik yang timbul karena disampaikan informasi yang saling bertentangan (intrasender conflict).

7.4 Penyebab Konflik

Konflik dapat disebabkan adanya perbedaan pandangan atau pendapat baik secara individu maupun secara kelompok. Berikut adalah beberapa hal yang dapat mendorong terjadinya konflik (Nasrudin et al. 2021)

1. Komunikasi yang buruk, Komunikasi menjadi salah satu penyebab terburuk dalam sebuah organisasi, komunikasi yang buruk dapat

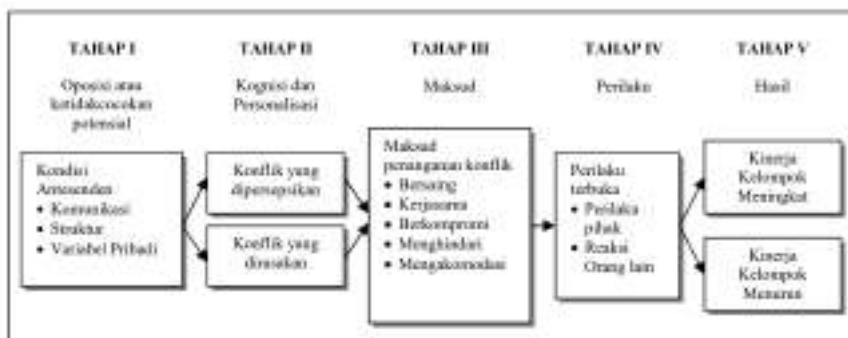
- disebabkan perbedaan bahasa, pemahaman yang berbeda, dan kegagalan dalam menyampaikan sesuatu
2. Perbedaan kepribadian, Anggota organisasi dalam sebuah organisasi berasal dari latar belakang dan pengalaman yang berbeda dalam pembentukan kepribadian mereka, apabila anggota organisasi tidak dapat memahami dan saling menghargai adanya perbedaan-perbedaan tersebut maka akan timbul konflik atau permasalahan.
 3. Sumber daya yang tidak dibagi sama rata, Salah satu penyelesaian konflik dalam sebuah organisasi adalah dengan menggunakan prinsip berbagi. Artinya, dalam sebuah organisasi harus ada kebijakan administrasi yang membagi sumber daya yang tersedia secara merata dan berkelanjutan untuk menghindari konflik tersebut. Broussard et al. mengatakan bahwa organisasi mungkin juga perlu mewaspadaai sumber lain dari perlakuan berbeda yang menimbulkan masalah etika.
 4. Stres, Stres adalah kondisi seseorang yang terlalu banyak perasaan dibawah tekanan mental atau emosional. Tekanan akan menjadi stres ketika seseorang tidak mampu mengatasinya. Stres akan memengaruhi cara berpikir, berperilaku, dan bagaimana tubuh seseorang akan bekerja. Beberapa tanda bahwa seseorang stres adalah masalah tidur, kehilangan nafsu makan, berkeringat, dan kurang konsentrasi dalam bekerja. Hal tersebut akan menimbulkan konflik antara anggota dan pimpinan organisasi
 5. Pelecehan seksual, Pelecehan seksual merupakan permasalahan yang dihadapi seseorang akibat rasa tidak nyaman yang menyangkut masalah seks mereka. Ketika dalam sebuah organisasi tidak ada kode etik yang mengatur hal seperti ini, maka akan timbul konflik antar personalia dalam organisasi tersebut,
 6. Implikasi konflik pekerjaan terhadap produktivitas dan kelangsungan hidup organisasi, Ketika seseorang berusaha untuk memenuhi tekanan kebutuhan dalam hidup mereka, mereka akan bekerja apapun sesuai dengan apa yang diinginkan sebuah organisasi.

7. Anggota meninggalkan organisasi, konflik yang terlalu banyak dalam sebuah organisasi akan menyebabkan seseorang merasa tidak betah dan akan keluar dari organisasi tersebut.
8. Penurunan produktivitas, Seseorang yang tidak fokus dalam mengerjakan pekerjaan maka produktivitasnya akan menurun, hal tersebut akan menjadi konflik antara anggota dan pimpinan

7.5 Proses terjadinya konflik

Tahap I : oposisi atau ketidakcocokan potensial

Langkah pertama dalam proses konflik adalah adanya kondisi (syarat) yang menciptakan kesempatan untuk kemunculan konflik. Kondisi seperti ini, tidak selalu langsung mengarah ke konflik, tetapi salah satu kondisi seperti ini dapat menimbulkan konflik. Untuk menyederhanakan, kondisi ini (yang juga dapat dipandang sebagai penyebab atau sumber konflik) dikelompokkan dalam 3 kategori yaitu: Komunikasi, Struktur dan Variabel



Gambar 7.1: Proses Terjadinya Konflik (Robbins and Judge 2013)

1. Komunikasi

Komunikasi dapat juga menjadi sumber konflik. Komunikasi menyatakan kekuatan-kekuatan berlawanan yang timbul dari dalam kesulitan semantik, kesalah pahaman, dan "kebisingan" dalam saluran komunikasi. Kesulitan semantik, pertukaran informasi yang tidak cukup, dan kebisingan saluran

komunikasi semuanya merupakan penghalang terhadap komunikasi dan kondisi anteseden yang potensial bagi konflik. Kesulitan semantik timbul sebagai akibat perbedaan pelatihan, persepsi selektif, dan informasi tidak memadai mengenai orang-orang lain. Potensi konflik meningkat bila terdapat terlalu sedikit atau terlalu banyak komunikasi atau informasi. Saluran yang dipilih untuk berkomunikasi dapat berpengaruh merangsang oposisi. Proses penyaringan yang terjadi ketika informasi disampaikan para anggota dan penyimpangan komunikasi dari saluran formal atau yang sudah ditetapkan sebelumnya, menawarkan potensi kesempatan bagi timbulnya konflik.

2. Struktur

Istilah struktur mencakup variabel seperti ukuran, derajat spesialisasi dalam tugas yang diberikan ke anggota kelompok, kejelasan yurisdiksi, kecocokan anggota / sasaran, gaya kepemimpinan, sistem imbalan, dan derajat ketergantungan antar kelompok. Ukuran dan spesialisasi bertindak sebagai kekuatan untuk merangsang konflik. Semakin besar kelompok dan semakin terspesialisasi kegiatannya, semakin besar kemungkinan terjadinya konflik. Masa kerja dan konflik berbanding terbalik. Potensi konflik paling besar terjadi pada anggota kelompok yang lebih muda dan ketika tingkat pengunduran diri tinggi. Ambiguitas yurisdiksi meningkatkan perselisihan antar-kelompok untuk mendapatkan kendali atas sumber daya dan teritori. Partisipasi dan konflik sangat berkaitan karena partisipasi mendorong digalakkannya perbedaan. Sistem imbalan dapat menciptakan konflik apabila apa yang diterima satu anggota mengorbankan anggota yang lain.

3. Variabel Pribadi

Kategori terakhir potensi sumber konflik adalah faktor-faktor pribadi. Faktor pribadi ini mencakup sistem nilai individu setiap orang dan karakteristik kepribadian yang menyebabkan idiosinkrasi dan perbedaan individu. Variabel yang paling terabaikan dalam penelitian konflik sosial adalah perbedaan sistem nilai di mana merupakan sumber yang paling penting yang dapat menciptakan potensi konflik.

Tahap II : Kognisi dan Personalisasi

Konflik yang Dipersepsikan merupakan kesadaran satu pihak atau lebih atas adanya kondisi yang menciptakan peluang terjadinya konflik. Konflik yang Dipersepsikan tidak berarti konflik itu dipersonalisasi. Konflik yang

Dirasakan, apabila individu-individu menjadi terlibat secara emosional dalam saat konflik, sehingga pihak-pihak mengalami kecemasan, ketegangan, frustrasi, atau kekerasan. Tahap II ini penting karena persoalan konflik cenderung didefinisikan dan emosi memainkan peran utama dalam membentuk persepsi.

Tahap III : Maksud

Maksud merupakan keputusan untuk bertindak dalam cara tertentu. Maksud Penanganan Konflik:

1. Persaingan merupakan keinginan memuaskan kepentingan seseorang, tidak memperdulikan dampak pada pihak lain dalam konflik tersebut.
2. Kolaborasi merupakan situasi yang di dalamnya pihak-pihak yang berkonflik sepenuhnya saling memuaskan kepentingan semua pihak.
3. Penghindaran merupakan keinginan menarik diri dari atau menekan konflik.
4. Akomodasi merupakan kesediaan satu pihak dalam konflik untuk memperlakukan kepentingan pesaing di atas kepentingannya sendiri.
5. Kompromi merupakan satu situasi yang di dalamnya masing-masing pihak yang berkonflik bersedia mengorbankan sesuatu.

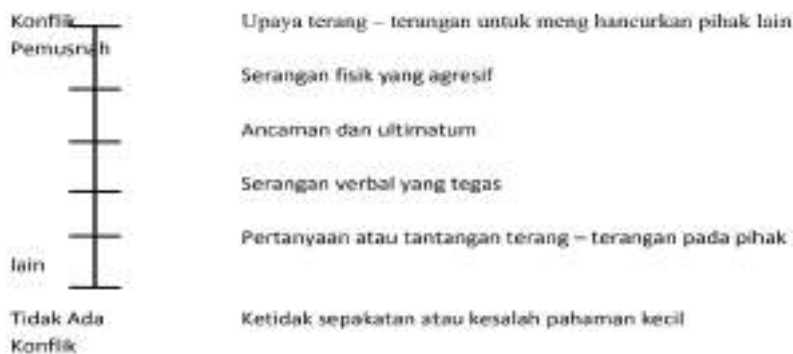
Tahap IV : Perilaku

Ketika orang berpikir tentang situasi konflik, maka mereka cenderung focus pada tahap IV, karena pada tahap ini konflik akan menjadi terlihat atau terjadi. Tahap perilaku termasuk di antaranya adalah adanya pernyataan, Tindakan, dan reaksi yang dibuat oleh pihak yang berkonflik. Hal ini dilakukan sebagai upaya untuk mengimplementasikan keinginan. Akibat kesalahan perhitungan ataupun keterampilan, maka perilaku tersebut dapat menyimpang dari keinginan.

Tahap IV ini membantu dalam proses interaksi yang dinamis. Sebagai contoh: Ketika ada seseorang yang menuntut, maka kita mendebat sebagai jawaban kepada orang tersebut. Ketika ada orang mengancam, maka kita pun balik mengancam. Gambar 3 berikut ini akan memvisualisasikan perilaku konflik. Konflik akan ada pada setiap kontinum. Pada bagian bawah, konflik dicirikan oleh bentuk-bentuk yang halus, tidak langsung dan ketegangan sangat terkontrol. Sama halnya dengan Ketika seorang siswa bertanya tentang suatu poin yang baru saja dijelaskan oleh instruktur. Intensitas konflik akan semakin

meningkat saat terjadi pergerakan ke atas sepanjang kontinum samapi menjadi sesuatu yang destruktif. Konflik- konflik yang mencapai rentang atas kontinum hamper selalu menjadi konflik disfungsional yang biasanya terbatas pada rentang kontinum yang lebih rendah.

Jika konflik tidak berfungsi, maka apa yang dapat dilakukan para pihak untuk meredamkannya? Atau sebaliknya pilihan apa yang ad ajika konflik terlalu rendah dan perlu ditingkatkan? Hal ini yang membawa kita pada manajemen konflik. Dalam kondisi ideal, keinginan seseorang harus diterjemahkan kedalam perilaku yang seimbang (Robbins and Judge 2013).



Gambar 7.2: Kontinum Intesitas Konflik

Tahap V : Hasil

Hasil berupa jalinan aksi-reaksi antara pihak-pihak yang berkonflik menghasilkan konsekuensi.

- Hasil Fungsional

Konflik bersifat konstruktif apabila konflik itu memperbaiki kualitas keputusan, merangsang kreativitas dan inovasi, mendorong perhatian dan keingintahuan di kalangan anggota kelompok, menjadi saluran yang merupakan sarana penyampaian masalah dan peredaan ketegangan, dan memupuk lingkungan evaluasi diri serta perubahan.

Bagaimana konflik dapat bertindak sebagai kekuatan untuk meningkatkan kinerja? Sulit untuk memvisualisasikan bahwa agresi terbuka dapat berfungsi. Akan tetapi, bisa menjadi sesuatu yang mungkin untuk melihat bagaimana

tingkat konflik yang rendah atau sedang dapat meningkatkan keefektifan kinerja suatu kelompok.

Konflik bersifat konstruktif apabila meningkatkan kualitas keputusan, merangsang kreativitas dan inovasi, mendorong minat dan rasa ingin tahu di antara anggota kelompok, menyediakan media yang dapat ditayangkan dan ketegangan dapat dilepaskan serta menimbulkan evaluasi diri dan perubahan. Konflik dapat meningkatkan kualitas keputusan dengan mempertimbangkan semua poin terutama poin yang tidak diterima pada kelompok tertentu.

- Hasil Disfungsional

Konsekuensi destruktif konflik pada kinerja kelompok atau organisasi umumnya sangat dikenal. Oposisi yang tidak terkendali memunculkan ketidakpuasan, yang bertindak menghilangkan ikatan bersama, dan pada akhirnya mendorong ke penghancuran kelompok itu. Konflik dari ragam disfungsional dapat mengurangi efektivitas kelompok.

Konsekuensi destruktif dari konflik pada kinerja kelompok atau organisasi umumnya dikenal. Perbedaan yang tidak terkendali melahirkan ketidakpuasan, bertindak untuk memutuskan ikatan dan akhirnya mengarah pada kehancuran kelompok. Di antara konsekuensi yang tidak diinginkan adalah komunikasi yang buruk, pengurangan kekompakan kelompok dan subordinasi tujuan kelompok dengan keunggulan pertikaian di antara kelompok. Pada level ekstrem konflik dapat membawa fungsi kelompok terhenti dan mengancam keberlangsungan kelompok.

7.6 Strategi penyelesaian Konflik

Strategi Akomodasi adalah strategi atau gaya mengatasi konflik dengan mengalah atau mengorbankan kepentingan diri sendiri dan rela untuk mengorbankan segalanya demi untuk mempertahankan hubungan dengan pihak lain yang sedang konflik. Strategi ini akan lebih efektif apabila pihak lain yang sedang konflik tersebut adalah lebih profesional atau memiliki solusi yang lebih baik dalam mengatasi suatu masalah yang terjadi. Strategi ini juga dapat digunakan apabila sesuatu yang terjadi adalah tidak begitu penting bagi kita sendiri.



Gambar 7.3: Strategi Penyelesaian Konflik (Robbins and Judge 2013)

Strategi pengabaian atau Strategi Menghindari adalah strategi yang menghindari pengambilan keputusan dalam bentuk apapun dalam sebuah konflik. Strategi ini hanya dapat digunakan apabila suatu permasalahan yang menimbulkan konflik tersebut adalah kurang penting. Biasanya, orang yang menggunakan strategi ini akan berharap masalah akan terselesaikan dengan sendirinya. Namun perlu diketahui bahwa strategi menghindari ini bukanlah strategi jangka panjang yang baik.

Strategi Berkolaborasi atau Collaborating Strategy sering disebut dengan strategi Win-win (menang-menang). Strategi atau gaya ini berusaha untuk memuaskan semua pihak yang sedang konflik. Diperlukan diskusi bersama tentang semua permasalahan dan mencari solusi-solusi terbaik serta diperlukan kejujuran dan komitmen dari semua pihak. Gaya kolaborasi ini adalah cara yang sangat berguna untuk menggabungkan wawasan dari orang-orang dengan perspektif yang berbeda tentang suatu masalah dan hasilnya dapat menjadi komitmen yang kuat untuk solusi dari masing-masing pihak.

Gaya penyelesaian Konflik Bersaing atau Strategi Kompetisi ini adalah strategi dengan pendekatan “win-lose” atau “menang-kalah” di mana kita berusaha untuk memenangi konflik ini dengan mengalahkan pihak lain. Kita bertindak dengan sangat tegas untuk mencapai tujuan kita tanpa bekerjasama dengan pihak lain dan bahkan dengan mengorbankan pihak lain. Strategi Competing ini mungkin cocok untuk keadaan darurat atau ketika membutuhkan tindakan yang cepat dan tegas.

Gaya penyelesaian Konflik dengan strategi berkompromi ini adalah strategi yang menggunakan pendekatan “lose – lose” atau “kalah – kalah” di mana semua pihak yang sedang dalam konflik bersedia untuk mengalah atau tidak mendapatkan apa yang sebenarnya mereka inginkan demi menjaga hubungan dan kepentingan bersama. Strategi ini biasanya digunakan pada saat kedua belah pihak ingin bekerjasama dan memiliki tujuan yang sama pentingnya serta kekuatan yang setara. Strategi ini sering digunakan oleh para pebisnis untuk negosiasi kontrak dalam berbisnis. Dengan kata lain, strategi ini adalah strategi memenangkan sesuatu dengan kalah sedikit

Tabel 7.1: Perbandingan Pendekatan Resolusi Konflik (Buchanan and Huczynski 2013)

Pendekatan	Tujuan	Postur	Dukungan	Kemungkinan Hasil
Kompetisi	Mendapatkan jalan	‘Saya Tahu apa yang benar jangan tanyakan say aini dukungan atau otoritas	Lebih baik mengambil risiko yang dapat menyebabkan persaan yang susah dari pada meninggalkan masalah	Anda merasa dibenarkan akan tetapi pihak lain merasa dikalahkna dan dipermalukan
Pengabaian / menghindari	Menghindari berurusan dengan konflik	Saya netral. Biarkan saya berpikrit. Itu adalah masalah orang	Pada dasarnya ketidak sepakatan aadalah Sesutu yang buruk karna dapat menciptaka ketegangan	masalah pribadi yang tidak terselesaikan dapat menimbulkan frustasi dalam jangka waktu yang lama dan berbagai bentuk
Kompromi	Menggapai	Mari	Konflik	Bijaksana dan

	penjajian dalam waktu yang cepat	mencari solusi agar dapat melanjutkan pekerjaan	berkepanjangan dapat mengalihkan perhatian dari pekerjaan dan merakan kesedihan	solusi yang efektif
Akomodasi	Tidak terjadi kekesalan pada orang lain	Bagaimana saya bisa membantu anda merasa baik tangan ini. Posisi saya tidak penting nahwa perasaan layak untuk dipertaruhkan	Menjaga keharmonisan hubungan adalah prioritas kami	Orang lain kemungkinan mendapatkan keuntungan
Kolaborasi	Bersama menyelesaikan masalah	Ini adalah posisi saya, apa yang anda miliki? saya berkomitmen untuk mendapatkan solusi terbaik. Fakta saran apa yang harus dilakukan	Setiap posisi itu penting, namun belum tentu sama sama valid. Tekanan harus ditempatkan pada kualitas hasil dan keadilan dari proses membuat keputusan	Masalah kemungkinan besar dapat terselesaikan. kedua belah pihak berkomitmen bahwa mereka telah diperlakukan secara adil adalah sebuah solusi dan kepuasan

Bab 8

Kebijakan dalam Pelayanan Kesehatan

8.1 Definisi Kebijakan Kesehatan

Kebijakan mempunyai kata dasar “bijak” yang diartikan selalu menggunakan akal budi, pandai, mahir, cerdas, cakap; sehingga dapat disimpulkan kebijakan sebagai kepandaian, kemahiran atau kecerdikan. Secara terminologis kebijakan juga disebut Policy mempunyai arti yang sangat luas, tidak hanya bersifat tekstual melainkan kontekstual. Menurut David Easton (1953) menyampaikan bahwasannya policy terdiri dari serangkaian keputusan dan tindakan untuk mengalokasikan nilai-nilai. Sedangkan menurut Buse (2005) mengatakan policy merupakan pernyataan yang luas tentang maksud, tujuan dan cara yang membentuk kegiatan.

Kebijakan adalah sebuah konsensus atau kesepakatan para pengambil keputusan dengan tujuan untuk menanggulangi masalah atau untuk pencapaian suatu tujuan dengan nilai-nilai tertentu yang membawa kesejahteraan untuk masyarakat. Menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), kebijakan adalah pedoman untuk bertindak. Kebijakan bisa bersifat sangat sederhana atau kompleks, bersifat umum atau khusus.

Menurut Walt (1994), Kebijakan kesehatan dapat di definisikan sebagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan dan keterlibatan pelaku/actor baik dalam lingkup individu, kelompok atau institusi dan pemerintah, swasta. Kebijakan kesehatan merupakan hal yang sangat penting dan fundamental, karena sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Bisa kita analogikan sektor kesehatan ibarat spons yang mengabsorbsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan.

World health organization (WHO) membedakan peran negara dan pemerintah sebagai pelaksana di bidang kesehatan yaitu sebagai pengarah (stewardship atau oversight), regulator, dan sebagai objek regulasi. WHO menetapkan delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan, yaitu :

1. Pendekatan holistik, kesehatan sebaiknya didefinisikan sebagai sesuatu yang dinamis dan lengkap dari dimensi fisik, mental, sosial, dan spritual.
2. Partisipatori, melalui partisipasi masyarakat dapat dibangun *collective action* (aksi bersama masyarakat) yang akan menjadi kekuatan pendorong dalam pengimplementasian kebijakan dan penyelesaian masalah.
3. Kebijakan publik yang sehat, yaitu setiap kebijakan harus diarahkan untuk mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi kepada masyarakat.
4. Ekuitas, yaitu harus terdapat distribusi yang merata dari layanan kesehatan. Ini berarti negara wajib menjamin pelayanan kesehatan setiap warga negara tanpa memandang status ekonomi maupun status sosialnya.
5. Efisiensi, yaitu layanan kesehatan harus berorientasi proaktif dengan mengoptimalkan biaya dan teknologi.
6. Kualitas, artinya pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh warga negara. Di samping itu, dalam menghadapi persaingan pasar bebas dan menekan pengaruh globalisasi dalam sektor kesehatan, pemerintah perlu meningkatkan

kualitas pelayanan kesehatan setara dengan pelayanan kesehatan bertaraf internasional.

7. Pemberdayaan masyarakat, terutama pada daerah terpencil, dan perbatasan untuk mengoptimalkan kapasitas sumber daya yang dimiliki.
8. Self-reliant, kebijakan kesehatan yang ditetapkan sebisa mungkin dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri.

Menurut Gormley (1999) menyampaikan tujuan kebijakan kesehatan yaitu : untuk menyediakan arah atau pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan. Kebijakan kesehatan harus selalu berpihak kepada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan untuk jangka panjang serta menyediakan rekomendasi yang praktis dalam situasi penting.

Contoh Kebijakan

- a. Undang-undang
- b. Peraturan pemerintah
- c. Keppres
- d. Kepmen
- e. Perda
- f. Keputusan Bupati
- g. Keputusan Direktur

Setiap kebijakan yang dicontohkan bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh obyek kebijakan.

8.2 Sistem Pelayanan Kesehatan

8.2.1 Konsep Dasar Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang

diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perorangan, kelompok, masyarakat pada setiap yang dibutuhkan pada setiap saat yang dibutuhkan (WHO 1984). Sistem kesehatan nasional perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, seperti kondisi kehidupan sehari-hari tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumberdaya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.

Setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Levey dan Loomba 1973). Sistem pelayanan medis contohnya seperti rumah sakit. Sementara Puskesmas mencakup sistem pelayanan kesehatan masyarakat dan sistem pelayanan medis.

Teori tentang sistem :

1. Input, merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem. Seperti sistem pelayanan kesehatan.
2. Proses, suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah sebuah masukan untuk menjadikan sebuah sistem tersebut, maka yang dimaksudkan proses adalah berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan
3. Output, hasil yang diperoleh dari sebuah proses dalam sistem pelayanan kesehatan hasilnya dengan berupa pelayanan kesehatan yang berkualitas, efektif dan efisien sehingga dapat dijangkau oleh setiap lapisan masyarakat sehingga pasien sembuh dan sehat optimal.
4. Dampak, merupakan akibat yang dihasilkan sebuah hasil dari sebuah sistem, yang terjadi relatif lama waktunya.
5. Umpan balik, merupakan sebuah hasil yang sekaligus menjadi masukan dan ini terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling memengaruhi umpan balik dalam sistem pelayanan kesehatan dapat berupa kualitas tenaga kesehatan yang juga dapat menjadikan input yang selalu meningkat.

6. Lingkungan, semua keadaan di luar sistem tetapi dapat memengaruhi pelayanan kesehatan sebagaimana dalam sistem pelayanan kesehatan, berupa lingkungan geografis, atau situasi kondisi sosial yang ada di masyarakat seperti institusi di luar pelayanan kesehatan.

8.2.2 Jenis Pelayanan Kesehatan

Menurut pendapat Hodgetts dan Cascio (1983) ada 2 jenis pelayanan kesehatan :

1. Pelayanan kesehatan masyarakat :

Pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit serta sasaran terutama untuk kelompok dan masyarakat.

2. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kedokteran ditandai dengan cara pengorganisasian yang bersifat sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

8.2.3 Syarat Pokok Pelayanan

Syarat pokok pelayanan kesehatan :

1. Tersedia dan berkesinambungan, artinya tidak sulit ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah setiap yang dibutuhkan.
2. Dapat diterima dan bersifat wajar
3. Mudah dicapai
4. Mudah dijangkau
5. Bermutu

8.2.4 Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan

- a. Primary health care (pelayanan kesehatan tingkat pertama)
- b. Pelayanan kesehatan pada masyarakat memiliki kesehatan yang ringan. Contohnya : Puskesmas, balai kesehatan dan klinik
- c. Secondary health care (pelayanan tingkat kedua)
- d. Pelayanan ini untuk pasien yang membutuhkan perawatan inap tapi dilaksanakan di pelayanan kesehatan pertama, rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis.
- e. Tertiary health care (pelayanan kesehatan tingkat ke tiga)
- f. Tingkat pelayanan tertinggi, membutuhkan tenaga ahli atau subspecialis

8.3 Dasar-Dasar Membuat Kebijakan Kesehatan

Memahami dasar-dasar pembangunan kesehatan pada hakekatnya merupakan upaya mewujudkan nilai kebenaran dan aturan pokok sebagai landasan untuk berpikir dan bertindak dalam pembangunan kesehatan. Nilai tersebut merupakan landasan dalam menghayati isu strategis, melaksanakan visi, dan misi sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan secara nasional sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat, yang meliputi: perikemanusiaan, adil dan merata, pemberdayaan dan kemandirian, pengutamaan dan manfaat

1. Isu strategis Pembangunan Kesehatan

Banyak masalah kesehatan dapat dideteksi dan diatasi secara dini di tingkat paling bawah. Jumlah dan mutu tenaga kesehatan belum memenuhi kebutuhan. Pemanfaatan pembiayaan kesehatan belum terfokus dan sinkron. Hasil sarana kesehatan bisa dijadikan pendapatan daerah. Masyarakat miskin belum sepenuhnya terjangkau dalam pelayanan kesehatan. Beban ganda penyakit dapat menimbulkan masalah lainnya secara fisik, mental dan sosial.

2. Visi strategis pembangunan kesehatan

Dengan memperhatikan isu strategis pembangunan kesehatan tersebut dan juga dengan mempertimbangkan perkembangan, masalah, serta berbagai kecenderungan pembangunan kesehatan ke depan maka ditetapkan visi pembangunan kesehatan oleh Departemen Kesehatan yaitu Masyarakat Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat.

Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi di mana masyarakat Indonesia menyadari, mau, dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

3. Misi strategis pembangunan kesehatan

Visi pembangunan kesehatan tersebut kemudian dijawabantahkan melalui misi pembangunan kesehatan, yakni Membuat Rakyat Sehat. Misi kesehatan ini kemudian dijalankan dengan mengembangkan nilai-nilai dasar dalam pelayanan kesehatan yaitu berpihak pada rakyat, bertindak cepat dan tepat, kerjasama tim, integritas yang tinggi, transparansi dan akuntabilitas.

8.4 Kebijakan Kesehatan di Indonesia

1. Isu strategis

- a. Pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu belum optimal
- b. Sistem perencanaan dan penganggaran departemen kesehatan belum optimal
- c. Standar dan pedoman pelaksanaan pembangunan kesehatan masih kurang memadai
- d. Dukungan departemen kesehatan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan masih terbatas.

2. Strategi kesehatan di Indonesia

- a. Mewujudkan komitmen pembangunan kesehatan

- b. Meningkatkan pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan
- c. Membina sistem kesehatan dan sistem hukum di bidang kesehatan
- d. Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan
- e. Melaksanakan jejaring pembangunan kesehatan.

8.5 Merencanakan Kebijakan Kesehatan

Perencanaan yang baik, mempunyai beberapa ciri-ciri yang harus diperhatikan. Menurut Azwar (1996) ciri-ciri tersebut secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Bagian dari sistem administrasi

Suatu perencanaan yang baik adalah yang berhasil menempatkan pekerjaan perencanaan sebagai bagian dari sistem administrasi secara keseluruhan. Sesungguhnya, perencanaan pada dasarnya merupakan salah satu dari fungsi administrasi yang amat penting. Pekerjaan administrasi yang tidak didukung oleh perencanaan, bukan merupakan pekerjaan administrasi yang baik.

2. Dilaksanakan secara terus-menerus dan berkesinambungan

Suatu perencanaan yang baik adalah yang dilakukan secara terus-menerus dan berkesinambungan. Perencanaan yang dilakukan hanya sekali bukanlah perencanaan yang dianjurkan. Ada hubungan yang berkelanjutan antara perencanaan dengan berbagai fungsi administrasi lain yang dikenal. Disebutkan perencanaan penting untuk pelaksanaan, yang apabila hasilnya telah dinilai, dilanjutkan lagi dengan perencanaan. Demikian seterusnya sehingga terbentuk suatu spiral yang tidak mengenal titik akhir.

3. Berorientasi pada masa depan

Suatu perencanaan yang baik adalah yang berorientasi pada masa depan. Artinya, hasil dari pekerjaan perencanaan tersebut, apabila dapat dilaksanakan, akan mendatangkan berbagai kebaikan tidak hanya pada saat ini, tetapi juga pada masa yang akan datang.

4. Mampu menyelesaikan masalah

Suatu perencanaan yang baik adalah yang mampu menyelesaikan berbagai masalah dan ataupun tantangan yang dihadapi. Penyelesaian masalah dan ataupun tantangan yang dimaksudkan disini tentu harus disesuaikan dengan kemampuan. Dalam arti penyelesaian masalah dan ataupun tantangan tersebut dilakukan secara bertahap, yang harus tercermin pada pentahapan perencanaan yang akan dilakukan.

5. Mempunyai tujuan

Suatu perencanaan yang baik adalah yang mempunyai tujuan yang dicantumkan secara jelas. Tujuan yang dimaksudkan disini biasanya dibedakan atas dua macam, yakni tujuan umum yang berisikan uraian secara garis besar, serta tujuan khusus yang berisikan uraian lebih spesifik.

6. Bersifat mampu kelola

Suatu perencanaan yang baik adalah yang bersifat mampu kelola, dalam arti bersifat wajar, logis, obyektif, jelas, runtun, fleksibel serta telah disesuaikan dengan sumber daya. Perencanaan yang disusun tidak logis serta tidak runtun, apalagi yang tidak sesuai dengan sumber daya bukanlah perencanaan yang baik.

8.6 Kebijakan Pelayanan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan tindakan yang mempunyai efek terhadap institusi, organisasi pelayanan dan pendanaan dari sistem pelayanan kesehatan. Kebijakan pelayanan kesehatan meliputi:

1. Public goods

Berupa barang atau jasa yang pedanaanya berasal dari pemerintah, yang bersumber dari pajak dan kelompok masyarakat. Layanan public goods digunakan untuk kepentingan bersama dan dimiliki bersama. Keberadaanya memiliki pengaruh terhadap masyarakat.

2. Privat goods

Berupa barang atau jasa swasta yang pedanaanya berasal dari perseorangan. Digunakan untuk kepentingan sendiri dan dimiliki perseorangan, tidak bisa dimiliki sembarangan orang, terdapat persaingan dan eksternalitas rendah.

3. Merit goods

Karakteristik memerlukan biaya tambahan tidak dapat digunakan sembarangan orang ada persaingan dan eksternalitas tinggi contohnya cuci darah, pelayanan kehamilan, pelayanan kespro dan pengobatan PMS.

Indonesia termasuk negara berkembang sangat rentan terhadap berbagai macam penyakit. Hal ini disebabkan karena kondisi riil masyarakat Indonesia yang miskin dan memiliki standart hidup (gizi) rendah. Kemiskinan (gizi buruk) menjadi kandungan yang siap setiap saat melahirkan penyakit. Karena itu tidak mengejutkan kalau penyakit –penyakit menyerang masyarakat meningkat jumlahnya setiap tahun seiring meningkatkan jumlah angka kemiskinan

8.7 Landasan Hukum

1. UU Nomor 40/2004 Pasal 22 berisi manfaat komprehensif : Promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.
2. UU Nomor 40/2004 Pasal 24 mengenai BPJS berkewajiban mengembangkan system pelayanan kesehatan, system mutu dan system pembayaran yang efisien dan efektif.
3. Perpres 12/2013 Pasal 20 ayat 1 : menetapkan produk : pelayanan kesehatan perorangan (pro,otf, preventif, kuratif dan rehabilitative), obat dan bahan medis habis pakai.
4. Perpres 12/2013 Pasal 36

Ayat 1 : Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS.

Ayat 2: Fasilitas kesehatan pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS.

Ayat 3 : Fasilitas kesehatan swasta yang memenuhi persyaratan dapat bekerjasama dengan BPJS.

Ayat 4 : BPJS kesehatan dengan fasilitas membuat perjanjian tertulis sebagai landasan kerjasama

Ayat 5 : Persyaratan sebagai fasilitas kesehatan mengacu pada peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku.

5. Perpres 12/2013 Pasal 42

Ayat 1 : Pelayanan kepada peserta jaminan kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi kepada aspek keamanan peserta, efektivitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan peserta serta efisiensi biaya.

Ayat 2 : Penerapan system kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh, meliputi standar pemenuhan fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai dengan standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap iuran kesehatan peserta

Ayat 3 : Ketentuan mengenai penerapan system kendali mutu diatur oleh ketentuan BPJS

6. Perpres 12/2013 Pasal 43

Ayat 1 : Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya menteri bertanggung jawab untuk HTA, pertimbangan klinis dan manfaat jaminan kesehatan, perhitungan standar tariff, monev jaminan kesehatan

Ayat 2 : Dalam melaksanakan Monev, menteri berkoordinasi dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional

7. Perpres 12/2013 Pasal 44 : ketentuan tentang pasal 43 diatur dengan Peraturan Menteri

Daftar Pustaka

- Abdi, M. I. (2017) 'Implementasi Standar Nasional Pendidikan', *Fenomena*, 9(1), pp. 83–104.
- Arifin, M. (2021) *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, <http://www.indonesian-publichealth.com>.
- Arifin, S. et al. (2016) *Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan*. Banjarmasin: Pustaka Banua.
- Ayub, M. (2007). *Manajemen Masjid*. Jakarta: Gema Insani
- Ayuningtyas, D. (2015). *Kebijakan Kesehatan; Prinsip dan Praktik* (1st ed.). Jakarta: Rajawali Press.
- Azhar, A. (1996) *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Azwar, A. (1996) 'Pengantar administrasi kesehatan'.
- Berridge, V. (2016) 'Making Health Policy', *Making Health Policy*. doi: 10.1163/9789004333109.
- Buchanan, David A., and Andrzej A. Huczynski. (2013). *Organizational Behavior*. United Kingdom: Pearson Education.
- Buchbinder, Sharon B. (2014). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. EGC: Jakarta
- Champoux, Yoseph E., (2011). *Organizational behavior: integrating individuals, groups, and organizations*. New York: Routledge.
- Court, S. S. and J. (2006). *Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries*. Research and Policy in Development Programme. Retrieved from <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/190.pdf> <http://www.poline.org/node/181240>

- Dachi, R. A. (2014). *Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual)* (1st ed.). Yogyakarta: Deepublish.
- Daft, R. L. (2020) *Manajemen*. Edisi Keli. Jakarta: Erlangga.
- Depkes RI. (2009). *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005 – 2025*. Jakarta: Depkes RI.
- Ditlopo, P. et al. (2011) ‘Analyzing the implementation of the rural allowance in hospitals in North West Province, South Africa’, *Journal of Public Health Policy*, 32(SUPPL. 1), pp. S80–S93. doi: 10.1057/jphp.2011.28.
- Donabedian, A. (1980) ‘The definition of quality: a conceptual exploration’, *The definition of quality and approaches to its assessment*, pp. 3–31.
- Downie.(2000). “Health Promotion”. New York : oxford University
- Dunn, William N. (1999). *Analisis Kebijakan*. Diterjemahkan Drs. Samodra Wibawa, MA dkk. Edisi ke 2. Jakarta
- Dye, T. R. (2001). *Understanding Public Policy* (10th Edition) (10th ed.). Prentice Hall.
- Fauzy, R. dkk. *Kesehatan Masyarakat; Teori dan Aplikasi*. (R. Fauzi, Ed.) (2020). Jakarta.
- Fellinger, J., Holzinger, D. and Pollard, R. (2012) ‘Mental health of deaf people’, *The Lancet*, 379(9820), pp. 1037–1044. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61143-4.
- Gibson, James L. et al., (2004). *Oraganization: Behavior, Strctur, and Processes*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc
- Gibson, James L., John M. Ivancevich, Jr. James H. Donnelly, and Robert Konopaske Texas. (2012). *Organization Behavior, Structur, Proces*. New York: McGraw-Hill.
- Herwati, I. et al. (2021) *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Pertama. Malang: Literasi Nusantara.
- Ig. Wusanto. (2003). *Dasar-Dasar Ilmu Organisasi*. Yogyakarta: Andy Offset
- KBBI. (2008). *Kamus Besar Bahasa Indonesia* (4th ed.). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Kemenkes RI (2009) UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Indonesia.

- KemenKes, R. I. (2012) 'Profil data kesehatan Indonesia tahun 2011', Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (2009). Indonesia. <https://doi.org/10.31219/osf.io/kh9bf>
- Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.
- Khoury, E. L. et al. (1997) 'The impact of Hurricane Andrew on deviant behavior among a multi-racial/ethnic sample of adolescents in Dade County, Florida: A longitudinal analysis', *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), pp. 71–91.
- Kitson A, Ahmed LB, Harvey G, Seers K, T. D. (1996). From Research to Practice: One Organizational Model for Promoting Research- Based Practice. *JAN. Leading Global Nursing Research*, 23(3), 430–440.
- Kotecki, J. F. M. R. R. P. J. D. (2007). *Kesehatan Masyarakat; Suatu Pengantar*. (P. Widyastuti, Ed.) (4th ed.). EGC.
- Kozier. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, proses dan praktik*. Alih bahasa Pamilih. EGC. Jakarta.
- Kurniawati, R., Suwanto, S. and Ismansyah, R. (2015) 'Hubungan Mutu Pelayanan dengan Motivasi Kunjungan Pasien di PUSKESMAS Air Putih Samarinda Tahun 2014'.
- Kusumawati, H. (2017) 'TQM MENGGUNAKAN SIKLUS DEMING DENGAN METODE KONTRAKTUAL SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KARAKTER SISWA', XXII(02), pp. 187–196.
- Lindblom, C. E. (1959) 'The Science of " Muddling Through " Authors (s): Charles E . Lindblom Source : *Public Administration Review* , Vol . 19 , No . 2 (Spring , 1959) , pp . 79-88 Published by : Wiley on behalf of the American Society for Public Administration Stable URL : h', *Public Administration Review*, 19(2), pp. 79–88.
- Massie, R. (2012) 'Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis Dan Penelitian', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4), pp. 409–417. doi: 10.22435/bpsk.v12i4.2747.

- Massie, R. (2012). Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis Dan Penelitian. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4), 409–417. <https://doi.org/10.22435/bpsk.v12i4.2747>
- Morgan, Gareth. (1986). *Images of Organization*. Newbury Park CA: Sage Publications Inc.
- Mukti, A. G. (2007) ‘Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan: Konsep Implementasi’, Yogyakarta: PT. Karya Husada Mukti.
- Muninjaya, A. G. (2004) *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, G. (2010) ‘Manajemen Pelayanan Kesehatan’. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Muninjaya, G. (2014) ‘Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Edisi 2’, Jakarta: EGC.
- Muninjaya, Gede. (2004). *Manajemen Kesehatan*. EGC : Jakarta
- Nasrudin, Achmad Hasan et al. (2021). “Manajemen Konflik Dan Cara Penanganan Konflik Dalam Organisasi Sekolah.” *Jurnal Manajemen Pendidikan Islam* 9(3): 1–18.
- Nawawi, Ismail. (2009). *Public Policy, Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek*. Surabaya: PMN.
- Notoadmojo, S. (2005) *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugrohu, R. D. (2003) ‘Kebijakan Publik Evaluasi, Implementasi, dan Evaluasi Bab II Landasan Teori’, *Kebijakan Publik Evaluasi, Implementasi, dan Evaluasi*, pp. 23–38.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
- Peraturan Menteri Desa PDTT Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2015 tentang Penetapan Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2016
- Peraturan Menteri Desa PDTT Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2016 tentang Dana Desa
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada FKTP Milik Pemerintah Daerah
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2015 tentang Penempatan Tenaga Puskesmas melalui Nusantara Sehat
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem kesehatan Nasional.
- Peters, B. G. and Pierre, J. (2006) 'Handbook of public policy', Handbook of Public Policy, pp. 1–512. doi: 10.4135/9781848608054.
- Pohan, I. S. (2007) 'Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan', Cetakan Pertama. Jakarta: EGC.
- Rachman, R. (2008) 'Analisis Penerapan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001: 2000 Dalam Menunjang Total Quality Management (TQM) Pada Divisi INFRATEL di PT. TELKOM'. Universitas Widyatama.
- Rendra (2003) Pelatihan Keterampilan Manajerial SPMK Manajemen Pelayanan Kesehatan, <http://www.kmpk.ugm.ac.id>.
- Robbin, Stephen P. and Timothy A. Judge, (2013). Organizational Behavior. Boston: Pearson Education Inc

- Robbins, Stephen P. (1990). *Organizational Theory: Structure Design and Application*, New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Robbins, Stephen P., and Timothy A. Judge. (2013). *Organizational Behavior*. New York: Pearson Education.
- Rusmitasari, H. (2020) *Organisasi dan Manajemen Kesehatan*. Pertama. Semarang: FKM Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Russell, R. T. (2004) 'Health Policy in a Globalising World', *Contemporary Sociology: A Journal of Reviews*, 33(4), pp. 490–491. doi: 10.1177/009430610403300461.
- Sebastian, I. (2021) *Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan yang Ada di Indonesia*, <https://mhomecare.co.id>.
- Sedarmayanti (2017), *Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia untuk Meningkatkan Kompetensi, Kinerja dan Produktifitas Kerja*, Bandung: PT. Refika Aditama
- Shraddha Bajracharya (2018) 'Agenda Setting Theory - Businesstopia', *Businesstopia*, (December). Available at: <https://www.businesstopia.net/mass-communication/agenda-setting-theory>.
- Silalahi, Ulbert, (1992), *Studi Tentang Ilmu Administrasi Konsep, Teori dan Dimensi*, CV Sinar Baru, Bandung
- Simatupang, P. (2017). *Analisis Kebijakan: Konsep Dasar dan Prosedur Pelaksanaan*. *Analisis Kebijakan Pertanian*, 1(1), 1–23. <https://doi.org/10.21082/akp.v1n1.2003.1-23>
- Supardi, S. (2008) 'Hubungan Antara Persepsi Mutu Pelayanan Pengobatan Dengan Kepuasan Pasien Di Balai Kesehatan Karyawan Rokok Kudus'. Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
- Suyadi (2011) 'Seminar Nasional "Pergeseran Paradigma Manajemen: Tinjauan dari Berbagai Disiplin Ilmu', in. PROGRAM PASCASARJANA SEKOLAH TINGGI ILMU EKONOMI INDONESIA MALANG.
- Syafrudin (2015) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Trans Info Media.
- Syamsul Arifin, D. L. P. et al. (no date) 'Mutu Pelayanan Kesehatan'.

- Thorogood, J. G. N. (1998). *Analysing health policy : sociological approaches*. London: Addison Wesley Longman.
- Tjahyono, K. (2007) 'Regulasi Kesehatan Indonesia', Yogyakarta, ANDI.
- UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 12 TAHUN 2011, Pub. L. No. 12 Tahun 2011 (2011). Indonesia.
- Walt, G. (1994). *Health Policy -An introduction to process and power*. Zed Books. London.
- Wijono, D. (1999) 'Manajemen mutu pelayanan kesehatan', Airlangga University Press.
- Wren, Daniel A. and Arthur G. Bedeian. (2009). *The Evolution of Management Thought*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Yannasari, A. (2021) *Manajemen Kesehatan*, www.academia.edu.
- Yuningsih, R. (2014) 'UNDANG-UNDANG TENAGA KESEHATAN Health Policy Triangle Analysis in The Forming of Health Workforce Act Rahmi Yuningsih', 5, pp. 93–106.

Biodata Penulis



Jasmen Manurung, lahir di Lumban Julu, 11 Juli 1979. Menyelesaikan pendidikan dari SD N Lumban Julu pada tahun 1992. Melanjutkan pendidikan di SMP N 1 Lumban Julu dan tamat pada tahun 1995. Tahun 1998 menyelesaikan pendidikan dari SMU N 2 Saposurung Balige. Tahun 2003 menyelesaikan pendidikan dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Tahun 2009 menyelesaikan pendidikan dari Sekolah Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Tahun 2005 menjadi dosen LLDikti

I Sumatera Utara dpk Akademi Kebidanan Darmo Medan. Tahun 2017 sampai sekarang sebagai pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Farmasi dan Ilmu Kesehatan Universitas Sari Mutiara Indonesia.



Vina Novela, SKM.M.Kes, dosen pada program studi ilmu kesehatan masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Fort De Kock Bukittinggi.

Vina Novela lahir di Tanjung Pati , Kabupaten Lima Pulu Kota pada tanggal 24 September 1985. Menyelesaikan pendidikan sarjana Kesehatan Masyarakat pada Universitas Baiturrahmah Padang tahun 2008 dan pendidikan Magister di Universitas Andalas tahun 2016.

Dalam organisasi vina aktif sebagai anggota IAKMI Kota Bukittinggi bidang Pengabdian Masyarakat, hasil artikel ilmiah ada di beberapa jurnal terakreditasi Nasional. Buku yang telah ditulis antara lain, buku dasar Komunikasi Kesehatan, Buku Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Buku Manajemen

Pemasaran Jasa, Buku Manajemen Risiko dan Asuransi dan Buku Penentuan Status Gizi.



Qonita ulfiana, S.S.T., M.kes. lahir di boyolali 30 september 1989, memulai pendidikan tinggi di Stikes Estu Utomo Boyolali jurusan D3 Kebidanan lulus tahun 2010, kemudian melanjutkan DIV Bidan pendidik di Stikes Karya Husada Semarang lulus tahun 2011. Pada tahun 2012 – 2014 melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Dan saat ini menjadi dosen di program studi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Rukun Abdi Luhur Kudus.



Janner Pelanjani Simamora, SKM, M.Kes lahir pada tanggal 08 Januari 1986 di Doloksanggul Kabupaten Humbang Hasundutan Provinsi Sumatera Utara, dari pasangan Darianus Simamora (Alm) dan Ibu Lamria br Simanullang. Jenjang Pendidikan tinggi Penulis dimulai dari D III Keperawatan Teladan Bahagia Medan lulus tahun 2007, S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Indonesia lulus tahun 2009, S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara minat studi Administrasi

Kesehatan Komunitas/Epidemiologi lulus tahun 2012. Tahun 2009 sampai dengan 2014, penulis menjadi dosen tetap di Akademi Keperawatan Teladan Bahagia. Pada tahun 2015, diangkat menjadi PNS sebagai dosen di Akademi Kebidanan Tarutung Pemkab Tapanuli Utara. Pada tahun 2019, Akademi Kebidanan Pemkab Tapanuli Utara bergabung ke Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan dan sampai saat ini menjadi dosen tetap di Program Studi D III Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan. Sudah menulis beberapa buku : Teori Kesehatan Reproduksi (berkolaborasi), Trend dan Isu Kesehatan di Masa Pandemi Covid 19 (berkolaborasi), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (berkolaborasi), Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku (berkolaborasi),

Metode Penelitian Kesehatan (berkolaborasi) serta menulis di jurnal dan juga aktif dalam organisasi keprofesian.



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb., dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Merupakan penulis Essai “When Midwifves Know Gender Curriculum” (Pemenang Essay2nd Health Professional Education International Conference DIKTI di Bali, Indonesia), Essai Kahlil Gibran di Indonesia diterbitkan Kedutaan Besar Lebanon, Essai di Jurnal Khittah “Pemberdayaan Kebangsaan dan Realita Ekonomi Mikro NU”, Artikel “Komunikasi Heteronormativitas antara Tenaga Kesehatan dengan pasangan Lesbian dalam Proses Pengasuhan Anak” Proceeding Book 1st International Conference for

Midwives (ICMID) April 2016 dan Artikel Oral Presentation of Research: “Relation Between Gravidity and Vericose of Lower Limb” (International Conference of Public Health di Colombo, Sri Lanka). Penerima Hibah “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorrhea Primer Di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Merupakan Penulis buku Mutu Layanan Kebidanan Berbasis Bukti (2019), Kumpulan Soal Latihan Uji Kompetensi Bidan (2020), Revolusi Industri 4.0 dalam Reformasi Sosial Budaya di Negara ASEAN (2020), Asuhan Kebidanan Komplementer Berbasis Bukti (2020), Buku Terapi Alternatif Komplementer Ibu Dan Anak (2021), Asuhan Kehamilan (2021), Pelayanan Kontrasepsi (2021). Adaptasi Kebiasaan Baru Dalam Kebidanan di Era Pandemi Covid-19 (2021), Buku Ajar Konsep Kebidanan (2021). Mempunyai HAKI: Aplikasi Simulasi Uji Kompetensi Kebidanan Alter Indonesia (2019), Kumpulan Soal Latihan Uji Kompetensi Bidan (2020). Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com.



Efendi Sianturi, SKM., MKes, lahir di Rajamalgas pada tanggal 16 Juli 1966. Ia menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada tahun 1997. Ia merupakan alumnus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Pada tahun 1998 diangkat PNS di Balai Pelatihan Kesehatan Pekanbaru. Tahun 2001 pindah tugas ke Akademi Kebidanan Depkes RI Medan sebagai dosen. Pada tahun 2002 mengikuti Program Magister Kesehatan Masyarakat dan lulus pada tahun 2004

dari Pasca sarjana Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Pada tahun 2005 Akademi Kebidanan beralih menjadi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Kebidanan Medan. Tahun 2018 mengikuti Program S3 di Manajemen Pendidikan Universitas Negeri Medan. Sudah banyak menulis buku : Organisasi & Manajemen Pelayanan Kesehatan, Kesehatan Masyarakat, Bunga Rampai Ekonomi dan Pembiayaan Pendidikan (berkolaborasi) Manajemen Sumber Daya Manusia (Berkolaborasi), Belajar dari Covid-19 Perspektif Ekonomi & Kesehatan (Berkolaborasi), Kita Menulis Merdeka Menulis (Berkolaborasi), Gizi & Kesehatan (Berkolaborasi), Kesehatan Lingkungan (Berkolaborasi), Promosi Kesehatan Masyarakat (berkolaborasi), Epidemiologi Penyakit Menular (berkolaborasi), Metode Penelitian Perguruan Tinggi (berkolaborasi), Metode Penelitian Kesehatan (berkolaborasi). Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku (berkolaborasi), Sistem Informasi Kesehatan (berkolaborasi), Merdeka Belajar Merdeka Mengajar (berkolaborasi).



Rahmat Haji Saeni yang akrab disapa Rahmat, adalah salah seorang dosen tetap program Diploma III Gizi Poltekkes Kemenkes Mamuju, Sulawesi Barat sejak tahun 2015. Awal Karir sebagai dosen dimulai sejak tahun 2009 pada beberapa perguruan tinggi Swasta di Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2008, sedangkan Pendidikan S2 dari Program Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada tahun 2012. Saat ini, tercatat

sebagai mahasiswa Program Studi S3 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Selain menjalankan tugas tridarma perguruan tinggi, juga aktif pada berbagai kegiatan keorganisasian dan sebagai reviewer jurnal. Disamping itu, juga aktif dalam mengikuti kegiatan pertemuan ilmiah baik di tingkat nasional maupun ditingkat internasional. Salah satu Prestasi yang pernah diperoleh adalah best oral Presenter pada kegiatan Interprofessional Collaboration On Urban Health; A Strategy For All Nation tahun 2019.



Lakhmudien.S.K.M.,M.Kes. Lahir di Jepara tanggal 05 Mei 1993. Telah menyelesaikan studi S1 di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Dian Nuswantoro Semarang, Tahun 2015. Serta Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku di Universitas Airlangga Surabaya tahun 2018. Sekarang sedang menempuh Pendidikan Doktor di Ilmu Hukum Universitas 17 Agustus Semarang. Aktivitas sehari-hari sebagai Dosen di Politeknik Rukun Abdi Luhur Kudus. Saat ini menjabat sebagai Ketua Lembaga Penjaminan Mutu.

KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

Kesehatan merupakan aspek yang sangat mendasar bagi manusia. Pentingnya kesehatan bagi manusia menjadikan negara-negara dan lembaga-lembaga kesehatan di dunia mengamanatkan bahwa setiap individu berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pernyataan yang lebih tegas dituangkan dalam The Universal Declaration of Human Right (UNO, 1948). Kesadaran akan pentingnya kesehatan ini juga dapat kita lihat dalam "Deklarasi Tujuan Pembangunan Millenium" (Millenium Development Goals) yang ditetapkan di New York pada tahun 2000.

Semua topik-topik penting tersebut akan dibahas dalam 8 BAB yang tersaji dalam buku ini.

Bab 1 Dasar-Dasar Kebijakan Kesehatan

Bab 2 Proses Pembuatan Kebijakan Kesehatan

Bab 3 Organisasi dan Administrasi Kesehatan

Bab 4 Manajemen Pelayanan Kesehatan

Bab 5 Manajemen Puskesmas

Bab 6 Manajemen Mutu Layanan Kesehatan

Bab 7 Manajemen Konflik

Bab 8 Kebijakan dalam Pelayanan Kesehatan

Buku ini hadir untuk menambah informasi penting tentang kebijakan dan pelayanan kesehatan. Buku ini juga akan membahas tentang dasar-dasar kebijakan kesehatan, bagaimana prosesnya, bagaimana penerapan manajemen kesehatan di berbagai fasilitas kesehatan, manajemen mutu, demikian juga dengan penerapan kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan.



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-238-3

