



DASAR-DASAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

**R. Jaka Sarwadhmana | Fajrul Falah F | Denden Ridwan Chaerudin
Dian Mitra Desnawati Silalahi | Imram Radne Rimba Putri
Lamia Diang Mahalia | Dina Mariana Larira | Nihayatul Munaa
Mirza Aulia | Tedy Candra Lesmana**

EDITOR:

**Dr. Drs. H. La Ode Saafi, DAP&E, M.Sc.H.Ec
Dr. Suhadi, S.K.M., M.Kes.**

DASAR-DASAR **ADMINISTRASI** **KEBIJAKAN** **KESEHATAN**

Buku dasar-dasar administrasi kebijakan kesehatan yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 10 bab, diuraikan dengan bahasa sederhana dengan harapan memudahkan para pembaca memahaminya.

- Bab 1 Konsep Dasar Administrasi
- Bab 2 Konsep Kebijakan Kesehatan
- Bab 3 Konsep Manajemen
- Bab 4 Konsep Pengorganisasian
- Bab 5 Kepemimpinan dalam Pelayanan Kesehatan
- Bab 6 Manajemen Mutu Layanan Kesehatan
- Bab 7 Manajemen Konflik
- Bab 8 Manajemen Rumah Sakit
- Bab 9 Sistem Kesehatan
- Bab 10 Sistem Kesehatan Beberapa Negara



☎ 0858 5343 1992
✉ eurekaediaaksara@gmail.com
📍 Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362

ISBN 978-623-151-834-7



DASAR-DASAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

R. Jaka Sarwadhamana, S.Kep., Ns., M.P.H.

Fajrul Falah F, M.P.H.

Denden Ridwan Chaerudin, MDSc

Dian Mitra Desnawati Silalahi, Ns., M.Kep.

Imram Radne Rimba Putri, S. Kep., Ns., M.M.R.

Dr. apt. Lamia Diang Mahalia, M.P.H.

Dina Mariana Larira, S.Kep., Ns., M.Kep.

Nihayatul Munaa, S.K.M., M.P.H.

Mirza Aulia, S.K.M., M.K.M.

Tedy Candra Lesmana, S.Hut., M.Kes.



eureka
media aksara

PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

DASAR-DASAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Penulis : R. Jaka Sarwadhamana, S.Kep., Ns., M.P.H.
Fajrul Falah F, M.P.H.
Denden Ridwan Chaerudin, MDSc
Dian Mitra Desnawati Silalahi, Ns., M.Kep.
Imram Radne Rimba Putri, S. Kep., Ns., M.M.R.
Dr. Apt. Lamia Diang Mahalia, M.P.H.
Dina Mariana Larira, S.Kep., Ns., M.Kep.
Nihayatul Munaa, S.K.M., M.P.H.
Mirza Aulia, S.K.M., M.K.M.
Tedy Candra Lesmana, S.Hut., M.Kes.

Editor : Dr. Drs. H. La Ode Saafi, DAP&E, M.Sc.H.Ec
Dr. Suhadi, S.K.M., M.Kes.

Desain Sampul : Eri Setiawan

Tata Letak : Rizki Rose Mardiana

ISBN : 978-623-151-834-7

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, NOVEMBER 2023**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur terhadap kehadiran Tuhan Yang Maha Pengasih dan Penyayang atas berkah, rahmat dan karunia-Nyalah sehingga memberikan kemudahan bagi para penulis untuk dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Dasar-Dasar Administrasi Kebijakan Kesehatan”.

Penulis juga menyampaikan rasa terima kasih kepada sejumlah pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu karena telah berkontribusi membantu proses pembuatan buku ini. Buku ini disusun sebagai rujukan informasi tentang dasar administrasi pada bidang Kesehatan, manajemen mutu pada layanan Kesehatan, kepemimpinan dan sistem kesehatan di berbagai negara.

Penulis berharap buku ini dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan bagi pembaca tentang administrasi kesehatan, dapat dijadikan rujukan dan bahan informasi tentang pembahasan yang sejenis. Tentunya dalam pembuatan buku ini jauh dari kata sempurna, dan merupakan salah satu dari sekian banyak tulisan yang membahas tentang dasar administrasi kebijakan kesehatan. Oleh karenanya buku ini dapat digunakan sebagai pelengkap atau pembanding.

Buku dasar-dasar administrasi kebijakan kesehatan yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 10 bab, diuraikan dengan bahasa sederhana dengan harapan memudahkan para pembaca memahaminya.

Bab 1 Konsep Dasar Administrasi

Bab 2 Konsep Kebijakan Kesehatan

Bab 3 Konsep Manajemen

Bab 4 Konsep Pengorganisasian

Bab 5 Kepemimpinan dalam Pelayanan Kesehatan

Bab 6 Manajemen Mutu Layanan Kesehatan

Bab 7 Manajemen Konflik

Bab 8 Manajemen Rumah Sakit

Bab 9 Sistem Kesehatan

Bab 10 Sistem Kesehatan Beberapa Negara

Penulis menyadari ketidaksempurnaan, maka dari itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan dimasa yang akan datang. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih dan selamat membaca semoga buku ini bermanfaat dan bernilai guna bagi pihak yang membutuhkan.

Yogyakarta, 12 Oktober 2023

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB 1 KONSEP DASAR ADMINISTRASI	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Administrasi.....	2
C. Batasan Administrasi	4
D. Fungsi-Fungsi Administrasi	6
DAFTAR PUSTAKA.....	10
BAB 2 KONSEP KEBIJAKAN KESEHATAN	11
A. Pendahuluan.....	11
B. Kebijakan Kesehatan	12
C. Segitiga Kebijakan Kesehatan.....	13
D. Pelaku Penyusun Kebijakan	14
E. Faktor - faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan	16
F. Penetapan Perumusan Kebijakan	18
G. Evaluasi Kebijakan Kesehatan.....	19
DAFTAR PUSTAKA.....	21
BAB 3 KONSEP MANAJEMEN	22
A. Pendahuluan.....	22
B. Pengertian Manajemen	23
C. Unsur-unsur Manajemen.....	26
D. Fungsi Manajemen	27
E. Sejarah Perkembangan Ilmu Manajemen.....	30
F. Tujuan Manajemen.....	40
DAFTAR PUSTAKA.....	43
BAB 4 KONSEP PENGORGANISASIAN	44
A. Pendahuluan.....	44
B. Pengertian Pengorganisasian	45
C. Dimensi Pengorganisasi.....	46
D. Manfaat Pengorganisasian.....	49
E. Jenis-jenis Pengorganisasian.....	50
DAFTAR PUSTAKA.....	59

BAB 5	KEPEMIMPINAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN.....	60
	A. Pendahuluan	60
	B. Konsep Dasar Pemimpin dan Kepemimpinan.....	60
	C. Etika Pemimpin.....	62
	D. Teori yang Mendasari Suksesnya Pemimpin	63
	E. Kepemimpinan yang Efektif di Pelayanan Kesehatan.....	64
	F. Kepemimpinan dalam Pengaturan Layanan Kesehatan Modern.....	65
	G. Model Kepemimpinan Pelayanan Kesehatan	68
	DAFTAR PUSTAKA	73
BAB 6	MANAJEMEN MUTU LAYANAN KESEHATAN.....	74
	A. Pendahuluan	74
	B. Sejarah Perkembangan Manajemen Mutu.....	74
	C. Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan	75
	D. Tujuan dan Manfaat Manajemen Mutu	76
	E. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan	77
	F. Komponen Mutu Layanan Kesehatan	80
	G. Masalah Mutu Pelayanan.....	82
	H. Penyelesaian Masalah Mutu Pelayanan Kesehatan.....	83
	I. Manajemen Pendukung	85
	DAFTAR PUSTAKA	88
BAB 7	MANAJEMEN KONFLIK.....	91
	A. Pendahuluan	91
	B. Definisi Konflik	92
	C. Jenis-jenis Konflik	92
	D. Proses dan Penyelesaian Konflik.....	93
	E. Strategi Penyelesaian Konflik	96
	F. Negosiasi.....	99
	DAFTAR PUSTAKA	102
BAB 8	MANAJEMEN RUMAH SAKIT	103
	A. Pendahuluan	103
	B. Level 1: Patient	104
	C. Level 2: Mikro Sistem	108

	D. Level 3 : Konteks Organisasi	109
	E. Level 4 : Konteks Lingkungan.....	117
	DAFTAR PUSTAKA.....	120
BAB 9	SISTEM KESEHATAN	122
	A. Pendahuluan.....	122
	B. Sejarah SKN	123
	C. Pengertian Sistem Kesehatan	125
	D. Landasan dan Asas SKN.....	126
	E. Subsistem SKN	126
	F. Penyelenggaraan SKN	128
	G. Reformasi SKN	130
	H. Perkembangan SKN	131
	DAFTAR PUSTAKA.....	133
BAB 10	SISTEM KESEHATAN BEBERAPA NEGARA	134
	A. Pendahuluan.....	134
	B. Klasifikasi Sistem Kesehatan di Dunia	135
	C. Sistem Kesehatan di Negara Maju	135
	D. Sistem Kesehatan di Negara Berkembang	139
	DAFTAR PUSTAKA.....	145
	TENTANG PENULIS	150

DAFTAR TABEL

Tabel 6. 1	Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan	75
------------	--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	Segitiga Kebijakan Kesehatan.....	14
Gambar 6. 1	Siklus PDCA	83
Gambar 7. 1	Diagram Proses Konflik.....	95
Gambar 8. 1	Teori Donald Berwick	104
Gambar 8. 2	Alur Pelyanan Rumah Sakit	108
Gambar 9. 1	Kerangka Sistem Kesehatan WHO	124
Gambar 9. 2	Gambaran Unsur-unsur Pembangunan Kesehatan dan Subsistem SKN serta Tata Hubungannya dan Lingkungan Strategis yang Mempengaruhi SKN	128
Gambar 9. 3	Alur Pikir Rencana Pembangunan Kesehatan dan Sistem Kesehatan Nasional.....	129
Gambar 9. 4	Keterkaitan antara aspek Building Block WHO, Subsistem SKN dalam Perpres Nomor 72 tahun 2012 dan Reformasi Siatem Kesehatan Nasional.....	131



DASAR-DASAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

R. Jaka Sarwadhamana, S.Kep., Ns., M.P.H.

Fajrul Falah F, M.P.H.

Denden Ridwan Chaerudin, MDSc

Dian Mitra Desnawati Silalahi, Ns., M.Kep.

Imram Radne Rimba Putri, S. Kep., Ns., M.M.R.

Dr. Apt. Lamia Diang Mahalia, M.P.H.

Dina Mariana Larira, S.Kep., Ns., M.Kep.

Nihayatul Munaa, S.K.M., M.P.H.

Mirza Aulia, S.K.M., M.K.M.

Tedy Candra Lesmana, S.Hut., M.Kes.



BAB

1

KONSEP DASAR ADMINISTRASI

R. Jaka Sarwadhmana, S.Kep., Ns., M.P.H

A. Pendahuluan

Penerapan kemajuan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan mempunyai peranan yang sangat penting dalam menyelesaikan berbagai masalah kesehatan, namun pada akhir-akhir ini telah diketahui, jika menggantungkan harapan hanya pada kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan saja, tidaklah dapat sepenuhnya dapat mencapai tujuan dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan. Sebaliknya telah berhasil dibuktikan, meskipun kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan masih sangat terbatas, tetapi jika apa yang sudah dimiliki tersebut dapat direncanakan, diorganisasikan, digerakan serta diawasi dengan baik, yang diwujudkan dengan melalui penerapan administrative, maka masih dapat diharapkan tercapainya tujuan dari diselenggarakannya tujuan Kesehatan.

Telah terdapat semacam kesepakatan perlu menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi administrasi pada pada setiap penyelenggaraan kesehatan. Tujuan yang ingin dicapai dari penerapan kemajuan ilmu dan teknologi administrasi ini adalah agar penyelesaian berbagai masalah kesehatan ditemukan di masyarakat dapat lebih efektif, artinya perhatian utama semata-mata ditujukan untuk mengatasi masalah yang ditemukan dan harus diselesaikan dengan sumber daya yang tersedia.

Perhatian utama penerapan kemajuan ilmu dan teknologi administrasi adalah tidak sama antara satu negara dengan negara lainnya. Disebutkan bahwa perhatian utama pada negara-negara berkembang adalah bagaimana mengatur kecanggihan dan keanekaragaman pelayanan kesehatan yang sudah tersedia. Sebaliknya pada negara yang sedang berkembang, perhatian utama masih berkisar pada mengatasi berbagai keterbatasan yang dimiliki, sedemikian rupa sehingga tetap dapat menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Azwar A, 2010).

B. Konsep Administrasi

Administrasi berasal dari Bahasa latin “ad” dan “ministrate” yang artinya pemberian jasa atau bantuan. Dalam bahasa belanda “administratie” yang artinya semua kegiatan yang mencakup catat mencatat, surat menyurat (korespondensi), pembukuan ringan, ketik mengetik, agenda dan sebagainya yang bersifat teknis ketatausahaan dalam tujuan untuk menyediakan dan mempermudah memperoleh informasi Kembali jika dibutuhkan. Berikut pendapat para ahli tentang administrasi:

1. Sondang P. Siagian, menjelaskan bahwa Administrasi didasarkan pada beberapa rasionalitas untuk mencapai proses kerjasama antara dua atau lebih orang yang menyadari tujuan bersama yang diharapkan.
2. Robert D Calkins, mengungkapkan bahwa administrasi merupakan perpaduan dari penetapan keputusan dan pencapaian tujuan yang ditetapkan.
3. Ling Gie, Administrasi adalah serangkaian tindakan organisasi untuk bekerjasama dengan sekelompok orang untuk meraih tujuan mereka.
4. William H. Newman, administrasi sebagai pedoman/pengarahannya, memimpin dan mengawasi usaha sekelompok orang untuk mencapai tujuan bersama

5. George R. Terry, administrasi merupakan usaha demi terwujudnya tujuan dengan menggunakan orang lain (R, 1992)
6. Sutarto, administrasi merupakan proses mengatur dan memproses semua kegiatan/tindakan untuk bekerja dengan sekelompok orang untuk mencapai tujuan.
7. Dwight Waldo, administrasi merupakan wujud upaya kerjasama dan memiliki rasionalitas tinggi (Waldo Dwight, 1992).
8. Koontz O'Donnel, menyatakan bahwa administrasi adalah upaya mencapai tujuan yang diinginkan dengan menciptakan lingkungan kerja yang menguntungkan (Mustofa *et al.*, 2020).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, maka karakteristik administrasi dari definisi administrasi dapat dirumuskan:

1. Administrasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan dengan cara berkelompok dengan menjunjung Kerjasama yang tinggi untuk mendapatkan penyelesaian dari suatu pekerjaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berupa tujuan dari suatu organisasi.
2. Proses administrasi dilaksanakan oleh dua orang atau lebih serta terdiri dari kelompok-kelompok yang berada dalam suatu organisasi untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan sebelumnya.
3. Administrasi merupakan sebuah tindakan yang dapat berupa kepemimpinan, pengawasan, pengarahan dan usaha-usaha yang efektif untuk mencapai tujuan bersama yang sudah ditentukan.

Administrasi secara umum dibedakan atas batasan dua sisi yaitu dalam arti sempit dan arti luas. Pada arti sempit, administrasi didasarkan pada ruang lingkup kegiatan manajemen kantor, seperti: menulis, mengetik surat, agenda, arsip pembukuan, serta kegiatan ketatausahaan lainnya yang

dimaksudkan mempermudah dalam penyediaan informasi Kembali jika dibutuhkan.

Administrasi pada arti luas mengacu pada suatu kerjasama yang dilakukan oleh sekelompok orang atau lebih untuk mengelola sumber daya termasuk untuk mengatur tata ruang dan tata dokumen di dalam organisasi tersebut untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Administrasi merupakan tindakan yang kooperatif dalam bentuk kegiatan usaha kerjasama antar manusia yang dilakukan secara rasional serta efisien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan Bersama.

C. Batasan Administrasi

Dalam membahas tentang administrasi sering dikaitkan dengan manajemen yang berasal dari kata “managie” yang berarti melakukan dengan dengan tangan. Manajemen dapat didefinisikan sebagai suatu aktivitas proses ketatalaksanaan untuk menggunakan sumber daya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan. Memahami definisi manajemen tersebut, maka makna penting yang perlu digaris bawahi adalah manajemen merupakan suatu kegiatan yang ditujukan untuk mencapai tujuan tertentu melalui kerjasama dengan orang lain. Dengan demikian, makna yang terkandung dalam manajemen memiliki kriteria yang hamper sama dengan konsep administrasi. Untuk melihat persamaan dan perbedaan antara administrasi dan manajemen dapat dijelaskan di bawah ini:

1. Administrasi sama dengan manajemen

Sebagaimana yang telah diuraikan diatas, administrasi adalah proses penyelenggaraan kerja untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan. Kerja dapat terselenggara dengan baik, sesuai dengan tujuan yang dikehendaki bila ada pekerja dan sumber daya lain yang mendukungnya. Berbagai sumber daya yang digunakan untuk melaksanakan program kerja untuk mencapai tujuan, menjadi kebutuhan penting dari proses manajemen. Dengan demikian, intisari

daripada manajemen adalah suatu proses kegiatan dari beberapa aktor atau sumber daya manusia dengan bekerjasama untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan. Administrasi dalam praktik dan teoritiknya lebih berfokus pada tata kelola organisasi dan pelaksanaan proses manajemen (Idris, 2018).

Berbagai pendapat terkait dengan diskusi hubungan antara administrasi dan manajemen sebagaimana berikut:

- a. M. E Dimock, memberikan penjelasan tentang administrasi dan manajemen merupakan dua kata yang dapat dimaknai sama dan saling terkait. "Administration (or management) is a planned approach to the solving of all kinds of problems is almost every individual or group activity both publics or private", yang mempunyai makna bahwa administrasi atau manajemen merupakan suatu pendekatan untuk memecahkan suatu masalah pada individu maupun kelompok pada tingkat swasta maupun negara. Batasan dari administrasi dan manajemen adalah sebagai suatu pendekatan yang terencana untuk memecahkan berbagai masalah yang sebagian besar dialami oleh individu, kelompok, dan organisasi.
- b. W. H. Newman, tidak memberikan pandangan yang berbeda tentang makna administrasi dengan manajemen. Menurutnya, makna yang terkandung dalam batasan administrasi, juga berlaku pada manajemen.

2. Administrasi berbeda dengan manajemen.

Mc. Farland, membedakan makna antara administrasi dengan manajemen, dengan penjelasan bahwa administrasi ditujukan untuk penentuan tujuan pokok dan kebijakan, sedangkan manajemen ditujukan untuk pelaksanaan kegiatan dengan maksud untuk mencapai tujuan dengan merujuk pada kebijakan yang ditetapkan. Pandangan yang dikatakan bahwa "administration refers to the determination of major aims and policies, where as management refers to the carrying out of operation designed to accomplish the aims and effective policies" (Idris, 2018).

Pendapat lainnya terkait perbedaan administrasi dan manajemen sebagaimana berikut:

- a. Samuel Levey dan Paul Lomba yang menyatakan bahwa administrasi lebih rendah dari manajemen, yang dimana pekerjaan administrasi hanya melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan, sedangkan pekerjaan manajemen adalah merumuskan kebijakan tersebut.
- b. Herman Finer berpendapat bahwa administrasi lebih tinggi dari manajemen. Administrasi adalah seni manajemen, sedangkan manajemen hanyalah mengelola hal-hal yang berhubungan dengan sumber saja, yang pada dasarnya hanya merupakan bagian dari pekerjaan administrasi.

D. Fungsi-fungsi Administrasi

Pada dasarnya administrasi berfungsi untuk menentukan tujuan organisasi dan merumuskan kebijakan, sedangkan manajemen berfungsi untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang perlu dilaksanakan dalam rangka pencapaian tujuan sesuai dengan batas-batas kebijakan yang telah dirumuskan. Pada proses pelaksanaannya, administrasi dan manajemen mempunyai tugas-tugas tertentu yang harus dilaksanakan sendiri. Tugas-tugas itulah yang biasa disebut sebagai fungsi-fungsi administrasi dan manajemen. Hingga kini para sarjana belum mempunyai kata sepakat yang bulat tentang fungsi-fungsi administrasi dan manajemen, baik ditinjau dari segi klasifikasinya maupun terminologi yang dipergunakan. Fungsi manajemen dan fungsi administrasi atau sering disebut dengan fungsi manajerial atau fungsi administrasi (Mustofa *et al.*, 2020). Fungsi administrasi tersebut menurut Taylor, terbagi menjadi lima, yakni fungsi:

1. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan aktivitas untuk menetapkan tujuan organisasi yang kemudian diikuti dengan menyusun berbagai rencana-rencana guna mencapai tujuan yang ditetapkan. Untuk menyusun perencanaan yang baik,

pimpinan atau manajer harus memulai dengan mengevaluasi berbagai sumber daya yang ada, kemudian menentukan rencana dalam bentuk program dan kegiatan guna untuk mencapai tujuan. Oleh karena itu, perencanaan merupakan proses awal yang paling penting dari fungsi manajemen, kemudian baru ditindaklanjuti oleh fungsi yang lain. Dengan demikian, aktivitas dalam penyusunan rencana meliputi:

- a. Penetapan arah dan tujuan serta target organisasi yang akan dicapai.
- b. Penyusunan strategi untuk mencapai tujuan dan target yang ditetapkan.
- c. Mengevaluasi dan menetapkan sumber daya yang dibutuhkan.
- d. Penetapan standar capaian sesuai dengan tujuan dan target organisasi.

Beberapa hal yang penting untuk diperhatikan bahwa perencanaan yang baik harus memiliki kriteria:

- a. Mempunyai tujuan yang jelas
- b. Merujuk pada hasil analisa dan evaluasi pada kondisi pekerjaan yang ada.
- c. Tidak sulit untuk dimengerti dan diimplementasikan.
- d. Memiliki aspek fleksibilitas atau mudah mengikuti perubahan dan perkembangan yang terjadi.
- e. Mencerminkan keseimbangan, kebutuhan, tanggung jawab dan tujuan pada tiap-tiap bagian.
- f. Mencerminkan keseimbangan, kebutuhan, tanggung jawab dan tujuan pada tiap-tiap bagian.

Apabila perencanaan yang disusun mencerminkan kriteria tersebut di atas maka perencanaan akan bermanfaat untuk:

- a. Pedoman bagi pimpinan organisasi untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.
- b. Pedoman bagi semua komponen pelaksanaan untuk melaksanakan kegiatan.

- c. Untuk menghindari dan meminimalkan kesalahan pada semua aktivitas.
- d. Menjadi rujukan untuk melakukan monitoring dan evaluasi.

2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian adalah suatu aktivitas untuk menggerakkan dan mengatur semua sumber daya (sumber daya manusia dan sumber daya finansial serta sumber daya lain) yang dimiliki organisasi guna untuk melaksanakan rencana yang ditetapkan. Pengorganisasian dijalankan dengan menentukan dan pembagian tugas kepada semua bagian untuk dikerjakan. Pada fungsi pengorganisasian ini pimpinan organisasi menentukan:

- a. Penyusunan dan penetapan tugas-tugas serta prosedur kerja yang dibutuhkan.
- b. Penetapan sumber daya manusia yang melaksanakan, meliputi: siapa aktor atau personil yang memimpin dan melaksanakan pekerjaan, kalau perlu dilaksanakan perekrutan, menyeleksi orang, pelatihan serta pengembangan sumber daya manusia.
- c. Pendistribusian pekerjaan yang diikuti dengan kewenangan.
- d. Penetapan dan pengalokasian sumber daya finansial.

Beberapa manfaat yang didapatkan ketika pengorganisasian dilaksanakan dengan baik, yakni:

- a. Pekerjaan akan dapat dilaksanakan dengan baik, karena adanya pembagian tugas yang sesuai dengan kemampuan.
- b. Mampu untuk menciptakan spesialisasi saat menjalankan pekerjaan.
- c. Setiap personalia yang diberikan tugas dan wewenang akan mengetahui tugas apa yang akan dikerjakan.

3. Pengarahan (*Directing*)

Pengarahan dalam fungsi administrasi merupakan upaya-upaya untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kinerja dan menciptakan kondisi lingkungan kerja yang dinamis, sehat, dan yang lainnya. Beberapa aktivitas yang harus dilakukan dalam fungsi pengarahan, diantaranya:

- a. Memberikan beberapa penjelasan dari kebijakan yang telah ditetapkan kepada semua sumber daya manusia, agar mampu memahami kebijakan yang ditetapkan.
- b. Melaksanakan proses kepemimpinan, pembimbingan, dan pemberian motivasi kepada seluruh sumber daya manusia yang telah ditetapkan untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab, agar dapat menyelesaikan tugas dengan efisien dan efektif.
- c. Memberikan arahan kepada semua sumber daya manusia, agar dapat menjalankan tugas dan wewenangnya dengan baik dan benar.

4. Pengawasan (*Controlling*)

Pengawasan merupakan kegiatan untuk menilai kinerja yang telah dilaksanakan secara individu maupun kelompok berdasarkan standar yang sudah ditetapkan. Beberapa aktivitas dalam fungsi pengawasan antara lain:

- a. Mengevaluasi keberhasilan pada proses pencapaian tujuan sesuai dengan indikator capaian yang sudah ditetapkan.
- b. Melakukan klarifikasi dan koreksi, bila ditemukan penyimpangan.
- c. Memberi solusi alternatif atas berbagai temuan yang terjadi, ketika pelaksanaan tugas kurang sesuai dengan tujuan yang ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar A. (2010). Pengantar Administrasi Kesehatan. Bina Rupa Aksara Publisher.
- Idris, H. (2018). Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Pustaka Panasea.
- Mustofa, A., Roekminiati, S., & Lestari, D. S. (2020). Administrasi Pelayanan Masyarakat. Jakad Media Publishing.
- R, T. G. (1992). Principles of Management. Terjemahan Oleh G.A Ticoalu. PT Bumi Aksara.
- Waldo Dwight. (1992). Pengantar Studi Public Administration. Terjemahan Selamat W. Admosoedarmo. Radar Jaya Offset.

BAB 2

KONSEP KEBIJAKAN KESEHATAN

Fajrul Falah F, M.P.H

A. Pendahuluan

Kebijakan merupakan sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu dalam bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan atau perdagangan. Dalam penyusunan kebijakan, terdapat pembuat kebijakan yaitu orang-orang yang merancang kebijakan. Kebijakan disusun dalam semua tingkatan seperti pemerintah pusat atau daerah, perusahaan multinasional atau daerah, sekolah maupun rumah sakit. Orang-orang ini kadang disebut pula sebagai elit kebijakan dalam 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. Misalnya elit kebijakan di pemerintahan dapat beranggotakan para menteri dalam kabinet, yang semuanya dapat berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multinasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Kebijakan dapat disusun di sektor swasta dan pemerintah. Kebijakan dapat mengacu kepada kebijakan kesehatan atau ekonomi yang disusun pemerintah dimana kebijakan tersebut digunakan sebagai batasan kegiatan atau suatu usulan tertentu dimulai pada tahun yang akan datang, akan menjadi suatu kebijakan universitas untuk memastikan bahwa seluruh mahasiswa diwakili dewan mahasiswa. Kadang kebijakan

disebut sebagai suatu program: program kesehatan sekolah yang dicanangkan pemerintah dapat memiliki sejumlah kebijakan yang berbeda: menolak calon siswa sebelum mereka memperoleh vaksin imunisasi penyakit anak, menyelenggarakan pemeriksaan medis, mensubsidi makanan sekolah dan pendidikan kesehatan yang wajib disertakan dalam kurikulum. Program kesehatan sekolah tersebut menjadi kebijakan bagi anak usia sekolah. Dalam contoh ini, jelas bahwa kebijakan tidak hanya berpangkal pada satu keputusan saja tetapi meliputi sejumlah keputusan yang mengarah ke suatu arah tindakan yang luas sepanjang waktu. Keputusan atau tindakan ini dapat disengaja atau tidak sengaja terdefinisi atau dianggap sebagai kebijakan.

Thomas Dye menyatakan bahwa kebijakan umum adalah apa yang dilaksanakan dan tidak dilaksanakan oleh pemerintah tampaknya berlawanan dan asumsi yang lebih formal bahwa segala kebijakan disusun untuk mencapai suatu tujuan tertentu.

B. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkul segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam sistem kesehatan. Kebijakan ini mencakup sektor publik (pemerintah) sekaligus sektor swasta. Tetapi karena kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor penentu diluar system kesehatan, para pengkaji kebijakan kesehatan juga menaruh perhatian pada segala tindakan dan rencana tindakan dari organisasi diluar sistem kesehatan yang memiliki dampak pada kesehatan (missal: pangan, tembakau atau industri obat).

1. Timbulnya Ilmu Pengetahuan

Pada dasarnya ilmu pengetahuan timbul atau berasal pada kekaguman manusia terhadap yang dihadapinya baik mikrokosmos (alam kecil) maupun makrokosmos (alam besar). Ilmu pengetahuan adalah kumpulan pengalaman-pengalaman dan pengetahuan-pengetahuan dari sejumlah orang yang dipadukan secara harmonis dalam suatu bangun

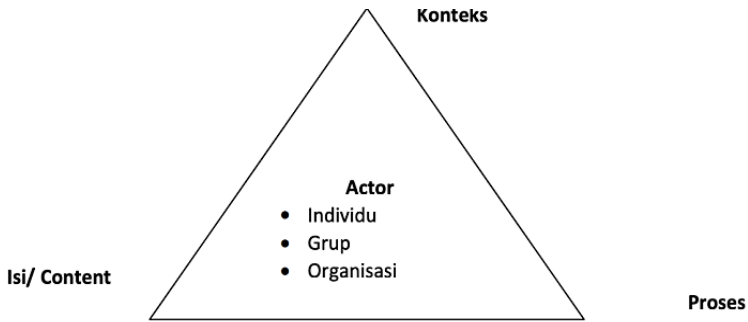
yang teratur. Dari keadaan-keadaan ini manusia berusaha meramu segala pendapatnya sedemikian rupa, sehingga dapat dibentuk suatu pedoman operasional yang bermanfaat bagi Kemanusiaan.

2. Timbulnya Penelitian

Dibekali dengan hasrat ingin tahu, keingintahuan manusia ini sudah dapat disaksikan sejak seseorang masih kanak-kanak dan akan terus berkembang secara dinamis mengikuti fase-fase perkembangan kejiwaan orang tersebut. Hasrat ingin tahu manusia akan terpuaskan bila ia sudah memperoleh pengetahuan mengenai apa yang dipertanyakan. Tetapi sudah menjadi sifat manusia, yang mana setelah memperoleh pengetahuan mengenai suatu masalah, maka akan disusul oleh kecenderungan ingin lebih tahu lagi. Begitu seterusnya. Dengan demikian dapat dikatakan, bahwa manusia tidak akan pernah mencapai kepuasan mutlak untuk menerima realita untuk dihadapinya sebagai titik terminasi yang mantap. Untuk mendukung dan menyalurkan keingintahuannya, maka manusia akan cenderung melakukan penelitian.

C. Segitiga Kebijakan Kesehatan

Segitiga kebijakan kesehatan adalah suatu pendekatan sederhana untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks. Namun, pada kenyataannya pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu maupun organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja. Konteks dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain ideologi, dalam hal sejarah dan budaya. Proses dipengaruhi oleh bagaimana isu tersebut dapat berharga dan dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Sedangkan, isi dari kebijakan menunjukkan sebagian atau seluruh bagian ini.



Gambar 2. 1 Segitiga Kebijakan Kesehatan

D. Pelaku Penyusun Kebijakan

Kajian terhadap aktor perumus kebijakan merupakan hal yang penting. Para aktor merupakan penentu isi kebijakan dan pemberi warna dinamika tahapan-tahapan proses kebijakan. Sesuai dengan pendapat Winarno (2005), jika tipe kebijakan berpengaruh terhadap tingkat kesulitan yang dapat terjadi dalam proses formulasi kebijakan, maka aktor-aktor pelaksana dan hubungan antar aktor berpengaruh langsung terhadap keberhasilan proses formulasi kebijakan. Para aktor tersebut masing-masing mempunyai karakteristik yang menunjukkan kekuatannya mempengaruhi proses kebijakan.

Perumusan kebijakan dalam prakteknya akan melibatkan berbagai aktor, baik yang berasal dari aktor negara maupun aktor non negara atau yang disebut oleh Anderson dalam Abdul Wahab (2005) sebagai pembuat kebijakan resmi (official policy-makers) dan peserta non pemerintahan (non governmental participants). Pembuat kebijakan resmi adalah mereka yang memiliki kewenangan legal untuk terlibat dalam perumusan kebijakan publik. Mereka ini menurut terdiri atas legislatif; eksekutif; badan administratif; serta pengadilan. Legislatif merujuk kepada anggota kongres/dewan yang seringkali dibantu oleh para stafnya. Adapun eksekutif merujuk kepada Presiden dan jajaran kabinetnya. Sementara itu, badan administratif menurut merujuk kepada lembaga-lembaga pelaksana kebijakan. Di pihak lain menurut, Pengadilan juga merupakan aktor yang memainkan peran besar dalam

perumusan kebijakan melalui kewenangan mereka untuk mereview kebijakan serta penafsiran mereka terhadap undang-undang dasar. Dengan kewenangan ini, keputusan pengadilan bisa mempengaruhi isi dan bentuk dari sebuah kebijakan publik.

Selain pembuat kebijakan resmi, terdapat pula peserta lain yang terlibat dalam proses kebijakan yang meliputi diantaranya kelompok kepentingan; partai politik; organisasi penelitian; media komunikasi; serta individu masyarakat. Mereka ini yang disebut sebagai peserta non pemerintahan (*non governmental participants*) karena penting atau dominannya peran mereka dalam sejumlah situasi kebijakan, tetapi mereka tidak memiliki kewenangan legal untuk membuat kebijakan yang mengikat. Peranan mereka biasanya adalah dalam menyediakan informasi; memberikan tekanan; serta mencoba untuk mempengaruhi. Mereka juga dapat menawarkan proposal kebijakan yang telah mereka siapkan. Jadi meskipun pada akhirnya kebijakan ditentukan oleh institusi yang berwenang, keputusan diambil setelah melalui proses informal negosiasi dengan berbagai pihak yang berkepentingan.

Secara umum aktor-aktor atau yang terlibat dalam proses formulasi kebijakan dibagi dalam dua kategori besar yakni (Jones dalam Buse, 2012) :

1. Aktor Inside Government, pada umumnya meliputi: a) Eksekutif (Presiden; Staf Penasihat Presiden; para Menteri, para Kepala Daerah) yang umumnya merupakan jabatan politis; b) Anggota-anggota dari badan perwakilan rakyat (Lembaga Legislatif); c) Badan dan orang-orang Yudikatif secara parsial; dan d) Birokrasi.
2. Aktor Outside Government, pada umumnya meliputi: a) Kelompok-kelompok kepentingan (*interest groups*) yang bisa berwujud LSM (NGO). Kelompok/ikatan profesional, kelompok bisnis, perserikatan buruh, bahkan organisasi atau lembaga keagamaan; b) Akademisi, peneliti dan konsultan, pihak swasta (perusahaan) memberikan pelayanan sesuai permintaan pemerintah); c) Politisi; d) Media massa; e) Opini

publik; f). Kelompok sasaran kebijakan (beneficiaries); g) Lembaga-lembaga donor.

3. Orang-orang yang terlibat dalam formulasi kebijakan publik tersebut sebagai aktor formulasi kebijakan publik. Sebutan lain bagi aktor adalah partisipan, peserta perumusan kebijakan publik. Oleh karena kebijakan publik mempunyai tingkatan-tingkatan (nasional, umum, khusus, dan teknis), maka para aktor formulasi kebijakan di setiap tingkatan-tingkatan tersebut berbeda.

Tentunya agar kebijakan yang dihasilkan benar-benar sesuai dengan kebutuhan masyarakat, salah satu alternatif yang dilakukan adalah kemauan pemerintah untuk membangun jaringan dengan aktor di luar pemerintah, yaitu aktor privat dan aktor civil society. Pemerintah sudah tidak tepat lagi memandang aktor-aktor tidak resmi sebagai "lawan politik" tetapi sudah saatnya pemerintah menjadikan aktor-aktor itu sebagai "sahabat" dalam membicarakan produk-produk kebijakan publik di daerah.

E. Faktor - faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Beberapa faktor yang mempengaruhi kebijakan antara lain:

1. Komunikasi

Komunikasi adalah proses penyampaian pesan atau informasi dari satu pihak kepada pihak lainnya sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan atau nonverbal. Menurut para ahli, komunikasi juga dapat diartikan sebagai proses yang memungkinkan seseorang untuk menyampaikan rangsangan atau lambang-lambang verbal untuk mengubah perilaku orang lain.

Bentuk-bentuk komunikasi antara lain komunikasi intrapersonal, interpersonal, kelompok, organisasi, dan massa. Tujuan dari komunikasi adalah untuk mencapai kebersamaan dan membangun hubungan antarindividu atau kelompok.

2. Sumber Daya

Secara harfiah, istilah sumber daya berasal dari kata sumber dan daya. Kata sumber biasanya dihubungkan dengan asal mula, titik permulaan sebagai cikal bakal yang dapat berkembang atau bergerak ke mana-mana. Contoh, sumber air panas di pegunungan yang terus mengalir dan bergerak ke mana-mana. Kata lain untuk sumber sering juga diartikan sebagai pokok atau pangkal dari sesuatu. Kata daya sering diartikan sebagai kekuatan atau tenaga yang dapat menggerakkan sesuatu. Dengan demikian, istilah sumber daya secara umum dapat diartikan sebagai sumber kekuatan atau sumber tenaga yang dapat digunakan untuk memacu suatu mekanisme atau kegiatan tertentu sehingga dapat dihasilkan sesuatu (Franc Sinatala dkk., 1988).

Dalam pengertian umum tersebut, istilah sumber daya dapat berupa benda atau bukan benda. Sebagai contoh, aliran sungai dengan debit air yang besar merupakan sumber daya yang tak ternilai untuk keperluan irigasi ataupun pembangkit listrik. Keahlian dan keterampilan yang dimiliki manusia adalah sumber daya. Kekayaan budaya yang dimiliki oleh sesuatu masyarakat juga merupakan sumber daya. Karena itu, sumber daya sering juga dipandang sebagai modal dasar yang dapat dikembangkan sehingga memiliki nilai guna bagi kehidupan manusia. Dengan demikian, jika dihubungkan dengan kehidupan manusia, sumber daya dapat diartikan sebagai "segala sesuatu, baik berupa benda nyata maupun bukan benda nyata, yang dibutuhkan manusia untuk kelangsungan hidupnya (Sandy, dalam Frans Sinatala dkk., 1988)."

Manusia sebagai makhluk biologis dan juga makhluk sosial ditakdirkan untuk memiliki berbagai kebutuhan yang sifatnya tidak terbatas. Untuk memenuhi kebutuhannya tersebut, manusia memerlukan berbagai alat pemuas kebutuhan, baik berupa barang-barang maupun jasa-jasa. Produksi adalah kegiatan manusia dalam rangka menghasilkan barang-barang dan jasa-jasa yang

dibutuhkannya. Untuk melaksanakan produksi tersebut, manusia membutuhkan sumber daya tertentu.

3. Disposisi/ Sikap

Berkaitan dengan disposisi/sikap pelaksana, Edwards III mengatakan bahwa disposisi/sikap pelaksana adalah berfungsi sebagai kegunaan di kalangan pelaksana untuk menerapkan kebijakan, jika penerapan kebijakan dilakukan secara efektif. Pelaksana bukan harus tahu apa yang harus mereka kerjakan, tetapi harus memiliki kemampuan untuk menerapkan kebijakan itu. Disposisi adalah sikap dan komitmen dari pelaksana terhadap program atau kebijakan, khususnya para pelaksana yang menjadi implementator dari program. Dalam hal ini terutama adalah aparatur birokrasi. Keberadaan aparat pelaksana memiliki peranan yang besar dan menentukan keberhasilan suatu kebijakan dalam pelaksanaannya.

4. Kondisi Ekonomi, Sosial dan Politik

Kondisi sosial berarti keadaan yang berkaitan dengan kemasyarakatan yang selalu mengalami perubahan-perubahan melalui proses sosial dimana proses sosial ini terjadi karena adanya interaksi sosial (Farnila, 2015). Kemudian menurut Nurhayati (2015), Kondisi ekonomi merupakan kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok manusia yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendapatan, dan kemampuan memenuhi kebutuhan. Sedangkan menurut Handayani (2022), kondisi politik merupakan keadaan penyelenggara negara pada saat tertentu, yang sedang berusaha mencapai tujuan umum dari rakyat sesuai dengan nilai-nilai bersama, sehingga dapat diterima baik untuk membawa masyarakat ke arah kehidupan bersama yang lebih baik.

F. Penetapan Perumusan Kebijakan

Tahapan perumusan kegiatan merupakan tahap kritis dari sebuah proses kebijakan. Hal ini terkait dengan proses pemilihan alternatif kebijakan oleh pembuat kebijakan yang

biasanya mempertimbangkan pengaruh langsung yang dapat dihasilkan dari pilihan alternatif utama tersebut. Proses ini biasanya akan mengekspresikan dan mengalokasikan kekuatan dan tarik menarik diantara berbagai kepentingan sosial, politik, dan ekonomi. Tahap perumusan kebijakan melibatkan aktivitas identifikasi dan atau merajut seperangkat alternatif kebijakan untuk mengatasi solusi tersebut sebagai persiapan dalam penentuan kebijakan akhir (Sidney dalam Muadi, 2016).

Tahap perumusan juga melibatkan proses penyusunan draft peraturan untuk setiap alternatif yang isinya mendeskripsikan mengenai sanksi, hibah, larangan, hak, serta mengartikulasikan kepada siapa atau kepada apa ketentuan tersebut akan berlaku dan memiliki dampak, dan lain.lain. Perumusan kebijakan melibatkan proses pengembangan usulan akan tindakan yang terkait dan dapat diterima (biasa disebut dengan alternatif, proposal, atau pilihan) untuk menangani permasalahan publik. Perumusan kebijakan menurut Anderson tidak selamanya akan berakhir dengan dikeluarkan sebagai sebuah produk peraturan perundang-undangan (Anderson, 2006; 103-109). Namun, pada umumnya sebuah proposal kebijakan biasanya ditujukan untuk membawa perubahan mendasar terhadap kebijakan yang ada saat ini. Terkait permasalahan itu, terdapat sejumlah kriteria yang membantu dalam menentukan pilihan terhadap alternatif kebijakan untuk dijadikan sebuah kebijakan, misalnya: kelayakannya, penerimaan secara politis, biaya, manfaat, dan lain sebagainya (Sidney dalam Muadi, 2016).

Selain itu, akademisi juga memiliki peran penting sebagai penasihat kebijakan atau think-tank. Pengetahuan dari para akademisi ini seringkali berpengaruh dalam proses perumusan kebijakan.

G. Evaluasi Kebijakan Kesehatan

1. Pengertian Evaluasi Kebijakan

Ada tiga fungsi utama dari evaluasi kebijakan kesehatan. Pertama dan yang paling penting, evaluasi

memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kriteria kebijakan yaitu, seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan yang telah dapat dicapai melalui tindakan publik. Dalam hal ini, evaluasi mengungkapkan seberapa jauh tujuan dan target tertentu telah dicapai.

Kedua, evaluasi memberikan sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target. Nilai diperjelas dengan mendefinisikan dan mengoperasikan tujuan dan target. Nilai juga dikritik dengan menanyakan secara sistematis kepantasan tujuan dan target dalam hubungan dengan masalah yang dituju.

Ketiga, evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi. Informasi tentang tidak memadainya kinerja kebijakan dapat memberi sumbangan pada perumusan ulang masalah kebijakan. Evaluasi dapat juga menyumbang pada definisi alternatif kebijakan yang baru atau revisi kebijakan dengan menunjukkan bahwa alternatif kebijakan yang diunggulkan sebelumnya.

2. Tujuan dan Fungsi Evaluasi kebijakan

Mark mengidentifikasi 4 (empat) tujuan dari evaluasi, yaitu:

- a. *Assessment of merit and worth*: pengembangan pendapat-pendapat yang menjamin bagi level individu dan sosial atas nilai sebuah program atau kebijakan.
- b. *Program and organizational improvement*: usaha untuk menggunakan informasi guna memodifikasi secara langsung dan pelaksanaan program.
- c. *Oversight and compliance*: penilaian sejauh mana program mengikuti arah status, peraturan, standar perintah atau harapan formal yang lainnya.
- d. *Knowledge development*: penemuan atau menguji teori-teori umum, preposisi dan hipotesis dalam konteks kebijakan dan program.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, Dewi (2020) Analisis Kebijakan Pelayanan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat UINSU Medan.
- Buse, Kent; Mays, Nicholas; and Walt, Gill. (2012) Making Health Policy, Second Edition. UK: McGraw-Hill Education.
- Dwi, Anugrah. (2023). Komunikasi Adalah: Pengertian, Jenis, dan Tujuannya. Opini: Fakultas Ilmu Sosial dan Politik UMSU.
- Farnila, S. D., Timan, A., & Nurabadi, A. (2015). Kondisi Sosial, Ekonomi, Dan. Motivasi Peserta Didik Untuk Melanjutkan Pendidikan Ke Perguruan. Tinggi. Universitas Negeri Malang
- Handayani, Novi. (2022). Pengaruh Kondisi Politik Terhadap Sistem Pendidikan Di Indonesia Pada Awal Kemerdekaan Tahun 1945-1950. Skripsi. Universitas Lampung
- Jumiati, Ipah. (2014). Aspek Penting Disposisi Dalam Pemberdayaan Masyarakat Di Perkotaan. Skripsi. Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
- Kusnaedi. (2014). Pengertian dan Konsep Dasar Sumber Daya. Modul. Universitas Terbuka
- Muadi, Sholih. (2016). Konsep dan Kajian Teori Perumusan Kebijakan Publik. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Brawijaya, Malang.

BAB 3

KONSEP MANAJEMEN

Denden Ridwan Chaerudin, MDSc

A. Pendahuluan

Memahami pengertian manajemen penting bagi setiap individu atau masyarakat, khususnya bagi para pemilik perusahaan, pengelola sebuah organisasi. Dalam menjalankan usaha tersebut tentunya dibutuhkan pengetahuan tentang manajemen. Aktivitas manusia dalam mencapai tujuan yang diinginkan tanpa menggunakan manajemen yang baik, hanya akan mengalami kegagalan. Dengan kata lain, bahwa pencapaian manusia dalam memenuhi kebutuhan dan keinginan hidupnya selama ini merupakan dampak dari penerapan manajemen. Jika selama ini penerapan manajemen yang digunakan baik, maka tentu hasilnya baik pula, dan sebaliknya jika manajemen yang diterapkan tidak maksimal, maka hasilnya pun akan demikian. Pengaturan dan pengelolaan tersebut juga harus fleksibel sesuai dengan perubahan dan perkembangan fenomena yang terjadi, sehingga aktivitas yang dilakukan mengandung nilai produktivitas yang dapat mengarahkan pada pencapaian tujuan secara efektif dan efisien. Manajemen memberikan deskripsi secara jelas mengenai tujuan, membagi tanggung jawab dan tugas yang harus ditunaikan oleh masing-masing anggota dalam suatu komunitas, serta menjadi pedoman bersama dalam pola pikir, pola sikap, dan pola laku. Sehingga tugas dan tanggung jawab tersebut dapat diselesaikan

secara teratur, tanpa membebani satu sama lain dalam pencapaian tujuan yang sudah direncanakan.

Dengan demikian, lingkup manajemen sebenarnya sangat luas dan dapat ditemukan dalam berbagai lini-lini kehidupan manusia, dari manajemen yang digunakan untuk mengelola diri pribadi seseorang hingga pada manajemen yang digunakan untuk mengelola suatu organisasi.

B. Pengertian Manajemen

Manajemen berasal dari bahasa latin manus yang berarti "tangan", dalam bahasa italia "maneggiare" berarti "mengendalikan", dalam bahasa inggris istilah manajemen berasal dari kata to manage yang berarti mengatur, mengurus, atau mengelola. Manajemen dikenal sebagai sebuah proses yang mengatur kegiatan perilaku sehingga menimbulkan efek yang baik (Fahrurrozi *et al.*, 2022), dan (Khasanah Jana SN and Jaya Akbar, 2023). Dengan memiliki kemampuan manajemen yang baik, setiap organisasi dapat mengendalikan setiap orang yang berada didalam suatu organisasi perusahaannya, sehingga tujuan dari perusahaan tersebut dapat tercapai sesuai dengan tujuan perusahaan

Istilah manajemen (monogemen) telah diartikan oleh berbagai pihak dengan perspektif yang berbeda, berikut beberapa pendapat para ahli mengenai pengertian manajemen sebagai berikut (Syaiful Amri *et al.*, 2022), dan (Nuning Nurma Dewi, 2021):

1. Menurut James A.f. Stonner

Manajemen merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber-sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang ditetapkan. Dari definisi tersebut bahwa Stoner mengartikan manajemen sebagai seni mengandung arti bahwa hal itu adalah kemampuan atau keterampilan pribadi suatu proses adalah cara sistematis untuk melakukan pekerjaan.

2. Menurut George R. Terry

Manajemen merupakan proses yang membedakan atas perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan dengan memanfaatkan ilmu dan seni dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (Elbadiansyah, 2023).

3. Menurut Ricky w. Griffin

Manajemen merupakan suatu proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran (goals) secara efektif dan efisien.

4. Menurut Davis

Manajemen merupakan fungsi dari setiap kepemimpinan eksekutif manapun.

5. Menurut Millet

Manajemen sebagai proses memimpin dan melancarkan pekerjaan dari arang-arang yang terorganisir secara formal sebagai kelompok untuk memperoleh tujuan yang diinginkan.

6. Menurut Mary Parker Follet

Manajemen merupakan seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain, definisi ini mengandung arti bahwa para manajer mencapai tujuan-tujuan organisasi melalui pengaturan orang-orang lain untuk melakukan berbagai tugas yang mungkin diperlukan.

7. Menurut Horold Koontz dan Cyril O'Donnel

Manajemen merupakan usaha untuk mencapai tujuan tertentu melalui kegiatan orang lain.

8. Menurut Lawrence A. Appley dan Oey Liang Lee

Manajemen merupakan seni pencapaian tujuan yang dilakukan melalui usaha orang lain. Dijelaskan bahwa sebagai seni dan ilmu adalah strategy memanfaatkan tenaga dan pikiran orang lain untuk melaksanakan suatu aktivitas

yang diarahkan pada pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

9. Menurut Frederick Winslow Taylor, F.W

Manajemen merupakan seni untuk mengetahui dengan tepat apa yang anda ingin lakukan dan memastikan bahwa mereka melakukannya dengan cara terbaik dan termurah. Taylor menyatakan bahwa manajemen terbaik adalah ilmu sejati yang didasarkan pada hukum, aturan, dan prinsip tertentu (Suprihanto, 2014).

10. Menurut Sedarmayanti Apu

Manajemen merupakan ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu.

11. Menurut Kreitner

Manajemen merupakan suatu proses kerja melalui orang lain untuk mencapai tujuan organisasi dalam lingkungan yang berubah. Proses ini berpusat pada penggunaan yang efektif dan efisien terhadap penggunaan sumber daya manusia (Fahrurozi *et al.*, 2022).

Dalam perspektif luas, manajemen adalah suatu proses pengaturan dan pemanfaatan sumber daya yang dimiliki organisasi melalui kerjasama para anggota untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Berarti manajemen merupakan perilaku anggota dalam organisasi untuk mencapai tujuannya. Dengan kata lain, organisasi adalah wadah bagi operasionalisasi manajemen. Karena itu di dalamnya ada sejumlah unsur pokok yang membentuk kegiatan manajemen, yaitu unsur manusia (man), barang-barang (materials), mesin (machines), metode (methods), dan uang (money). Unsur-unsur manajemen ini memiliki fungsi masing-masing dan saling berinteraksi atau mempengaruhi dalam mencapai tujuan organisasi terutama proses pencapaian tujuan secara efektif dan efisien (Eman Sulaeman *et al.*, 2022).

C. Unsur-unsur Manajemen

Unsur-unsur manajemen sering kita kenal dengan sebutan 5M di antaranya adalah sebagai berikut (Syaiful Amri *et al.*, 2022):

1. *Man* (Manusia)

Manusia merupakan makhluk yang memiliki kesempurnaan. Di dalam diri manusia segala sesuatunya sudah terprogram. Manusia sangat menentukan, manusialah yang membuat tujuan, melakukan proses kegiatan untuk mencapai tujuan, Tanpa manusia tidak akan ada proses kerja, dan manusialah yang menjadi titik pusat manajemen. Manusialah yang mengatur, merencanakan, mengorganisir, mengkoordinir, mengelala, mengawasi, mengevaluasi dan lain lain.

2. *Money* (Uang)

Uang merupakan alat transaksi yang digunakan manusia dalam memenuhi kebutuhannya, uang juga berfungsi sebagai motif berjaga-jaga dan motif spekulasi. Uang yang dimiliki harus dikelola yang baik, dengan memastikan setiap pengeluaran untuk kegiatan konsumsi maupun kegiatan produksi, sehingga uang yang dimiliki dapat bermanfaat dengan baik. Dengan memiliki uang. maka seseorang dapat membangun sebuah perusahaan.

3. *Machines* (Mesin dan Peralatan)

Mesin dan peralatan adalah sebagai alat bantu kerja manusia, untuk memudahkan melaksanakan pekerjaan, memberikan keuntungan terhadap tenaga kerja. Penggunaannya sangat tergantung kepada manusia, mempermudah tercapainya tujuan hidup manusia, Mesin dapat meringankan pekerjaan dan dapat membuat pekerjaan semakin lebih cepat, sehingga dengan menggunakan mesin hasil pekerjaan menjadi lebih efektif dan efisien. Mesin dan peralatan di zaman sekarang ini sangat diutamakan, karena kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menghasilkan mesin dan peralatan yang kerjanya sangat cepat.

4. *Methods* (Metode)

Metode merupakan cara atau teknik yang digunakan untuk mencapai tujuan, dengan metode tujuan dapat tercapai dengan mudah karena sudah disesuaikan dengan kondisi ataupun keadaan, tercapai atau tidaknya tujuan sangat tergantung kepada cara melaksanakannya atau metodenya, dengan cara kerja yang baik akan memperlancar dan mempermudah jalannya pekerjaan, sehingga bisa mencapai target atau harapan.

5. *Materials* (Bahan-bahan)

Bahan-bahan merupakan jenis bahan baku yang diolah dari bahan mentah, bahan setengah bisa bahan jadi yang nantinya dapat dimanfaatkan untuk memenuhi kebutuhan manusia. Material ini sangat terbatas sehingga perlu kemampuan manajemen untuk mengelolanya secara optimal. Kita ketahui, apabila sumber daya alam yang tersedia setiap harinya digunakan oleh manusia dan tanpa diatur atau dikelola penggunaannya, maka sumber daya alam ini akan habis dengan sangat cepat bahkan pemanfaatannya tidak maksimal.

6. *Market* (Pasar)

Tempat untuk memasarkan produk yang telah dihasilkan. Tanpa adanya pasar bagi hasil produksi, jelas tujuan perusahaan atau organisasi akan tidak mungkin tercapai. Salah satu masalah pokok bagi suatu perusahaan atau organisasi adalah minimal mempertahankan pasar yang sudah ada. Oleh karena itulah, salah satu unsur manajemen yang penting bagi perusahaan atau organisasi yang bertujuan meningkatkan keuntungan adalah dengan pasar (Anang Firmansyah and Budi W, 2018).

D. Fungsi Manajemen

Fungsi manajemen adalah serangkaian kegiatan yang dijalankan dalam manajemen berdasarkan fungsinya masing-masing dan mengikuti tahapan-tahapn tertentu dalam pelaksanaannya. Fungsi-fungsi manajemen, sebagaimana

diterangkan oleh Luther M. Gullick terdiri dari enam fungsi, yaitu (Syaiful Amri *et al.*, 2022):

1. *Planning* (Perencanaan)

Fungsi perencanaan mencakup kegiatan untuk mewujudkan target dan capaian tujuan organisasi. Fungsi perencanaan juga dipandang sebagai suatu proses pengupayaan penggunaan sumber daya manusia yang dimiliki, sumber daya alam yang ada, dan sumber daya yang lainnya untuk mencapai tujuan.

2. *Organizing* (Pengorganisasian)

Fungsi pengorganisasian merupakan suatu proses penetapan struktur peran yang dibutuhkan untuk memasukkan orang-orang ke dalam sebuah organisasi. Selain itu fungsi pengorganisasian merupakan suatu proses dimana fungsi-fungsi operasional, manusia dan fasilitas terkoordinasikan untuk mencapai sasaran/ tujuan yang telah ditetapkan.

3. *Staffing* (Penempatan)

Fungsi penempatan merupakan yaitu menentukan, memilih, mengangkat dan membimbing orang-orang sehingga dapat mencapai tujuan organisasi atau perusahaan

4. *Directing* (Pengarahan/ Pengimplementasian)

Fungsi pengarahan/ Pengimplementasian yaitu proses implementasi program agar bisa dijalankan oleh seluruh pihak dalam organisasi serta proses memotivasi agar semua pihak tersebut dapat menjalankan tanggung jawabnya dengan penuh kesadaran.

5. *Coordinating* (Pengkoordinasian)

Fungsi pengkoordinasian merupakan upaya atau tindakan yang dilakukan seorang manajer untuk menghindari terjadinya kekacauan, percekocokan, kekosongan kegiatan dengan jalan menghubungkan, menyatukan dan menyelaraskan tugas-tugas dan pekerjaan bawahan dalam mencapai suatu tujuan bersama yang telah ditentukan organisasi.

6. *Reporting* (Pelaporan)

Fungsi pelaporan merupakan upaya penyampaian perkembangan atau hasil dan pemberian keterangan berbagai aktivitas dalam lingkup manajemen yang dilakukan sebuah organisasi.

Beberapa literasi mengemukakan pengertian yang berbeda, namun memiliki esensi yang sama. Misalnya saja, Griffin mengemukakan bahwa fungsi-fungsi manajemen adalah perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengawasan. Griffin berbeda dalam hal leading, dimana Griffin bermaksud untuk mengemukakan bahwa kepemimpinan memiliki pengaruh kuat agar kegiatan manajemen dapat dilaksanakan dengan baik. Pendapat Griffin ini sejalan dengan James AF Stoner yang menempatkan fungsi leading sebagai ganti dari directing. Berdasarkan pengertian dari para ahli manajemen tersebut ternyata pandangan dalam mengemukakan fungsi manajemen berbeda. Sekalipun berbeda cara pandangnya tetapi esensi tetap sama, bahwa (Nuning Nurma Dewi, 2021):

1. Manajemen terdiri dari berbagai proses yang terdiri dari tahapan-tahapan tertentu yang berfungsi untuk mencapai tujuan organisasi.
2. Setiap tahapan memiliki keterkaitan satu sama yang lainnya dalam pencapaian tujuan organisasi.

Dalam sebuah organisasi dan perusahaan, fungsi-fungsi manajemen yang sudah diuraikan di atas akan menjadi roda yang berputar konsisten pada porosnya jika dibarengi dengan perawatan dan pemahaman pemahaman dalam menangannya. Dari penjelasan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa fungsi manajemen merupakan serangkaian kegiatan manajerial yang diawali dari sebuah perencanaan hingga evaluasi, agar tercapainya tujuan dari sebuah organisasi. Sehingga setiap organisasi tentunya selalu menerapkan fungsi-fungsi manajemen ini agar mencapai tujuan efektif dan efisien.

E. Sejarah Perkembangan Ilmu Manajemen

Manajemen sama tuanya dengan peradaban di Yunani Kuno dan Kerajaan Romawi. Hal ini karena telah ditemukan banyak bukti dari manajemen dalam arsip sejarah pemerintahan, tantara, dan pengadilan-pengadilan. Menjelang pertengahan pertama abad ke-19, manajemen sudah membuat kemajuan serta dengan peningkatan alat-alat produksi. Perangsang-perangsang, penentuan biaya produksi, dan ukurang kerja mulai digunakan. Sepanjang abad ke-19 dan 20, semakin banyak peneliti, industrialis, dan pegawai pemerintah yang tertarik pada manajemen. Usaha-usaha penting diarahkan kepada perkembangan suatu teori manajemen, dan pembangunan sebuah kerangka bagi manajemen dimasa mendatang diperkirakan pula. Beberapa dasawarsa kemudian tersedia computer, yang membawa penekanan lebih besar pada metode-metode analisis kuantitatif dan manajemen. Yang lebih akhir adalah masuknya pendekatan-pendekatan lain, seperti pemusatan pada pengambilan keputusan dan analisis system-sistem, ke dalam arus utama pemikiran manajemen. Dari berbagai perkembangan ini, muncullah beberapa pendekatan utama terhadap manajemen. Sering diacu sebagai teori-teori ilmu manajemen, atau aliran-aliran pemikiran manajemen (George R. Terry and LW Rue, 2019).

Terdapat tiga aliran pemikiran ilmu manajemen, sebagai berikut (Nuning Nurma Dewi, 2021), dan (Khasanah Jana SN and Jaya Akbar, 2023):

1. Manajemen Klasik

Sebelum sejarah yang disebut zaman manajemen ilmiah muncul, telah terjadi revolusi industri pada abad ke 19, yang menyebabkan meningkatnya kebutuhan akan suatu pendekatan manajemen yang sistematis usaha-usaha pengembangan manajemen kemudian dilakukan oleh para teoritis. Pembahasan perkembangan teori-teori dan prinsip-prinsip manajemen selanjutnya akan dilakukan dengan menguraikan para tokoh dan gagasan-gagasan mereka.

Ada dua tokoh manajemen, yang mengawali munculnya manajemen ilmiah, yaitu Robert Owen dan Charles Babbage.

a. Robert Owen (1771 - 1858)

Pada permulaan tahun 1800 Robert Owen, seorang manajer beberapa pabrik pemintalan kapas di New Lanark Skotlandia, menekankan pentingnya unsur manusia dalam produksi. Dia membuat perbaikan-perbaikan dalam kondisi kerja, seperti pengurangan hari kerja standar, pembatasan anak-anak dibawah umur yang bekerja, membangun perumahan yang lebih baik bagi karyawan dan mengoperasikan toko perusahaan yang menjual barang-barang dengan harga murah. Dia mengemukakan bahwa melalui perbaikan kondisi karyawanlah yang akan menaikkan produksi dan keuntungan, dan investasi yang paling menguntungkan adalah pada karyawan atau "vital machines". Disamping itu Owen mengembangkan sejumlah prosedur kerja yang juga memungkinkan peningkatan produktivitas.

b. Charles Babbage (1792 - 1871)

Charles Babbage adalah seorang profesor matematika dari Inggris, mencurahkan banyak waktunya untuk membuat operasi-operasi pabrik menjadi lebih efisien. Dia percaya bahwa afiliasi prinsip-prinsip ilmiah pada proses kerja akan menaikkan produktivitas dan menurunkan biaya. Babbage adalah penganjur pertama prinsip pembagian kerja melalui spesialisasi. Setiap tenaga kerja harus diberi latihan keterampilan yang sesuai dengan setiap operasi pabrik. Kini perakitan modern yang banyak dijumpai sekarang, di mana setiap karyawan bertanggung jawab atas pekerjaan tertentu yang berulang. Babbage mengajukan kerja sama yang saling menguntungkan antara kepentingan karyawan dan pemilik pabrik, serta merencanakan skema pembagian keuntungan.

a. Manajemen Ilmiah

Aliran manajemen ilmiah (scientific management), ditandai kontribusi-kontribusi dari Frederick W. Taylor, Frank dan Lillian Gilbreth, Hemy L., Gantt, dan Harrington Emerson, yang akan diuraikan satu persatu.

1) Frederick Winslow Taylor (1856 - 1915)

Manajemen ilmiah mula-mula dikembangkan oleh Frederick Winslow Taylor sekitar tahun 1900-an, Taylor disebut sebagai "bapak manajemen ilmiah". Dalam buku-buku literatur, manajemen sering diartikan berbeda. Arti pertama, manajemen ilmiah merupakan penerapan metode ilmiah pada studi, analisa, dan pemecahan masalah-masalah organisasi. Sedangkan arti kedua, manajemen ilmiah adalah seperangkat mekanisme-mekanisme atau Teknik-teknik "a bag of tricks" - untuk meningkatkan efisiensi kerja organisasi. Taylor menuangkan gagasannya dalam tiga judul makalah, yaitu Show Management, The Principle of Scientific Management, dan Testimony Before the Special House Committee, yang dirangkum dalam sebuah buku yang berjudul Scientific Management. Taylor telah memberikan prinsip prinsip dasar (Filsafat) penerapan pendekatan ilmiah pada manajemen, dan mengembangkan sejumlah teknik-tekniknya untuk mencapai efisiensi.

- a) Pengembangan metode-metode ilmiah dalam manajemen, metode yang paling baik untuk pelaksanaan setiap pekerjaan dapat ditentukan
- b) Seleksi ilmiah untuk karyawan, agar setiap karyawan dapat diberikan tanggung jawab atas sesuatu tugas sesuai dengan kemampuannya.
- c) Pendidikan dan pengembangan ilmiah para karyawan.
- d) Kerjasama yang baik antara manajemen dan tenaga kerja.

2) Frank Banker Gilbreth dan Lilian Gilbreth.

Frank Gilbreth, seorang pelopor pengembangan studi gerak dan waktu, menciptakan berbagai teknik manajemen yang diilhami Taylor. Dia sangat tertarik terhadap masalah efisiensi, terutama untuk menemukan "cara terbaik pengerjaan suatu tugas". Sedangkan Lilian Gilbreth lebih tertarik pada aspek-aspek manusia dalam kerja, seperti seleksi, penempatan dan latihan personalia. Dia mengemukakan gagasannya dalam bukunya yang berjudul *The Psychology of Management*. baginya, manajemen ilmiah mempunyai satu tujuan akhir: membantu para karyawan mencapai seluruh potensinya sebagai makhluk hidup.

3) Henry I. Gantt (1868- 1919)

Seperti Taylor, Henry I. Gantt mengemukakan gagasan-gagasan (1) Kerjasama yang menguntungkan antara tenaga kerja dan manajemen, (2) Seleksi ilmiah tenaga kerja, (3) Sistem insentif (bonus) untuk merangsang produktivitas, dan (4) Penggunaan instruksi-instruksi kerja yang terperinci. Kontribusinya yang terbesar adalah penggunaan metode grafik, yang dikenal sebagai "bagan Gantt" (Gantt Chart), untuk perencanaan, koordinasi dan pengawasan produksi. Teknik-teknik scheduling modern dikembangkan atas dasar metode scheduling produksi dari Gantt

4) Harington Emerson (1853- 1934)

Pemborosan dan ketidakefisienan adalah masalah-masalah yang dilihat Emerson sebagai penyakit sistem industri. Oleh sebab itu Emerson mengemukakan 12 (dua belas) prinsip-prinsip efisiensi yang sangat terkenal secara ringkas adalah sebagai berikut:

- a) Tujuan-tujuan dirumuskan dengan jelas
- b) Kegiatan yang dilakukan masuk akal

- c) Adanya staf yang cakap
 - d) Disiplin
 - e) Laporan-laporan yang terpercaya, segera, akurat, sistem informasi dan akuntansi
 - f) Pemberian perintah
 - g) Perencanaan dan pengurutan kerja
 - h) Adanya standar-standar, skedul-skedul, metode dan waktu setiap kegiatan
 - i) Kondisi yang distandarisasi
 - j) Operasi yang distandarisasi
 - k) Instruksi-instruksi praktis yang standar
 - l) Balas jasa efisiensi - rencana insentif
- b. Organisasi klasik
- 1) Henry Fayol (1841 - 1925)

Henry Fayol, seorang industrialis Perancis, mengemukakan teori dan teknik-teknik administrasi sebagai pedoman bagi pengelola organisasi-organisasi yang kompleks dalam bukunya yang terkenal, *Administration industrielle et Generale* (Administrasi Industri dan Umum). Dalam teori administrasinya Fayol memerinci manajemen menjadi lima unsur, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pemberian perintah, pengkoordinasian dan pengawasan. Pembagian kegiatan manajemen (administrasi), atas fungsi-fungsi ini dikenal sebagai Fungsionalisme Fayol.

Fayol membagi operasi-operasi perusahaan menjadi enam kegiatan, yang semuanya saling tergantung satu dengan yang lain. Kegiatan-kegiatan tersebut adalah (1) Teknik: produksi dan manufacturing produk, (2) Komersial: pembelian bahan baku dan penjualan produk, (3) Keuangan (Finansial) : perolehan dan penggunaan modal, (4) Keamanan : perlindungan karyawan dan kekayaan, (5) Akuntansi : pelaporan, dan pencatatan biaya; laba dan

hutang pembuatan neraca, dan pengumpulan data statistik, dan (6) Manajerial

Disamping itu Fayol juga mengemukakan empat belas prinsip-prinsip manajemen yang secara ringkas adalah sebagai berikut:

- a) Pembagian kerja: spesialisasi akan meningkatkan efisiensi pelaksanaan kerja.
- b) Wewenang: hak untuk memberi perintah dan dipatuhi.
- c) Disiplin: respek dan ketaatan pada peranan-peranan dan tujuan-tujuan organisasi.
- d) Kesatuan perintah: setiap karyawan hanya menerima instruksi tentang kegiatan tertentu dari hanya seorang atasan.
- e) Kesatuan pengarahan: operasi-operasi dalam organisasi yang mempunyai tujuan yang sama harus diarahkan oleh seorang manajer dengan penggunaan satu rencana.
- f) Meletakkan kepentingan perseorangan di bawah kepentingan umum: kepentingan perseorangan harus tunduk pada kepentingan organisasi.
- g) Balas jasa: kompensasi untuk pekerjaan yang dilaksanakan harus adil baik bagi karyawan maupun pemilik.
- h) Sentralisasi: adanya keseimbangan yang tepat antara sentralisasi dan desentralisasi.
- i) Rantai skalar (garis wewenang): garis wewenang dan perintah yang jelas.
- j) Order: bahan-bahan (material) dan orang-orang harus ada pada tempat dan waktu yang tepat. Terutama orang-orang hendaknya ditempatkan pada posisi-posisi atau pekerjaan-pekerjaan yang paling cocok untuk mereka.
- k) Keadilan: harus ada kesamaan perilaku dalam organisasi.

- l) Stabilitas staf organisasi: tingkat perputaran tenaga kerja yang tinggi tidak bagi pelaksanaan fungsi-fungsi organisasi.
- m) Inisiatif: bawahan harus diberi kebebasan untuk menjalankan dan menyelesaikan rencananya, walaupun beberapa kesalahan mungkin terjadi.
- n) Esprit de Corps (semangat korps): "kesatuan adalah kekuatan", pelaksanaan operasi organisasi perlu memiliki kebanggaan, kesetiaan dan rasa memiliki dari para anggota yang tercermin pada semangat korps.

2) James D. Mooney.

Mooney, eksekutif General Motors, mengkategorikan prinsip-prinsip dasar manajemen tertentu. Dia mendefinisikan organisasi sebagai sekelompok, dua atau lebih, orang yang bergabung untuk tujuan tertentu. Menurut Mooney, untuk merancang organisasi perlu diperhatikan empat kaidah dasar, yaitu (1) Koordinasi : syarat-syarat adanya koordinasi meliputi wewenang, saling melayani, doktrin (perumusan tujuan) dan disiplin, (2) Prinsip skalar: proses skalar mempunyai prinsip, prospek dan pengaruh sendiri yang tercermin dari kepemimpinan, delegasi dan definisi fungsional, (3) Prinsip fungsional: adanya fungsionalisme bermacam-macam tujuan yang berbeda, dan (4) Prinsip staf: kejelasan perbedaan antara staf dan lini.

3) Mary Parker Follett (1868 - 1933).

Follett dan Barnard bertindak sebagai "jembatan" antara teori klasik dan hubungan manusiawi, karena pemikiran mereka berdasarkan kerangka klasik, tetapi memperkenalkan beberapa unsur-unsur baru tentang aspek-aspek hubungan manusiawi. Follett adalah ahli ilmu pengetahuan sosial pertama yang menerapkan psikologi pada perusahaan, industri dan pemerintah. Dia

memberikan sumbangan besar dalam bidang manajemen melalui aplikasi praktek ilmu-ilmu sosial dalam administrasi perusahaan. Dia menulis Panjang lebar tentang kreativitas, kerja sama antara manajer dan bawahan, koordinasi dan pemecahan konflik. Fulett percaya bahwa konflik dapat dibuat konstruktif dengan penggunaan proses integrasi dimana orang-orang yang terlibat mencari jalan pemecahan bersama perbedaan-perbedaan diantara mereka. Dia juga menguraikan suatu pola organisasi yang ideal dimana manajer mencapai koordinasi melalui komunikasi yang terkendali dengan para karyawan.

4) Chaster I. Barnard (1886 - 1961),

Chaster Barnard, presiden perusahaan Bell Telephone di New Jersey, menulis bermacam-macam subjek manajemen dalam bukunya *The Functions of Executive* yang ditulis pada tahun 1938. Dia memandang organisasi sebagai sistem kegiatan yang diarahkan pada tujuan. Fungsi-fungsi utama manajemen, menurut pandangan Barnard, adalah perumusan tujuan dan pengadaan sumber daya-sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan. Barnard adalah pelopor dalam penggunaan "pendekatan sistem" untuk pengelolaan organisasi.

2. Hubungan Manusiawi

Aliran hubungan manusiawi (perilaku manusia atau nonklasik) muncul karena ketidakpuasan bahwa yang dikemukakan pendekatan klasik tidak sepenuhnya menghasilkan efisiensi produksi dan keharmonisan kerja. Para manajer masih menghadapi kesulitan-kesulitan dan frustrasi karena karyawan tidak selalu mengikuti pola-pola perilaku yang rasional. Sehingga pembahasan "sisi perilaku manusia" dalam organisasi menjadi pening. Beberapa ahli mencoba melengkapi teori organisasi klasik dengan pandangan sosiolog dan psikologi.

a. Hugo Munsterberg (1863-1916).

Sebagai pencetus psikologi industri, Hugo Munsterberg sering disebut "bapak psikologi industri". Dalam bukunya *Psychology and Industrial Efficiency*, dia banyak menguraikan penerapan peralatan-peralatan psikologi untuk membantu pencapaian tujuan produktivitas. Dia mengemukakan bahwa untuk mencapai peningkatan produktivitas dapat dilakukan dengan melalui tiga cara, (1) penemuan best possible person, (2) penciptaan best possible work, dan (3) penggunaan best possible effect untuk memotivasi karyawan. Hugo Munsterberg menyarankan Teknik-teknik yang diambil dari psikologi eksperimen. Sebagai contoh, berbagai metode tentang psikologi dapat digunakan untuk memilih karakteristik tertentu yang cocok dengan kebutuhan suatu jabatan. Riset belajar dapat mengarahkan pengembangan metode latihan. Dan studi perilaku manusia dapat membantu perumusan teknik-teknik psikologi untuk memotivasi karyawan. Sebagai tambahan, Hugo Munsterberg mengingatkan adanya pengaruh faktor-faktor sosial dan budaya terhadap organisasi.

b. Elton Mayo (1880 - 1949) dan Percobaan-percobaan Hawthorne

"Hubungan manusiawi" sering digunakan sebagai istilah umum untuk menggambarkan cara dimana manajer berinteraksi dengan bawahannya. Bila "manajemen personalia" mendorong lebih banyak dan lebih baik dalam kerja, hubungan manusiawi dalam organisasi adalah "baik". Bila moral dan efisiensi memburuk hubungan manusiawi dalam organisasi adalah "buruk". Untuk hubungan manusiawi yang baik, manajer harus mengerti mengapa karyawan bertindak seperti yang mereka lakukan dan faktor-faktor sosial dan psikologi apa yang memotivasi mereka. Elton Mayo, dan asisten risetnya Fritz J. Roethlisberger serta William J.

Dickson, mengadakan suatu studi tentang perilaku manusia dalam berbagai situasi kerja yang sangat terkenal di pabrik Hawthorne milik perusahaan Western Electric dari tahun 1927 sampai 1932. Mereka telah membagi karyawan menjadi kelompok penelitian. Percobaan pertama dilakukan untuk meneliti pengaruh kondisi penerangan terhadap produktivitas. Ketika kondisi penerangan dinaikkan, produktivitas juga naik seperti yang diperkirakan. Tetapi ketika kondisi penerangan dikurangi sampai seperti bila hanya menggunakan sinar matahari, ternyata produktivitas tetap naik. Usaha-usaha percobaan selanjutnya untuk memecahkan masalah "misterius" ini merupakan cara baru hubungan manusiawi.

Dalam percobaan selanjutnya, Mayo dan kawan-kawannya menempatkan dua kelompok yang masing-masing terdiri enam karyawan dalam ruang terpisah. Dalam salah satu ruang kondisi berubah-ubah secara periodic, dan ruang lainnya tidak. Sejumlah variable dicoba: upah dinaikkan; periode istirahat dan jam makan siang lamanya di ubah-ubah, hari kerja dan minggu kerja diperpendek; peneliti yang bertindak sebagai atasan mengikuti kelompok untuk mengikuti periode istirahatnya sendiri dan memberikan kesempatan untuk mengajukan usul perubahan.

Sekali lagi, keluaran di kedua ruang ternyata sama-sama meningkat, Mayo dan kawan-kawan dapat mengesampingkan bahwa insentif keuangan bukan penyebab kenaikan produktivitas, karena skedul pembayaran kelompok yang dipertahankan sama. Mereka menyimpulkan bahwa rantai reaksi emosional yang komplek telah mempengaruhi peningkatan produktivitas. Hubungan manusia diantara anggota kelompok terpilih, maupun dengan peneliti (pengawas) lebih penting dalam menentukan produktivitas dari pada perubahan-perubahan kondisi kerja di atas. Perhatian

simpati dari pengawas yang mereka terima telah mendorong peningkatan motivasi mereka.

Percobaan ini mengarahkan Mayo untuk penemuan penting lainnya bahwa perhatian khusus seperti perasaan terpilih menjadi partisipan dalam studi yang dilakukan manajemen puncak sangat mempengaruhi usaha-usaha mereka. Phenomena ini dikenal sebagai Hawthorne effect.

Penemuan lainnya adalah bahwa kelompok kerja informal lingkungan sosial karyawan juga mempunyai pengaruh besar pada produktivitas. Kemudian, konsep "Makhluk sosial" dimotivasi oleh kebutuhan sosial, keinginan akan hubungan timbal balik dalam pekerjaan, dan lebih responsif terhadap dorongan kelompok kerja pengawasan manajemen telah menggantikan konsep "makhluk rasional" yang dimotivasi oleh kebutuhan-kebutuhan fisik manusia

3. Manajemen Modern

Manajemen modern berkembang melalui dua jalur yang berbeda. Jalur pertama merupakan perkembangan dari aliran hubungan manusia yang dikenal sebagai perilaku organisasi, dan yang lain dibangun atas dasar manajemen ilmiah, dikenal sebagai aliran kuantitatif operation research dan management science atau manajemen operasi.

F. Tujuan Manajemen

Ilmu manajemen bertujuan untuk memberikan gambaran tentang kegiatan manajemen masa lalu dan perkembangan manajemen hingga saat ini. Ada beberapa kemanfaatan ilmu manajemen seperti dikemukakan oleh Hoy dan Miskesl, menjelaskan sebagai berikut (Mulyadi *et al.*, 2021):

1. Teori menyediakan kerangka kerja bagi para profesional.
2. Proses berteori menyediakan model umum untuk menganalisa peristiwa nyata.
3. Teori memandu proses pengambilan keputusan praktis.

Oleh karena itu, teori dan praktek manajemen sebetulnya terkait dengan perkembangan manajemen modern.

Tujuan lain dari ilmu manajemen adalah sebagai berikut (Elbadiansyah, 2023):

1. *Objective* (Sasaran)

Sasaran tujuan manajemen sebaiknya ditetapkan secara realistis, rasional, logis serta ideal yang berdasarkan kepada fakta data, potensi serta kemampuan yang dimiliki.

2. *Purpose* (Maksud)

Adapun maksud dalam manajemen adalah apa yang dapat dicapai pada saat fungsi-fungsi manajemen itu telah terlaksana dengan baik, dan mendatangkan hasil atau perubahan ke arah yang lebih baik.

3. *Vision* (Visi)

Pengertian visi adalah serangkaian kata-kata yang menunjukkan cita-cita atau keinginan yang merupakan nilai inti sebuah organisasi. Visi merupakan tujuan masa depan sebuah organisasi. Visi juga merupakan pikiran-pikiran yang ada di dalam bentuk para pendiri, tentang masa depan yang ingin dicapai.

4. *Mission* (Misi)

Misi adalah tahapan-tahapan yang harus dilalui untuk mencapai visi tersebut, selain itu misi juga merupakan deskripsi atau tujuan mengapa organisasi, perusahaan, instansi tersebut berada di tengah-tengah masyarakat. Misi merupakan penjabaran sebuah visi hanya dituliskan dalam satu kalimat saja, maka misi akan dijabarkan dengan beberapa kalimat atau beberapa point yang mudah dipahami pembaca atau siapa saja yang melihatnya.

5. *Deadline* (Batas waktu)

Adapun Time Management (Manajemen waktu) pada dasarnya adalah suatu kemampuan dalam merencanakan, mengorganisasikan dan mengatur waktu yang akan dihabiskan untuk bias melakukan kegiatan tertentu secara efektif demi untuk mencapai tujuan. Waktu juga merupakan

sumber daya yang harus dapat dikelola dengan baik agar individu yang ada dalam organisasi biasa menggunakannya dengan baik sehingga tercapainya tujuan organisasi yang efektif dan efisien.

6. Standar

Standar dalam sebuah manajemen adalah suatu struktur tugas, prosedur kerja, sistem manajemen dan standar kerja dalam organisasi, namun pengertian standar manajemen akan lebih spesifik jika menjadi standar manajemen mutu, untuk mendukung standarisasi pada setiap mutu produk yang dihasilkan suatu Lembaga, maka lahirlah Organisasi Internasional. Standarisasi seperti International Organization for Standardization (ISO). Misalkan standarisasi untuk bidang Sistem Manajemen Mutu ISO 9001 dan sebagainya.

7. Target

Target adalah capaian yang diharapkan, karena setiap organisasi memiliki target sasaran yang ingin dicapai dalam jangka waktu tertentu, maka dibuatlah program waktu, yaitu sasaran jangka pendek, sasaran jangka waktu menengah, dan sasaran jangka waktu Panjang.

DAFTAR PUSTAKA

- Anang Firmansyah and Budi W (2018) Pengantar Manajemen. Edited by -. Yogyakarta: Penerbit Deepublish (Group Penerbitan CV Budi Utama).
- Elbadiansyah (2023) Pengantar Manajemen. Edited by Zakiyatur Rosidah. Yogyakarta: Penerbit Deepublish (Group Penerbitan CV Budi Utama).
- Eman Sulaeman *et al.* (2022) Dasar Dasar Manajemen. Edited by Eka Purnama Sari Dan M. Taher Rambe. Padang Sumatra Barat: PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Fahrurozi *et al.* (2022) Pengantar Manajemen. Edited by Puput Tri Cahyono. Batam: Cendekia Mulia Mandiri.
- George R. Terry and LW Rue (2019) Dasar Dasar Manajemen. Edited by Bunga Sari Fatmawati. Jakarta: Bumi Aksara.
- Khasanah Jana SN and Jaya Akbar (2023) Pengantar Manajemen. Edited by Imam Wahyudi. Lamongan Jawa Timur: Nawa Literasi Publishing.
- Mulyadi *et al.* (2021) Dasar Dasar Ilmu Manajemen. Edited by Mulyadi dan Muamar. Bengkalis, Riau: DOTPLUS Publisher.
- Nuning Nurma Dewi (2021) Pengantar Manajemen. Edited by Nuning Nurma Dewi. Surabaya: Scopindo Media Pustaka.
- Suprihanto (2014) Manajemen. Edited by Sutarmo. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Syaiful Amri *et al.* (2022) Pengantar Ilmu Manajemen. Edited by Ahmad Bairizki. Lombok Barat NTB: Serval Literindo (Penerbit Seval).

BAB

4

KONSEP PENGORGANISASIAN

Dian Mitra D.S, Ners., M.Kep

A. Pendahuluan

Organisasi merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang bekerja sama secara terstruktur untuk mencapai tujuan. Organisasi merupakan pola hubungan antara individu di bawah arahan manajer untuk mengejar tujuan bersama. Tujuan organisasi merupakan hasil keputusan yang disusun pada fase perencanaan, dalam mengimplementasikan rencana para manajer perlu melakukan pengorganisasi.

Pengkoordinasian adalah merupakan fungsi kedua dalam manajemen baik di perusahaan maupun di lembaga organisasi yang identik dengan sekelompok individu yang terstruktur dan sistematis yang berada dalam sebuah sistem. Pengkoordinasian merupakan fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti halnya fungsi perencanaan, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh manusia akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan dapat dilakukan dengan koordinasi.

Pengorganisasian (*Organizing*) dan Prinsip Pengorganisasian atau *Organizing* merupakan salah satu dari 4 fungsi manajemen. Umumnya, fungsi pengorganisasian dilakukan setelah fungsi Perencanaan (*planning*). Hal ini dapat dilihat dari urutan 4 fungsi manajemen yang meliputi Perencanaan, Pengorganisasian, Kepemimpinan dan Pengendalian yang dalam bahasa Inggris biasanya disebut

dengan POALC (Planning, Organizing, Actuating, Leading and Controlling). Pengorganisasian juga merupakan proses mengatur orang-orang dan sumber daya lainnya untuk bekerja ke arah tujuan bersama. Dalam pengorganisasian, penyusunan struktur organisasi merupakan hal yang sangat penting agar setiap orang yang berada dalam organisasi tersebut mengetahui dengan jelas tugas atau pekerjaan, tanggung jawab, hak dan wewenang mereka.

B. Pengertian Pengorganisasian

Pengorganisasian diambil dari kata *organizing*. Berasal dari kata *to organize* yang mengandung arti menyusun bagian yang terpisah menjadi suatu kesatuan sehingga dapat digunakan untuk menjalankan tindakan dalam pencapaian tujuan. (Dr. Muhammad Rifa'i, 2019).

Secara terminologi, beberapa teoritis mendefinisikan pengorganisasian merupakan proses membagi kerja ke dalam tugas kecil, membebaskan tugas itu kepada orang sesuai dengan kemampuannya, dan mengalokasikan sumber daya, serta mengkoordinasikannya dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi. (Fatah, 2012)

George R. Terry menyebutkan pengertian Pengorganisasian adalah proses membangun kerja sama yang efektif di antara sejumlah orang agar supaya mereka dapat bekerja bersama-sama secara efisien dan mendapat kepuasan dalam melakukan tugas sesuai kondisi lingkungan yang ada dalam rangka mencapai tujuan. (Terry, 2009)

Pengorganisasian bukan hanya masalah penetapan struktur organisasi kemudian mengisi setiap setiap kotak struktur dengan job description dan kemudian mencari orang yang sesuai dengan job descriptionnya (*staffing*). Tetapi lebih dari itu pengorganisasian adalah proses manajerial yang berkelanjutan. Peninjauan kembali struktur organisasi, job description, dan *staffing* nya juga merupakan rangkaian kegiatan pengorganisasian. (Wahjono, 2022).

C. Dimensi Pengorganisasi

Menurut (Munir, 2012) yang memperkenalkan konsep Weisbord, ia menggambarkan enam dimensi yang menggambarkan dimensi organisasi diantaranya:

1. Dimensi Tujuan (*Purpose*)

Dimensi ini menyangkut apa yang akan dilakukan oleh organisasi. Untuk menjamin agar organisasi berjalan baik, efektif, efisien, dan produktif maka pusat perhatian manajer menurut dimensi ini adalah tertuju pada dua komponen, yakni:

- a. Bagaimana merumuskan visi dan misi serta rencana strategis organisasi,
- b. Bagaimana rencana strategis dijabarkan ke dalam rencana tahunan dan program prioritas.

Kesemuanya ini harus terdeskripsi dengan jelas, tersosialisasi ke seluruh jajaran organisasi dan dimengerti oleh seluruh staf untuk dijadikan acuan dalam melaksanakan tugas-tugas organisasi.

Penting untuk diperhatikan bahwa komponen tujuan ini sangat dipengaruhi oleh faktor eksternal yang bisa berubah setiap saat, kapan saja dan dimana saja. Oleh karena itu, rumusan visi dan misi organisasi harus menyesuaikan diri dengan tuntutan eksternal. Disamping faktor lingkungan eksternal, perubahan visi organisasi juga dipengaruhi oleh mimpi manajer puncak. Dengan demikian, manajer organisasi yang efektif merupakan manajer yang memiliki mimpi untuk mengembangkan organisasi di masa depan.

2. Dimensi Struktur (*Structure*)

Dimensi ini menyangkut bagaimana kita membagi habis pekerjaan dalam organisasi. Karena struktur mengikuti fungsi maka pusat perhatian kita tertuju pada empat komponen, yakni:

- a. Apakah struktur organisasi mendukung upaya pencapaian tujuan organisasi
- b. Apakah pembagian tugas menjamin keseimbangan beban tugas untuk setiap orang

- c. Apakah tugas dan fungsi unit kerja, uraian tugas, serta SOP untuk setiap jenis tugas sudah terdeskripsi dengan jelas
- d. Apakah struktur organisasi mempermudah proses koordinasi antar unit kerja.

3. Dimensi Hubungan (*Relationship*)

Dimensi hubungan (*relationship*) meliputi hubungan antar manusia dan antar unit kerja, menyangkut bagaimana mengelola konflik antar individu dan antar unit kerja dengan cara kita. Efektivitas hubungan antar manusia dan antar unit kerja organisasi perlu didukung oleh sekurang-kurangnya tiga komponen, yakni:

- a. Komunikasi efektif menyangkut hubungan kerja dan hubungan pribadi, seperti; atasan dan bawahan, teman kerja selevel, unit-unit kerja terkait, staf organisasi dengan pelanggan.
- b. Pemahaman dan penanganan konflik yang terjadi di antara seluruh jajaran organisasi.
- c. Perhatian terhadap pentingnya upaya membangun kolaborasi di antara seluruh jajaran organisasi, serta tatanan koordinasi.

4. Dimensi Sistem Imbalan (*Payment System*)

Dimensi ini menyangkut apakah tersedia imbalan yang layak atas prestasi kerja staf organisasi. Sistem imbalan (*payment system*) akan memotivasi staf apabila didukung tiga komponen, yakni:

- a. Sistem kompensasi (*compensation*) yang memadai dan seimbang antara beban kerja dan penghasilan.
- b. Sistem penghargaan (*reward*) atas prestasi kerja terbaik (*excellence*) dan mampu mendorong peningkatan prestasi kerja organisasi yang lebih baik di masa depan
- c. Tersedianya peluang untuk mengembangkan diri dan karir serta promosi yang terbuka dan bisa diakses oleh seluruh staf secara adil.

5. Dimensi Mekanisme Penunjang (*Helpful Mechanism*)

Dimensi ini menyangkut apakah organisasi sudah memiliki mekanisme kerja atau prosedur koordinasi yang efektif dalam memanfaatkan teknologi untuk melaksanakan tugas organisasi. Mekanisme penunjang meliputi:

- a. Prosedur kerja untuk setiap tugas
- b. Kebijakan organisasi
- c. Berbagai tatanan yang mengatur proses kerja
- d. Sumber daya manusia yang memiliki pengetahuan, keterampilan kerja yang baik, serta sikap kerja positif, bersifat inovatif dan kreatif serta motivasi kerja yang kuat
- e. Tersedianya program pelatihan yang berkesinambungan untuk peningkatan/pembinaan pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja yang kuat
- f. Memiliki mekanisme koordinasi yang terdeskripsi dengan jelas
- g. Tersedianya sistem informasi manajemen (SIM) yang bisa diakses oleh setiap orang di setiap unit kerja
- h. Tersedianya sistem monitoring, dimana pimpinan di setiap unit kerja secara kontinyu, dapat memonitoring dan mengontrol serta membimbing staf untuk melaksanakan tugas
- i. Tersedianya sarana kerja yang lengkap dan berada dalam kondisi layak pakai.

6. Dimensi Kepemimpinan (*Leadership*)

Dimensi ini menyangkut kepemimpinan dalam organisasi mampu memelihara keseimbangan di antara kelima komponen di atas. Untuk mencapai efektivitas kepemimpinan perlu didukung oleh delapan komponen, yakni:

- a. Kemampuan untuk memotret keseluruhan aktivitas organisasi
- b. Pemahaman mengenai gaya-gaya kepemimpinan efektif dalam situasi lingkungan fisik dan sosial (bawahan yang beragam kemampuan dan kemauan kerjanya)

- c. Pemahaman tentang perlunya membangun organisasi pembelajar (*learning organization*) untuk membawa organisasi lebih maju, antisipatif, dan adaptif, sesuai dengan perubahan lingkungan eksternal yang demikian cepat.
- d. Pemahaman tentang perlunya pemimpin berorientasi kepada nilai-nilai budaya serta perilaku budaya bawahan dan pelanggan.
- e. Komitmen pemimpin untuk melibatkan seluruh jajarannya guna merumuskan tujuan organisasi dan seluruh programnya dipahami oleh seluruh jajaran organisasi dan membangun komitmen mereka terhadap percepatan tujuan organisasi tersebut
- f. Kewajiban pemimpin untuk membantu bawahan untuk dapat melaksanakan tugasnya dengan baik, dengan member petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan
- g. Pemimpin memberikan pendelegasian wewenang kepada bawahan, sesuai tupoksi dan kompetensinya.

D. Manfaat Pengorganisasian

Menurut (Agus, 2016) manfaat yang dihasilkan dari organisasi adalah sebagai berikut:

1. Ekonomi

Berupa barang dan jasa yang menjamin kebutuhan material manusia.

2. Politik

Menjamin suatu keadaan yang stabil dalam masyarakat. Situasi politik yang stabil dapat membantu pencapaian kemakmuran.

3. Sosial

Manfaat yang diperoleh melalui interaksi sosial, karena pada dasarnya manusia adalah makhluk sosial.

4. *Utility of Time*

Manfaat yang diperoleh karena waktu, misalnya pemberian kredit.

5. *Utility of Place*

Manfaat yang diperoleh karena tempat, misalnya orang masuk organisasi karena tempat organisasi itu adalah di wilayah tempat tinggalnya.

Berdasarkan manfaat diatas membantu kita mengidentifikasi motif-motif seseorang melibatkan diri menjadi anggota suatu organisasi. Prinsip pokoknya adalah faedah-faedah yang diinginkan oleh setiap orang dalam organisasi sangat bersifat pribadi. Masing-masing individu memiliki orientasi dan motif yang berbeda. Karena itu masing-masing individu mempunyai penilaian tersendiri terhadap faedah pada organisasi yang sama.

E. **Jenis-jenis Pengorganisasian**

Menurut (H. Malayu, 2001) ditinjau dari berbagai sudut pandang jenis organisasi dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan proses pembentukannya

a. Organisasi Formal

Organisasi yang dibentuk secara sadar dengan tujuan-tujuan tertentu yang disadari dan diatur dengan ketentuan formal dalam anggaran dasar dan anggaran rumah tangga (AD/ART). Hubungan antar orang dan antar bagian yang terjadi didalamnya adalah hubungan jabatan sebagaimana diatur dalam ketentuan-ketentuan tertulis. Contoh organisasi jenis di atas adalah; organisasi birokrasi, organisasi TNI/POLRI, organisasi privat/perusahaan. Organisasi birokrasi dibentuk secara sadar untuk memberikan pelayanan kepada publik. Organisasi ini diatur dan dijalankan dengan enam prinsip, yakni; prinsip yurisdiksional, prinsip hirarki jabatan, prinsip spesialisasi, prinsip stabilitas, menyeluruh dan mudah dipelajari.

b. Organisasi Informal

Organisasi yang terbentuk tanpa disadari sepenuhnya, tujuannya tidak jelas, AD/ART tidak ada, dan hubungan yang terjalin secara pribadi. Contoh

organisasi jenis ini kelompok belajar, kelompok bermain, dimana orang-orang yang berkumpul dalam organisasi ini bersifat sementara, sehingga tidak memiliki AD/ART dan hubungan antar anggotanya terjalin secara pribadi.

2. Berdasarkan kaitan hubungannya dengan pemerintah

a. Organisasi Resmi

Organisasi yang dibentuk oleh pemerintah atau terdaftar pada negara. Misalnya lembaga swadaya masyarakat, organisasi massa, yayasan, dan lain-lain. Yayasan pondok pesantren, misalnya harus terdaftar di Departemen Agama, Pemerintah Daerah, harus memiliki akta notaris.

b. Organisasi Tidak Resmi

Organisasi yang tidak ada hubungannya dengan pemerintah atau tidak terdaftar pada negara. Misalnya grup kesenian lenong, grup tari kreasi.

3. Berdasarkan Skala (Ukuran) Besar Kecilnya

a. Organisasi besar

b. Organisasi sedang

c. Organisasi kecil

Tolak ukur atau skala besar kecilnya organisasi bersifat relatif, karena ditentukan oleh banyak faktor. Yang penting menjadi catatan adalah ukuran organisasi akan mempengaruhi pilihan manajemen yang akan ditetapkan. Tentu saja manajemen yang diterapkan oleh seorang manajer pada organisasi dengan 10 orang anggota akan berbeda dengan 1000 anggota.

4. Berdasarkan Tujuannya

Klasifikasi jenis organisasi berdasarkan tujuan diantaranya sebagai berikut:

a. *Public organization* (organisasi publik)

Merupakan organisasi non-profit yang tujuan utamanya untuk melayani kepentingan umum tanpa perhitungan rugi-laba. Misalnya pemerintah, pemerintah daerah, yayasan.

b. *Business Organization* (organisasi perusahaan), adalah organisasi yang didirikan untuk tujuan komersial (mendapatkan laba) dan semua tindakannya selalu bermotifkan laba (profit motive). Misalnya CV, PT, Koperasi, BUMN, BUMD, dan lain-lain.

5. Berdasarkan tipe-tipe/bentuknya

Jenis organisasi berdasarkan tipe atau bentuknya diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Organisasi Lini (*Line Organization*).

Diperkenalkan oleh Henry Fayol, organisasi jenis ini menggambarkan organisasi kecil. Karena pendelegasian wewenang yang dilakukan secara vertikal melalui garis terpendek dari seorang atasan kepada bawahannya. Pelaporan tanggung jawab dari bawahan kepada atasannya juga dilakukan melalui garis vertikal yang terpendek. Perintah hanya diberikan seorang atasan saja dan pelaporan tanggung jawab kepada atasan bersangkutan.

Ciri organisasi lini antara lain:

- 1) Organisasi relatif kecil dan masih sederhana
- 2) Hubungan antara atasan dan bawahan masih bersifat langsung melalui garis wewenang terpendek
- 3) Pucuk pimpinan biasanya pemilik Perusahaan
- 4) Jumlah karyawan relatif sedikit dan saling mengenal
- 5) Tingkat spesialisasi belum begitu tinggi dan alat-alatnya juga beraneka ragam
- 6) Pucuk pimpinan merupakan satu-satunya sumber kekuasaan, keputusan, dan kebijakan organisasi
- 7) Masing-masing kepala unit mempunyai wewenang dan tanggung jawab penuh

Menurut (H.Malayu, 2001) kelebihan dan kekurangan organisasi lini sebagai berikut:

- 1) Kelebihan Organisasi Lini
 - a) Kesatuan pimpinan dan asas kesatuan komando tetap dipertahankan sepenuhnya

- b) Garis komando dan pengendalian tegas, tidak mungkin terjadi kesimpangsiuran karena pimpinan langsung berhubungan dengan karyawan
 - c) Proses pengambilan keputusan, dan instruksi berjalan cepat, dan tidak bertele-tele
 - d) Pengawasan melekat secara ketat terhadap kegiatan-kegiatan karyawan dapat dilaksanakan
 - e) Kedisiplinan dan semangat kerja karyawan umumnya baik
 - f) Koordinasi relatif mudah dilaksanakan
 - g) Rasa solidaritas dan spirit de corp pada karyawan pada umumnya tinggi, karena masih sangat saling mengenal
- 2) Kekurangan Organisasi Lini
- a) Tujuan pribadi puncak pimpinan dan tujuan organisasi seringkali tidak dapat dibedakan
 - b) Ada kecenderungan dan kesempatan pucuk pimpinan untuk bertindak secara otoriter/dictator
 - c) Maju dan mundurnya organisasi bergantung pada kecakapan pucuk pimpinan saja, karena wewenang menetapkan keputusan, dan pengendalian dipegang sendiri
 - d) Organisasi secara keseluruhan terlalu bergantung pada satu orang, sehingga jika ia tidak mampu atau berhalangan maka organisasi terancam kehancuran
 - e) Kaderisasi dan pengembangan bawahan kurang mendapat perhatian, karena mereka tidak diikutsertakan dalam perencanaan, pengambilan keputusan, dan pengendalian.
 - f) Rencana, keputusan dan pengendalian relative kurang baik karena adanya keterbatasan (*limits factor*) manusia.
- b. Organisasi Fungsional (*Functional Organization*)
- Merupakan organisasi yang disusun berdasarkan sifat dan jenis pekerjaan yang harus dilakukan. Pada tipe ini, masalah pembagian kerja mendapat perhatian yang

sungguh-sungguh. Pembagian kerja didasarkan pada spesialisasi yang sangat mendalam dan setiap pejabat hanya mengerjakan suatu tugas atau pekerjaan sesuai dengan spesialisasinya.

Ciri-ciri organisasi fungsional adalah:

- 1) Pembidangan tugas secara tegas dan jelas dapat dibedakan
- 2) Bawahan akan menerima perintah dari beberapa orang atasan
- 3) Penempatan pejabat berdasarkan spesialisasi
- 4) Koordinasi menyeluruh biasanya hanya dilakukan pada tingkat atas
- 5) Terdapat dua kelompok wewenang, yaitu wewenang lini dan wewenang fungsi.

Kelebihan dan kekurangan organisasi Fungsional

- 1) Kelebihan Organisasi Fungsional
 - a) Spesialisasi karyawan dapat dikembangkan dan dimanfaatkan secara optimal
 - b) Para karyawan akan terampil di bidang masing-masing
 - c) Efisiensi dan Produktivitas dapat ditingkatkan
 - d) Solidaritas, moral, dan kedisiplinan karyawan yang mengerjakan pekerjaan sama tinggi
- 2) Kekurangan organisasi fungsional:
 - a) Para bawahan sering bingung karena mendapat perintah dari beberapa bawahan
 - b) Pekerjaan kadang sangat membosankan karyawan
 - c) Para karyawan sulit mengadakan alih tugas akibat spesialisasi yang mendalam, kecuali mengikuti pelatihan terlebih dahulu
 - d) Karyawan terlalu mementingkan bidangnya atau spesialisasinya sehingga koordinasi secara menyeluruh sulit dilakukan
 - e) Sering timbul solidaritas kelompok yang berlebihan sehingga dapat menimbulkan pengklasifikasian ikatan karyawan yang sempit.

c. Organisasi Lini dan Staf (*Line and Staff Organization*)

Merupakan kombinasi dari organisasi lini dan organisasi fungsional. Kombinasi dilakukan dengan cara memanfaatkan kelebihan keduanya dan meniadakan kekurangan keduanya. Asas kesatuan komando tetap dipertahankan tetapi pelimpahan wewenang tetap berlangsung secara vertikal. Pucuk pimpinan tetap sepenuhnya berhak menetapkan keputusan, kebijakan dan merealisasikan tujuan organisasi. Dalam membantu kelancaran tugas pimpinan, ia mendapat bantuan dari para staf. Tugas para staf juga memberi pemikiran, saran-saran, data, informasi, dan pelayanan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan untuk menetapkan keputusan dan kebijakan.

Ciri-ciri Organisasi Lini dan Staf:

- 1) Pucuk pimpinannya hanya satu orang, dan dibantu oleh para staf
- 2) Terdapat dua kelompok wewenang, yaitu wewenang lini dan wewenang staf
- 3) Kesatuan perintah tetap dipertahankan, setiap atasan mempunyai bawahan tertentu dan setiap bawahan hanya mempunyai seorang bawahan langsung
- 4) Organisasi besar, karyawan banyak, dan pekerjaan bersifat kompleks.
- 5) Hubungan antara atasan dan bawahan tidak bersifat langsung
- 6) Pimpinan dan para karyawan tidak semuanya saling mengenal
- 7) Spesialisasi yang beraneka ragam diperlukan dan digunakan secara optimal

Kelebihan dan Kekurangan Organisasi Lini dan Staf

- 1) Kelebihan Organisasi Lini dan Staf
 - a) Asas kesatuan pimpinan tetap dipertahankan, sebab pimpinan tetap berada dalam satu komando
 - b) Adanya pengelompokan wewenang, yaitu wewenang lini dan wewenang staf

- c) Adanya pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas antara pimpinan, staf, dan pelaksana
 - d) Pimpinan mempunyai bawahan tertentu, sedangkan bawahan hanya mempunyai seorang atasan tertentu saja
 - e) Bawahan hanya mendapat perintah dan memberikan tanggung jawab kepada seorang atasan tertentu saja
 - f) Pelaksanaan tugas-tugas pimpinan relatif lancar, karena mendapat bantuan data, informasi, saran-saran, dan pemikiran dari para stafnya
 - g) Organisasi lebih fleksibel dan luwes, karena dapat diterapkan pada organisasi besar maupun kecil
 - h) Kedisiplinan dan moral karyawan tinggi karena tugas-tugasnya sesuai dengan keahliannya
 - i) Keuntungan dari spesialisasi dapat diperoleh seoptimal mungkin
 - j) Koordinasi relatif mudah dilakukan karena sudah ada pembagian tugas yang jelas
 - k) Bakat karyawan yang berbeda-beda dapat dikembangkan karena mereka bekerja sesuai dengan kecakapan dan keahliannya
 - l) Perintah dan pertanggungjawaban melalui garis vertikal terpendek
- 2) Kelebihan Organisasi Lini dan Staf
- a) Kelompok pelaksana sering bingung untuk membedakan perintah atau bantuan nasehat
 - b) Solidaritas karyawan kurang, karena tidak saling mengenal
 - c) Persaingan tugas yang terpenting

Dalam organisasi dikenal dua macam staf, yakni Staff Ahli (specialist staff) dan Staf Personalia (Personal Staff).

1) Staf Ahli (*Specialist Staff*)

a) Staf Penasehat (*Advisory staff*)

Bertugas memberikan petunjuk, bukan untuk mendapat petunjuk dari atasannya mengenai suatu permasalahan. Seorang staf penasehat harus menguasai semua masalah, memberikan solusi, pemikiran, dan mempersiapkan fasilitas, data, serta informasi yang akan digunakan atasan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

b) Staf Pelayanan (*Service staff*)

Tugasnya adalah melaksanakan suatu jasa/aktivitas yang terpisah dari pekerjaan manajer lini. Manajer yang menerapkan staf pelayanan harus mendengarkan stafnya sebelum mengambil suatu keputusan.

c) Staf Pengendalian (*Control staff*)

Merupakan unit-unit staf yang mempunyai tugas untuk melakukan kontrol baik langsung maupun tidak langsung atas semua pekerjaan unit pada struktur organisasi itu.

d) Staf fungsional (*Functional staff*)

Wewenangnya berhubungan dengan fungsi-fungsi tertentu saja, misalnya bertugas memberi petunjuk bagaimana caranya suatu tugas tertentu dilaksanakan dan kapan dilaksanakannya.

2) *Personal staff* (Staf Personalia)

a) Pembantu (*Assistant to*)

Suatu unit yang tidak mempunyai wewenang formal, tetapi biasanya disertai wewenang fungsi staf atas sejumlah aktivitas. Tujuan utama asisten pribadi adalah untuk memperluas kapasitas manajer dalam menyelesaikan pekerjaan yang banyak.

b) Staf Umum (*General staff*)

Golongan yang dikoordinasi dan bertindak melalui atasannya. Misalnya juru bicara presiden, akan bertindak atau berbicara di media atas nama presiden.

d. Organisasi Komite (*Committees Organization*)

Merupakan suatu organisasi yang masing-masing anggota mempunyai wewenang sama dan pimpinannya kolektif, karena itu pimpinan komite bersifat manajerial.

Ciri-ciri organisasi komite:

- 1) Pembagian tugasnya jelas dan tertentu
- 2) Wewenang semua anggota sama besarnya
- 3) Tugas pimpinan dan tanggung jawab dilaksanakan secara kolektif
- 4) Para pelaksana dikelompokkan menurut bidang / komisi tugas tertentu yang harus dilaksanakan dalam bentuk gugus tugas/divisi
- 5) Keputusan merupakan keputusan semua anggotanya

Kelebihan dan Kekurangan Organisasi Komite

- 1) Kelebihan Organisasi Komite
 - a) Keputusan yang diambil relatif lebih baik, karena diputuskan oleh beberapa orang
 - b) Kecenderungan untuk bertindak secara otoriter/diktator dapat dicegah
 - c) Pembinaan dan partisipasi dapat ditingkatkan
- 2) Kekurangan Organisasi Komite
 - a) Penanggung jawab keputusan kurang jelas, sebab hasil keputusan merupakan keputusan bersama
 - b) Waktu untuk mengambil keputusan lama dan biayanya besar
 - c) Adanya tirani mayoritas yang dapat memaksakan keinginannya melalui pemungutan suara dengan sistem pemilihan suara terbanyak

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, M., 2016. Manajemen Organisasi. Mataram: IAIN Mataram.
- Dr. Muhammad Rifa'i, M., 2019. Manajemen Organisasi Pendidikan. Malang, Jawa Timur: CV. Humanis.
- Fatah, N., 2012. Manajemen Pendidikan. Yogyakarta: Ar-ruzz Media.
- H.Malayu, S. H., 2001. Manajemen Sumber Daya Manusia. Makassar: Bumi Aksara.
- Munir, B., 2012. Six Demension Organization dengan Pendekatan Organization Development. Yogyakarta: s.n.
- Terry, G. R., 2009. Guide to Management. Jakarta: Bumi Aksara.
- Wahjono, S. I., 2022. Manajemen Pengorganisasian. Surabaya, s.n.

BAB 5

KEPEMIMPINAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Imram Radne Rimba Putri, S.Kep., Ns., MMR

A. Pendahuluan

Adanya perubahan, tantangan, dan peluang yang sedang dihadapi oleh dunia kesehatan di Indonesia saat ini, ditambah dengan tuntutan masyarakat pada kualitas pelayanan kesehatan semakin tinggi. Berdampak pada beberapa tuntutan untuk tenaga kesehatan, diantaranya dalam memberikan pelayanan yang profesional dan kontinyu. Tuntutan dalam menghadapi berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh pasien dan keluarganya. Untuk itu maka diperlukannya kepemimpinan di pelayanan kesehatan yang handal yang dapat menjawab semua perubahan, tantangan dan peluang yang ada di pelayanan kesehatan (Eberhart *et al.*, 1999).

B. Konsep Dasar Pemimpin dan Kepemimpinan

Beberapa pengertian pemimpin dari berbagai pakar (Hasibuan, 2011):

1. Peter Drucker

Pemimpin adalah seseorang yang memiliki pengikut yang mempercayai dan mengikuti perintah yang di ucapkannya.

2. Malayu S.P. Hasibuan

Seorang pemimpin adalah dia yang memberi tahu timnya (bawahan) apa yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan mereka.

3. Kartini Kartono

Pemimpin adalah seseorang yang benar-benar ahli dalam suatu hal dan dapat meyakinkan orang lain untuk bekerja sama melakukan hal tertentu dan mencapai tujuan (Kartini, 2010).

4. John Gage Allee

Pemimpin adalah pemandu, penunjuk, penuntun; komandan.

Dapat disimpulkan bahwa pemimpin adalah seseorang yang memiliki kemampuan untuk mempengaruhi, menggerakkan dan memotivasi orang lain untuk secara sukarela mengerjakan sesuatu melalui kekuasaan yang ada demi tercapainya tujuan yang diinginkan.

Beberapa pengertian kepemimpinan dari berbagai pakar (Gary, 2010):

1. Warren Bennis

Kepemimpinan berarti sebagai 'fungsi mengenal diri sendiri, memiliki visi yang dikomunikasikan dengan baik, membangun kepercayaan di antara rekan kerja, dan mengambil tindakan efektif untuk mewujudkan potensi kepemimpinan Anda sendiri.

2. Rauch & Behling (1984)

Kepemimpinan adalah ketika seseorang membantu sekelompok orang bekerja sama untuk mencapai sesuatu yang ingin mereka lakukan dalam mencapai tujuan bersama.

3. Hemhill & Coon (1995)

Kepemimpinan adalah seseorang yang membantu sekelompok orang bekerja sama untuk mencapai tujuan yang ingin mereka capai.

4. William G. Scott (1962)

Kepemimpinan adalah sebagai proses bertanggung jawab dan membantu sekelompok orang bekerja sama untuk mencapai suatu tujuan.

5. Reed (1976)

Kepemimpinan adalah bagaimana seorang pemimpin memberdayakan sumber daya manusia di organisasinya agar mengikuti kehendak pimpinan dalam berjuang mencapai tujuan organisasi.

Dapat disimpulkan bahwa kepemimpinan adalah sifat, sikap, perilaku pemimpin dan proses-proses yang dilakukan untuk mempengaruhi orang lain (bawahan) demi tercapainya tujuan. Proses mempengaruhi, menggerakkan dan memotivasi orang lain dilakukan melalui komunikasi (baik verbal maupun nonverbal) dan memberikan teladan. Karena itu kepemimpinan seseorang dan orang lain akan berbeda-beda sesuai dengan nilai atau gaya kepemimpinan yang dianut oleh masing-masing pemimpin. Maka dapat dikatakan bahwa pemimpin yang memimpin berarti proses mengarahkan, mempengaruhi, dan memotivasi karyawan agar dapat menjalankan tanggung jawabnya dengan penuh kesadaran dan produktivitas yang tinggi.

C. Etika Pemimpin

Seorang pemimpin hendaknya mempunyai etika dalam kepemimpinannya. Kepemimpinan yang etik menggabungkan antara pengambilan keputusan dan perilaku etik; dan ini tampak dalam konteks individu dan organisasi. Bila pemimpin memiliki nilai-nilai etika pribadi yang jelas dan nilai-nilai etika organisasi, maka perilaku etik adalah apa yang konsisten sesuai dengan nilai-nilai tersebut. Terdapat 7 kebiasaan pemimpin yang beretika bekal memimpin secara efektif (Covey, 2004):

1. Memiliki karakter pribadi yang kuat
2. Memiliki hasrat untuk melakukan sesuatu yang benar
3. Bersikap proaktif
4. Memperhatikan kebutuhan seluruh pemangku kepentingan
5. Menjadi teladan yang menjalankan nilai-nilai organisasi
6. Transparan dan berperan aktif dalam pengambilan keputusan
7. Melihat secara menyeluruh budaya organisasi perusahaan

D. Teori yang Mendasari Suksesnya Pemimpin

Tidak semua orang yang menjadi pemimpin akan sukses dalam kepemimpinannya, kesuksesan pimpinan jika mampu menjalankan fungsi manajemen dengan baik. Terdapat beberapa teori yang mendasari suksesnya kepemimpinan. Antara lain:

1. Teori Manusia Hebat.

Yaitu Sebuah teori yang menyatakan bahwa pemimpin dilahirkan, bukan diciptakan, membentuk sejarah melalui atribut pribadi mereka, seperti karisma, kecerdasan, dan kebijaksanaan. Teori tersebut mendukung bahwa, beberapa orang bisa saja sudah terlahir dengan jiwa kepemimpinan, Yang membentuknya otomatis mempunyai bekal kepemimpinan.

2. Teori sifat.

Dikembangkan pada awal abad ke-20, dengan kemiripan dengan teori Manusia Hebat. Hal ini menyatakan bahwa beberapa orang memiliki sifat-sifat tertentu yang tidak dapat dipelajari (misalnya kemampuan beradaptasi, ambisi, ketegasan) dan sangat cocok untuk menjadi pemimpin dalam sejumlah situasi berbeda. Jadi dari teori ini mencoba menjelaskan bahwa sifat seseorang dapat menjadi modal dalam memimpin.

3. Teori perilaku.

Pada tahun 1960an fokus teori kepemimpinan beralih dari teori sifat ke teori perilaku (yaitu apa yang sebenarnya dilakukan pemimpin). Model ini cikal bakal lahirnya beberapa teori tentang gaya kepemimpinan yang sebenarnya dapat dibedakan berdasarkan pola perilaku seorang pemimpin dalam memimpin.

4. Teori kontingensi.

Teori ini juga biasa disebut dengan teori situasional, yaitu bagaimana seorang pemimpin mampu menjalin interaksi yang efektif, mampu bersinergi, bekerja sama dengan jajaran struktural di bawahnya dalam meningkatkan kinerja organisasi, agar tercapainya tujuan organisasi.

Pemimpin mempunyai cara dan gaya tersendiri dalam mengembangkan cara-cara menggerakkan bawahannya tergantung pada situasi dan kebutuhan serta atribut para bawahannya.

5. Kepemimpinan transaksional.

Hal ini mirip dengan kepemimpinan diktator di mana pemimpin memotivasi dengan memberi penghargaan atau hukuman.

6. Kepemimpinan transformasional.

Hal ini menyatakan bahwa masyarakat akan mengikuti seorang pemimpin yang menginspirasi mereka melalui visi, semangat dan antusiasme.

E. Kepemimpinan yang Efektif di Pelayanan Kesehatan

Kepemimpinan yang efektif oleh para profesional layanan kesehatan sangat penting dalam rangkaian pelayanan kesehatan modern yang penuh tantangan dan tuntutan. Faktor utama yang mendasari hal ini adalah dorongan untuk meningkatkan kualitas penyediaan layanan kesehatan dengan latar belakang meningkatnya permintaan layanan kesehatan dan kebutuhan akan peningkatan efisiensi dan produktivitas. Pimpinan pelayanan kesehatan harus mampu mengambil peran kepemimpinan yang ideal untuk dapat mengatasi segala tantangan dan hambatan yang ada saat ini. Disamping mementingkan aspek kualitas, tetapi juga jangan lupa terkait beban kerja yang didapatkan oleh SDM, dimana jika terdapat beban kerja yang tinggi pastinya juga akan berpengaruh terhadap efisiensi produktivitas profesional di tenaga kesehatan yang fungsi utamanya adalah pemberi pelayanan kesehatan.

Segala problematika tersebut memerlukan kepemimpinan yang efektif di semua tingkatan dalam organisasi layanan kesehatan dan tidak dapat diselesaikan hanya dengan pendekatan top-down. Seharusnya terdapat dorongan atau kesadaran dari setiap individu, bahwa penting untuk meningkatkan kualitas penyediaan layanan kesehatan, dan hal ini pada dasarnya memerlukan adanya perubahan, dimana para

pemimpin di pelayanan kesehatan bertindak sebagai agen perubahan. Terutama dalam meminimalkan gap kompetensi di pelayanan kesehatan, yang merupakan salah satu tujuan dari kepemimpinan yang efektif

Kepemimpinan yang efektif sangat penting dalam mewujudkan perubahan yang diperlukan untuk peningkatan kualitas, namun struktur organisasi layanan kesehatan yang unik dapat menghambat perubahan. Para pemimpin yang sukses dalam organisasi layanan kesehatan harus menyadari beberapa kemampuan yang harus dimiliki untuk menciptakan kepemimpinan yang efektif, kemampuan tersebut adalah:

1. Mampu memutuskan dan memecahkan masalah
2. Mampu merencanakan serta menetapkan prioritas
3. Mampu memotivasi
4. Mampu berkomunikasi
5. Mampu mengajarkan atau mentransfer pengetahuan
6. Mampu menangani konflik
7. Mampu membimbing

F. Kepemimpinan dalam Pengaturan Layanan Kesehatan Modern

Sumber daya yang ada di dalam sebuah pelayanan kesehatan terdiri dari tenaga kesehatan (meliputi dokter, perawat, apoteker, analis, ahli gizi, fisioterapis, radiografer, perekam medis) dan juga non tenaga kesehatan (keuangan, administrasi, personalia, keamanan, dan sebagainya). Jajaran pimpinan di pelayanan kesehatan saat ini masih didominasi tenaga kesehatan seperti dokter ataupun perawat.

Kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan yang modern saat ini sangat penting dalam mewujudkan perubahan yang diperlukan untuk peningkatan kualitas, namun struktur organisasi layanan kesehatan yang unik, inovatif dan berorientasi pada masa depan. Para pemimpin yang ingin sukses dalam organisasi layanan kesehatan harus menyadari hal tersebut. Pada era modern ini maka terdapat beberapa kriteria pemimpin masa depan, diantaranya (Drucker, 1995):

1. Jujur, dapat dipercaya

Jujur berarti bersikap adil dan jujur. Jika pemimpin jujur, maka orang-orang akan mempercayai mereka. Pemimpin yang jujur peduli dengan pekerjaan mereka dan mengikuti standar profesional. Mereka berusaha membangun hubungan baik dengan pengikutnya dan mengatakan hal-hal yang bermakna. Pemimpin yang terpercaya juga mempercayai orang lain dan percaya pada diri mereka sendiri. Mereka bekerja dengan baik dengan timnya dan selalu berusaha bekerja sama. Seorang pemimpin yang jujur ingin membantu dan yakin dengan peran mereka. Mereka mencoba memahami pengikutnya dan tertarik dengan apa yang mereka lakukan. Jujur juga berarti mengambil keputusan yang adil bagi kelompok dan terfokus pada pencapaian tujuan. Termasuk menggunakan fakta dan tuntunan ajaran agama.

2. Akuntabel

Akuntabilitas berarti mengambil tanggung jawab atas pekerjaan yang kita lakukan dan cara kita melakukannya. Hal ini penting karena membantu kita menunjukkan kepada orang lain apa yang telah kita lakukan dan apakah kita mengikuti cara yang benar untuk melakukannya. Kita bisa bertanggung jawab ketika seseorang yang bertanggung jawab memberi kita kekuatan untuk melakukan sesuatu dan kita bertanggung jawab atas hal tersebut.

3. Kompeten & Profesional

Seorang pemimpin diharapkan mampu menduduki jabatan yang dipercayakan kepadanya. Artinya, ia harus menumbuhkan kembangannya kompetensinya melalui segala bentuk pendidikan formal maupun informal. Pengertian profesional secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu kemampuan dan keterampilan seseorang dalam melakukan pekerjaan menurut bidang dan tingkatan masing-masing. Individu yang profesional sebenarnya adalah individu yang memiliki sikap mental terkendali dan terpuji. Oleh karena itu,

seorang pemimpin haruslah memiliki sifat profesionalisme dalam menjalankan tugas-tugas dan tanggung jawab yang dibebankan kepadanya.

4. Berjiwa Visioner

Mempunyai orientasi atau pandangan yang Jauh ke Depan, yaitu mempunyai visi misi jangka panjang untuk memajukan suatu organisasi.

5. Mempunyai Integritas

Integritas berarti jujur dan melakukan hal yang benar. Ketika Anda memiliki integritas, orang-orang akan mempercayai Anda dan menganggap Anda tinggi. Ini juga berarti memiliki moral yang kuat dan menetapkan ekspektasi yang tinggi terhadap diri sendiri. Memiliki integritas membantu Anda memiliki reputasi baik yang didasarkan pada siapa Anda sebenarnya, bukan hanya bagaimana Anda ingin orang lain memandang Anda. Jika Anda ingin menjadi seorang pemimpin, Anda harus memiliki integritas karena integritas membuat orang percaya dan percaya pada Anda.

6. Komitmen

Seorang pemimpin mempunyai kesiapan dan keinginan mencurahkan segenap usahanya untuk memenuhi kebutuhan dalam mensukseskan visi dan misi organisasi yang secara kontinu dan aktif berpartisipasi di dalam organisasi, bekerja berdasarkan nilai-nilai, membangun lembaga, dan memberi dukungan.

7. Konsisten

Sikap konsisten seorang pemimpin ditunjukkan melalui gaya kepemimpinannya, yaitu suatu pola perilaku yang tetap atau tidak berubah-ubah yang ditunjukkan oleh individu pemimpin.

8. Kooperatif, Keteraturan & Keterbukaan

Seorang pemimpin hendaknya mempunyai sifat kerjasama keteraturan menjalankan tugas dan wewenangnya sesuai aturan dan norma yang ada. Mampu menjalin

keterbukaan komunikatif yang mudah menyampaikan sesuatu kepada pihak lain, dengan menggunakan cara-cara dan gaya yang mudah diterima. Berarti pula mampu dalam memberikan informasi dengan cermat, tepat, dan jelas, dan juga kemampuan untuk menerima informasi dari luar dengan kepekaan tinggi, merupakan syarat mutlak bagi pemimpin yang efektif.

9. Tegas & Berwibawa (*Expose*)

Bersikap fleksibel berarti bersedia mengubah rencana atau ide bila diperlukan, namun bukan berarti tidak yakin atau tidak yakin dengan apa yang harus dilakukan. Penting untuk bersikap tegas dalam tindakan Anda, tetapi juga terbuka terhadap ide-ide dan cara-cara baru dalam melakukan sesuatu. Otoritas berarti orang melihat Anda sebagai seseorang yang dapat memimpin dan mengambil keputusan penting. Ketika Anda memiliki otoritas, orang-orang menghormati Anda dan mendengarkan Anda. Sangat penting bagi seorang pemimpin untuk memiliki otoritas karena hal itu membantu mereka menjadi sukses. Kewibawaan berasal dari sifat-sifat baik dan kelebihan yang dimiliki seseorang.

10. Memiliki Track Record, Citra, Reputasi & Kinerja Yang Baik

Cara seorang pemimpin melakukan tugasnya dapat mempengaruhi seberapa baik kelompok yang dipimpinnya melakukan tugasnya. Jadi, sangat penting bagi seorang pemimpin untuk melakukan pekerjaan dengan baik dan memiliki reputasi serta kinerja yang baik pula, karena hal itu akan membantu kelompoknya bekerja dengan baik juga.

G. Model Kepemimpinan Pelayanan Kesehatan

Model kepemimpinan pelayanan kesehatan saat ini dirancang untuk memungkinkan petugas kesehatan dari semua latar belakang menjadi pemimpin yang lebih baik dan terdiri dari sembilan dimensi. Program kepemimpinan hendaknya tidak hanya diperuntukkan bagi para pimpinan, tetapi juga

mereka yang punya orientasi dan prospek menjadi pemimpin dimasa depan.

Sebuah perusahaan atau organisasi, seperti organisasi pelayanan kesehatan harus mau dan mampu mengembangkan jenjang karir SDM nya dengan baik. Salah satunya dibuktikan dengan adanya sistem promosi, harus disadari bahwa promosi penting bagi bawahan untuk diberikan kesempatan dalam menunjukkan dan meningkatkan kualitas kerjanya. Hal ini terkait erat dengan konsep kepemimpinan kolektif dalam pelayanan kesehatan. Dengan kepemimpinan kolektif, setiap orang mengambil tanggung jawab untuk memastikan keberhasilan suatu organisasi, berbeda dengan menempatkan penekanan pada kelompok pemimpin inti. Selain itu, setiap orang dihargai atas keberhasilan tersebut. Pendekatan layanan kesehatan seperti ini kemungkinan besar akan menghasilkan lingkungan dimana permasalahan dapat diselesaikan dan layanan kesehatan berkualitas tinggi dapat tercipta (NHS, 2013).

Terdapat 9 model kepemimpinan sebagai gambaran perilaku kepemimpinan yang diharapkan dapat diimplementasikan di layanan kesehatan (Kumar and Khiljee, 2016):

1. Memimpin dengan Perasaan.

Berarti memimpin dengan hati. Bagaimana pemimpin mampu mengenali kebutuhan dan perilaku tim dengan saling mendukung satu sama lain, memungkinkan terbentuknya lingkungan kerja yang saling peduli. Pemimpin perlu memahami emosi mendasar yang mempengaruhi tim mereka, dan peduli terhadap anggota tim sebagai individu, membantu mereka mengelola perasaan yang tidak menentu sehingga mereka dapat memfokuskan energi mereka untuk memberikan layanan terbaik yang menghasilkan perawatan bagi pasien dan pengguna layanan lainnya. Menyediakan lingkungan yang penuh perhatian dan aman akan mendorong setiap orang melakukan pekerjaannya secara efektif.

2. Berbagi visi.

Adanya visi dan misi menunjukkan bahwa organisasi mempunyai arah yang jelas untuk di tuju. Dimana tujuan organisasi hendaknya juga menjadi tujuan seluruh SDM didalamnya, bukan hanya segelintir SDM saja, apalagi hanya menjadi tujuan dari pemimpinnya saja. Maka berbagilah visi lah bersama tim anda. Berkomunikasi dengan kredibilitas dan kepercayaan, memiliki arah yang jelas untuk tujuan jangka panjang dan menginspirasi keyakinan untuk masa depan. Para pemimpin menyampaikan gambaran yang hidup dan menarik tentang apa yang sedang dikerjakan setiap tenaga di pelayanan kesehatan, agar SDM yang ada juga dapat merasakan bahwa kinerja yang mereka lakukan selama ini mempunyai cara yang jelas, konsisten, dan jujur, sehingga mereka memberikan harapan dan membantu orang lain untuk melihat kesesuaian pekerjaan mereka dengan kepercayaan diri dan dukungan institusi.

3. Melibatkan tim.

Percaya pada tim dan mendukung partisipasi kreatif. Melibatkan individu dan menunjukkan bahwa kontribusi dan ide mereka dihargai dan penting, dapat memberikan hasil dan perbaikan berkelanjutan terhadap layanan kesehatan yang mereka berikan kepada pelanggannya. Pemimpin mendorong kerja sama tim dan rasa bangga dengan menghargai kontribusi dan ide individu; hal ini menciptakan suasana keterlibatan staf di mana perilaku yang diinginkan, seperti saling menghormati, kepedulian dan perhatian terhadap detail, diperkuat oleh semua anggota tim.

4. Menghargai hasil.

Pemimpin yang mampu menghargai hasil dari kinerja tim, berarti mereka adalah para pemimpin yang peka terhadap keprihatinan dan kebutuhan individu, kelompok, dan organisasi yang berbeda-beda, dan menggunakannya untuk membangun jaringan pengaruh dan merencanakan cara mencapai kesepakatan mengenai prioritas, alokasi

sumber daya, atau pendekatan terhadap pemberian layanan. Terlibat dan beradaptasi dengan tim untuk mengembangkan pendekatan kolaboratif dalam bekerja dan membangun komitmen berkelanjutan.

5. Mengevaluasi informasi.

Mencari informasi dari berbagai bidang dan berpikir kreatif untuk mengembangkan konsep baru. Untuk menciptakan sesuatu yang inovatif yang berasal dari data dan fakta di lapangan. Seorang pemimpin harus mampu mengolah suatu laporan atau suatu data menjadi bahan evaluasi untuk pembelajaran dan perbaikan organisasi selanjutnya.

6. Tujuan bersama yang menginspirasi.

Sambil tetap berpegang pada prinsip-prinsip dan nilai-nilai organisasi, mengambil risiko pribadi dan berani melakukan tantangan demi kepentingan layanan. Pemimpin menciptakan tujuan bersama bagi beragam individu sebagai timnya yang melakukan pekerjaan berbeda, menginspirasi mereka untuk percaya pada nilai-nilai bersama sehingga memberikan manfaat bagi pasien, keluarga mereka, dan komunitas.

7. Menjadi penghubung antar SDM.

Merefleksikan bagaimana berbagai bagian sistem berhubungan satu sama lain, memahami politik organisasi, dan mengadopsi berbagai teknik kepemimpinan untuk menjelaskan proses kepemimpinannya dalam memimpin tim yang terdiri dari berbagai multidisiplin ilmu dan individu yang unik. Pemimpin yang mampu memahami bagaimana segala sesuatunya dilakukan dalam tim dan organisasi yang berbeda; mereka menyadari implikasi dari struktur, tujuan, nilai dan budaya yang berbeda sehingga mereka dapat menjalin hubungan, berbagi risiko dan membutuhkan kolaborasi secara efektif

8. Mengembangkan kemampuan SDM.

Memberikan peluang bagi individu dan tim untuk berkembang, memungkinkan peningkatan kemampuan jangka panjang. Merencanakan adanya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan. Para pemimpin memperjuangkan pembelajaran dan pengembangan kemampuan sehingga SDM di pelayanan kesehatan memperoleh keterampilan, pengetahuan dan pengalaman yang mereka perlukan untuk memenuhi kebutuhan layanan di masa depan. Pimpinan perlu memberikan kesempatan SDM mengembangkan potensi yang mereka miliki untuk berkembang.

9. Mempertanggungjawabkan.

Memiliki ekspektasi yang jelas, tantangan untuk perbaikan berkelanjutan, dan menciptakan pola pikir untuk perubahan inovatif. Para pemimpin menciptakan kejelasan tentang harapan tim dan mempunyai orientasi yang jelas terkait indikator kesuksesan organisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Covey, S. (2004) *The Seven Habits of Highly Effective People*. USA: FreePress.
- Drucker, P. (1995) *The Leader Of The Future* (Pemimpin masa Depan). Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Eberhart, L. H. J. *et al.* (1999) 'Validierung eines risikoscores zur vorhersage von erbrechen in der postoperativen phase', *Anaesthesist*, 48(9), pp. 607-612. doi: 10.1007/s001010050760.
- Gary, Y. (2010) *Kepemimpinan Dalam Organisasi*. Edited by Budi Supriyanto. Jakarta: PT. Indeks.
- Hasibuan, M. S. (2011) *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Kartini, K. (2010) *Pemimpin dan Kepemimpinan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Perkasa.
- Kumar, R. D. C. and Khiljee, N. (2016) 'Leadership in healthcare', *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 17(1), pp. 63-65. doi: 10.1016/j.mpaic.2015.10.012.
- NHS (2013) 'Healthcare Leadership Model', NHS Leadership Academy, pp. 1-16. Available at: <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/discover/leadershipmodel/>.

BAB 6

MANAJEMEN MUTU LAYANAN KESEHATAN

Dr. apt. Lamia Diang Mahalia, M.P.H.

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan harus selalu dijaga mutunya. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan. Harapan pengguna jasa pelayanan terhadap kinerja pelayanan kesehatan yang diterima, dapat menjadi titik ukur terkait bagaimana untuk memahami proses pengembangan mutu tersebut.

B. Sejarah Perkembangan Manajemen Mutu

Jika ditinjau dari sejarah perkembangannya, manajemen mutu di bidang layanan kesehatan sebenarnya bukan merupakan hal baru. Azwar (1994) menceritakan bahwa praktik manajemen mutu pelayanan kesehatan telah dikenal sejak zaman Hammurabi sekitar 20 abad sebelum masehi. Sebelum tahun 1950, manajemen mutu pelayanan kesehatan masih belum menonjol. Program yang telah dijalankan contohnya standar minimum staf medik rumah sakit yang berhasil disusun pada tahun 1917 dan standar minimum sarana rumah sakit pada tahun 1918.

Sejak 1950 sampai 1970, manajemen mutu pelayanan kesehatan mulai lebih diselenggarakan. Pada tahun 1952, Joint Commission on the Accreditation of Hospital telah berhasil

menyusun berbagai standar pelayanan kesehatan. Pada tahun 1953, mulai dilaksanakan akreditasi rumah sakit atas dasar standar yang telah ditetapkan. Pada tahun 1956, mulai dilaksanakan medical audit dimana pada tahun 1970 berkembang menjadi peer review (Azwar, 1994).

Manajemen mutu pelayanan kesehatan berkembang pesat setelah tahun 1970. Professional Standard Review Organization di Amerika Serikat diperkenalkan pada 1972. Program Diagnostic Related Group System dan kegiatan outcome audit and risk management diperkenalkan pada 1975. Program infection control standard diperkenalkan pada 1976, quality assurance standard pada 1979, dan peer review organization pada 1983. Di tahun 1983 juga telah berhasil diperkenalkan program peningkatan mutu, program peningkatan mutu berkelanjutan, dan manajemen mutu total (Azwar, 1994).

Di Indonesia, upaya perbaikan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan mulai diterapkan sejak 1986 dengan terbentuknya quality control group (gugus kendali mutu). Sedangkan manajemen mutu total baru diperkenalkan pada 1994 (Koentjoro, 2007; Machmud, 2008).

C. Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan

Batasan mutu pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh beberapa pakar.

Tabel 6. 1 Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan

Pakar	Batasan Mutu
Avedis Donabedian (1980)	<ul style="list-style-type: none"> - Upaya yang dilakukan secara terjadwal dan terencana dalam suatu periode tertentu. - mengkaji berbagai kondisi yang dapat mempengaruhi pelayanan. - Melakukan pemantauan terhadap pelayanan, serta penelusuran terhadap <i>output</i>.

Pakar	Batasan Mutu
Philip B. Crosby (1986)	<ul style="list-style-type: none"> - Mutu bersifat gratis. - Tanpa cacat, artinya kesalahan, kegagalan, pemborosan, dan penundaan waktu, serta semua hal yang tidak bermutu lainnya bisa dihilangkan.
W. Edward Deming (1986)	Peningkatan mutu dilakukan secara berkesinambungan melalui: <ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan waktu dan sumber daya secara lebih baik. - Peningkatan produktivitas dan kinerja.
Joseph M. Juran	Mutu adalah apa yang menjadi harapan pengguna layanan, atau harapan yang ditentukan oleh para pengguna.

Sumber: Azwar (1994), Muninjaya (2011), dan Sari *et al.* (2021)

Berdasarkan Batasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan kesehatan harus terus ditingkatkan secara berkesinambungan untuk memenuhi harapan pengguna layanan kesehatan sehingga mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan.

D. Tujuan dan Manfaat Manajemen Mutu

Menurut Azwar (1994) dan Muninjaya (2011), terdapat 2 tujuan dalam pengembangan mutu, yaitu:

1. Tujuan antara dapat dicapai apabila masalah serta prioritas masalah mutu berhasil ditetapkan.
2. Tujuan akhir

Tujuan akhir manajemen mutu pelayanan kesehatan adalah meningkatnya mutu jasa pelayanan kesehatan yang dapat dicapai jika masalah dan penyebab masalah mutu berhasil diperbaiki.

Penerapan manajemen mutu secara berkesinambungan oleh institusi pelayanan kesehatan akan memberikan manfaat berupa:

1. Meningkatnya efektivitas pelayanan kesehatan.
2. Efisiensi manajemen pelayanan akan lebih terjamin.
3. Masyarakat dapat menerima produk dan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.
4. Petugas kesehatan akan lebih terlindungi dari gugatan hukum (Azwar, 1994; Muninjaya, 2004).

E. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Untuk dapat menjamin baiknya kualitas pelayanan kesehatan, terdapat beberapa dimensi kepuasan pelanggan yang harus diusahakan sedemikian rupa sehingga sesuai dengan standar (Azwar, 1994). Muninjaya (2011) menyatakan bahwa ada empat kaidah jaminan mutu yang harus diikuti oleh institusi penyedia pelayanan kesehatan agar mutu pelayanan kesehatan dapat berkembang dan berproses secara berkelanjutan.

1. Pemenuhan kebutuhan dan harapan pelanggan

Maslow (1998) mengatakan bahwa setiap manusia mempunyai kebutuhan yang pemunculannya sangat tergantung dari kepentingan individu. Kebutuhan membuat individu mengambil keputusan untuk mencari pelayanan kesehatan (Lee & Mills, 1983).

Rotchild (1979) mengemukakan bahwa harapan pelanggan berpengaruh terhadap penggunaan jasa pelayanan. Harapan (ekspektasi) merupakan keinginan yang sudah bersifat individu. Dalam konsep Need, Want, Expectation and Demand dinyatakan bahwa adanya ekspektasi mendorong seseorang untuk melakukan pencarian informasi terkait pelayanan kesehatan yang diinginkannya (Supriyanto & Ernawaty, 2010).

2. Mengikuti tatanan dan proses (standar)

Sistem (tatanan) pelayanan kesehatan adalah bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari

berbagai faktor seperti adanya kolaborasi interpersonal antara tenaga kesehatan (Abram, *et al.*, 2017). Proses dalam layanan kesehatan merupakan hubungan interaktif antara pemberi pelayanan dan pelanggan dimana proses interaksi tersebut dapat menjadi indikator baik tidaknya mutu layanan jasa (Supriyanto & Ernawaty, 2010).

Demi memperoleh keberhasilan dalam memberikan layanan jasa kesehatan yang bermutu, maka para pelaksana program menjaga mutu harus dapat bersikap objektif. Rumusan masalah yang ditetapkan serta hasil yang dicapai dari pelaksanaan program menjaga mutu harus dapat menggambarkan keadaan yang sebenarnya. Agar objektivitas ini dapat terpenuhi, perlu tersedia standar yang akan dipakai sebagai bahan perbandingan. Dengan adanya standar tersebut, dapat ditetapkan rumusan masalah serta hasil yang dicapai dengan benar. Masalah adalah penyimpangan dari standar yang telah ditetapkan, sedangkan hasil adalah perbaikan dari penyimpangan yang diukur terhadap standar (Azwar, 1994).

Pengertian standar merujuk pada ketercapaian kondisi ideal yang diinginkan dalam bentuk nilai terendah dan tertinggi (*range*) dengan ambang batas toleransi tertentu. Standar yang baik harus memenuhi persyaratan khusus, yaitu dapat diukur, logis, mudah dipahami, dapat dicapai, legal, meyakinkan, dan tetap (tidak berubah). Selain itu, standar juga harus spesifik serta eksplisit, dalam artian standar tidak terpengaruhi oleh perubahan waktu, bersifat khas, dan *gambling* (Azwar, 1994).

3. Penggunaan data

Data adalah sumber informasi yang berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal perencanaan. Penggunaan data yang dimaksud dalam poin ketiga ini adalah bahwa data dapat digunakan untuk menganalisis proses penyediaan dan produk pelayanan kesehatan. Data yang akurat dan handal akan menghasilkan

perencanaan yang baik. Sebaliknya, data yang tidak akurat akan menggambarkan perencanaan yang tidak baik pula.

4. Mengatasi hambatan dan kendala melalui kerjasama tim

Hambatan dan kendala dalam proses pengembangan mutu membutuhkan kerjasama tim yang kuat. Tim manajemen mutu harus memiliki kesediaan untuk melaksanakan tugas secara sungguh-sungguh, jujur dan bertanggung jawab. Kerjasama dan partisipasi total dari tim manajemen mutu haruslah diperhatikan dan berorientasi pada tanggung jawab kelompok (Hasibuan, 2009).

Pelayanan kesehatan yang bermutu bersifat luas, sehingga perlu mencakup penilaian terhadap kepuasan pelanggan. Menurut Azwar (1994) dan Muninjaya (2004), penilaian terhadap kepuasan pelanggan yang dimaksud, adalah:

1. *Available*

Kepuasan pelanggan berhubungan dengan mutu pelayanan. Pelayanan kesehatan di suatu wilayah dikatakan bermutu jika pelayanannya dapat tersedia untuk seluruh masyarakat di daerah tersebut. Upaya pelayanan kesehatan dilaksanakan secara komprehensif mulai dari preventif, promotif, kuratif, hingga rehabilitatif.

2. *Appropriate*

Layanan kesehatan di suatu wilayah harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat di daerah tersebut. Layanan kesehatan yang berkualitas adalah yang bersifat wajar, dimana layanan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

3. *Continue*

Layanan kesehatan di suatu daerah harus dilaksanakan berkesinambungan dan berlangsung dalam jangka waktu yang panjang. Hal ini berarti bahwa pelayanan kesehatan harus tersedia setiap saat, baik dari aspek waktu maupun aspek pemenuhan kebutuhan para pengguna jasa pelayanan kesehatan.

4. *Acceptable*

Layanan kesehatan dinilai berkualitas jika dapat diterima oleh penggunanya. Layanan kesehatan harus dapat diupayakan untuk dapat diterima oleh pengguna jasa layanan dengan memperhatikan berbagai aspek seperti sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat setempat.

5. *Accessible*

Layanan kesehatan yang berkualitas adalah layanan kesehatan yang dapat diakses dengan mudah oleh pengguna jasa layanan. Fasilitas layanan kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari daerah tempat tinggal akan lebih susah untuk dicapai sehingga menyebabkan pelanggan menjadi tidak puas.

6. *Affordable*

Layanan kesehatan dikatakan berkualitas jika biayanya dapat dijangkau oleh pengguna jasa layanan kesehatan. Layanan kesehatan akan menjadi lebih susah dijangkau oleh seluruh kalangan pengguna jasa layanan jika biayanya terlalu mahal.

7. *Efficient*

Puas atau tidaknya pelanggan dengan layanan yang diterima berkaitan erat dengan baik tidaknya kualitas layanan. Layanan kesehatan dikatakan berkualitas jika dapat dikelola dan diselenggarakan secara efisien.

8. *Quality*

Suatu layanan kesehatan dikatakan berkualitas jika layanan yang diakses masyarakat terjaga mutunya, dapat menyembuhkan pasien, dan tindakan yang dilakukan merupakan tindakan aman.

F. Komponen Mutu Layanan Kesehatan

Indikator perspektif pengguna dikenal pula sebagai indikator mutu layanan. Parasuraman, Zeithaml, dan Berry menganalisis mutu layanan tersebut berdasarkan lima komponen, yaitu:

1. *Reliability*

Reliability atau kehandalan artinya mampu memberi layanan kepada pelanggan sesuai yang dijanjikan dengan memuaskan. Reliability merujuk pada dapat diandalkan, dipercaya, dipertanggungjawabkan, serta tepat dan konsisten secara terus menerus diberikan sesuai yang dijanjikan (Supriyanto & Ernawaty, 2010; Iman & Suryani, 2017).

2. *Assurance*

Assurance atau jaminan berhubungan dengan kemampuan, kesopanan, dan sifat karyawan yang dapat dipercaya dalam memberi pelayanan sehingga pelanggan merasa terbebas dari risiko (Muninjaya, 2011).

3. *Tangible*

Tangible atau bukti langsung adalah tampilan fisik pada fasilitas, perlengkapan, staf, sarana. Tampilan fisik fasilitas antara lain ruang pemeriksaan pasien yang bersih dan ruang tunggu yang nyaman. Tampilan tenaga dapat dimulai dari kerapian dan kebersihan pakaian serta keramahan petugas (Muninjaya, 2011; Supriyanto & Ernawaty, 2010; Iman & Suryani, 2017).

4. *Empathy*

Empati adalah kesediaan pemberi jasa pelayanan untuk mau memberikan perhatian khusus kepada pelanggan, serta mau memahami kebutuhan dan harapan pelanggan. Mendengarkan keluhan pasien dengan saksama, perhatian dengan kondisi pasien, memberi informasi mengenai cara minum obat dan memberi informasi terkait kunjungan ulang pasien merupakan beberapa contoh indikator dari empati (Supriyanto & Ernawaty, 2010; Iman & Suryani, 2017).

5. *Responsiveness*

Responsiveness atau daya tanggap adalah kemauan pemberi jasa pelayanan untuk menyediakan pelayanan yang cepat dan bersedia membantu pasien (Supriyanto &

Ernawaty, 2010). Komponen ini termasuk kemampuan petugas kesehatan dalam menolong pasien dan kesiapannya melayani pelanggan sesuai prosedur serta mampu memenuhi harapan pelanggan (Muninjaya, 2011).

G. Masalah Mutu Pelayanan

Menurut Azwar (1994), masalah adalah penyimpangan dari standar yang telah ditetapkan. Lebih lanjut, Zeitham dan Parasuraman (1990) dalam Supriyanto dan Ernawaty (2010) menjelaskan bahwa masalah dalam mutu layanan muncul karena adanya kesenjangan antara pemberi pelayanan dan pengguna layanan. Kesenjangan yang dimaksud adalah:

1. Kesenjangan pertama (Gap5)

Kesenjangan ini terjadi ketika pengguna jasa layanan kesehatan mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai dengan apa yang mereka harapkan. Hal tersebut dapat disebabkan karena pemberi layanan langsung yang belum fokus pada pelanggan.

2. Kesenjangan kedua (Gap1)

Kesenjangan ini terjadi ketika manajemen mempersepsikan harapan konsumen, tetapi persepsi tersebut tidak sesuai dengan harapan konsumen yang sebenarnya. Tidak adanya kebijakan mutu dapat menjadi penyebab terjadinya Gap1.

3. Kesenjangan ketiga (Gap2)

Kesenjangan ini terjadi ketika unit strategi bisnis tidak memiliki standar layanan minimal. Hal tersebut dapat disebabkan karena perusahaan tidak memiliki kebijakan untuk layanan prima, tidak fokus pelanggan, dan tidak memiliki standarisasi tugas (SOP).

4. Kesenjangan keempat (Gap3)

Kesenjangan ini terjadi jika bagian atau unit layanan yang langsung kontak dengan konsumen tidak bisa bekerja sebagai tim. Pemberian layanan standar minimal dengan teknologi yang tidak tepat guna, pengawasan dan

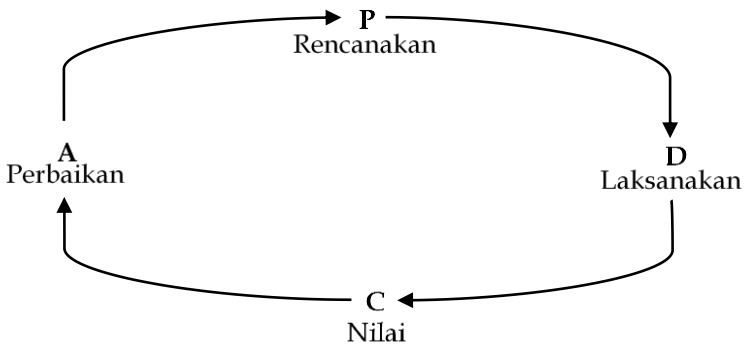
pengendalian mutu yang lemah, serta kemampuan (pengetahuan, keahlian, emosi, dan sarana) yang kurang memadai juga dapat menjadi penyebab terjadinya Gap3.

5. Kesenjangan kelima (Gap4)

Kesenjangan ini terjadi jika apa yang dipromosikan tidak dapat ditepati oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

H. Penyelesaian Masalah Mutu Pelayanan Kesehatan

Dalam konsep mutu, dikenal sebuah quality model berbentuk siklus yang terdiri atas empat langkah yaitu Plan, Do, Check, Act (PDCA). Siklus PDCA adalah alat yang paling banyak digunakan untuk melakukan peningkatan mutu layanan kesehatan secara berkesinambungan. Siklus ini dipopulerkan di Jepang pada tahun 1950-an oleh Dr. W. Edwards Deming (Batalden, 1991; Aggarwal, *et al.*, 2019; Kovacevic, *et al.*, 2016). Secara sederhana, Azwar (1994) menggambarkan siklus PDCA sebagai berikut:



Gambar 6. 1 Siklus PDCA

Siklus PDCA adalah proses kegiatan yang terdiri dari empat langkah yang dilakukan secara berkesinambungan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Siklus ini perlu diterapkan di instansi pelayanan kesehatan agar penyebab masalah mutu serta masalah mutu yang telah berhasil diidentifikasi dapat diselesaikan dengan sebaik-baiknya. Kegiatan menetapkan masalah mutu dan penyebab masalah

mutu yang baru hanya dilakukan apabila penyebab masalah mutu dan masalah mutu yang telah diidentifikasi tersebut berhasil dituntaskan.

1. Perencanaan (*plan*)

Siklus PDCA secara umum dimulai dengan identifikasi dan merumuskan masalah mutu pelayanan (Muninjaya, 2004). Output perencanaan adalah tersusunnya rencana kerja untuk menyelesaikan masalah mutu pelayanan kesehatan yang akan diselenggarakan. Rencana kerja yang baik haruslah berorientasi pada masa depan, bersifat fleksibel, logis dan masuk akal, serta mengandung uraian semua unsur rencana (Azwar, 1994).

2. Pelaksanaan rencana (*do*)

Langkah kedua yang dilakukan adalah melaksanakan rencana yang telah disusun yang diimplementasikan secara bertahap (Azwar, 1994). Selama proses pelaksanaan rencana, harus dilakukan pengendalian agar rencana dapat terlaksana dengan baik sehingga sasaran dapat tercapai (Sriwidadi, 2001).

3. Pemeriksaan (*check*)

Langkah ketiga yang dilakukan pada pelaksanaan cara penyelesaian masalah ialah secara berkala memeriksa pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan (Azwar, 1994). Proses pemeriksaan dilakukan dengan mengumpulkan dan menganalisa data untuk mengetahui keberhasilan atau kegagalan pemecahan masalah mutu (Muninjaya, 2011).

4. Perbaikan (*act*)

Langkah keempat ialah melaksanakan perbaikan untuk setiap penyimpangan yang ditemukan. Pertemuan rutin antar anggota tim perlu dilaksanakan guna mendengarkan laporan pelaksanaan cara penyelesaian masalah, penyimpangan yang ditemukan, serta membahas kemajuan yang dicapai. Apabila ada penyimpangan, tim harus segera melakukan perbaikan program sesuai kebutuhan (Azwar, 1994).

Act merupakan langkah penyesuaian untuk memperbaiki kinerja staf atau institusi (Muninjaya, 2011). Penyesuaian berkaitan dengan standarisasi prosedur baru dan mekanisme kerja yang akan menjamin mutu pelayanan menjadi lebih baik sesuai standar kinerja dan dapat memuaskan pelanggan. Siklus PDCA terus berputar sehingga manajemen harus secara berkesinambungan merumuskan sasaran dan target-target perbaikan baru (Sriwidadi, 2001).

I. Manajemen Pendukung

Setiap tahapan dalam manajemen mutu pelayanan kesehatan harus selalu didukung oleh manajemen pendukung (management support) sehingga pelayanan kesehatan dapat berlangsung secara efektif dan efisien. Manajemen pendukung dalam pelayanan kesehatan terdiri dari organisasi, sumber daya manusia, pembiayaan, sistem informasi manajemen, supervisi, monitoring dan evaluasi.

1. Organisasi

Organisasi adalah bagian penting dari manajemen mutu pelayanan kesehatan (Quick, *et al.*, 1997). Para pimpinan organisasi percaya bahwa sasaran atau tujuan organisasi tidak mungkin dicapai tanpa adanya komitmen yang bertahan lama dari para anggota organisasi (Supriyanto, *et al.*, 2021).

Organisasi dalam menetapkan langkah strategis tentang jenis pelayanan atau calon pembeli, harus berdasarkan kondisi dan kemampuan internal organisasi. Selain itu, penetapan langkah strategis dalam menentukan posisi bersaing saat sekarang dan masa datang harus berdasarkan informasi data yang akurat tentang situasi lingkungan eksternal, seperti keberadaan kompetitor, perilaku masyarakat dan faktor eksternal lainnya seperti ekonomi dan teknologi (Supriyanto, *et al.*, 2021).

2. Sumber daya manusia

Sumber daya manusia harus dikelola secara efektif karena mereka adalah aset yang dimiliki oleh organisasi (Muninjaya, 2004). Manusia adalah perencana, pelaku, dan penentu terwujudnya tujuan organisasi. Tujuan organisasi akan tercapai melalui peran aktif karyawannya (Hasibuan, 2009).

3. Pembiayaan

Pembiayaan dibutuhkan untuk menjamin efektivitas kinerja staf dan sumber daya kesehatan lainnya. Keberlanjutan finansial membutuhkan keseimbangan antara kebutuhan dan permintaan masyarakat, biaya untuk memenuhi permintaan, dan sumber daya yang tersedia. Jika biaya tidak terpenuhi, maka dapat menurunkan kualitas hasil dan perawatan (Quick, *et al.*, 1997).

4. Sistem informasi manajemen

Sistem informasi pelayanan kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam sistem kesehatan yang ada di suatu negara (Chotimah, 2022). Sistem informasi manajemen adalah sistem yang terorganisir untuk mengumpulkan, memproses, melaporkan dan menggunakan informasi untuk pengambilan keputusan (Quick, *et al.*, 1997).

Sistem informasi manajemen pelayanan kesehatan merupakan sistem catatan dan laporan yang digunakan untuk mengumpulkan, mengatur, dan menyajikan data yang dikumpulkan di semua tingkatan sistem. Sistem informasi manajemen digunakan untuk mengumpulkan data yang diperlukan untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang pada akhirnya akan meningkatkan layanan kepada konsumen (USAID, 2011).

5. Supervisi

Supervisi merupakan bagian dari fungsi manajemen yang dilaksanakan agar rencana kerja yang telah disusun untuk menyelesaikan masalah mutu pelayanan kesehatan dapat terlaksana dengan lancar dan benar. Dalam supervisi,

dilakukan proses pengamatan terencana dengan tujuan untuk menjaga agar semua kegiatan yang dilakukan sesuai dengan pedoman (Surahmat, *et al.*, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Supervisi dilaksanakan agar seluruh karyawan dapat menjalankan tugasnya dengan baik sesuai standar atau instruksi, serta dapat memperbaiki proses pelayanan kesehatan yang sedang berlangsung. Kegiatan supervisi mampu meningkatkan kemampuan dan keterampilan karyawan dalam memberikan pelayanan kesehatan, serta mampu meningkatkan efisiensi dengan cara menurunkan tingkat kesalahan dalam menjalankan tugas sehingga dapat mencegah terjadinya penggunaan sumber daya yang sia-sia (Mustariningrum & Koeswo, 2015).

6. Monitoring dan evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan salah satu komponen utama yang mendukung program jaminan mutu. Monitoring merupakan kegiatan pemantauan dari pelaksanaan program menjaga mutu. Analisis data hasil pengukuran atau indikator dilakukan secara rutin dalam kegiatan monitoring untuk melihat kemajuan suatu kegiatan yang sedang berlangsung (Iman & Suryani, 2017).

Evaluasi adalah serangkaian prosedur untuk menilai dan menetapkan seberapa baik suatu program telah dilaksanakan. Evaluasi membantu penyedia jasa layanan kesehatan untuk mendapatkan informasi tentang keberhasilan program yang dilaksanakan (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemantauan rutin dan pelaksanaan evaluasi secara berkala terhadap kegiatan pelayanan kesehatan dapat membantu menunjukkan seberapa baik kinerja sistem, area-area yang dapat ditingkatkan, serta dampak sistem terhadap penyediaan layanan (USAID, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Abram, O. O., Posumah, J. H. & Palar, N. R. A. (2017) Sistem Pelayanan Kesehatan Puskesmas Akelamo di Kecamatan Sahu Timur Kabupaten Halmahera Barat. *Jurnal Administrasi Publik*, 3(46):1-10.
- Aggarwal, A., Aeran, H. & Rathee, M. (2019) Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9(2):180-182.
- Azwar, A. (1994) Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Batalden, P. B. (1991) Building Knowledge for Quality Improvement in Healthcare: an Introductory Glossary. *Journal For Healthcare Quality*, 13(5):8-12.
- Chotimah, S. N. (2022) Implementasi Sistem Informasi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia: Literature Review. *JURMIK (Jurnal Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan)*, 2(1):8-13.
- Hasibuan, M. S. (2009) Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Iman, A. T. & Suryani, D. L. (2017) Manajemen Mutu Informasi Kesehatan I: Quality Assurance. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2010) Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian di Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Koentjoro, T. (2007) Regulasi Kesehatan di Indonesia. Yogyakarta: Andi.
- Kovacevic, M., Jovicic, M., Djapan, M. & Macuzic, I. Z. (2016) Lean Thinking in Healthcare: Review of Implementation Results. *International Journal for Quality Research*, 10(1):219-230.

- Lee, K. & Mills, A. (1983) *The Economics of Health in Developing Country*. Toronto: Oxford University Press.
- Machmud, R. (2008) Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(2):186-190.
- Maslow, A. (1998) *Maslow on Management*. Canada: John Willey and Sons Inc.
- Muninjaya, A. A. G. (2004) *Manajemen Kesehatan*. 2nd ed. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2011) *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mustariningrum, D. L. T. & Koeswo, M. (2015) Kinerja IPCLN dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit: Peran Pelatihan, Motivasi Kerja dan Supervisi. *Jurnal Aplikasi Manajemen (JAM)*, 13(4):643-652.
- Quick, J. *et al.* (1997) *Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals*. 2nd ed. United States of America: Kumarian Press, Inc.
- Rotchild, D. (1979) Comparative Public Demand and Expectation Pattern: The Ghana Experience. *African Studies Review*, 22(1):127-147.
- Sari, A. R. *et al.* (2021) *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: CV Mine.
- Sriwidadi, T. (2001) *Manajemen Mutu Terpadu*. The WINNERS, 2(2):107-115.
- Supriyanto, S. & Ernawaty (2010) *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Supriyanto, S., Wahyanto, T., Damayanti, N. A. & Wulandari, R. D. (2021) *Human Capital Management as Competitive Advantages in Health Care*. Sidoarjo: Zifatama Jawaara.
- Surahmat, R., Neherta, M. & Nurariati (2018) *Hubungan Supervisi Dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah*

Sakit Muhammadiyah Palembang. Prosiding Seminar Nasional Keperawatan. Palembang, Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya.

USAID (2011) The Logistics Handbook A Practical Guide for the Supply Chain Management of Health Commodities. Arlington: USAID Deliver Project.

BAB

7

MANAJEMEN KONFLIK

Dina Mariana Larira, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Secara umum, konflik dikategorikan menjadi dua, yaitu sebagai proses dan sebagai suatu kejadian. Sebagai proses, konflik merupakan suatu rangkaian tindakan yang dilakukan oleh sekelompok orang dimana dalam setiap kelompok menghalangi atau mencegah kepuasan dari pihak lawan. Sedangkan sebagai suatu kejadian, konflik terjadi karena ketidaksetujuan antara dua orang atau organisasi yang merasa kepentingannya terancam. Konflik yang terjadi pada suatu organisasi biasanya bersumber dari kekuasaan, komunikasi, tujuan organisasi, ketersediaan sarana, perilaku kepribadian, dan peran yang ambigu atau membingungkan.

Konflik merupakan kejadian yang biasanya terjadi di dalam organisasi dan umumnya terjadi secara alami. Konflik sebaiknya tidak dihindari tetapi harus dikelola. Dalam hal ini, seorang manajer keperawatan harus memiliki asumsi dasar tentang konflik, yaitu konflik tidak dapat dihindari dalam suatu organisasi serta konflik dapat menghasilkan suatu penyelesaian yang kreatif dan berkualitas apabila dapat dikelola dengan baik. Disini manajer berperan sangat penting dalam menciptakan lingkungan kerja yang dapat membuat konflik menjadi sarana dalam pertumbuhan, inovasi, dan produktivitas. Apabila konflik dalam organisasi mengalami hambatan, maka seorang manajer harus mampu mengidentifikasi sejak awal dan

melakukan intervensi secara aktif agar produktivitas dalam organisasi tetap berjalan dengan baik (Simamora, 2012).

B. Definisi Konflik

Konflik adalah kejadian yang terjadi dalam setiap relasi atau hubungan di lingkungan pekerjaan yang melibatkan individu, kelompok atau organisasi yang memiliki pandangan yang berbeda terhadap suatu situasi (Sitorus and Panjaitan, 2011).

Konflik merupakan perselisihan internal dan eksternal yang terjadi karena adanya perbedaan pendapat, ide, nilai, dan keyakinan antara dua orang atau lebih. Konflik bukan hanya memiliki efek negatif, tetapi dapat juga menciptakan efek yang positif, yakni konflik dapat menciptakan komunikasi yang terbuka serta meningkatkan kerja sama dalam suatu organisasi.

C. Jenis-jenis Konflik

Menurut Marquis dan Huston (2010), konflik dapat dipandang secara vertikal dan horizontal. Konflik vertikal terjadi antara atasan dan bawahan, sedangkan konflik horizontal terjadi antara anggota dengan kedudukan dan posisi yang sama. Ada beberapa jenis-jenis konflik, yaitu (Marquis and Huston, 2010):

1. Konflik Intrapersonal

Konflik intrapersonal adalah konflik yang terjadi dalam diri seseorang yang disebabkan karena adanya keinginan atau tujuan yang saling berlawanan. Bagi seorang manajer, konflik intrapersonal disebabkan karena berbagai tanggung jawab yang berkaitan dengan perannya sebagai seorang manajer, seperti tanggung jawab terhadap organisasi, pegawai, konsumen, dan profesi serta diri sendiri (Nursalam, 2014).

2. Konflik Interpersonal

Konflik interpersonal adalah konflik yang terjadi antara individu yang disebabkan karena adanya perbedaan nilai, tujuan, keyakinan, dan persepsi. Konflik ini biasanya

terjadi karena individu berinteraksi dengan orang lain sehingga ditemukan perbedaan-perbedaan. Sebagai contoh, seorang manajer seringkali mengalami konflik dengan sesama manajer, atasan, dan bawahannya.

3. Konflik Intergroup (Antarkelompok)

Konflik intergroup adalah konflik yang terjadi antara dua atau lebih kelompok, departemen, atau organisasi yang disebabkan karena timbulnya hambatan dalam mencapai kekuasaan dan otoritas. Konflik ini dibedakan menjadi dua yaitu konflik antar anggota kelompok dan konflik antar kelompok. Konflik antar anggota kelompok hampir sama dengan konflik interpersonal namun terjadi dalam satu kelompok. Sedangkan konflik antar kelompok biasanya terjadi jika adanya keinginan untuk mengejar kepentingan masing-masing kelompok.

D. Proses dan Penyelesaian Konflik

Seorang manajer harus mampu mengatasi konflik. Dalam suatu organisasi, penyelesaian konflik memerlukan upaya dan strategi agar dapat mencapai tujuan organisasi. Di bawah ini merupakan tahapan dalam menyelesaikan proses konflik, yaitu (Smeltzer, 1992):

1. Konflik laten

Konflik laten merupakan tahapan konflik yang terjadi secara terus-menerus tentang kondisi yang memicu terjadinya ketidakstabilan pada organisasi dan kualitas produksi, sekalipun konflik yang ada kadang tidak nampak atau tidak pernah terjadi. Contoh kurangnya tenaga staf. Pada tahap ini, kondisi yang ada akan berkembang dan akan menjadi konflik, walaupun belum ada konflik yang telah terjadi dan mungkin tidak akan pernah terjadi. Konflik dapat dicegah atau dikurangi apabila manajer mampu mengkaji dengan seksama terhadap kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya konflik.

2. Konflik yang dirasakan

Konflik yang dirasakan disebut juga konflik affectivenss yakni konflik yang terjadi karena timbulnya sesuatu yang dianggap sebagai ancaman, ketakutan, tidak percaya, dan rasa marah. Seseorang juga dapat merasakan konflik namun tidak mengetahui masalahnya yakni seseorang yang tidak mampu mengidentifikasi penyebab konflik yang dirasakan.

3. Konflik yang tampak atau sengaja dimunculkan

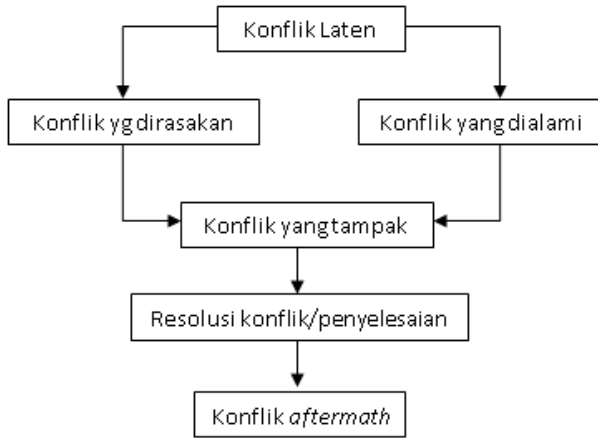
Tahap ini merupakan tahap penyelesaian konflik yang sengaja dimunculkan untuk dicari solusinya. Dalam tahap ini, tindakan yang dapat dilakukan, seperti menghindar, berkompetisi, berdebat, atau mencari penyelesaian konflik. Apabila konflik telah mencapai tahap ini, maka akan sulit mencari penyelesaian konflik tanpa menggunakan sumber lain (Booth, 1993).

4. Resolusi konflik

Resolusi konflik yaitu proses penyelesaian masalah dengan memuaskan semua orang yang terlibat di dalamnya dengan menggunakan win-win solution.

5. Konflik aftermath

Konflik aftermath adalah konflik yang terjadi karena konflik yang pertama tidak selesai. Konflik ini dapat menjadi masalah besar dan menjadi penyebab konflik utama apabila tidak segera diatasi.



Gambar 7. 1 Diagram Proses Konflik

Terdapat langkah-langkah dalam menyelesaikan suatu konflik, yaitu (Dreu, Carsten and Gelfand, 2008):

1. Pengkajian

a. Analisis situasi

Analisis situasi dimulai dengan mengidentifikasi jenis konflik yang muncul untuk menentukan waktu yang diperlukan. Kemudian dilakukan pengumpulan fakta dan memvalidasi semua dugaan melalui pengkajian yang lebih mendalam, serta melihat siapa yang terlibat dan peran dari masing-masing pihak.

b. Analisis dan mematikan isu yang berkembang

Pada langkah ini yang dilakukan yaitu menentukan masalah utama, menjelaskan masalah, dan prioritas fenomena yang terjadi. Hindari penyelesaian semua masalah dalam waktu yang bersamaan.

c. Menyusun tujuan

Pada langkah ini dilakukan menjelaskan tujuan spesifik yang akan dicapai.

2. Identifikasi

Pada tahap identifikasi, penting untuk dilakukan mengelola perasaan, seperti menghindari respon emosional: marah, karena setiap orang mempunyai respon yang berbeda terhadap kata-kata, ekspresi, dan tindakan.

3. Intervensi

Pada tahap intervensi, dilakukan dengan identifikasi hasil positif yang akan terjadi. Kemudian menyeleksi metode dalam menyelesaikan konflik.

Penyelesaian konflik membutuhkan strategi yang berbeda-beda. Seseorang perlu menyeleksi metode yang paling sesuai untuk menyelesaikan konflik yang terjadi.

E. Strategi Penyelesaian Konflik

Seorang manajer berperan dalam mengenali manajemen konflik atau strategi penyelesaian masalah yang paling tepat dalam setiap situasi. Pilihan strategi yang digunakan bergantung pada banyak variabel, seperti situasi itu sendiri, urgensi keputusan, kekuatan dan status pemain, isu yang muncul, dan kedewasaan orang-orang yang terlibat dalam konflik. Menurut, strategi penyelesaian konflik dibagi menjadi lima jenis, yaitu (Davis and John, 1999):

1. Menghindar

Menghindar adalah suatu keinginan seseorang untuk menjauhkan diri atau menekan suatu konflik. Menghindar menjadi cara yang sering dilakukan seseorang untuk mencegah terjadinya konfrontasi apabila masalahnya tidak mengganggu pekerjaan dan berharap masalahnya dapat diselesaikan atau hilang sendiri (*lose-lose situation*).

2. Mengakomodasi

Mengakomodasi dalam penyelesaian konflik merupakan suatu bentuk dimana satu pihak menerima kepentingan pihak lain di atas kepentingan diri sendiri. Bersikap akomodasi dilakukan apabila konflik yang terjadi bukan masalah yang penting atau salah satu pihak adalah pihak yang kuat (*lose-win outcome*).

3. Bersaing

Bersaing adalah suatu pola untuk memuaskan kepentingan sendiri menggunakan power dengan maksud ingin mencapai tujuan tanpa peduli dengan pihak lain (*win-lose outcome*).

4. Kompromi

Kompromi adalah suatu bentuk penyelesaian konflik dimana kedua pihak ingin mencari kesepakatan tanpa ada yang menang dan kalah.

5. Kolaborasi atau konfrontasi

Kolaborasi adalah suatu bentuk penyelesaian konflik dengan menghadapi masalah secara langsung dan mencari solusi yang dapat memuaskan kedua belah pihak (win-win outcome).

Sedangkan, menurut Nursalam (2014) dan Marquis (2010) membagi strategi penyelesaian konflik menjadi enam macam, yaitu:

1. Berkompromi atau negosiasi

Kompromi merupakan strategi penyelesaian konflik dimana pihak-pihak yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama. Banyak orang melihat kompromi sebagai strategi penyelesaian masalah yang baik, namun pihak yang menentang akan beranggapan bahwa itu merupakan situasi kalah oleh kedua belah pihak karena mereka merasa bahwa mereka telah melepaskan tuntutan lebih dari orang lain sehingga mereka merasa dikalahkan. Apabila kolaborasi masih memungkinkan untuk dapat dilakukan, maka kedua belah pihak yang terlibat konflik sebaiknya tidak melakukan kompromi di awal.

Penyelesaian konflik ini biasa juga disebut lose-lose situation karena kedua pihak saling menyerah dan menyepakati keputusan yang telah dibuat.

2. Berkompetisi

Kompetisi atau yang biasa disebut dengan win-lose situation merupakan strategi penyelesaian konflik yang menekankan bahwa hanya ada satu pihak atau kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah. Tipe penyelesaian ini dianggap sebagai "pemaksaan" karena memaksakan kepentingan pribadi di atas kepentingan orang lain. akibat dari penyelesaian ini yaitu pihak yang kalah

menjadi marah, frustrasi, dan adanya keinginan untuk balas dendam di masa mendatang.

3. Bekerja sama atau akomodasi

Bekerja sama/akomodasi disebut juga cooperative situation adalah strategi penyelesaian konflik dimana salah satu pihak mengorbankan keinginannya dan memberi kesempatan kepada pihak lain untuk menang. Strategi bekerja sama biasanya digunakan pada strategi politik untuk merebut kekuasaan dengan berbagai konsekuensinya.

4. *Smoothing*

Smoothing merupakan strategi penyelesaian konflik yang terjadi dimana salah satu pihak dalam konflik berupaya fokus pada hal-hal yang telah disetujui bersama, bukan pada perbedaan dengan penuh kesadaran dan introspeksi diri. *Smoothing* biasanya digunakan untuk mengatur situasi konflik dan diterapkan pada konflik yang ringan, seperti persaingan pada pelayanan atau hasil produksi.

5. Menghindar

Menghindar merupakan strategi penyelesaian konflik dimana pihak-pihak yang terlibat menyadari timbulnya konflik dan memilih untuk menghindar atau tidak mengakuinya atau berupaya menyelesaikannya. Strategi ini biasanya dilakukan ketika kerugian yang timbul lebih besar daripada manfaatnya, adanya pihak yang lebih berkuasa dari pihak lain, dibutuhkan orang ketiga untuk menyelesaikan konflik, atau ketika masalah akan selesai dengan sendirinya.

6. Kolaborasi

Kolaborasi atau disebut juga strategi win-win solution merupakan strategi penyelesaian konflik secara asertif dan kooperatif. Pada strategi ini, pihak-pihak yang terlibat mengesampingkan tujuan awal dan bekerja sama untuk mencapai tujuan umum prioritas. Apabila tujuan yang baru merupakan tujuan yang ditetapkan bersama, maka pihak-pihak yang terlibat akan mempersepsikan bahwa mereka telah mencapai tujuan yang penting sehingga untuk

mencapai hal tersebut mereka harus fokus dalam menyelesaikan masalah, bukan pada mengalahkan pihak lain.

Dalam kolaborasi penyelesaian konflik menjadi usaha bersama dengan tidak melihat hubungan antara pimpinan dan pegawai atau pemberi dan penerima perintah. Kolaborasi membutuhkan komunikasi yang jujur dan terbuka serta rasa saling menghormati antara pihak-pihak yang terlibat. Kolaborasi merupakan metode terbaik dalam menyelesaikan konflik dan juga dapat meningkatkan keikutsertaan seseorang dalam pengambilan keputusan untuk mencapai tujuan bersama. Kolaborasi bukan pendekatan terbaik untuk semua situasi karena melalui proses yang panjang. Akan tetapi, kolaborasi tetap menjadi alternatif terbaik dalam penyelesaian masalah rumit yang melibatkan orang lain.

F. Negosiasi

Pada umumnya, negosiasi mirip dengan pendekatan kompromi apabila digunakan sebagai strategi penyelesaian konflik dan dalam bentuk kreatif akan mirip dengan kolaborasi. Namun, apabila dikelola dengan buruk akan mirip dengan pendekatan kompetisi. Negosiasi bertujuan yaitu membuat pihak lain merasa puas dengan hasilnya dengan berfokus menciptakan situasi menang-menang atau win-win situation.

Selama negosiasi, setiap pihak merelakan sesuatu dan mengakomodasi pada perbedaan antara pihak-pihak yang terlibat. Sekalipun negosiasi secara tidak langsung berarti menang dan kalah untuk pihak-pihak yang terlibat, tidak ada peraturan bahwa pihak yang terlibat harus menang atau kalah dalam jumlah yang sama. Negosiasi dapat menjadi kompetisi yang merusak jika lebih menekankan pada pihak yang menang dengan cara apa pun.

Terdapat dua tipe dasar dari negosiasi, yaitu setiap orang menang (kooperatif) dan hanya satu orang yang menang (kompetitif). Tipe kooperatif yaitu apabila pihak-pihak yang

terlibat menghendaki adanya perbaikan hubungan. Sedangkan tipe kompetitif yaitu apabila hanya salah satu pihak saja yang menghendaki adanya perbaikan hubungan. Walaupun dalam negosiasi ada pihak yang menang dan yang kalah, sebagai negosiator sebaiknya memaksimalkan kemenangan pihak-pihak yang terlibat demi mencapai tujuan bersama dan meminimalkan kekalahan dengan membuat pihak yang kalah tetap dapat tujuan bersama, serta membuat pihak-pihak yang terlibat merasa puas terhadap hasil negosiasi.

Sebelum melakukan negosiasi, ada beberapa langkah-langkah yang harus dilakukan oleh seorang manajer, yaitu (Girard, Linton and Besner, 2005):

1. Mengumpulkan informasi tentang konflik yang akan dinegosiasikan sebanyak mungkin. Karena semakin banyak informasi yang ditemukan, maka semakin besar untuk melakukan negosiasi atau tawar-menawar. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat menjadi kekuatannya.
2. Memutuskan waktu untuk memulai negosiasi. Manajer harus berfokus dalam mencari gambaran besar masalah, bukan gambaran kecilnya.
3. Apabila tidak memungkinkan, maka manajer berfokus pada kompromi dan menetapkan prioritas dengan menetapkan langkah awal yang tinggi tetapi tidak mengada-ada.
4. Memiliki agenda tersembunyi atau tujuan negosiasi yang tersembunyi yang menjadi negosiasi alternative yang akan ditawarkan apabila negosiasi tidak mencapai kesepakatan bersama.

Seorang negosiator harus selalu tampak tenang dan yakin akan dirinya sehingga ia membutuhkan persiapan seperti mempelajari tentang orang yang akan melakukan negosiasi dengan manajer. Beberapa strategi yang biasa digunakan oleh manajer selama negosiasi demi meningkatkan cara persuasif dan melakukan komunikasi terbuka, yaitu:

1. Menggunakan fakta-fakta yang didapatkan dari penelitian.
2. Mendengarkan dengan seksama dan memperhatikan komunikasi nonverbal.

3. Berpikiran terbuka dan positif.
4. Memahami persepsi setiap orang yang berpendapat.
5. Mengarahkan pembahasan pada konflik yang terjadi.
6. Berfokus pada pencegahan timbulnya konflik yang berulang dan tidak memperdebatkan bagaimana konflik tersebut bisa terjadi.
7. Jujur.
8. Menunda negosiasi apabila diperhadapkan pada sesuatu yang tidak dapat diperkirakan.
9. Merahasiakan tentang isi negosiasi secara keseluruhan.
10. Mengakhiri pertemuan apabila salah satu pihak menjadi marah atau sudah lelah selama negosiasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Davis, K. and John, N. (1999) *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Erlangga.
- Dreu, Carsten, K. W. De and Gelfand, M. J. (2008) *The Psychology of Conflict and Conflict Management in Organizations*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Girard, F., Linton, N. and Besner, J. (2005) 'Professional Practice in Nursing: A Framework', *Nursing Leadership*, 18(2), pp. 0-0. doi: 10.12927/cjnl.2005.19028.
- Marquis, B. and Huston, C. (2010) *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Teori & Aplikasi*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Nursalam (2014) *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Simamora, R. (2012) *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sitorus, R. and Panjaitan, R. (2011) *Manajemen keperawatan: manajemen keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: Sagung Seto.
- Smeltzer (1992) 'Work restructuring: After the decision is made', *Journal of Nursing Administration*, 22(11), pp. 5-6.

BAB 8

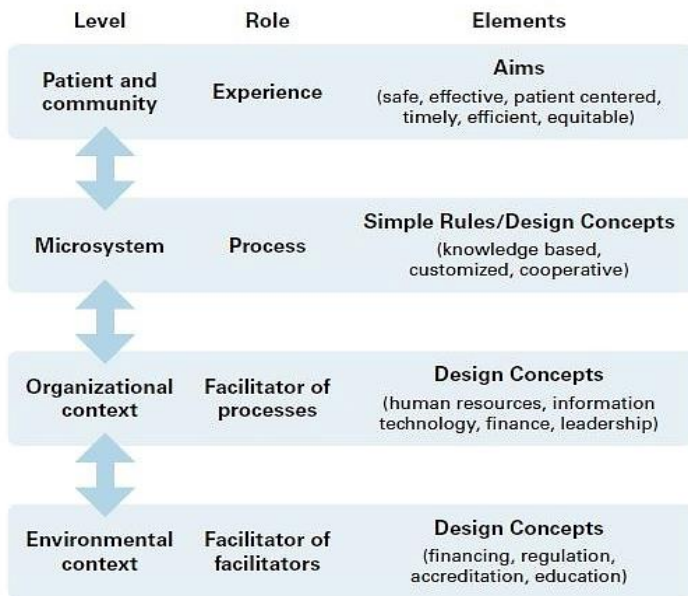
MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Nihayatul Munaa, S.KM., MPH

A. Pendahuluan

Rumah Sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional khususnya di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem rujukan berjenjang pada JKN mengoptimalkan pemerataan dan pemanfaatan layanan kesehatan dengan memperhatikan rasio demand dan supply atas layanan kesehatan. Kebutuhan atas pelayanan kesehatan semakin berkembang seiring dengan berubahnya pola penyakit. Selain itu, JKN selalu mengagungkan adanya kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan kesehatan dan membuat rumah sakit tidak hanya dipandang sebagai organisasi yang berorientasi social (social oriented) melainkan juga orientasi pada laba (profit oriented). Memahami konsep rumah sakit sebagai sebuah sistem menjadi penting dalam mengelola rumah sakit untuk mencapai pelayanan yang berkualitas.

Pembahasan manajemen rumah sakit pada bab ini akan diuraikan melalui kerangka berfikir Donald Berwick, penemu teori perbaikan berkelanjutan (continues improvement) pada layanan kesehatan.



Gambar 8. 1 Teori Donald Berwick

Melalui teori tersebut kita bisa melihat organisasi rumah sakit sebagai fasilitas layanan kesehatan ditinjau dari empat (4) level yaitu level pasien dan masyarakat, level microsystem, level konteks organisasi, dan level konteks lingkungan. Teori ini menjadi landasan berfikir diskusi pada bab ini.

B. Level 1: Patient

Pasien merupakan tujuan utama dari pelayanan di rumah sakit. Pasien yaitu orang yang memiliki kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan yang dikemukakan oleh Prabowo, sedangkan Aditama berpendapat bahwa pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit. Menurut Soejadi, pasien adalah individu terpenting di rumah sakit.

Berdasarkan pendapat dari para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa pasien adalah orang yang memiliki kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan

perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan atau paramedis yang diobati di rumah sakit.

1. *Patient Value*

Nilai pasien merupakan hal mendasar dalam evaluasi pelayanan kesehatan, yang perannya hanya untuk meningkatkan nilai pasien. Di dunia yang sumber dayanya terbatas, perawatan medis dijajah. Oleh karena itu, memaksimalkan nilai pasien yang diperoleh per dolar yang dibelanjakan menjadi penting. Agar hal ini dapat dicapai, penting untuk menentukan nilai pasien secara akurat—bukan menyimpulkan apa yang mungkin terjadi. Porter berpendapat bahwa nilai layanan kesehatan masih belum terukur dan disalahpahami. Nilai harus didefinisikan “di sekitar pelanggan”, dan penciptaan nilai bagi pasien harus menentukan imbalan bagi semua aktor lain dalam sistem. Karena nilai bergantung pada hasil, bukan masukan, maka nilai layanan kesehatan diukur berdasarkan hasil yang dicapai, bukan volume layanan yang diberikan (McKenna & Wilburn, 2018).

Ukuran nilai pasien harus benar-benar berpusat pada pasien. Ukuran nilai pasien harus memberikan indeks dan bukan profil hasil yang berbeda agar perubahan skor dapat diinterpretasikan. Pengukuran berbasis kebutuhan memberikan indeks tersebut karena menentukan sejauh mana kebutuhan manusia terpenuhi. Hal ini dibuktikan dengan kesesuaian dengan model Rasch. Selain itu, karena semua ukuran kebutuhan memiliki dasar pengukuran teoritis yang sama, skor pada skala yang berbeda dapat dikalibrasi bersama untuk memungkinkan perbandingan langsung yang valid antar penyakit.

2. *Patient Safety*

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu

tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Keselamatan pasien (Patient safety) adalah prinsip dasar dari perawat kesehatan (WHO). Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Nihayatul Munaa *et al.*, 2023).

Keselamatan pasien (Patient Safety) didefinisikan sebagai freedom from accidental injury. Accidental injury disebabkan karena error yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. Accidental injury juga akibat dari melaksanakan tindakan yang salah (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission). Accidental injury dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan (near miss). Tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain: terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Sasaran Keselamatan Pasien meliputi tercapainya hal-hal:

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar;
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif;
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar;

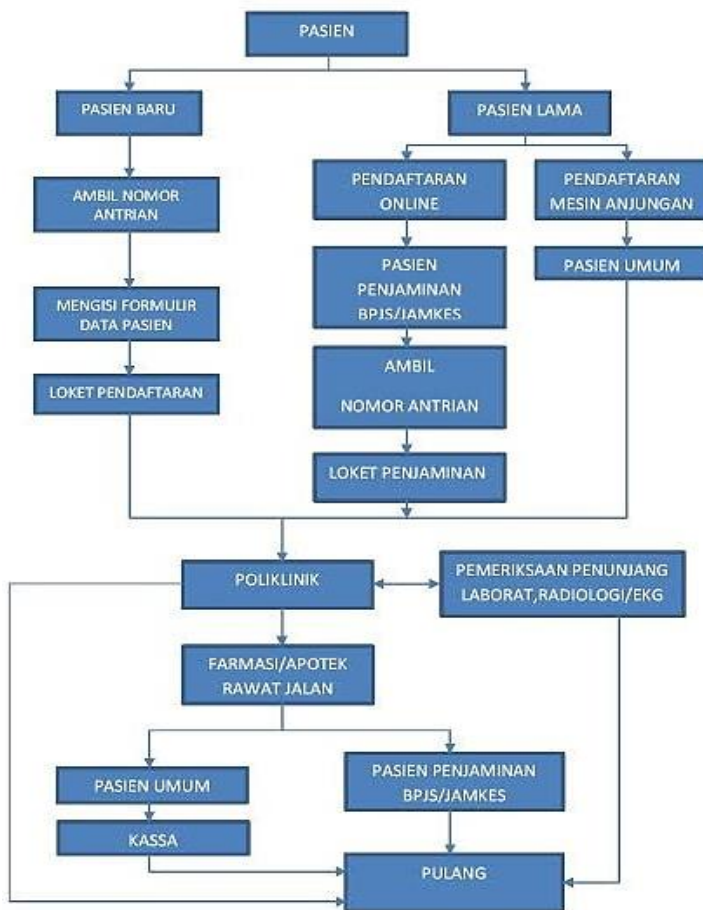
- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

3. *Patient Centered Care*

Patient Centered Care (PCC) merupakan salah satu program yang diimplementasikan di Rumah Sakit dalam upayanya untuk mengatasi permasalahan perawatan yang bersifat primer berpatokan dengan 8 dimensi yaitu menghormati nilai, kebutuhan dan kepercayaan pasien, pendidikan, komunikasi dan informasi, kenyamanan fisik, dukungan emosional, melibatkan keluarga dan teman, koordinasi dan perawatan terintegrasi serta transisi dan kontinuitas (Bahtera *et al.*, 2023). Patient Centered Care (PCC) merupakan perawatan yang direncanakan bersama pasien yang mengharuskan kemitraan antara pasien dan keluarga dengan penyedia layanan kesehatan baik untuk mengidentifikasi maupun memenuhi kebutuhan dan kepercayaan dari pasien itu sendiri. Pelaksanaan PCC diterapkan dengan menghormati nilai-nilai, kepercayaan dan kebutuhan pasien, pemberian informasi dan edukasi, berkomunikasi yang baik, mendukung secara emosional, serta melibatkan keluarga dan teman dalam pemberian asuhan kepada pasien.

C. Level 2: Mikro Sistem

1. Alur Pelayanan di Rumah Sakit



Gambar 8. 2 Alur Pelayan Rumah Sakit

Alur pelayanan adalah proses pelayanan pasien pada rumah sakit yang di mulai dari pendaftaran sampai mengambil obat dan selesai dengan peraturan yang berlaku pada setiap instansi. Alur pelayanan pada rumah sakit dapat dilihat pada gambar diatas. Alur pelayanan dibedakan menjadi 2, yaitu alur pelayanan pada pasien lama dan pasien baru. Pasien lama adalah pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan berobat, sedangkan pasien

baru adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan berobat.

2. Indikator Mutu Rumah Sakit

Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Indikator Mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah.

Pengaturan Indikator Mutu digunakan sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD dalam pelaksanaan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan Indikator Mutu yang ditetapkan. Berikut indikator mutu rumah sakit terdiri atas:

- a. kepatuhan kebersihan tangan;
- b. kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;
- c. kepatuhan identifikasi pasien;
- d. waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi;
- e. waktu tunggu rawat jalan;
- f. penundaan operasi elektif;
- g. kepatuhan waktu visite dokter;
- h. pelaporan hasil kritis laboratorium;
- i. kepatuhan penggunaan formularium nasional;
- j. kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway);
- k. kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
- l. kecepatan waktu tanggap komplain; dan
- m. kepuasan pasien.

D. Level 3 : Konteks Organisasi

Konteks organisasi dalam rumah sakit ditinjau dari manajemen SDM, manajemen sistem informasi, manajemen keuangan, manajemen perencanaan, manajemen mutu, dan manajemen aset.

1. Manajemen SDM

Manajemen sumber daya manusia (MSDM) merupakan bagian dari ilmu manajemen yang memfokuskan perhatiannya pada pengaturan peranan sumber daya manusia dalam kegiatan suatu organisasi. Manajemen sumber daya manusia menganggap bahwa karyawan adalah kekayaan (asset) utama organisasi yang harus dikelola dengan baik, jadi manajemen sumber daya manusia sifatnya lebih strategis bagi organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan (Indriana, 2009). Secara umum, Manajemen Sumber Daya Manusia adalah suatu ilmu atau cara bagaimana mengatur hubungan dan peranan sumber daya (tenaga kerja) yang dimiliki oleh individu secara efisien dan efektif serta dapat digunakan secara maksimal sehingga tercapai tujuan (goal) bersama perusahaan, karyawan dan masyarakat menjadi maksimal. Sehingga dapat disimpulkan bahwa manajemen sumber daya manusia adalah kegiatan meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan semua unsur yang menjadi kekuatan atau daya manusia untuk dipergunakan memenuhi kebutuhan dalam rangka mencapai tujuan. Berikut fungsi manajemen sumber daya manusia :

- a. Perencanaan atau *Planning* adalah pemilihan atau penetapan tujuan-tujuan organisasi dan penentuan strategi, kebijakan, proyek, program, prosedur, metode, sistem, anggaran, dan standar yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi. Perencanaan menentukan terlebih dahulu apa yang akan dilakukan atau program sumber daya manusia yang akan membantu mewujudkan pencapaian tujuan perusahaan yang telah ditetapkan.
- b. Pengorganisasian adalah penentuan sumber daya-sumber daya dan kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi, perancangan dan pengembangan suatu organisasi atau kelompok kerja yang dapat membawa hal-hal tersebut ke arah tujuan, penugasan tanggung jawab tertentu dan kemudian

pendelegasian wewenang yang diperlukan kepada individu-individu untuk melaksanakan tugasnya. Fungsi ini menciptakan struktur formal dimana pekerjaan ditetapkan, dibagi dan dikoordinasikan.

- c. Penyusunan personalia atau biasa disebut dengan staffing adalah penarikan (*recruitment*), latihan dan pengembangan, serta penempatan dan pemberian orientasi pada karyawan dalam lingkungan kerja yang menguntungkan dan produktif.
- d. Pengarahan, setelah kita mempunyai rencana, organisasi dan penyusunan untuk melaksanakan rencana tersebut, maka sudah selayaknya jika fungsi selanjutnya adalah melaksanakan pekerjaan tersebut. Pengarahan atau *Directing* adalah kegiatan untuk mengarahkan seluruh karyawan, agar mau bekerja secara efektif dan efisien dalam membantu tercapainya tujuan perusahaan.
- e. Pengawasan, semua fungsi yang telah disebutkan diatas tidak akan efektif tanpa fungsi pengawasan (*controlling*) atau bisa juga disebut dengan pengendalian. Pengawasan adalah penemuan dan penerapan cara dan peralatan untuk menjamin bahwa rencana telah dilaksanakan sesuai dengan apa yang telah ditetapkan jika perlu menyesuaikan kembali rencana yang telah dibuat.

2. Manajemen Sistem Informasi

Studi tentang sistem informasi manajemen (SIM) berfokus pada penggunaan sistem informasi terkomputerisasi dalam organisasi bisnis dan lembaga pemerintah. Sistem informasi manajemen merupakan studi tentang sistem informasi yang berfokus pada penggunaannya dalam bisnis dan manajemen. Sistem informasi adalah seperangkat sistem yang saling berhubungan yang mengumpulkan (mengambil), memproses, menyimpan dan mendistribusikan informasi untuk mendukung pengambilan keputusan dan pengendalian dalam suatu organisasi (Laudon & Laudon, 2020).

Sistem Informasi Manajemen adalah sebuah sistem manusia atau mesin yang terpadu untuk menyajikan informasi guna mendukung fungsi operasi organisasi, manajemen, dan proses pengambilan keputusan di dalam suatu organisasi. Sistem ini menggunakan perangkat keras (*hardware*) dan perangkat lunak (*software*) komputer, prosedur pedoman, model manajemen, dan keputusan serta sebuah bank/basis data yang disebut database (Tata, 2016).

Sesuai dengan makna istilahnya sistem informasi manajemen harus ditinjau dengan pendekatan sistem. Ini berarti manajemen itu sendiri yang proses informasinya berlangsung harus dilihat sebagai total system. Dengan mengatakan manajemen sebagai total sistem maka sistem informasi manajemen merupakan salah satu subsistem dari sekian banyak subsistem yang tercakup oleh total sistem tersebut. Tahap berikutnya meliputi sumber informasi untuk mendukung perencanaan taktis dan pengambilan keputusan bagi pengawasan dan tahap puncak meliputi sumber informasi guna menunjang perencanaan dari pengambilan kebijakan oleh manajemen yang lebih tinggi.

3. Manajemen Keuangan

Manajemen keuangan merupakan salah satu dari tiga bidang keuangan yang saling berkaitan, yaitu *money* and *capital markets* (yang membahas tentang pasar dan lembaga keuangan), *investments* (yang menjelaskan keputusan pemodal yang menginvestasikan dananya pada sekuritas dan portofolio investasi), dan *financial management*, atau *corporate (business) finance* (yang menjelaskan keputusan-keputusan keuangan di perusahaan) (Wijaya & Priono, 2022). Informasi keuangan di perusahaan disediakan oleh sistem akuntansinya yang tercermin pada laporan-laporan keuangannya.

Dalam Keputusan-keputusan keuangan Manajer keuangan perlu memperoleh dana dari pasar keuangan. Pasar keuangan adalah pasar dimana dana diperdagangkan. Manajer keuangan harus memilih jenis dana apa yang akan

dihimpun (dalam bentuk hutang ataukah ekuitas?). Dengan kata lain harus mengambil keputusan pendanaan (*financing decisions*). Setelah dana diperoleh, maka harus menginvestasikan dana tersebut. Dengan kata lain, harus mengambil keputusan investasi (*investment decisions*).

Dana yang diinvestasikan diharapkan akan menghasilkan arus kas yang lebih besar dari investasinya. Kelebihan arus kas (laba) ini harus diputuskan apakah dikembalikan ke pasar keuangan atau diinvestasikan kembali ke perusahaan. Apabila pemasok dana adalah pemegang ekuitas (saham) maka manajer keuangan harus memutuskan berapa banyak dividen yang harus dibayarkan (*dividend policy*).

4. Manajemen Perencanaan

Perencanaan merupakan proses yang menyangkut upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi kecenderungan di masa yang akan datang dan penentuan strategi dan taktik yang tepat untuk mewujudkan target dan tujuan suatu organisasi. Ada dua alasan mengapa perencanaan diperlukan yaitu untuk mencapai "*Protective benefits*" yaitu merupakan hasil dari pengurangan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pembuatan keputusan dan "*Positive benefit*" yaitu untuk peningkatan pencapaian tujuan organisasi.

Fungsi perencanaan di bidang kesehatan adalah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Perencanaan merupakan fungsi yang penting karena akan menentukan fungsi-fungsi manajemen yang lainnya dan merupakan landasan dasar dari fungsi manajemen secara keseluruhan (Wulandari & Putra, 2020). Perencanaan manajerial akan memberikan pola pandang secara menyeluruh terhadap semua pekerjaan yang akan

dijalankan, siapa yang akan melakukan dan kapan akan dilakukan. Perencanaan merupakan tuntutan terhadap proses pencapaian tujuan secara efektif dan efisien.

Melalui perencanaan program di rumah sakit akan dapat diketahui:

- a. Tujuan program di rumah sakit dan bagaimana cara mencapainya.
- b. Jenis dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut
- c. Struktur organisasi rumah sakit yang dibutuhkan.
- d. Jumlah dan jenis kualifikasi staf yang diinginkan, dan uraian tugasnya.
- e. Sejauh mana efektifitas kepemimpinan di rumah sakit.
- f. Komunikasi serta bentuk dan standar pengawasan yang perlu dikembangkan oleh manajer dan perlu dilaksanakan.

Langkah-langkah Perencanaan Rumah Sakit:

- a. Analisis Situasi : Tujuannya adalah untuk mengumpulkan data atau fakta.
- b. Mengidentifikasi Masalah : Masalah dapat dibagi dalam tiga kategori yaitu masalah tentang penyakit, masalah manajemen pelayanan kesehatan (masalah program), dan masalah perilaku, sikap dan pengetahuan masyarakat.
- c. Penentuan tujuan program
- d. Mengkaji hambatan dan kelemahan program : Langkah-langkah yang perlu dilakukan adalah membuat daftar hambatan dan kendala program kemudian mengeliminasi, memodifikasi, serta mengurangi yang tidak bisa dilakukan dan menyesuaikannya dengan tujuan operasional kegiatan program.
- e. Membuat rencana kerja operasional : Dengan Rencana Kerja Operasional (RKO) akan memudahkan pimpinan mengetahui sumber daya yang dibutuhkan dan sebagai alat pemantau.

5. Manajemen Mutu

Mutu adalah tingkat kesempurnaan dan penampilan sesuatu yang sudah diamati. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program dan totalitas dari wujud serta ciri suatu barang atau jasa yang didalamnya terkandung pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna (Anggraini & Oliver, 2019). Mutu (*quality*) dapat didefinisikan sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuan dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat.

Mutu Pelayanan Kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan 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 secara norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen (Rahadian, 2011).

Quality Assurance in Hospital

- a. Penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan semakin menjadi tuntutan berbagai pihak. Baik dari provider 'pemberi ' pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi kesehatan (pihak ketiga), maupun pihak masyarakat.
- b. Bukan suatu yang mustahil, berbagai topik yang dibicarakan saat ini bukan merupakan hal yang baru, termasuk masalah mutu pelayanan kesehatan.
- c. Meletakkan dasar mutu pelayanan kesehatan dengan menyeragamkan sistem pengumpulan data statistik rumah sakit dan evaluasinya.
- d. Saat terjadi perkembangan pelayanan kesehatan yang pesat, banyak bermunculan pihak pemberi layanan kesehatan dan perusahaan asuransi sebagai jembatan antara provider dengan konsumen maka munculah

berbagai kepentingan yang tak lepas dari masalah politik, ekonomi, sosial, dan aspek hukum.

6. Manajemen Aset

Asset management atau manajemen aset merupakan salah satu pengelolaan dan siklus yang terjadi pada setiap perusahaan. Semua perusahaan membutuhkan sistem pengelolaan aset yang tepat untuk mengelola asetnya. Aset merupakan sumber daya atau kekayaan dari suatu entitas.

Semua perusahaan pasti mempunyai sebuah atau beberapa aset sekaligus. Baik yang berwujud (tanah, bangunan, mesin produksi, peralatan produksi, dan lainnya) dan yang tidak berwujud (hak cipta, saham, merek dagang, dan lainnya).

Aset merupakan semua hal atau sesuatu yang mempunyai nilai ekonomi yang bisa dimiliki baik oleh perorangan, perusahaan, organisasi ataupun pemerintah yang dinilai secara finansial. Bahkan jika dilihat secara eksplisit dan dari sudut pandang ekonomi, aset merupakan barang (thing) atau sesuatu barang (anything) . Adapun "barang" tersebut bisa dimiliki oleh seseorang organisasi baik swasta maupun pemerintah yang memiliki diantaranya:

- a. Nilai Ekonomi (economic value)
- b. Nilai Komersial (commercial value)
- c. Nilai Tukar (exchange value)

Manajemen aset dapat dibagi dalam 5 ruang lingkup, yaitu:

- a. Inventarisasi aset, terdiri dari dua aspek yaitu inventarisasi fisik dan yuridis/legal. Aspek fisik terdiri dari bentuk, luas, lokasi, volume/jumlah, jenis, alamat dan lain-lain. Sedangkan aspek yuridis adalah status penguasaan, masalah legal yang dimiliki, batas akhir penguasaan dan lain-lain.
- b. Legal audit, merupakan suatu ruang lingkup untuk mengidentifikasi dan mencari solusi atas permasalahan legal mengenai prosedur penguasaan atau pengalihan

aset seperti status hak penguasaan yang lemah, aset dikuasai pihak lain, pemindahtanganan aset yang tidak termonitor dan lain-lain

- c. Penilaian aset, merupakan suatu proses kerja untuk melakukan penilaian atas aset yang dikuasai
- d. Optimalisasi aset adalah mengoptimalkan potensi fisik, lokasi nilai, jumlah/volume, legal dan ekonomi yang dimiliki aset tersebut
- e. Pengawasan dan pengendalian aset

E. Level 4 : Konteks Lingkungan

Konteks lingkungan organisasi merupakan segala sesuatu yang berada disekitar atau di dalam organisasi yang berpengaruh atau mempengaruhi organisasi secara langsung.

1. Pembiayaan Rumah Sakit

Rumah Sakit memiliki sumber daya yang merupakan pendapatan operasional yang berasal dari masyarakat umum yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit. Pemanfaatan fasilitas rumah sakit tersebut meliputi: pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan gawat darurat, pelayanan penunjang medik, pelayanan kefarmasian dan lain-lain. Selain itu pembiayaan rumah sakit bersumber dari penerimaan rumah sakit sebagaimana disebutkan di atas, dapat juga berasal dari anggaran Pemerintah, subsidi Pemerintah, anggaran Pemerintah Daerah, subsidi Pemerintah Daerah atau sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemerintah sebagai badan pengatur, pemerintah sebagai badan pembayar, dari beberapa sisi pemerintah juga sebagai pelaksana penyelenggara perumahsakitian hal ini dapat dibuktikan dengan pemberian dana talangan untuk menutup kekurangan dana BPJS Kesehatan, guna menyehatkan keuangan BPJS kesehatan, menghentikan dan mengoreksi dampak sistemik defisit asset JKN, mencegah peningkatan risiko reputasi JKN dan munculnya risiko politis

bagi pemerintah, dan mencegah terjadinya konsekuensi hukum. Badan pemerintah memiliki peranan yang sangat kuat dalam memberikan pengawasan dan penanggung jawab dalam pelayanan kesehatan. Sebagai sebuah sistem, komponen badan pengatur merupakan komponen penting yang terhubung dengan komponen-komponen lain. Adapun Asuransi, pabrik obat dan fasilitas layanan, industri peralatan dan teknologi kesehatan dan industri finansial akan menjadi penentu dalam sistem layanan kesehatan.

Semua Fasilitas Kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

2. Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah (KEMENKES RI, 2022). Proses penyusunan standar akreditasi rumah sakit diawali dengan pembentukan tim yang melakukan sandingan dan benchmarking standar akreditasi dengan menggunakan referensi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Joint Commission International Standards for Hospital edisi 7, regulasi perumhaskitan serta panduan prinsip-prinsip standar akreditasi edisi 5 yang dikeluarkan oleh The International Society for Quality in Health Care (ISQua). Selanjutnya dilakukan pembahasan dengan melibatkan perwakilan dari lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit, organisasi profesi, asosiasi perumhaskitan, rumah sakit dan

akademisi. Selanjutnya hasil diskusi tersebut dibahas lebih lanjut oleh panelis penyusunan standar akreditasi rumah sakit dengan mendapat masukan secara tertulis dari lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit. Penyusunan standar akreditasi rumah sakit mempertimbangkan penyederhanaan standar akreditasi agar lebih mudah dipahami dan dapat dilaksanakan oleh rumah sakit.

Standar Akreditasi Rumah Sakit dikelompokkan menurut fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakit. Standar dikelompokkan menurut fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien (good clinical governance) dan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan dikelola dengan baik (good corporate governance). Standar Akreditasi Rumah Sakit dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Kelompok Manajemen Rumah Sakit terdiri atas: Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK).
- b. Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien terdiri atas: Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pengkajian Pasien (PP), Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP), Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB), Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO), dan Komunikasi dan Edukasi (KE).
- c. Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).
- d. Kelompok Program Nasional (PROGNAS).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, A. R., & Oliver, J. (2019). Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Haji Medan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Bahtera, Y., Setiawan, H., & Rizany, I. (2023). Pelaksanaan Patient Centered Care (PCC) Menurut Perawat Sebagai Profesional Pemberi Asuhan: Literature Review. *Nerspedia*, 5(1), 13–22. <https://www.nerspedia.ulm.ac.id/index.php/nerspedia/article/view/147>
- Indriana, N. (2009). Analisis Kebutuhan Tenaga berdasarkan Beban Kerja di Bagian Human Resource Department (HRD) Rumah Sakit Karya Bhakti Bogor. Skripsi Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- KEMENKES RI. (2022). Standar Akreditasi Rumah Sakit.
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2020). *Management Information Systems*. ZAIN Publications.
- McKenna, S. P., & Wilburn, J. (2018). Patient value: its nature, measurement, and role in real world evidence studies and outcomes-based reimbursement. *Journal of Medical Economics*, 21(5), 474–480. <https://doi.org/10.1080/13696998.2018.1450260>
- Nihayatul Munaa, Ayu Tyas Purnamasari, Faizatul Ummah, Nahardian Vica Rahmawati, M. Ganda Saputra, & Nuryati. (2023). Implementation of lean thinking in healthcare services: Why is it importance. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 17(2), 593–603. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2023.17.2.0246>
- Rahadian, D. (2011). Pengertian Dan Sejarah Manajemen Mutu. 1–18. <https://rahadiandimas.staff.uns.ac.id/files/2011/11/Sejarah-Manajemen-Mutu.pdf>

- Tata, S. (2016). Sistem Informasi Manajemen (T. A. P (ed.); edisi II.c). katalog dalam terbitan (KDT).
- Wijaya, D. A., & Priono, H. (2022). Pengaruh sistem informasi akuntansi dan sistem pengendalian internal terhadap kinerja karyawan. *Fair Value: Jurnal Ilmiah Akuntansi Dan Keuangan*, 4(11), 4959-4970. <https://doi.org/10.32670/fairvalue.v4i11.1843>
- Wulandari, T., & Putra, D. M. (2020). Study Literature Review Tentang Implementasi SIMRS Pada Unit Kerja Rekam Medis Rawat Jalan Dengan Metode Hot-Fit. *Administration & Health Information of Journal*, 1(2), 157-170. <http://ojs.stikeslandbouw.ac.id/index.php/ahi>

BAB 9

SISTEM KESEHATAN

Mirza Aulia, S.K.M., M.K.M.

A. Pendahuluan

Dalam mencapai tujuan nasional Bangsa Indonesia sesuai Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, maka pembangunan kesehatan diarahkan kepada peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan yang sudah dilaksanakan masih banyak menghadapi permasalahan yang belum terselesaikan secara tuntas, oleh karena itu diperlukan penguatan dan percepatan melalui SKN sebagai penyelenggaraan kesehatan beserta terobosan penting, seperti program pembentukan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), upaya pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer (Presiden RI, 2012).

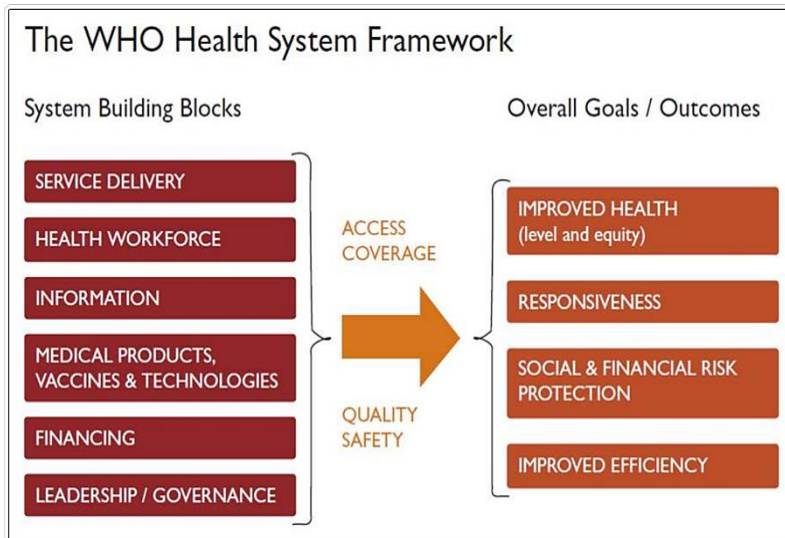
Sistem kesehatan global mencakup semua kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan di berbagai negara. Setiap negara selalu diperhadapkan dengan masalah kesehatan yang terus berkembang dan membutuhkan respon penanganan cepat dan efektif dari berbagai unsur kesehatan. Setiap negara proaktif dalam memperkuat sistem kesehatannya dengan meningkatkan pelayanan kesehatan baik itu dalam kondisi normal maupun luar biasa (bencana dan krisis

kesehatan). Tantangan yang dihadapi antara lain pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, kurangnya koordinasi antar lembaga, serta kurangnya tenaga kesehatan (Indra and Donald, 2010).

Pembangunan kesehatan di Indonesia dewasa ini mengalami kesenjangan pencapaian status dan akses pada pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan nasional (SKN) sebagai kerangka kerja pencapaian tujuan pembangunan kesehatan selama ini belum terlaksana secara maksimal. Oleh sebab itu maka setiap negara harus melakukan penguatan sistem kesehatan sebagai modal utama dalam menciptakan sistem global yang kuat dan resilien (Bappenas, 2021).

B. Sejarah SKN

Sistem kesehatan yang baik sangat penting untuk mencapai *Millennium Development Goals* (MDGs). Negara-negara berkembang menghadapi banyak tantangan dalam membangun sistem kesehatan yang andal dan kuat. WHO telah mengembangkan kerangka sistem kesehatan yang disebut dengan Six Building Blocks yang mencakup 6 pilar yaitu layanan kesehatan, tenaga kesehatan, informasi kesehatan, peralatan kesehatan/vaksin/teknologi, pembiayaan kesehatan serta kepemimpinan. Keenam pilar ini membentuk satu blok terpadu yang mencakup tujuan antara (*intermediate goals*) seperti akses, cakupan, mutu dan keamanan kesehatan yang akan menghasilkan outcome seperti peningkatan status kesehatan, responsivitas, perlindungan terhadap risiko keuangan dan sosial serta peningkatan efisiensi kesehatan. Pencapaian Six Building Blocks telah banyak dikritik dan dievaluasi oleh peneliti maupun praktisi terkait. Dalam kondisi luar biasa (*bencana alam dan krisis kesehatan*), sangat diharapkan kerja sama lintas sektoral dan peningkatan kapasitas sektor kesehatan diharapkan dapat mencapai tujuan akhir dari Six Building Blocks tersebut. Kerangka kerja sistem kesehatan Six Building Blocks dapat dilihat pada bagan berikut (Djuari, 2021):



Gambar 9. 1 Kerangka Sistem Kesehatan WHO

Di Indonesia, Sistem Kesehatan disebut dengan Sistem Kesehatan Nasional dengan singkatan SKN. SKN di Indonesia sudah 4 kali dilakukan pembaharuan dan pemutakhiran. Pertama kali disusun pada tahun 1982 yang disebut "Sistem Kesehatan Nasional 1982 (KEPMENKES No.99a/MENKES/SK/III/1982). Kemudian sejalan dengan tuntutan reformasi disempurnakan pada tahun 2004 disebut dengan Sistem Kesehatan Nasional 2004 (KEPMENKES RI No.131/MENKES/SK/II/2004). Selanjutnya dilakukan penggantian kembali pada tahun 2009 disebut SKN 2009 (KEPMENKES No. 374/MENKES/SK/V/2009) dan pembaharuan terakhir yaitu pada tahun 2012 (PERPRES No.72 tahun 2012). Pemutakhiran ini ditujukan agar SKN 2012 mampu mengantisipasi berbagai tantangan perubahan pembangunan kesehatan saat ini dan di masa yang akan datang. Oleh karena itu, SKN 2012 tersebut disusun merujuk pada visi, misi, strategi, dan upaya pokok pembangunan kesehatan sebagaimana tertuang dalam:

1. Undang-Undang No. 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025
2. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025.

C. Pengertian Sistem Kesehatan

Sistem berasal dari Bahasa latin (*system*) dan Bahasa Yunani (*sustema*) yang berarti sebuah kesatuan yang terdiri dari komponen atau elemen yang dihubungkan bersama untuk memudahkan materi atau energi mencapai suatu tujuan. Sistem tidak dapat bekerja dengan satu bagian saja, sehingga kolaborasi dari seluruh elemen dan sub sistem sangat diperlukan (Hidayat, 2020). Selanjutnya kesehatan berasal dari bahasa Inggris "health", yang dewasa ini tidak hanya berarti terbebasnya seseorang dari penyakit, melainkan definisi sehat memiliki makna sehat secara jasmani, rohani dan sosial.

Sistem kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah "suatu kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan, memulihkan, atau memelihara kesehatan". Sedangkan Berdasarkan Perpres No. 72 Tahun 2012, Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh elemen bangsa Indonesia secara Bersatu dan terpadu untuk menjamin tercapainya derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tersusunnya SKN mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025, penguatan kepemimpinan dan kemitraan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan bagi keberhasilan pembangunan nasional (Presiden RI, 2012).

D. Landasan dan Asas SKN

Landasan SKN yang tertuang dalam Perpres No. 12 tahun 2012 terbagi atas:

1. Landasan idiil berupa Pancasila.
2. Landasan konstitusional yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
3. Landasan Operasional mencakup Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan dan SKN.

Selanjutnya, penyelenggaraan SKN mengacu pada dasar-dasar atau asas-asas sebagai berikut (Presiden RI, 2012):

1. Perikemanusiaan
2. Keseimbangan
3. Manfaat
4. Perlindungan
5. Keadilan
6. Penghormatan HAM
7. Kemitraan dan Sinergisme yang dinamis
8. Good governance dan komitmen
9. Legalitas
10. Proaktif dan Antisipatif
11. gender dan nondiskriminatif
12. Kearifan lokal

E. Subsistem SKN

Mengacu pada perkembangan komponen pengelolaan kesehatan dewasa ini serta pendekatan pengelolaan kesehatan tersebut di atas, maka subsistem SKN dikelompokkan sebagai berikut (Presiden RI, 2012):

1. Subsistem upaya kesehatan;

Upaya kesehatan diselenggarakan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia sebagai ketahanan nasional, yaitu Pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta masyarakat melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan

pemulihan kesehatan, pada fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan.

2. Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan;

Penelitian dan pengembangan kesehatan diselenggarakan dengan menghimpun seluruh potensi dan sumber daya yang dimiliki oleh bangsa Indonesia yang terdiri atas penelitian dan pengembangan biomedis, teknologi dasar kesehatan, teknologi terapan Kesehatan, epidemiologi klinik, teknologi intervensi kesehatan masyarakat, humaniora dan kebijakan Kesehatan serta pemberdayaan masyarakat.

3. Subsistem pembiayaan kesehatan;

Pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta dan organisasi masyarakat serta masyarakat itu sendiri. Pembiayaan kesehatan harus diselenggarakan secara adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan.

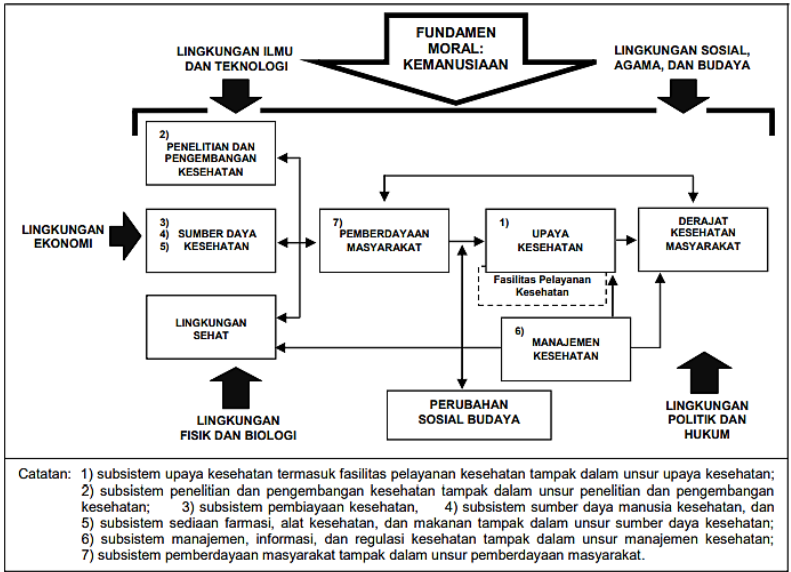
4. Subsistem sumber daya manusia kesehatan;

Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan perlu dilakukan untuk menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan terbagi atas perencanaan kebutuhan dan program sumber daya manusia yang diperlukan, pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya, dan pembinaan serta pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

5. Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;

Pemenjaminan, perlindungan masyarakat dari penggunaan obat yang salah dan penyalahgunaan obat, penggunaan obat yang rasional, serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian.

6. Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;
 Manajemen kesehatan memiliki peran dalam koordinasi, integrasi, regulasi, sinkronisasi, dan harmonisasi berbagai subsistem SKN agar efektif, efisien, dan transparansi.
7. Subsistem pemberdayaan Masyarakat;
 Pemberdayaan masyarakat penting dilaksanakan, supaya masyarakat termasuk swasta mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakekatnya adalah kunci pada pembangunan kesehatan.

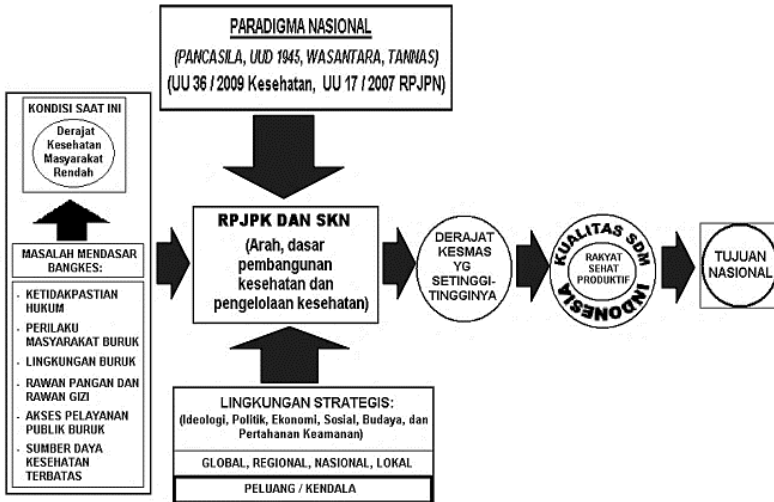


Gambar 9. 2 Gambaran Unsur-unsur Pembangunan Kesehatan dan Subsistem SKN serta Tata Hubungannya dan Lingkungan Strategis yang Mempengaruhi SKN

F. Penyelenggaraan SKN

Penyelenggaraan SKN dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat pusat sampai daerah. Pemerintah membuat kebijakan yang dapat dilaksanakan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak

hanya terkait pada aspek penerapan, tetapi juga proses kebijakan dan hubungan antar lembaga terkait. Artinya kebijakan di bidang kesehatan baik di tingkat pemerintah pusat maupun daerah penting untuk diperhatikan (Presiden RI, 2012).



Gambar 9. 3 Alur Pikir Rencana Pembangunan Kesehatan dan Sistem Kesehatan Nasional

Berdasarkan gambar 9.3, lokal/ daerah merupakan bagian dari lingkungan strategis, sebagai faktor yang mempengaruhi tercapainya tujuan nasional dalam Pembangunan Kesehatan dan Sistem Kesehatan Nasional. Dewasa ini, isu disparitas pada layanan kesehatan dan isu transparansi kesehatan masih tetap menjadi permasalahan dalam penyelenggaraan kesehatan di daerah. Oleh sebab itu daerah harus mempunyai acuan dan pedoman dalam pembangunan kesehatan daerah yang sesuai dengan kondisi khusus, kebutuhan dan permasalahan kesehatan di setiap daerah. Acuan tersebut dikenal dengan istilah Sistem Kesehatan Daerah (SKD). Dengan memiliki SKD, pemerintah daerah, rumah sakit, masyarakat, dan swasta mempunyai petunjuk dan pedoman pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dan Indonesia Sejahtera (Kharisma, 2018).

G. Reformasi SKN

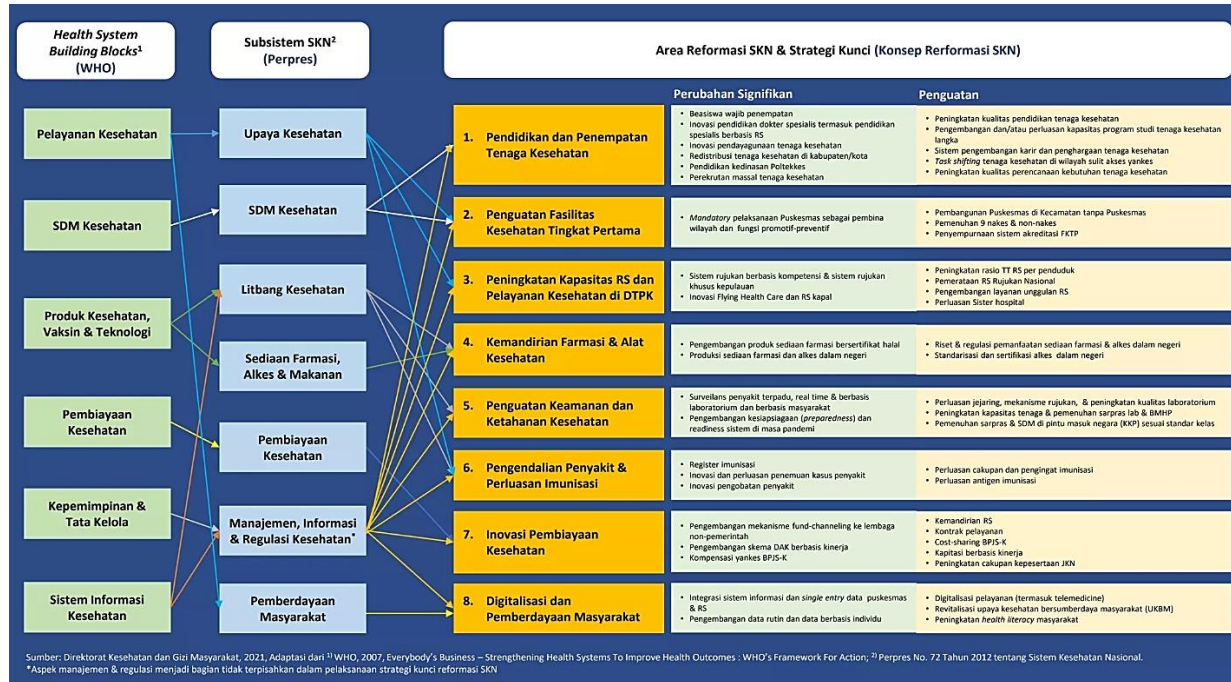
Pandemi Covid-19 merupakan titik balik dan kesempatan yang baik bagi reformasi sistem kesehatan nasional. Pandemi Covid-19 menunjukkan lemahnya sistem kesehatan nasional, khususnya pada sistem keamanan dan ketahanan kesehatan (health security and resilience). Sistem Kesehatan Nasional tidak dapat merespons permasalahan kronis pembangunan Kesehatan. Pembelajaran penanganan dan pengendalian pandemi Covid-19 ini menjadi salah satu alasan mendasar perlu dilakukan penguatan pencegahan penyakit dan penguatan sistem kesehatan nasional (Bappenas, 2021).

Penyusunan Reformasi SKN memiliki 3 tujuan utama sebagai berikut:

1. Memperkuat kapasitas keamanan dan ketahanan kesehatan (health security and resilience):
2. Menjamin keters dan kemudahan akses supply side pelayanan kesehatan yang bermutu di seluruh Indonesia
3. Meningkatkan keterlibatan masyarakat dan memperkuat upaya pencegahan dan promosi.

Reformasi sistem kesehatan nasional menginisiasi pengembangan kerangka kerja baru yang diharapkan mampu memenuhi sebagian besar tantangan pembangunan kesehatan. Penyusunan strategi kunci dan area reformasi SKN merujuk pada arah kebijakan RPJMN tahun 2020-2024, Perpres Nomor 72 tahun 2012 tentang SKN, WHO Building Blocks, dan pembelajaran diperoleh dari penanganan pandemi Covid-19. Penerapan reformasi SKN sebagai salah satu Proyek besar tahunan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Rencana Kerja Pemerintah (RKP). Major Project akan menjadi fokus utama Pemerintah mulai dari perencanaan dan penganggaran hingga monitoring dan evaluasi, sehingga peran Bappenas selaku koordinator perencanaan dan penganggaran menjadi kunci dalam memastikan strategi Reformasi SKN diterjemahkan dalam dokumen perencanaan dan penganggaran di tingkat K/L (Bappenas, 2022).

Gambar 9.4 Keterkaitan antara aspek Building Block WHO, Subsistem SKN dalam Perpres Nomor 72 tahun 2012 dan Reformasi Sistem Kesehatan Nasional



Gambar 9. 4 Keterkaitan antara aspek Building Block WHO, Subsistem SKN dalam Perpres Nomor 72 tahun 2012 dan Reformasi Sistem Kesehatan Nasional

H. Perkembangan SKN

Sistem kesehatan di setiap negara sangat bervariasi, tapi memiliki satu tujuan yang sama yakni untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap negara maju dan negara berkembang memiliki kelebihan dan kelemahan masing-masing dari setiap sistem kesehatan yang diterapkan. Dari dulu hingga sekarang, sistem kesehatan pada setiap negara telah mengalami perubahan positif. Setiap pemerintahan di negara maju dan berkembang berusaha untuk bisa menanggung asuransi kesehatan bagi rakyatnya. Sistem pembiayaan kesehatan di setiap negara juga berbeda-beda, karena tiap negara memiliki perbedaan karakteristik demografi, pendapatan negara, perekonomian dan geografi yang mempengaruhi. Negara maju dan berkembang menghadapi berbagai rintangan dalam mewujudkan sistem kesehatan yang kuat dan handal. Sistem kesehatan di negara-negara maju tampak lebih baik dibandingkan dengan negara-negara berkembang, hal ini dapat dilihat dari status kesehatan masyarakat dan permasalahan Kesehatan (Putri, 2019).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia tiap tahun sudah mampu meningkatkan status kesehatan masyarakat Indonesia. Namun demikian, masih dibutuhkan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan agar bisa mengejar ketertinggalan dari negara lain. Salah satu problematika yang masih ada di Indonesia yaitu kurangnya tenaga kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang belum merata, pembiayaan kesehatan yang belum memadai, fasilitas yang belum lengkap. Untuk itu kita perlu mengkaji dan mengadopsi sistem kesehatan dari negara yang telah maju dan berkembang lainnya, agar SKN dapat menjadi upaya kesehatan yang ideal dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Bappenas (2021) 'Buku Putih Reformasi SKN'. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas.
- Djuari, L. (2021) Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan. Airlangga University Press.
- Hidayat, F. (2020) Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan. Yogyakarta: Deepublish.
- Indra, G. and Donald, P. (2010) 'Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan (Pembiayaan Kesehatan dan Isu-Isu Jaminan Kesehatan)', Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI. Jakarta [Preprint].
- Kharisma, D.B. (2018) 'Sistem Kesehatan Daerah: Isu dan Tantangan Bidang Kesehatan di Indonesia', *Rechtvinding Online Journal*. ISSN, pp. 2089-9009.
- Presiden RI (2012) 'Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional', Jakarta: Pemerintah Pusat [Preprint].
- Putri, R.N. (2019) 'Perbandingan sistem kesehatan di negara Berkembang DAN negara maju', *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 19(1), pp. 139-146.

BAB

10

SISTEM KESEHATAN BEBERAPA NEGARA

Tedy Candra Lesmana, S.Hut., M.Kes.

A. Pendahuluan

Berbagai tantangan dan cara mengatasi masalah kesehatan memunculkan model sistem kesehatan dan layanan kesehatan yang berbeda di berbagai negara di dunia. Kondisi sosial, ekonomi, budaya, politik dan ideologi menjadi dasar setiap negara dalam mengembangkan sistem kesehatan (Papanicolas & Cylus, 2015). Masing-masing sistem ini menawarkan pengalaman layanan kesehatan dalam konteks yang berbeda antara negara-negara yang kaya sumber daya dibanding negara-negara berkembang yang relatif terbatas sumber dayanya.

Sistem kesehatan menjadi indikator penting untuk menunjukkan tingkat kesejahteraan dan kualitas hidup suatu negara. Sistem kesehatan dapat berbeda di setiap negara, namun memiliki tujuan untuk meningkatkan kesehatan pasien, responsif terhadap kebutuhan pasien dan menjamin keberlanjutan finansial (World Health Organization, 2000). Mempelajari sistem kesehatan di dunia bertujuan untuk mengetahui perbedaan kinerja dan bagaimana negara-negara mengatasi masalahnya (Nolte & McKee, 2004). Sistem kesehatan suatu negara bersifat kompleks karena melibatkan seluruh organisasi untuk meningkatkan kesehatan dengan sumber daya yang terbatas (Handler *et al.*, 2001) menggunakan layanan

kesehatan primer dan upaya kesehatan masyarakat (White, 2015).

B. Klasifikasi Sistem Kesehatan di Dunia

Sistem kesehatan di dunia dapat dikelompokkan ke dalam negara maju dan negara berkembang. Bank Dunia per 1 Juli 2023 telah membuat empat kelompok berdasarkan GNI per kapita adalah pendapatan rendah \leq \$1,135, menengah ke bawah \$1.136-\$4.465, menengah atas \$4,466- \$13,845 dan tinggi tinggi \geq \$13,8456. Negara dengan perekonomian berpendapatan rendah dan menengah disebut sebagai negara berkembang. Negara berpendapatan tinggi disebut negara maju (Hamadeh, Rompaey and Metreau, 2023). pengelompokan negara-negara ke dalam status berkembang dan maju dilakukan berdasarkan tingkat pembangunan sosial dan ekonominya, yaitu upaya untuk meningkatkan performa ekonomi, standar hidup, dan keadilan (Agussalim, 2019).

Sistem kesehatan yang dianut oleh negara-negara di dunia saat ini telah dievaluasi berdasarkan survei yang telah dilakukan oleh U.S. News tahun 2023. Hasil survei menunjukkan terdapat 10 negara yang memiliki sistem kesehatan yang baik yaitu Swedia, Kanada, Finlandia, Denmark, Norway, Swiss, Jerman, Australia, Britania Raya, dan Belgium. Sepuluh negara tersebut menurut survei dianggap dalam menjalankan sistem kesehatan memiliki atribut yang sama dalam layanan kesehatan universal, harapan hidup yang lebih panjang, dan belanja sosial yang besar (Johnson, 2023). Beberapa contoh sistem kesehatan yang digunakan baik di negara maju dan berkembang diuraikan dalam buku ini.

C. Sistem Kesehatan di Negara Maju

Sistem kesehatan di negara-negara maju dibangun dalam konteks stabilitas ekonomi, dengan laju perubahan sosial yang moderat, supremasi hukum, sistem perpajakan yang efisien, kerangka peraturan yang kuat, dan jumlah personel terampil yang memadai untuk menjalankan lembaga-lembaga tersebut.

(Zakus, Bhattacharyya and Wei, 2014). Negara-negara maju dalam pembangunan kesehatan sangat menaruh perhatian dalam mengatasi masalah kesehatan dasar, seperti sanitasi lingkungan, perawatan kesehatan bagi masyarakat miskin, karantina, dan pengendalian penyakit menular. Pemerintah di negara maju memiliki kebijakan untuk memperluas kegiatan pelayanan kesehatan di rumah, klinik, dan rumah sakit, sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh masyarakat. Di negara-negara berpendapatan tinggi, pengeluaran kesehatan per kapita adalah \$2.733 (Institute for International Cooperation Japan International Cooperation Agency, 2005). Sebagian besar negara maju seperti AS, Kanada, Inggris, Singapura, Jerman, Perancis, dan Australia berinvestasi lebih banyak dalam layanan kesehatan dan berupaya memenuhi kebutuhan kesehatan dasar masyarakatnya (Giplaye, 2019).

1. Sistem Kesehatan Australia

Sistem kesehatan Australia dibentuk oleh Menteri Kesehatan Pemerintah Australia bersama para menteri kesehatan negara bagian dan teritorinya untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan fisik dan mental warganya (Australian Institute of Health and Werfare, 2022). Layanan kesehatan Australia berdasarkan sistem kesehatan masyarakat yang dikelola oleh Pemerintah Australia dan sistem kesehatan swasta (Australian Department of Home Affairs, 2023). Dana layanan rumah sakit umum akan ditransfer Pemerintah Australia ke negara bagian dan teritori agar dapat dikelola secara lebih luas. Dampak kebijakan tersebut rumah sakit umum mampu menyediakan berbagai layanan gratis bagi warganya (Healy and Dugdale, 2013).

Medicare merupakan asuransi publik wajib di Australia, memberikan jaminan kesehatan kepada warga negara, penduduk tetap, pengungsi, dan warga negara dari sekelompok negara yang memiliki perjanjian jaminan kesehatan timbal balik dengan Australia. Sumber pembiayaan Medicare berasal dari uang pajak hasil pungutan

1,5% dari pendapatan setiap orang atau 2,5% dari pendapatan individu dan keluarga yang belum membeli asuransi swasta dan berpenghasilan melebihi ambang batas pendapatan. Medicare memiliki dua komponen, pembayaran ke rumah sakit umum melalui negara bagian dan teritori, dan pembayaran langsung ke dokter dan beberapa profesional kesehatan lainnya (Dixit and Sambasivan, 2018).

Sistem informasi kesehatan Australia yang mulai dikembangkan pada tahun 1995 saat ini telah memiliki sejumlah informasi dan data yang banyak digunakan untuk analisis dan perbandingan di semua tingkat sistem layanan kesehatan (National Health Information Management Group, 2003).

2. Sistem Kesehatan Singapura

Sistem kesehatan Singapura dikendalikan secara penuh oleh pemerintah pusat (Tikkanen *et al.*, 2020a) untuk memastikan akses dan keterjangkauan melalui subsidi yang ditargetkan dan untuk mengurangi biaya yang tidak perlu (Tan *et al.*, 2021). Kebijakan sistem kesehatan negara ini telah dirumuskan sejak awal berdiri dalam penyediaan layanan kesehatan menekankan pada tanggung jawab pribadi dan intervensi aktif pemerintah.

Sistem pembiayaan layanan kesehatan Singapura dilaksanakan berdasarkan tiga skema (Tikkanen *et al.*, 2020a) yaitu MediShield Life (asuransi kesehatan wajib bagi semua warga negara), MediSave (tabungan kesehatan nasional), dan MediFund (jaring pengaman pemerintah bagi warga yang membutuhkan dan tidak mampu). Perawatan primer di bangsal rumah sakit yang dikelola negara terjangkau, dan kadang-kadang gratis, dengan lebih banyak perawatan di kamar pribadi yang tersedia bagi mereka yang membayar biaya tambahan (Giplaye, 2019).

Sistem informasi kesehatan berupa rekam medis berbasis elektronik dan telemedis optometri yang dinamakan OphthWeb telah diterapkan sejak 1997. Sejak tahun 2004 pemerintah Singapura menggunakan program EMRX pada

lembaga dan pekerja layanan kesehatan yang dikelola swasta agar dapat saling melakukan pertukaran rekam medis elektronik. Masyarakat dan tenaga medis di negara itu saat ini sudah akrab dan nyaman adanya penggunaan teknologi dan informasi dalam industri kesehatan (Nguyen *et al.*, 2008).

3. Sistem kesehatan Qatar

Sejak tahun 2005 pelaksanaan sistem kesehatan Qatar di bawah kebijakan Otoritas Kesehatan Nasional sebagai pengganti Kementerian Kesehatan Masyarakat. Tugas badan itu mengatur badan-badan medis utama dan menyediakan manajemen ke berbagai organisasi kesehatan masyarakat (Alshamari, 2017). Pelayanan kesehatan bagi warga negara maupun ekspatriat di Qatar dilakukan oleh publik dan swasta dengan kualitas sangat tinggi.

Setiap warga negara Qatar berdasarkan Undang-Undang Kesehatan tahun 2013 diwajibkan mempunyai asuransi kesehatan yang preminya dibayar oleh pemerintah. Dengan demikian setiap rumah sakit umum, puskesmas, dan klinik di negara itu dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar secara gratis atau bersubsidi (Most, 2023). Pembiayaan layanan kesehatan Qatar menggunakan skema asuransi kesehatan nasional untuk warganya melalui Hamad Medical Corporation. Setiap warga negara dan penduduk yang memiliki kartu kesehatan dapat mengakses fasilitas kesehatan atau rumah sakit Hamad Medical Corporation secara gratis dan berhak mendapatkan obat bersubsidi ketika resep diisi di apotek yang dikelola pemerintah (Qatar's health system ranked 5th best globally, 2019).

Qatar pada tahun 2022 telah menggunakan platform untuk pertukaran informasi kesehatan. Platform tersebut dapat menghubungkan berbagai sistem elektronik sehingga semua aktivitas pada pengumpulan data maupun analisisnya sesuai dengan kebutuhan kerja. Berbagai keputusan yang diambil otoritas kesehatan di Qatar dibuat berdasarkan data dan informasi (Qatar Has Advanced Health System Capable of Dealing with All Health Conditions, 2023)

4. Sistem kesehatan Swiss

Sistem kesehatan Swiss dilaksanakan dibagi antara pemerintah federal, wilayah, dan kota. Masing-masing dari 26 kanton memiliki konstitusinya sendiri dan bertanggung jawab atas penyedia perizinan, mengkoordinasikan layanan rumah sakit, meningkatkan kesehatan melalui pencegahan penyakit, dan mensubsidi institusi dan premi individu (Tikkanen *et al.*, 2020b). Pemerintah federal mengatur pembiayaan sistem, menjamin kualitas dan keamanan obat-obatan dan peralatan medis, mengawasi inisiatif kesehatan masyarakat, dan mendorong penelitian dan pelatihan. Pemerintah kota terutama bertanggung jawab untuk mengatur dan menyediakan perawatan jangka panjang (layanan perawatan di panti jompo dan perawatan di rumah) dan layanan dukungan sosial lainnya untuk kelompok rentan (Filliettaz *et al.*, 2021).

Pembiayaan kesehatan di Swiss menggunakan skema asuransi kesehatan telah diwajibkan bagi semua penduduk sejak tahun 1996. Paket manfaat standar diatur oleh undang-undang federal mencakup layanan dokter umum dan spesialis, perawatan rawat inap dan layanan yang diberikan oleh profesional kesehatan lainnya (Carlo De Pietro *et al.*, 2015).

Pemerintah Swiss telah membuat strategi pengembangan sistem informasi untuk mendorong proses digitalisasi di bidang kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Setiap rumah sakit dan panti jompo wajib menggunakan catatan kesehatan elektronik. Catatan kesehatan elektronik di sektor rawat jalan diserahkan kepada pasien dan profesional kesehatan mereka (Filliettaz *et al.*, 2021)

D. Sistem Kesehatan di Negara Berkembang

Sebagian besar pemerintah negara-negara berkembang belum mampu menyediakan layanan kesehatan yang komprehensif bagi seluruh penduduk (Zakus, Bhattacharyya

and Wei, 2014). Sistem kesehatan di negara-negara berkembang mengalami kekurangan sumber daya keuangan dan manusia, terbatasnya kapasitas kelembagaan dan infrastruktur, lemahnya sistem informasi kesehatan, kurangnya komprehensif, ketidakadilan dan diskriminasi dalam ketersediaan layanan, tidak adanya partisipasi masyarakat, kurangnya transparansi dan akuntabilitas, dan perlunya peningkatan kapasitas manajemen (American Public Health Association, 2008). Untuk dapat memberikan 80% layanan kesehatan dasar diperlukan tambahan 4 juta dokter, perawat, bidan, dan pekerja pendukung secara global untuk dapat menyediakan 80% layanan penting (World Health Organization, 2006). Di negara-negara berkembang tersedia dokter 2,37 dan perawat 2,03 per 1.000 penduduk, dengan 24 tempat tidur per 10.000 penduduk (Peters *et al.*, 2008). Kurangnya ketersediaan obat-obatan masih menjadi penyebab utama kematian di negara-negara berkembang. Sekalipun tersedia obat yang efektif untuk penyakit tertentu, namun harganya terlalu mahal dan tidak terjangkau bagi masyarakat miskin (Institute for International Cooperation Japan International Cooperation Agency, 2005).

Pelayanan medis di negara-negara berkembang tidak didukung ketersediaan anggaran. Pengeluaran biaya untuk kesehatan di negara-negara berkembang hanya \$218. Kurangnya sistem jaminan sosial yang memadai menyebabkan masyarakat lebih banyak membayar sendiri biaya kesehatan (Mango, 2020). Sistem asuransi kesehatan di negara-negara berkembang sudah ada, namun tidak dijalankan dengan baik. Dampaknya kelompok masyarakat miskin yang membutuhkan perlindungan asuransi kesehatan, tidak mendapatkan layanan asuransi kesehatan (Institute for International Cooperation Japan International Cooperation Agency, 2005).

1. Sistem Kesehatan Rumania

Sistem kesehatan Rumania dilaksanakan baik secara nasional dan distrik. Sistem kesehatan tingkat nasional bertanggung jawab untuk menetapkan tujuan umum, sedangkan tingkat memastikan penyediaan layanan sesuai

dengan peraturan yang ditetapkan di tingkat pusat. Sistem kesehatan di negara ini tersentralisasi di bawah kendali Kementerian Kesehatan dan menunjuk otoritas kesehatan masyarakat kabupaten di tingkat daerah. Selain kementerian kesehatan, badan jaminan asuransi kesehatan dan organisasi profesi merupakan aktor penting di tingkat nasional. Ketidakstabilan politik di Rumania yang masih tinggi menyulitkan negara ini untuk mereformasi sistem kesehatannya (Vlădescu *et al.*, 2016).

Layanan kesehatan di Rumania sebagian besar diberikan rumah sakit dan menyediakan asuransi kesehatan nasional bagi 21.980.534 jiwa warga negara Rumania. Pengeluaran layanan kesehatan Rumania tahun 2020 bernilai EUR 13,7 miliar (Petre *et al.*, 2023). Pembiayaan layanan kesehatan Rumania berasal dari empat sumber utama, yaitu dana asuransi kesehatan nasional, anggaran negara, anggaran daerah, dan pembayaran out-of-pocket (OOP). Cakupan layanan kesehatan Rumania menggunakan paket manfaat asuransi pada tahun 2017 baru mencapai 89%, namun dalam pelaksanaannya dijumpai adanya kesenjangan kesenjangan dalam akses terhadap layanan kesehatan di pedesaan dan perkotaan (Vlădescu *et al.*, 2016).

Pengelolaan utama sistem informasi kesehatan dipegang oleh Kementerian Kesehatan melalui Pusat Statistik dan Informatika Kesehatan Masyarakat Nasional. Lembaga ini mengumpulkan data tentang layanan kesehatan dan pemanfaatannya. Data dipublikasikan setiap tahun dalam laporan statistik dan buletin tertentu

2. Sistem Kesehatan Vietnam

Sistem kesehatan Vietnam telah mengalami transformasi dari sistem layanan publik sepenuhnya menjadi sistem penyedia layanan publik-swasta campuran sejak tahun 1989 (Takashima *et al.*, 2017). Pemberian layanan kesehatan diatur dalam empat tingkatan, yaitu nasional, provinsi, kabupaten, dan komune. Untuk pemberian layanan kesehatan, terdapat tiga tingkat layanan utama, yaitu tingkat

primer dengan kabupaten dan komune, tingkat sekunder dengan provinsi, dan tingkat tersier dengan rumah sakit tersier di bawah pemerintah pusat (World Health Organization, 2023). Vietnam memiliki PDB sebesar USD 3694,02 pada tahun 2021 (Nguyen, 2023). Pada tahun 2020, pengeluaran kesehatan per kapita Vietnam adalah 166 dolar AS atau 4.68% dari PDB (Team Knoema, no date). Sistem layanan kesehatan di Vietnam berbasis rumah sakit, karena sekitar 73% dari total belanja kesehatan dilakukan di rumah sakit. Kebijakan otonomi rumah sakit mengharuskan setiap institusi untuk mengelola biaya operasional dan pendapatannya sendiri, termasuk pendapatan dari iuran pengguna atau asuransi kesehatan (Cai, 2023).

Pembiayaan kesehatan di negara ini telah mengenalkan asuransi kesehatan pada tahun 1992 untuk menciptakan perlindungan finansial bagi masyarakat dalam mengakses fasilitas layanan kesehatan (Le *et al.*, 2010). Walaupun belanja dan total anggaran kesehatan masih rendah, namun pemerintah telah meningkatkan alokasinya untuk pendanaan untuk layanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan anak di bawah 6 tahun.

Sistem informasi kesehatan di Vietnam sebagian besar berbasis kertas dan dibuat secara manual. Petugas kesehatan di tingkat yang lebih rendah membuat laporan bulanan secara manual ke tingkat yang lebih tinggi; proses ini seringkali memakan waktu dan terkadang menjadi tidak relevan (Le *et al.*, 2010). Data dikumpulkan dari berbagai subsistem dan sistem untuk menilai hasil dan efektivitas sektor kesehatan.

3. Sistem Kesehatan Brazil

Brazil memiliki sistem kesehatan yang dibentuk pada tahun 1988 dan dikenal sebagai SUS (Sistema Único de Saúde). Sistem kesehatan masyarakat universal dan terdesentralisasi di Brasil didanai oleh pendapatan pajak dan kontribusi dari pemerintah federal, negara bagian, dan kota. Administrasi dan pemberian perawatan ditangani oleh kota

atau negara bagian. Semua penduduk dan pengunjung, termasuk individu yang tidak berdokumen, dapat mengakses layanan gratis dan komprehensif, termasuk layanan dasar, rawat jalan khusus, kesehatan mental, dan perawatan rumah sakit, serta perlindungan obat resep. Brasil memiliki jumlah penduduk sekitar 214 juta jiwa pada tahun 2022 (Mendoza, 2023). Pengeluaran untuk kesehatan diperkirakan mencapai 13 persen dari PDB negara tersebut (1.124 dolar AS per kapita).

Sebanyak 25 persen masyarakat Brasil berpenghasilan menengah dan tinggi, memiliki asuransi kesehatan swasta untuk menghindari hambatan dalam mengakses layanan kesehatan. Biaya asuransi kesehatan swasta, serta pembelian terkait kesehatan, memenuhi syarat sebagai pengurangan pajak. Kementerian Kesehatan bertanggung jawab atas pengelolaan sistem secara terpusat, dengan mandat untuk merancang, memantau dan mengevaluasi kebijakan dan layanan kesehatan yang terkait dengan SUS, dan melakukan koordinasi nasional (OECD, 2021).

Pemerintah Brasil telah membentuk Komite Informasi dan Informatika Kesehatan-CIINFO pada tahun 2009. Komite itu memiliki fungsi normatif, pengarahan dan pengawasan terhadap kegiatan sistem informasi dan informatika kesehatan di lingkup Kementerian Kesehatan. CIINFO mengkoordinasikan dan mengawasi kegiatan yang berkaitan dengan data kesehatan, sistem informasi dan kebijakan tata kelola digital di Kementerian Kesehatan dan SUS, serta merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan Nasional-SNIS (OECD, 2021). Negara ini telah mengintegrasikan akses layanan kesehatan publik, swasta atau tambahan menggunakan Kartu Tanda Penduduk Kesehatan Nasional agar rekam medis dapat dikoordinasikan antar layanan (Aetna, no date). Penduduk bisa mendapatkan kartu SUS di rumah sakit, klinik, atau puskesmas mana pun dengan menunjukkan kartu identitas, bukti domisili, dan nomor wajib pajak.

4. Sistem Kesehatan Afrika Selatan

Sistem kesehatan di Afrika Selatan terdiri dari sektor kesehatan pemerintah dan swasta. Sektor kesehatan swasta dioperasikan oleh berbagai departemen kesehatan pemerintah provinsi. Sektor kesehatan masyarakat dibagi menjadi layanan kesehatan primer, sekunder dan tersier yang disediakan melalui berbagai fasilitas kesehatan yang terletak di dalam dan dikelola oleh departemen provinsi yang berbeda, di bawah pengawasan Departemen Kesehatan Nasional (Malakoane *et al.*, 2020). Pelayanan kesehatan di Afrika Selatan dikelola oleh Departemen Kesehatan.

Pelayanan kesehatan publik di Afrika Selatan didanai oleh pemerintah melalui perpajakan, serta melalui pengeluaran layanan kesehatan dari pasien. Afrika Selatan tidak memiliki sistem layanan kesehatan universal. Afrika Selatan memiliki jumlah penduduk sebanyak 5,1 juta dengan PDB 351,4 Miliar USD dan belanja kesehatan 8,25% dari PDBnya (Columbia University Mailman School of Public Health, 2023). Sistem kesehatan masyarakat di Afrika Selatan didanai oleh Dana Pendapatan Nasional, yang mengumpulkan pembayaran yang diberikan kepada pemerintah lokal, provinsi, dan federal. Terdapat distribusi dana yang terdesentralisasi dari pemerintah federal ke pemerintah kota setempat, sehingga lembaga kesehatan masyarakat setempat mempunyai kemandirian dalam mengalokasikan dana (Columbia University Mailman School of Public Health, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Aetna (no date) Brazil provides free, universal access to medical care to anyone legally living in the country, Health and health care in Brazil. Available at: <https://www.aetnainternational.com/en/individuals/destination-guides/expat-guide-to-brazil/health-and-health-care.html>.
- Agussalim, D. (2019) 'Contending images of world politics: Penelusuran kritis terhadap asal-usul dan perdebatan mengenai konsep 'developing countries', *Jurnal Hubungan Internasional*, 8(1), pp. 97-112. doi:10.18196/hi.81148.
- Alshamari, S. (2017) 'The Qatar health system: Challenges and opportunities', *Network Intelligence Studies*, 5(9), pp. 47-56.
- American Public Health Association (2008) Strengthening health systems in developing countries, American Public Health Association. Available at: <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/23/09/09/strengthening-health-systems-in-developing-countries> (Accessed: 10 September 2023).
- Australian Department of Home Affairs (2023) Australian Healthcare System, IMAN Australian Health Plans. Available at: <https://www.austhealth.com/australian-healthcare-system> (Accessed: 20 September 2023).
- Australian Institute of Health and Welfare (2022) Health system overview, AIHW Australian Government. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview> (Accessed: 15 September 2023).
- Cai, J. (2023) 'A robust health system to achieve universal health coverage in Vietnam', *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 37. doi:10.1016/j.lanwpc.2023.100854.

- Carlo De Pietro *et al.* (2015) 'Switzerland: Health system review', *Health Systems in Transition*, 17(4), pp. 1–288, xix.
- Columbia University Mailman School of Public Health (2023) *South Africa: Summary*, Columbia University. Available at: <https://www.publichealth.columbia.edu/research/others/comparative-health-policy-library/south-africa-summary>.
- Dixit, S.K. and Sambasivan, M. (2018) 'A review of the Australian healthcare system: A policy perspective', *SAGE Open Medicine*, 6, pp. 1–14. doi:10.1177/2050312118769211.
- Filliettaz, S.S. *et al.* (2021) 'Integrated care in Switzerland: Strengths and weaknesses of a federal system', *International Journal of Integrated Care*, 21(4), pp. 1–8. doi:10.5334/ijic.5668.
- Giplaye, H. (2019) 'Healthcare delivery system in developed, developing and underdeveloped countries', *Texila International Journal of Nursing*, pp. 1–7. doi:10.21522/TIJNR.2015.SE.19.01.Art009.
- Hamadeh, N., Rompaey, C. Van and Metreau, E. (2023) *World Bank Group country classifications by income level for FY24 (July 1, 2023- June 30, 2024)*, World Bank Blogs. Available at: <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-group-country-classifications-income-level-fy24> (Accessed: 11 September 2023).
- Healy, J. and Dugdale, P. (2013) *The Australian health care system*, 2013. Canberra.
- Institute for International Cooperation Japan International Cooperation Agency (2005) *Japan's experiences in public health and medical systems: Towards improving public health and medical systems in developing countries*. Tokyo: Research Group, Institute for International Cooperation, Japan International Cooperation Agency (JICA).
- Johnson, S.R. (2023) *10 countries with the best public health systems*, U.S. News & World Report. Available at: <https://www.usnews.com/news/best->

countries/slideshows/countries-with-the-most-well-developed-public-health-care-system (Accessed: 10 September 2023).

Le, D.-C. *et al.* (2010) 'Health care system in Vietnam: Current situation and challenges', *Asian Pacific Journal of Disease Management*, 4(2), pp. 23–30. doi:10.7223/apjdm.4.23.

Malakoane, B. *et al.* (2020) 'Public health system challenges in the Free State, South Africa: a situation appraisal to inform health system strengthening', *BMC Health Services Research*, 20(58). doi:10.1186/s12913-019-4862-y.

Mango, :Lucio (2020) 'Health systems of underdeveloped and developing countries', *International Journal of Global Health*, 1(2), pp. 1–3. doi:10.14302/issn.2693-1176.ijgh-20-3489.

Mendoza, J. (2023) *Health in Brazil - Statistics & Facts*, Statista. Available at: <https://www.statista.com/topics/5030/health-in-brazil/#topicOverview> (Accessed: 20 September 2023).

Most, L. van der (2023) *The healthcare system in Qatar*, Expatica. Available at: <https://www.expatica.com/qa/healthcare/healthcare-basics/the-healthcare-system-in-qatar-71485/#::~:~:text=Qatar is one of the,for citizens and expats alike.> (Accessed: 19 September 2023).

National Health Information Management Group (2003) *Health information development priorities*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Nguyen, Q.T. *et al.* (2008) 'An analysis of the healthcare informatics and systems in Southeast Asia: a current perspective from seven countries', *International Journal of Electronic Healthcare*, 4(2), pp. 184–207.

Nguyen, T. (2023) *Vietnam - Country Commercial Guide*, International Trade Administration U.S. Department of Commerce. Available at: <https://www.trade.gov/country->

commercial-guides/vietnam-healthcare (Accessed: 20 September 2022).

OECD (2021) OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/146d0dea-en.

Peters, D.H. *et al.* (2008) 'Poverty and Access to Health Care in Developing Countries', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, pp. 161–171. doi:10.1196/annals.1425.011.

Petre, Ion *et al.* (2023) 'Analysis of the Healthcare System in Romania: A Brief Review', *Healthcare*, 11(14). doi:10.3390/healthcare11142069.

Qatar Has Advanced Health System Capable of Dealing with All Health Conditions (2023) Qatar News Agency. Available at: <https://www.qna.org.qa/en/NewsArea/News/2023-04/17/0023-qatar-has-advanced-health-system-capable-of-dealing-with-all-health-conditions> (Accessed: 19 September 2023).

Qatar's health system ranked 5th best globally (2019) Gulf Times. Available at: <https://www.gulf-times.com/story/624072/qatars-health-system-ranked-5th-best-globally> (Accessed: 19 September 2023).

Takashima, K. *et al.* (2017) 'A review of Vietnam's healthcare reform through the Direction of Healthcare Activities (DOHA)', *Environmental Health and Preventive Medicine*, 22(74). doi:10.1186/s12199-017-0682-z.

Tan, C.C. *et al.* (2021) 'Singapore's health-care system: key features, challenges, and shifts', *Lancet*, 398(10305), pp. 1091–1104. doi:10.1016/S0140-6736(21)00252-X.

Team Knoema (no date) Viet Nam - Current health expenditure per capita, Knoema. Available at: <https://knoema.com/atlas/Viet-Nam/Health-expenditure-per-capita> (Accessed: 20 September 2023).

Tikkanen, R. *et al.* (2020a) International Health Care System Profiles: Singapore, The Commonwealth Fund. Available at:

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore> (Accessed: 20 September 2023).

Tikkanen, R. *et al.* (2020b) International health care system profiles: Switzerland, The Commonwealth Fund. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/switzerland> (Accessed: 20 September 2023).

Vlădescu, C. *et al.* (2016) 'Romania: Health system review', *Health Systems in Transition*, 18(4), pp. 1-170.

World Health Organization (2000) *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2006) *Working together for health-The World Health Report 2006*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2023) *Health systems governance in Viet Nam, Health systems governance*. Available at: <https://www.who.int/vietnam/health-topics/health-systems-governance> (Accessed: 20 September 2023).

Zakus, D., Bhattacharyya, O. and Wei, X. (2014) 'Chapter 15. Health Systems, Management, and Organization in Global Health', in Markle, W.H., Fisher, M.A., and Jr., R.A.S. (eds) *Understanding Global Health*. McGraw Hill, p. 318. doi:10.1036/0071487840.

TENTANG PENULIS



Ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata.

R. Jaka Sarwadhamana, S. Kep., Ns., MPH lahir di Tanjung, pada 28 Oktober 1992. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Alma Ata (S1) dan Universitas Gadjah Mada (S2). Laki-laki yang kerap disapa Jaka ini adalah anak dari pasangan Drs. Raden Suadi (ayah) dan Sudiarsip (ibu). Saat ini berkarir sebagai Dosen tetap di Fakultas Ilmu-



Fajrul Falah F, M.P.H., lahir di Tegal, pada 18 Februari 1995. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Gadjah Mada. Laki-laki yang kerap disapa Fajrul ini saat ini merupakan Peneliti di Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM dan Staf Pengajar/Dosen di Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Universitas Alma Ata. Selain kesibukannya sebagai seorang akademisi, Fajrul juga aktif berorganisasi di GP Ansor sebagai Sekretaris Ranting GP Ansor Desa Widodomartani dan LK PWNU DIY sebagai Wakil Ketua Umum. Laki-Laki yang dikenal sebagai aktivis ini saat ini sedang #turuntangan menginisiasi sebuah Program Pengabdian Masyarakat di salah satu pondok pesantren di Kabupaten Sleman dengan nama proyeknya yaitu Kader Santri Sehat.



Denden Ridwan Chaerudin, MDSc lahir di Banjaran, pada 14 November 1971. Penulis merupakan lulusan UGM Yogyakarta, peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi. Aktivitas saat ini sebagai dosen pada Prodi Kesehatan Gigi dan Prodi Terapi Gigi Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Bandung. Mata kuliah yang diampu yaitu Manajemen Kesehatan Gigi dan Mulut, Metodologi Penelitian, Komunikasi. Pengalaman menulis buku berupa Pengantar Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi. Selain sebagai pengajar penulis ditugaskan sebagai reviewer etik penelitian KEPK Bandung, dan reviewer PKM Poltekkes Kemenkes Bandung.



Dian Mitra Desnawati Silalahi, Ns., M. Kep lahir di Palangka Raya, Provinsi Kalimantan Tengah 19 Desember 1986. Penulis menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi di STIKES Eka Harap tahun 2016. Dan Penulis Menyelesaikan Magister Keperawatan (M. Kep) di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin, Kalimantan Selatan tahun 2023. Saat ini penulis sebagai dosen tetap pada program studi profesi Ners di STIKES Eka Harap Palangka Raya, dan mengampu Mata Kuliah Keperawatan Anak dan Keperawatan Keluarga. Aktif dalam Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Saat ini penulis menjabat bagian LPMI (Lembaga Penjaminan Mutu Internal) STIKES Eka Harap hingga sekarang.



Imram Radne Rimba Putri, S.Kep., Ns., MMR lahir di Sragen 05 Maret 1990, Pendidikan S1 dan S2 ditempuh di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY), dan saat ini sedang menempuh program Doktorat di S3 Penyuluhan Pembangunan dengan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS). Wanita yang kerap disapa Im adalah anak dari pasangan Endar Moyo (Ayah) dan Marmi (Ibu). Saat ini berkarir sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata (UAA) sejak 2015, beliau juga pakar dalam kurikulum dibidang Administrasi Rumah Sakit.



Dr. apt. Lamia Diang Mahalia, MPH dilahirkan di Palangka Raya pada 31 Mei 1988. Penulis merupakan staf pengajar di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Menyelesaikan pendidikan sarjana farmasi tahun 2010 dan profesi apoteker tahun 2011 di Universitas Islam Indonesia. Pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada, lulus 2012. Begitu juga dengan pendidikan S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga diselesaikan pada 2021.

Saat ini penulis adalah Koordinator Jurnal dan HKI Poltekkes Kemenkes Palangka Raya sejak 2022 hingga sekarang. Selain aktif sebagai dosen, penulis juga aktif dalam pengelolaan berkala Jurnal Forum Kesehatan dan menjadi reviewer di beberapa jurnal nasional bereputasi sejak 2022 hingga sekarang.



Ns. Dina Mariana, S.Kep., M.Kep lahir di Kendari, 21 Februari 1989. Merupakan dosen pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Sam Ratulangi, Manado. Pendidikan Sarjana (S1) pada tahun 2007, profesi ners pada tahun 2011 dan Magister (S2) pada tahun 2014 pada Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, Makassar. Pernah bekerja di Rumah Sakit

Universitas Hasanuddin pada tahun 2012 - 2015 dan pernah menjadi staf pengajar pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Kesehatan Kendari pada tahun 2017 - 2019. Penulis juga aktif dalam melakukan penelitian dan publikasi artikel serta menjadi salah satu penulis pada buku Aplikasi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada tahun 2022 dan buku Konsep Dasar Keperawatan II.



Nihayatul Munaa, S.KM., MPH. dilahirkan di Kudus 13 Maret 1993. Lulusan Sarjana kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga tahun 2015 dengan bantuan beasiswa Bidik Misi. Lulusan Master of Public Health di program Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada tahun 2019 dengan beasiswa LPDP. Pernah bekerja di PT. Pelindo Husada Citra sebagai staf pengembangan SDM dan staff

akreditasi RS di RSA UGM. Aktif menjadi peneliti sejak 2012 dan beberapa telah di presentasikan pada international conference baik di dalam negeri maupun di luar negeri seperti di Vietnam, Jerman, japan dan Malaysia Sekarang bekerja sebagai dosen tetap prodi Administrasi Rumah Sakit di Universitas Muhammadiyah Lamongan.



Mirza Aulia, SKM., MKM lahir di Situjuh, pada 3 Januari 1995. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara dan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia. Wanita berdarah minang yang kerap disapa Mirza ini adalah anak kedua sekaligus bungsu dari pasangan Zulmiftah (ayah) dan Ilda Sovieni (ibu). Mirza Aulia saat ini aktif sebagai dosen pada Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit STIKES Dharma Landbouw Padang.



Tedy Candra Lesmana, S.Hut., M.Kes. lahir di Manokwari, pada 6 April 1971. 1994. Lulus magister kesehatan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada tahun 2005. Selama ini aktif mengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Wira Husada di Yogyakarta pada Program Studi Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.