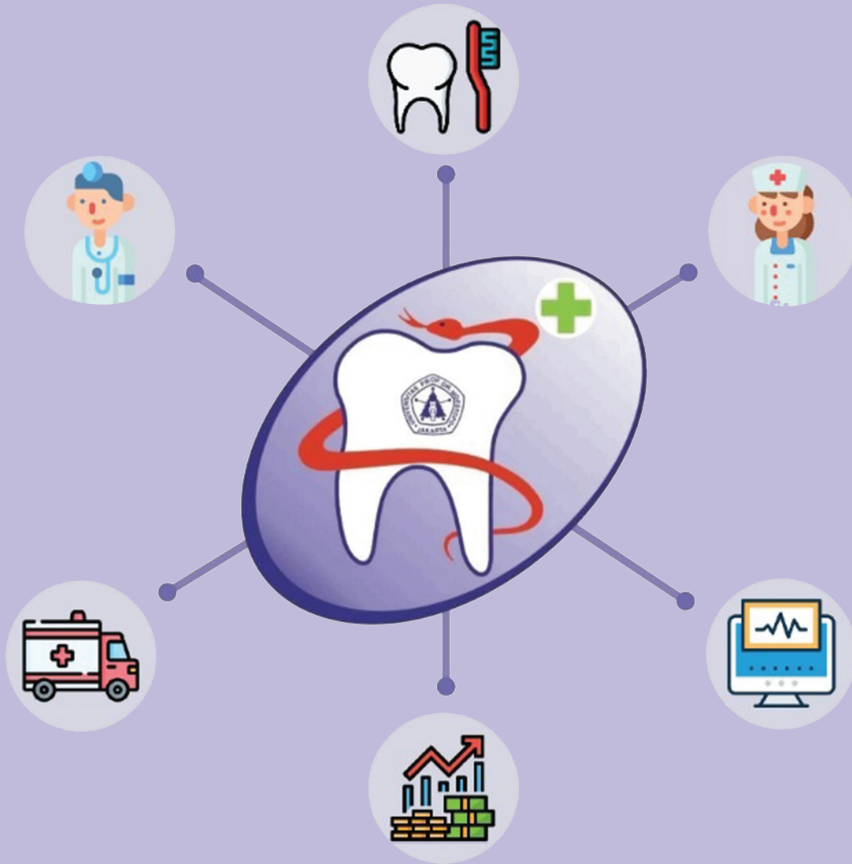


DISUNTING OLEH:
Irma Binarti, drg, MARS
Annisa Septalita, drg, M.Kes

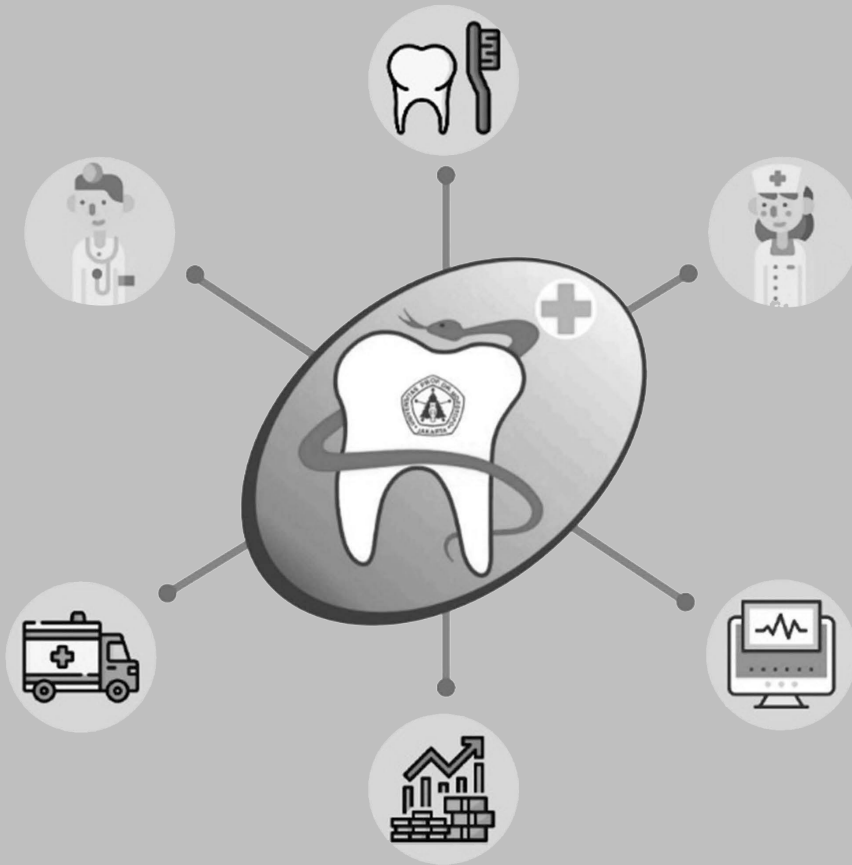


MANAJEMEN KESEHATAN KEDOKTERAN GIGI



Penerbit :
Moestopo Publishing
Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)

DISUNTING OLEH:
Irma Binarti, drg, MARS
Annisa Septalita, drg, M.Kes



MANAJEMEN KESEHATAN KEDOKTERAN GIGI



Penerbit :
Moestopo Publishing
Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)

HAK CIPTA DILINDUNGI UNDANG-
UNDANG DILARANG MENGUTIP ATAU
MEMPERBANYAK SEBAGIAN ATAU
KESELURUHAN ISI BUKU TANPA IZIN
DARI PENERBIT

MANAJEMEN KESEHATAN KEDOKTERAN GIGI

EDISI PERTAMA TAHUN 2021

Disunting Oleh :

Irma Binarti, drg, MARS

Annisa Septalita, drg, M.Kes

Penerbit :

Moestopo Publishing

Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)

ISBN 978-623-97355-9-3



KATA PENGANTAR

ALHAMDULILLAH puji syukur penulis panjatkan dengan menyebut Asma Allah yang Maha Besar dan Maha Penyayang, penulis bersyukur dapat menyelesaikan pembuatan Buku Ajar yang berjudul Manajemen Kesehatan. Buku ini berisi teori mengenai dasar dan fungsi manajemen serta teori kepemimpinan; konsep dasar,, fungsi dan sistem manajemen pelayanan kesehatan serta kesehatan gigi dan mulut; perencanaan strategi, jenis-jenis, gaya kepemimpinan, pemasaran dan tenaga kesehatan dalam praktik dokter gigi; sistem pembiayaan kesehatan serta kesehatan gigi dan mulut; pemanfaatan teknologi informasi dalam kesehatan serta dalam penelusuran literatur dan data kesehatan; dan sumber daya manusia dalam bidang kesehatan serta kerjasama lintas sektor.

Masukan dan kritik yang membangun kami tunggu dari rekan-rekan pembaca sekalian. Hal itu akan kami jadikan perbaikan untuk penyempurnaan serta pembuatan edisi selanjutnya.

Hormat kami,
Jakarta, 2021
Tim Penulis

UCAPAN TERIMA KASIH

DALAM proses pembuatan buku ini banyak pihak yang membantu kami sehingga kami dapat menyelesaikannya, untuk itu terima kasih kami ucapkan kepada:

1. Rektor Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)
2. Wakil Rektor Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)
3. Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)
4. Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)
5. Pihak Penerbit Moestopo Publisher

KONTRIBUTOR

BAB 2. Dasar dan Fungsi Manajemen serta Teori Kepemimpinan
Irma Binarti, drg., MARS

BAB 3. Dasar, Fungsi dan Sistem Manajemen Pelayanan Kesehatan / Kedokteran Gigi
Dr. Fauziah M. Asim, drg., M.Kes

BAB 4. Perencanaan Strategi, Jenis-jenis, Gaya Kepemimpinan, Sistem Pemasaran dan Tenaga Kesehatan dalam Praktik Dokter Gigi
Lukas Kusparmanto, drg., MARS

BAB 5. Sistem Pembiayaan Kesehatan dan Pembiayaan Praktik Dokter Gigi
Irma Binarti, drg., MARS

BAB 6. Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Pelayanan Kesehatan
Pindobilowo, drg., M.Kes

BAB 7. Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Penelusuran Literatur dan Data Kesehatan / Kedokteran Gigi
Yufitri Mayasari, drg., M.Kes

BAB 8. Sumber Daya Manusia Dalam Bidang Kesehatan dan Kerjasama Lintas Sektor
Irma Binarti, drg., MARS

DAFTAR ISI

1.	Introduksi.....	1
2.	Dasar dan Fungsi Manajemen serta Teori Kepemimpinan.....	4
3.	Dasar, Fungsi dan Sistem Manajemen Pelayanan Kesehatan/Kedokteran Gigi.....	68
4.	Manajemen Praktik Dokter Gigi: Perencanaan Strategi, Gaya Kepemimpinan, Sistem Pemasaran, Jenis Praktik dan Tenaga Kesehatan	81
5.	Sistem Pembiayaan Kesehatan dan Pembiayaan Praktik Dokter Gigi.....	101
6.	Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Program Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat.....	138
7.	Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Penelusuran Literatur dan Data Kesehatan / Kedokteran Gigi.....	161
8.	Sumber Daya Manusia Dalam Bidang Kesehatan dan Kerjasama Lintas Sektor	172



INTRODUKSI

Irma Binarti

Manajemen dan informasi kesehatan adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Aspek pertama yang dapat dijelaskan pada manajemen kesehatan terkait dengan manajemen yaitu salah satunya dasar dan fungsi manajemen serta teori kepemimpinan dimana pemimpin adalah inti dari manajemen, dan manajemen akan tercapai tujuannya jika ada pemimpin. Kepemimpinan dalam suatu organisasi sungguh sangat diperlukan dengan adanya teori kepemimpinan yang sangat berguna untuk dipelajari dan diterapkan. Wewenang dan tanggung jawab pemimpin tidak dapat dipisahkan dengan organisasi baik formal maupun informal sedangkan organisasi tidak dapat dipisahkan dari anggotanya.

Aspek yang kedua yang penting dalam manajemen kesehatan adalah sistem manajemen kesehatan / kedokteran gigi yang efektif dan efisien, yang diidamkan oleh setiap manusia dengan cara dan pemahaman sesuai dengan intelektualnya yang harus mempersiapkan diri bagaimana mengimplementasikan ilmu manajemen sesuai dengan perannya sebagai seorang profesional dibidang kesehatan untuk mencapai tujuan secara efisien dan efektif. Perencanaan program kesehatan melalui fungsi manajemen pelayanan/ kedokteran gigi dan bagaimana kendali biaya dan

mutu pelayanan kesehatan dengan mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan, sehingga tujuan pembangunan kesehatan nasional adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi semua orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat.

Aspek yang ketiga dalam manajemen kesehatan terkait manajemen praktik dokter gigi yaitu agar dapat didayagunakan kemampuan professional dokter gigi hingga mencapai tingkat produktifitas yang optimal. Didalam menjalankan manajemen dibutuhkan perencanaan strategis dengan menggunakan metode analisis swot dalam mengindentifikasi peluang dan ancaman yang akan dihadapi organisasi, disamping itu juga membutuhkan gaya kepemimpinan , sistem pemasaran dan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam melaksanakan perawatan dan pengobatan kesehatan gigi dan mulut. Pemimpin dalam rumah sakit harus mampu berperan sebagai motor penggerak utama agar sistem manajemen strategis dapat berjalan baik dan dapat mengatur kegiatan-kegiatan agar terjadi keseimbangan antara kegiatan diluar organisasi dengan didalam organisasi.

Aspek berikutnya dalam manajemen kesehatan yang harus diketahui bagaimana sistem pembiayaan kesehatan, pembiayaan praktik kedokteran gigi, kapitasi dan bagaimana sistem rawat inap dengan menggunakan INA-CBGs. Pembiayaan kesehatan adalah pendanaan yang dikeluarkan untuk investasi yang telah direncanakan, baik dilakukan sendiri maupun lembaga. Didalam rumah sakit dalam menjalankan seluruh kegiatan wajib menggunakan pemanfaatan teknologi informasi dalam program kesehatan gigi dan mulut masyarakat dimana peran sistem informasi kesehatan merupakan bagian fungsional dari sistem kesehatan yang komprehensif yang dapat memberikan pelayanan kesehatan secara terpadu, meliputi baik pelayanan kuratif, rehabilitatif maupun pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan, kemudian yang harus dipahami dalam pemanfaatan

teknologi informasi adalah dalam penelusuran literature dan data kesehatan/ kedokteran gigi dilakukan untuk menemukan solusi masalah kesehatan gigi dan mulut berdasarkan evidence based, begitu pula dengan proses pengambilan keputusan ditempat praktek berdasarkan evidence based dengan menggunakan lima tahapan.

Aspek terakhir yang dibahas dalam manajemen kesehatan adalah sumber daya manusia dalam bidang kesehatan dan kerjasama lintas sektor dengan melihat kualifikasi dan pengelompokkan kesehatan dan kerjasama lintas sektor dengan sasaran upaya peningkatan kesehatan gigi masyarakat, advokasi dan kemitraan. Kerjasama lintas sektor program diselenggarakan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna agar diperoleh sinergisme dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.



DASAR DAN FUNGSI MANAJEMEN SERTA TEORI KEPEMIMPINAN

Irma Binarti

DASAR MANAJEMEN FUNGSI MANAJEMEN TEORI KEPEMIMPINAN

DASAR MANAJEMEN

Pengertian Manajemen

Kata manajemen berasal dari bahasa Italia (1561) yaitu “*Menaggiare*” yang berarti “mengendalikan”, atau berasal dari bahasa Perancis Kuno yaitu “*Management*” yang mempunyai arti “seni melaksanakan dan mengatur”, bisa juga berasal dari bahasa Latin “*Manus*” yang memiliki arti “tangan” kata ini mendapat pengaruh dari bahasa Perancis *manage* yang berarti “kepemilikan kuda” (yang berasal bahasa Inggris yang berarti seni mengendalikan kuda), dan istilah Inggris ini juga berasal dari bahasa Italia. Kemudian bahasa Perancis mengadopsi kata ini dari bahasa Inggris menjadi *management* yang memiliki arti seni melaksanakan dan mengatur. Seiring dengan perkembangannya banyak para ilmuwan dan professor memberikan pendapat mereka mengenai apa itu manajemen. Seperti

pada beberapa tokoh terkenal berikut ini:

1. *Enciclopedia of The Social Sciences*, manajemen diartikan sebagai proses pelaksanaan suatu tujuan tertentu yang diselenggarakan dan diawasi.
2. Mary Parker Follet, manajemen adalah seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain.
3. Thomas H. Nelson, manajemen perusahaan adalah ilmu dan seni memadukan ide-ide, fasilitas, proses, bahan dan orang-orang yang menghasilkan barang atau jasa yang bermanfaat dan menjualnya dengan menguntungkan.
4. G. R. Terry, manajemen diartikan sebagai proses yang khas yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan dan usaha mencapai sasaran-sasaran dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.
5. James A. F. Stoner, manajemen diartikan sebagai proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengawasan upaya (*usaha-usaha*) anggota organisasi dan menggunakan semua sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
6. Prof. Drs. Oei Liang Lie, manajemen adalah ilmu dan seni perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengorganisasian dan pengawasan sumber daya manusia dan alam, terutama sumber daya manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Henry M. Boettinger, berpendapat bahwa manajemen itu suatu seni. Seni membutuhkan tiga unsur yaitu: (1) pandangan seniman, (2) pengetahuan dan (3) teknis dan komunikasi yang berhasil. Dalam hal manajemen merupakan suatu seni, maka manajemen memerlukan ketiga unsur tersebut, oleh karena itu sama seperti keterampilan, manajemen juga dapat dikembangkan dengan cara yang sama untuk melatih seniman. Menurut T.H. Nelson dan Prof. Oei Liang Lie, manajemen dinyatakan bahwa manajemen sebagai ilmu dan seni. Manajemen dapat dinyatakan sebagai ilmu, karena manajemen merupakan suatu kumpulan pengetahuan yang sistematis dan telah diterima sebagai kebenaran-kebenaran yang universal. Sebagai ilmu, manajemen memiliki asas-asas seperti ilmu-ilmu yang lain, yang disebut "*asas-asas manajemen*" atau "*principles of management*".

Asas-asas manajemen seperti asas-asas ilmu sosial lainnya, tidak berlaku dalil-dalil seperti ilmu pasti tetapi berlaku dengan *ceteris paribus*. Dari definisi-definisi manajemen diatas, manajemen dinyatakan sebagai seni karena keberhasilan manajer dalam usahanya mencapai tujuan dengan bantuan bawahan, selain itu diperlukan pemahaman dan pengalaman ilmu manajemen, kemampuan manajer mempengaruhi bawahan dengan wibawa, karisma atau seni memimpin orang. Manajemen sebagai seni merupakan kemampuan pribadi manajer untuk menarik perhatian dan mempengaruhi orang lain sehingga mereka dengan senang hati mau mengikuti perintah manajer. Penggunaan ilmu manajemen dapat membuat seorang manajer mampu mengenali dan mempelajari masalah-masalah dengan baik, dan dengan seni manajemen, manajer mampu menentukan sikap dan mengambil keputusan dan memecahkan masalah secara cepat dan tepat.

Dari definisi tersebut dapat ditarik beberapa pokok pikiran penting sebagai berikut:

1. *Proses*

Proses adalah suatu cara yang sistematis untuk melakukan sesuatu. Manajemen didefinisikan sebagai suatu proses karena semua manajer, apapun keahliannya dan keterampilannya, terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang saling berkaitan dalam upaya mencaai tujuan organisasi.

2. *Perencanaan*

Ini menunjukan para manajer memikirkan tujuan dan kegiatannya sebelum melaksanakannya. Kegiatan mereka biasanya berdasar pada suatu cara, rencana atau logika, bukan asal tebak saja.

3. *Pengorganisasian*

Ini berarti para manajer itu mengkoordinir sumber daya manusia dan sumber daya lain yang dimiliki organisasi. Sejauh mana efektifnya suatu organisasi tergantung pada kemampuannya mengarahkan sumber daya yang ada dalam

mencapai tujuannya. Tentu saja dengan makin terpadu dan makin terarahnya pekerjaan akan menghasilkan efektivitas organisasi dan disinilah tugas manajer untuk mengkoordinasi.

4. *Memimpin*

Ini menunjukkan bagaimana para manajer mengarahkan dan mempengaruhi bawahannya, menggunakan orang lain untuk melaksanakan suatu tugas tertentu. Dengan menciptakan suasana yang tepat, mereka membantu bawahannya bekerja secara baik.

5. *Pengawasan*

Ini berarti para manajer berusaha untuk menyakinkan bahwa organisasi bergerak dalam arah atau jalur tujuan. Apabila salah satu bagian dalam organisasi menuju arah yang salah, para manajer berusaha untuk mencari sebabnya dan kemudian mengarahkan kembali kejalur tujuan yang benar.

6. *Menggunakan semua sumber daya organisasi*

Definisi ini menunjukkan bahwa manajer menggunakan semua sumber daya untuk mencapai tujuannya. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam suatu organisasi, namun tanpa sumber daya yang lain maka penggunaan sumber daya manusia ini tidak akan optimal. Sebagai contoh, seorang manajer yang akan meningkatkan penjualan dapat mencoba untuk tidak hanya mendorong tenaga penjualnya, tetapi juga menaikkan anggaran iklan. Jadi baik sumber daya manusia dan sumber daya keuangan digunakan untuk mencapai tujuan.

7. *Upaya mencapai tujuan*

Ini berarti bahwa manajer setiap organisasi berusaha untuk mencapai tujuan tertentu. Tujuan setiap organisasi berbeda-beda, tetapi apapun tujuan yang ditetapkan suatu organisasi, manajemen adalah proses untuk mencapai tujuan tersebut.

Batasan Manajemen

Menurut Paul Hersey dan Kenneth H. Blanchard (1980) memberikan batasan manajemen *as working with and through individuals and groups to accomplish goals* (sebagai suatu usaha yang dilaksanakan dengan dan bersama individu atau kelompok untuk mencapai tujuan organisasi). Hersey dan Blachard lebih menekankan bahwa definisi tersebut tidaklah dimaksudkan hanya untuk satu organisasi saja, tetapi dapat diterapkan pada berbagai jenis organisasi tempat individu dan kelompok tersebut menggabungkan diri untuk mewujudkan tujuan bersama. Batasan manajemen yaitu manajemen sebagai seni dan ilmu pengetahuan, pengorganisasian, pengarahan, pemotivasian, dan pengendalian terhadap orang dan mekanisme kerja untuk mencapai tujuan. Definisi manajemen tersebut diatas mengandung unsur-unsur sebagai berikut:

1. Elemen Sifat

- a. Manajemen sebagai suatu seni yaitu sebagai suatu keahlian, kemahiran, kemampuan, dan keterampilan dalam aplikasi ilmu pengetahuan untuk mencapai tujuan.
- b. Manajemen sebagai suatu ilmu yaitu akumulasi pengetahuan yang telah disistematisasikan dan diorganisasikan untuk mencapai kebenaran umum (*general purposes*).

2. Elemen Fungsi

- a. Perencanaan yaitu suatu proses dan rangkaian kegiatan untuk menetapkan tujuan terlebih dahulu pada suatu jangka waktu/periode tertentu serta tahapan serta langkah-langkah yang harus ditempuh.
- b. Pengorganisasian yaitu suatu proses dan rangkaian kegiatan dalam pembagian kerja yang direncanakan untuk diselesaikan oleh anggota kelompok pekerjaan, penentuan hubungan pekerjaan yang baik diantara mereka, serta pemberian lingkungan dan fasilitas pekerjaan yang kondusif.

- c. Pengarahan yaitu suatu rangkaian kegiatan untuk memberikan petunjuk atau instruksi dari seorang atasan kepada bawahan atau kepada orang yang diorganisasikan dalam kelompok formal dan untuk pencapaian tujuan bersama.
- d. Pemotivasian yaitu suatu proses dan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh seorang atasan dalam memberikan inspirasi, semangat, dan kegairahan bekerja serta dorongan kepada bawahan untuk dapat melakukan suatu kegiatan yang semestinya.
- e. Pengendalian/Pengawasan yaitu suatu proses dan rangkaian untuk mengusahakan agar suatu pekerjaan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan tahapan yang harus dilalui. Dengan demikian, apabila ada kegiatan yang tidak sesuai dengan rencana dan tahapan tersebut, diadakan suatu tindakan perbaikan (*corrective actions*).

3. Elemen Sasaran

- a. Orang (manusia) yaitu mereka yang telah memenuhi syarat tertentu dan telah menjadi unsur integral dari organisasi atau badan tempat bekerja sama untuk mencapai tujuan.
- b. Mekanisme Kerja yaitu tata cara dan tahapan yang harus dilalui orang yang mengadakan kegiatan bersama untuk mencapai tujuan.

4. Elemen Tujuan

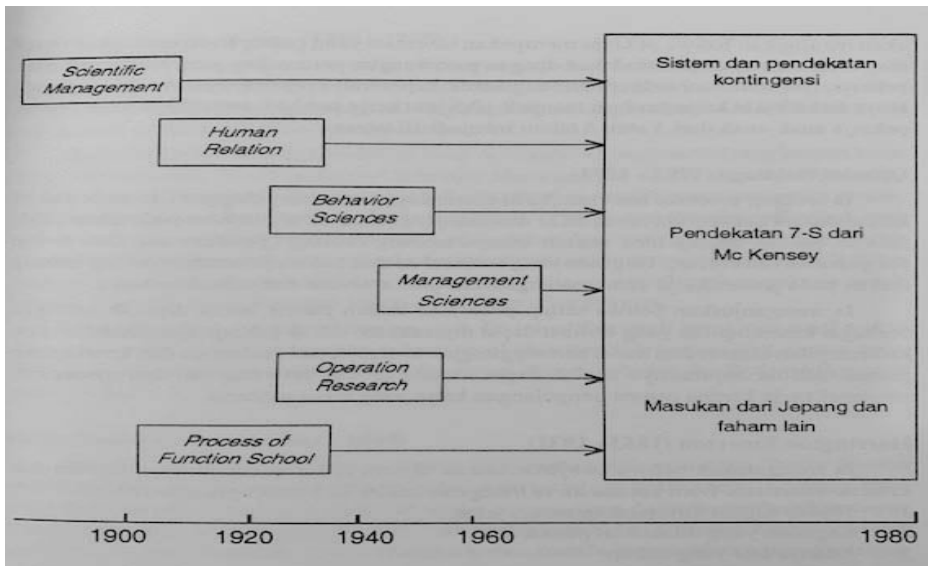
Elemen Tujuan yaitu hasil akhir yang ingin dicapai atas suatu pelaksanaan kegiatan. Dalam arti luas, tujuan mengandung hal seperti *objective*, *purpose*, *mission*, *deadline*, *standard*, *target*, dan *quota*. Tujuan merupakan rangkaian dalam proses perencanaan, dan juga merupakan elemen penting dalam proses pengendalian.

Sejarah Perkembangan Ilmiah Manajemen

Ajaran manajemen dipelajari dan diajarkan sejak awal abad 20, namun sebetulnya kegiatan dan pemikiran manajemen sudah ada bersama dengan sejarah manusia. Pada jaman Nabi Musa telah ada pemikiran manajemen, ini terlihat pada waktu perjalanan Nabi Musa meninggalkan Mesir menuju Shiftim, kurang lebih jaraknya 380 mil. Perjalanan sepanjang itu dilakukan bersama dengan ribuan pengikutnya. Semua persoalan diputuskan oleh Nabi Musa sendiri, sehingga selama 39 tahun perjalanan tersebut hanya mencapai 240 mil saja. Jethro (Mertua Nabi Musa) memberikan nasihat agar perjalanan lebih cepat dan masalah Nabi Musa menjadi ringan, maka Nabi Musa disuruh mendelegasikan tugas dan wewenang kepada orang-orang kepercayaan dengan kelompok-kelompok: 10, 50, 100, 500, dan 1.000 orang tiap kelompok. Tugas dan pendelegasian wewenang tersebut menjadikan sisa perjalanan dengan jarak 140 mil dapat diselesaikan dengan waktu cuma 9 bulan saja.

Pada jaman Yunani Kuno, cara mereka memerintah juga sudah memakai pemikiran manajemen, yaitu dengan membagi lembaga-lembaga pemerintahan seperti *councils* (dewan-dewan), *courts* (pengadilan-pengadilan), pejabat administrasi, dan *board of general*. Lembaga-lembaga ini menunjukkan pentingnya manajemen pada waktu itu. Pada jaman Romawi Kuno juga sudah ada pemikiran manajemen. Terlihat dari hasil karya besar peninggalan bangsa Romawi, tidak mungkin dapat dihasilkan karya yang begitu itu tanpa adanya teknik manajerial yang berarti.

Pengelolaan Gereja Katholik telah menggunakan pemikiran manajemen sudah dilakukan sejak lama. Gereja menggunakan organisasi formal yang efektif antara lain dengan pengembangan hirarki kekuasaan dengan organisasi-organisasi teritorial dari atasan kepada bawahan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh para ahli manajemen dan ahli ekonomi, tumbuh beberapa aliran manajemen yang secara singkat dapat digambarkan seperti terlihat pada gambar 1.



Gambar 1. Pertumbuhan Pemikiran Manajemen

Aliran Manajemen Ilmiah

1. Robert Owen (1771-1858)

Robert Owen merupakan seorang manajer pada beberapa pabrik pemintal kapas di Scotland. Dia memperoleh julukan *The Father of Modern Personnel Management*. Pendapatnya bahwa dengan memperbaiki kondisi pekerja maka produksi dan keuntungan dengan sendirinya akan meningkat dan bahwa pekerja merupakan investasi yang paling menguntungkan (*vital machine*).

2. Charles Babbage (1792-1871)

Charles Babbage merupakan seorang profesor matematika di *Cambridge University* (Inggris). Dia menemukan kalkulator mekanik pada tahun 1822 dan *computer/analytical machine* pada tahun 1833. Jasa di bidang manajemen adalah idenya adalah tentang *costing* (pembiayaannya) dan sistem pengupahan (*incentive*). Gagasan yang terkenal adalah bahwa penerapan prinsip-prinsip

ilmiah pada proses kerja akan meningkatkan produktivitas dan menekan biaya.

3. Harrington Emerson (1853-1931)

Harrington Emerson mengatakan bahwa penyakit utama sistem industri adalah pemborosan dan ketidak-efisienan. Oleh karena itu ia mengemukakan 12 prinsip-prinsip efisiensi:

- a. Tujuan-tujuan yang dirumuskan secara jelas
- b. Kegiatan yang dilakukan masuk akal
- c. Adanya staf yang cakap
- d. Disiplin
- e. Balas jasa yang adil
- f. Laporan, sistem informasi dan akuntansi yang terpercaya, segera, akurat, dan ajeg
- g. Pemberian perintah, perencanaan dan pengukuran kerja yang baik
- h. Adanya standart penjadwalan, metode dan waktu setiap kegiatan
- i. Kondisi yang distandarisasi
- j. Operasi yang distandarisasi
- k. Instruksi praktis tertulis yang standar
- l. Balas jasa efisiensi dan rencana insentif

4. Frederick Winslow Taylor (1856-1915)

Gagasan Taylor dituangkan dalam buku *Scientific Management* (rangkuman buku *shop Management, The Principle of Scientific Management, dan Testimony Before the Special House Committee*). Prinsip-prinsip Taylor dengan pendekatan manajemen ilmiah, yaitu dengan jalan mengganti cara kerja tradisional dengan cara ilmiah; mengusahakan adanya kerjasama dalam kelompok yang tidak teratur menjadi tindakan yang harmonis; mengusahakan adanya kerjasama dalam kelompok; mengganti prinsip bekerja untuk mencapai hasil yang terbatas menjadi bekerja untuk mencapai hasil maksimal; serta mengembangkan pekerja untuk mencapai kemakmuran bersama antara

manajemen dan pekerja. Teknik-teknik yang dikembangkan oleh Taylor adalah studi gerak dan studi waktu (*time and motion study*), pengawasan fungsional (*functional foremanship*), sistem upah perpotong minimum dan maksimum (ini terkenal dengan sebutan *the Taylor differential rate system*).

5. Henry Laurence Gantt (1861-1919)

Henry L. Gantt meninggalkan sistem pengupahan diferensialnya Taylor, karena sistem tersebut mempunyai dampak terhadap motivasi yang terlalu kecil. Gagasan baru yang dikemukakan Gantt ialah: (a) setiap pekerja yang dapat menyelesaikan tugas yang dibebankan kepadanya suatu hari, pekerja tersebut berhak menerima bonus pada hari itu juga; (b) mandor akan menerima bonus apabila semua pekerja juga mencapai standar itu. Gantt menyempurnakan gagasan Owen mengenai penilaian terhadap pekerja. Sistem baru untuk menggambarkan jadwal produksi, yang terkenal disebut *Skema Gantt (Gantt Chart)*.

6. Suami istri Gilbreth - Frank B Gilberth (1968-1924) dan Lilian m. Gilberth (1878-1972)

Lilian mencurahkan perhatiannya pada cara-cara memperbaiki kesejahteraan pekerja. Sasaran akhir manajemen ilmiah adalah menolong pekerja mencapai kemampuannya yang penuh sebagai manusia (*The Psychology of Management*). Frank lebih tertarik pada masalah efisiensi, yaitu cara terbaik untuk melakukan suatu pekerjaan dengan studi gerak dan kelelahan. Suami isteri Gilberth ini mengembangkan suatu rencana yang disebut "*three-position plan*" (rencana tiga kedudukan), yaitu rencana untuk kenaikan jabatan sebagai program pengembangan karyawan dan pendorong semangat kerja.

Teori Organisasi Klasik

Teori organisasi klasik timbul dari kebutuhan akan pedoman untuk mengelola organisasi yang kompleks. Tokoh-tokoh manajemen klasik adalah:

1. Henry Fayol (1841-1925)

Fayol mengemukakan pendapat bahwa praktik-praktik manajemen yang baik mempunyai pola tertentu yang dapat dikenali dan dianalisis. Menurut Fayol terdapat 6 kegiatan praktik manajemen, yaitu:

- a. *Technical*, yaitu kegiatan membuat atau menghasilkan barang atau jasa;
- b. *Commercial*, yaitu kegiatan membeli atau mendapatkan bahan yang diperlukan dan menjual barang atau jasa yang dihasilkan;
- c. *Financial*, yaitu kegiatan untuk mendapatkan atau mengatur penggunaan dana dengan sebaik-baiknya;
- d. *Security*, yaitu kegiatan melindungi semua orang bekerja serta kekayaan perusahaan;
- e. *Accountancy*, yaitu kegiatan mencatat dan menghitung biaya, pendapatan, laba, dan kekayaan perusahaan, menyusun neraca dan membuat statistik;
- f. *Managerial*, yaitu kegiatan melaksanakan fungsi manajemen.

Menurut Fayol, kegiatan perusahaan yang keenam, yaitu kegiatan manajerial, merupakan tugas utama setiap manajer yang disebut fungsi-fungsi manajemen. Fungsi manajemen tersebut terdiri, atas: perencanaan (*prior*), pengorganisasian (*organizer*), pemberian perintah (*comander*), pengkoordinasian (*coordiner*), pengawasan (*controller*). Gagasan yang terkenal Henry Fayol ialah ditemukannya 14 prinsip manajemen yaitu:

- a. Pembagian kerja (*Division of labor*)
- b. Otoritas (*Authority*)
- c. Disiplin (*Disipline*)
- d. Kesatuan perintah (*Unity of command*)
- e. Kesatuan pengarahan (*Unity of direction*)
- f. Kepentingan pribadi dibawah kepentingan organisasi (*Subordination of individual interest to the general interst*)
- g. Pemberian upah (*Remuneration*)
- h. Pemusatan (*Centralization*)

- i. Jenjang jabatan (*Hierarchy*)
- j. Ketertiban (*Order*)
- k. Keadilan (*Equity*)
- l. Kestabilan staf (*Stability of staff*)
- m. Inisiatif (*Initiative*)
- n. Semangat korp (*Esprit de corps*)

2. James D. Mooney

James D. Mooney adalah seorang manajer Eksekutif General Motor. Sumbangannya bagi perkembangan ilmu manajemen terutama pada pendapatnya tentang 4 prinsip dasar manajemen yaitu:

- a. Prinsip koordinasi, syarat-syarat untuk adanya koordinasi ialah tujuan dan wewenang bagi setiap petugas dirumuskan secara jelas, ada disiplin dan saling memberikan informasi dan saling bantu-membantu.
- b. Prinsip skalar, bahwa dalam setiap organisasi harus ada pembagian kerja dan wewenang secara vertikal.
- c. Prinsip fungsional, pembagian kerja didasarkan atas fungsi-fungsi yang jelas.
- d. Prinsip staf, yaitu prinsip kejelasan wewenang staf dan manajer garis.

3. Mary Parker Follet (1868-1933)

Follet dan Barnard sebagai jembatan antara teori klasik dan hubungan manusiawi. Pemikiran mereka berdasarkan kerangka klasik, tetapi memperkenalkan unsur baru tentang hubungan manusia. Follet berpendapat bahwa manajemen dan pekerja dapat menjadi bagian dari suatu kelompok, pandangan kepemimpinan bukanlah berasal dari kekuatan otoritas formal (tradisional), tetapi harus dari keahlian.

4. Chaster I. Barnard (1886-1961)

Barnard berpendapat bahwa manusia berkumpul di dalam organisasi untuk mendapatkan hal-hal yang mereka tidak mampu mengerjakan sendiri. Tesisnya ialah bahwa suatu perusahaan dapat bekerja secara efisien dan

tetap hidup apabila tujuan organisasi dan kebutuhan perorangan yang bekerja pada organisasi itu dijaga seimbang. Sumbangan besar Barnard kepada ilmu manajemen adalah organisasi informal yaitu menganjurkan perusahaan menggunakan kelompok informal untuk menjaga kelangsungan hidup perusahaan, meskipun kadang-kadang kelompok informal tersebut bertentangan dengan tujuan manajemen.

Aliran Hubungan Manusiawi

Tokoh-tokoh aliran hubungan manusiawi adalah:

1. Hugo Munsterberg (1863-1916)

Munsterberg menyarankan bahwa produktivitas dapat ditingkatkan dengan tiga cara, yaitu: (a) menemukan orang terbaik (*the best possible person*), pekerja yang kualitas mentalnya terbaik untuk pekerjaan tersebut; (b) menciptakan pekerjaan terbaik (*the best possible work*), kondisi psikologis yang ideal untuk menciptakan produktivitas maksimum; dan (c) menggunakan pengaruh baik (*the best possible effect*), pengaruh untuk mendorong karyawan.

2. Elton Mayo

Mayo mengadakan penelitian di pabrik *Hawthorne Western Electric* mengenai produktivitas, hasilnya bukan hanya kenaikan upah yang menaikkan produktivitas tetapi faktor-faktor yang lain. Temuannya yang terkenal adalah "*Hawthorne Effect*", yaitu pengaruh faktor psikologis seperti moral, *sense of belonging*, manajemen efektif, bimbingan, kepemimpinan dan komunikasi dapat meningkatkan motivasi kerja dan produktivitas kerja yang lebih besar.

Aliran Manajemen Modern

Aliran manajemen modern berkembang melalui dua jalur, yaitu aliran hubungan manusiawi yang telah dikembangkan dan terkenal sebagai “*perilaku organisasi*” dan aliran manajemen ilmiah yang terkenal sebagai “*aliran kuantitatif*” atau *operation research & management science*. Prinsip-prinsip dasar yang dikemukakan oleh aliran perilaku organisasi adalah sebagai berikut:

1. Manajemen tidak hanya dipandang sebagai suatu proses keteknikan, karena manajemen berkaitan dengan tingkah laku manusia dalam organisasi.
2. Manajemen bersifat sistematis, karena itu pendekatan yang digunakan harus dipertimbangkan secara hati-hati.
3. Organisasi adalah suatu keseluruhan dan suatu kesatuan bagian-bagian, karena itu pengawasan oleh manajer individual hendaknya melalui pendekatan yang sesuai.
4. Perlu adanya pendekatan motivasional, untuk memperoleh komitmen dari para pekerja agar tujuan tercapai.

Gagasan-gagasan lain aliran perilaku organisasi, berdasarkan hasil riset perilaku manusia dalam organisasi adalah sebagai berikut:

1. Sumber daya manusia adalah faktor yang sangat menentukan tercapai tidaknya tujuan organisasi.
2. Para manajer hendaknya mendapatkan latihan-latihan untuk memahami prinsip-prinsip dan konsep-konsep manajemen.
3. Organisasi hendaknya mampu memberikan kesempatan bawahan untuk dapat memuaskan semua kebutuhan.
4. Organisasi hendaknya dapat meningkatkan komitmen bawahan melalui manajemen partisipatif.
5. Setiap karyawan hendaknya diberi tugas yang sesuai dengan kemampuannya sehingga dapat memberikan kepuasan.
6. Pola dan sistem pengawasan yang digunakan hendaknya ditetapkan berdasarkan pengertian dan sikap positif seluruh karyawan.

Aliran kuantitatif diawali dengan penelitian-penelitian operasi pemecahan masalah industri yang dikenal dengan *Operations Research*. Teknik dan prosedur yang digunakan dalam *operations research* ini, banyak digunakan dalam kegiatan-kegiatan perusahaan, seperti penganggaran modal, manajemen aliran kas, penjadwalan produksi, pengembangan sumber daya manusia dan lain-lain. Pola dan teknik *operations research* disebut juga pendekatan *science*, yang secara garis besar adalah sebagai berikut:

1. Perumusan masalah
2. Penyusunan suatu model matematis
3. Penyelesaian masalah dengan metode matematis yang telah dibuat
4. Pengujian model dan hasil yang dicapai dengan menggunakan model tersebut
5. Penetapan pengawasan atas hasil
6. Penetapan model dalam kegiatan implementasi

Ruang Lingkup Manajemen

1. Lingkungan luar (eksternal) yang terdiri dari:
 - a. Lingkungan Umum
 - Ekonomi
Dimensi ekonomi (*economic dimension*) adalah dimensi lingkungan umum yang mencakup kesehatan ekonomi secara umum dari suatu negara atau wilayah tempat sebuah organisasi beroperasi.
 - Hukum-Politik
Dimensi hukum-politik (*legal-political dimension*) merupakan dimensi lingkungan umum yang mencakup peraturan pemerintah ditingkat lokal, negara bagian, dan federal, serta aktivitas politik yang dirancang untuk memengaruhi perilaku perusahaan.
 - Sosio Kultural (Sosial Budaya)
Dimensi sosial budaya (*socio cultural dimension*) ialah dimensi lingkungan umum yang mencakup karakteristik demografi, norma, kebiasaan, dan nilai-nilai masyarakat tempat organisasi bergerak di dalamnya.

- Teknologi
Dimensi teknologi (*technological dimension*) berupa kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam industri tertentu, serta masyarakat secara luas.
- Internasional
Dimensi internasional (*international dimension*) ialah peristiwa yang berasal dari negara asing, serta peluang bagi perusahaan Amerika di negara lain. Seperti globalisasi dan paham ekonomi. Lingkungan internasional menimbulkan pesaing, pelanggan, serta pemasok baru dan membentuk tren sosial, teknologi, dan ekonomi.

b. Lingkungan Khusus (Tugas)

- Pemilik (*Stakeholder*)
Orang yang menentukan nasib perusahaan dan membentuk jaringan antar stockholder serta organisasi.
- Pelanggan (*Customer*)
Pelanggan adalah orang dan organisasi di dalam lingkungan yang membeli barang atau jasa dari organisasi.
- Pemasok (*Supplier*)
Pemasok adalah orang dan organisasi yang menyediakan bahan baku kepada pihak lain yang menggunakannya untuk menghasilkan suatu produk.
- Pesaing (*Competitor*)
Pesaing ialah organisasi lain dalam industri atau jenis usaha yang sama yang menyediakan barang atau jasa kepada sekelompok pelanggan yang sama.
- Badan Pemerintah
Badan atau perwakilan pemerintah pada tingkat lokal, daerah dan pusat sebagai penegak hukum dan peraturan yang berpengaruh terhadap kegiatan operasional organisasi.

- Lembaga Keuangan
Perusahaan akan tergantung pada lembaga keuangan karena lembaga keuangan akan memberikan input modal keuangan. Lembaga keuangan juga menjadi perantara bagi organisasi ke pasar keuangan. Pasar keuangan akan memperlancar aliran dana dari pihak surplus dana ke pihak yang membutuhkan dana atau defisit dana. Manajer harus menentukan alternatif pendanaan (hutang, obligasi, jual saham, *leasing*) yang paling murah dan fleksibel.
- Serikat Pekerja
Serikat pekerja yaitu organisasi yang menghimpun para pekerja untuk memperjuangkan aspirasi para anggotanya.

2. Lingkungan Dalam (Internal) yang terdiri dari:

- a. Manusia/pekerja (*specialized dan managerial personal*)
Pekerja merupakan sumber daya organisasi. Jika karyawan dan organisasi atau manajer mempunyai tujuan dan maksud tertentu yang sama maka organisasi akan berjalan dengan efektif dan tercapainya tujuan perusahaan. Tetapi kondisi tersebut tidak mudah dijelaskan dan dilaksanakan. Akibatnya sering terjadi tarik menarik antara keduanya. Contoh: manajemen tidak membayar upah sesuai upah minimum. Salah satu cara ESOP (*Employee Stock Ownership Plan*), yaitu karyawan baik langsung maupun tidak langsung memiliki saham perusahaan di tempat mereka bekerja.
- Finansial (sumber, alokasi, dan kontrol dana)
Sumber, alokasi dan kontrol dana pada dasarnya adalah manajemen keuangan. Manajemen keuangan adalah proses atau fungsi dalam apapun jenis usaha karena manajemen keuangan membantu kita menilai apakah operasi usaha telah menghasilkan laba bersih atau rugi bersih.
- Fasilitas fisik
Sarana-sarana untuk memperlancar kegiatan organisasi atau perusahaan. Seperti gedung, kantor, dan lain-lain.

- **Teknologi**
Teknologi ialah pengetahuan, alat bantu, teknik, dan aktivitas yang digunakan untuk mengubah bahan masukan organisasi menjadi hasil keluarannya.
- **Sistem nilai dan budaya organisasi/perusahaan**
Sistem nilai dan budaya merupakan sistem yang berupa sekumpulan nilai kunci, keyakinan, pemahaman, dan norma pokok yang dibagi bersama oleh anggota suatu organisasi/perusahaan.

Unsur-unsur Manajemen

Unsur –unsur manajemen terdiri dari *men, money, methods, materials, machines, and market* disingkat dengan 6M:

1. **Men** yaitu tenaga kerja manusia, baik tenaga kerja pimpinan maupun tenaga kerja operasional/pelaksana.
2. **Money** yaitu uang yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
3. **Methods** yaitu cara-cara yang dipergunakan dalam usaha mencapai tujuan.
4. **Materials** yaitu bahan-bahan yang diperlukan untuk mencapai tujuan.
5. **Machines** yaitu mesin-mesin/alat yang diperlukan atau dipergunakan untuk mencapai tujuan.
6. **Market** yaitu pasar untuk menjual barang dan jasa-jasa yang dihasilkan.

Manfaat Manajemen

Manfaat kita mempelajari dan memahami manajemen dapat diketahui dari uraian di bawah ini:

1. Membantu kita membuat strategi yang lebih baik dengan menggunakan pendekatan yang lebih sistematis, logis, rasional pada pilihan strategis.
2. Sebuah proses bukan keputusan atau dokumen dengan tujuan utama dari proses adalah mencapai pengertian dan komitmen dari apa yang kita rencanakan.

3. Proses yang kita laksanakan menyediakan pemberdayaan individual. Pemberdayaan adalah tindakan memperkuat pengertian diri sendiri mengenai efektivitas dengan mendorong dan menghargai usaha kita untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan latihan inisiatif serta imajinasi.
4. Meningkatkan kesadaran kita akan ancaman eksternal sehingga kita akan terbiasa mempersiapkan rencana lain atas kejadian yang tidak diinginkan dari faktor luar.
5. Kita dapat mengetahui dengan lebih baik mengenai strategi pesaing sehingga kita akan lebih mudah menghadapinya.
6. Berkurangnya penolakan kita terhadap perubahan karena kita telah mempersiapkan rencana atas perubahan tersebut.
7. Memungkinkan kita untuk identifikasi, penentuan prioritas, dan eksploitasi peluang yang terbaik atas permasalahan dan pilihan keputusan.
8. Kita dapat merepresentasikan kerangka kerja untuk aktivitas kontrol dalam kehidupan sehari-hari dengan lebih baik dan dapat mengatur rencana kegiatan.
9. Memungkinkan alokasi sumber daya dan waktu yang lebih sedikit bagi kita untuk mengoreksi keputusan yang salah atau tidak terencana.
10. Menciptakan kerangka kerja komunikasi internal dengan orang lain.
11. Membantu mengintegrasikan perilaku individu kita kedalam kelompok atau golongan.
12. Mendorong pemikiran ke masa depan, sebab dengan mempelajari manajemen kita telah belajar menganalisa rencana.
13. Menjadikan kita kooperatif, terintegrasi, dan antusias untuk menghadapi masalah dan peluang.
14. Mendorong terciptanya sikap positif akan perubahan dalam diri kita.
15. Memberikan tingkat kedisiplinan dan formalitas kepada manajemen kegiatan kita.

FUNGSI MANAJEMEN

Banyak ahli manajemen mengutarakan fungsi-fungsi manajemen sehingga seolah-olah tidak ada pembatasan yang jelas tentang fungsi-fungsi manajemen itu sendiri. Semua penjelasan yang dikemukakan para ahli mengenai fungsi-fungsi manajemen mempunyai substansi yang sama, terutama dilihat dari tujuan manajemen sebagai ilmu dan sebagai seni. Beberapa ahli manajemen yang menjelaskan fungsi manajemen yaitu:

Nama Ahli	Fungsi-fungsi Manajemen
Louis A. Allen	<i>leading, planning, organizing, controlling</i>
Prajudi Atmosudirjo	<i>leading, planning, organizing, controlling</i>
John R. Beisline	<i>planning, organizing, commanding, controlling</i>
Henry Fayol	<i>planning, organizing, commanding, coordinating, controlling</i>
Luther Gullich	<i>planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting</i>
Koontz dan O'Donnel	<i>planning, organizing, staffing, directing, controlling</i>
Willian H. Nezman	<i>planning, organizing, assembling resources, directing, controlling</i>
Sondang P. Siagian	<i>planning, organizing, motivating, controlling</i>
George R. Terry	<i>planning, organizing, actuating, controlling</i>
Lyndal F. Urwick	<i>forecasting, planning, organizing, commanding, coordinating, controlling</i>
Winardi	<i>planning, organizing, coordinating, actuating, leading, communicating, controlling</i>
The Liang Gie	<i>planning, decision making, directing, coordinating, controlling, improving</i>

Dua belas pakar manajemen diatas mengutarakan fungsi manajemen, yang secara garis besar dapat dipahami bahwa seluruh kegiatan manajemen tidak dapat terlepas dari proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian, dan evaluasi. Fungsi *commanding* dapat dikatakan sebagai bagian dari fungsi organizing karena setiap organisasi secara structural memiliki hierarkis kepemimpinan atau secara manajerial yang sistematis, yang didalamnya dipraktikkan tentang garis komando secara hierarkis yang berhubungan dengan otoritas dan tanggung jawab anggota organisasi.

Aplikasi Fungsi Manajemen

Fungsi-fungsi manajemen dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Perencanaan (*Planning*)

Planning berasal dari kata plan, artinya rencana, rancangan, maksud dan niat. *Planning* berarti perencanaan. Perencanaan adalah proses kegiatan, sedangkan rencana merupakan hasil perencanaan. Perencanaan adalah kegiatan yang berkaitan dengan usaha merumuskan program yang didalamnya memuat segala sesuatu yang akan dilaksanakan, penentuan tujuan, kebijaksanaan, arah yang akan ditempuh, prosedur dan metode yang akan diikuti dalam usaha mencapai tujuan. Dalam perencanaan terdapat penentuan-penentuan sebagai berikut:

- a. Bentuk atau jenis kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Prosedur pelaksanaan kegiatan;
- c. Kebijakan yang dijadikan landasan kegiatan;
- d. Arah dan tujuan yang hendak dicapai;
- e. Personal yang melaksanakan rencana;
- f. Waktu pelaksanaan rencana;
- g. Anggaran biaya yang dibutuhkan.

Perencanaan atau *planning* tidak hanya dilihat dari bobot dan waktunya, tetapi dapat dilihat dari hal-hal sebagai berikut:

a. Jenis planning menurut penggunaannya:

- *Single use planning*, yaitu perencanaan untuk satu kali pakai. Jika pelaksanaan telah selesai, perencanaan tersebut tidak dipakai kembali, misalnya perencanaan yang berhubungan dengan kepanitiaan kegiatan tertentu.
- *Repeats planning*, yaitu perencanaan yang dipergunakan untuk keperluan yang berulang-ulang. Rencana ini terus-menerus atau berulang dipergunakan sehingga bersifat permanen.

b. Jenis planning menurut prosesnya:

- *Policy planning* (merupakan kebijakan), yaitu suatu *planning* yang berisi kebijakannya saja tanpa dilengkapi oleh teknis pelaksanaannya secara sistematis.
- *Program planning*, yaitu planning yang merupakan penjelasan dan perincian dari *policy planning*; program planning dibuat oleh badan-badan khusus yang mempunyai wewenang untuk melaksanakan *policy planning*.
- Program *planning* memuat, antara lain:
 - (a) Ikhtisar mengenai tugas yang akan dikerjakan;
 - (b) Sumber dan bahan yang dapat dipergunakan
 - (c) Biaya, personalia, situasi, dan kondisi pekerjaan;
 - (d) Prosedur kerja yang harus dipatuhi;
 - (e) Struktur organisasi kerja, dan sebagainya.
- *Operational planning* (perencanaan kerja), yaitu *planning* yang memuat rencana mengenai cara-cara melakukan pekerjaan tertentu agar lebih berhasil dalam pencapaian tujuan dengan daya guna yang lebih tinggi (efektif dan efisien). Dalam perencanaan ini dimuat, antara lain:

- (a) Analisis program *planning*;
- (b) Penetapan prosedur kerja;
- (c) Metode-metode kerja;
- (d) Menentukan tenaga pelaksana.

c. Jenis perencanaan menurut jangka waktunya:

- *Long range planning* (LRP), yaitu suatu perencanaan jangka panjang yang membutuhkan waktu yang agak lama dalam pelaksanaannya.
- *Intermediate planning* (perencanaan jangka menengah), yaitu perencanaan yang dalam pelaksanaannya membutuhkan waktu “pemasangan” (*gestation period*). Perencanaan ini biasanya memerlukan waktu lima tahun.
- *Short range planning* (SRP) atau perencanaan jangka pendek, yaitu perencanaan yang dipersiapkan dengan tergesa-gesa dan mendadak karena dianggap penting dan waktu yang tersedia sangat sempit. Biasanya, pelaksanaannya memerlukan waktu kurang dari satu tahun.

d. Jenis perencanaan menurut wilayah pelaksanaannya:

- *Rural planning*, yaitu perencanaan pedesaan;
- *City planning*, yaitu perencanaan untuk suatu kota;
- *Regional planning*, yaitu perencanaan tingkat daerah kabupaten ataupun kota;
- *National planning*, yaitu suatu perencanaan tingkat nasional (negara) yang mencakup segenap wilayah suatu negara.

e. Jenis perencanaan menurut materinya:

- *Personnel planning*, yaitu suatu perencanaan mengenai masalah-masalah kepegawaian.
- *Financial planning*, yaitu suatu perencanaan mengenai masalah keuangan ataupun permodalan (anggaran belanja) secara menyeluruh dan mendetail dari suatu kegiatan kerja sama untuk mencapai tujuan bersama.

- *Industrial planning*, yaitu perencanaan yang menyangkut kegiatan industri yang direncanakan sedemikian rupa agar terhindar dari hambatan dan rintangan dalam pencapaian tujuan.
- a. *Educational planning*, yaitu suatu perencanaan dalam kegiatan pendidikan.

f. Jenis *planning* menurut segi umum dan khusus:

- *General plans* (rencana umum), yaitu suatu rencana yang dibuat garis-garis besarnya saja dan menyeluruh dari suatu kegiatan kerja sama.
- *Special planning* (rencana khusus), yaitu suatu perencanaan mengenai suatu masalah yang dibuat secara mendetail dan terperinci. Misalnya: *production planning*, *education planning*.
- *Overall planning*, yaitu suatu perencanaan yang memberikan pola secara keseluruhan dari pekerjaan yang harus dilaksanakan.

Perencanaan harus bersifat:

- a. Faktual, yaitu perencanaan yang berdasarkan pertimbangan faktual, yakni didasarkan pada hasil temuan di lapangan;
- b. Rasional, yaitu perencanaan harus masuk akal, bukan merupakan angan-angan;
- c. Fleksibel, yaitu perencanaan tidak kaku, tetapi mengikuti perkembangan zaman dan perubahan situasi dan kondisi sehingga pelaksanaannya tidak terjebak dalam keadaan yang statis;
- d. Berkesinambungan, yaitu perencanaan dibuat secara kontinu, artinya berkelanjutan mengikuti kebutuhan organisasi dan tidak dibatasi oleh absolutisme ruang dan waktu;
- e. Diaklektis, yaitu suatu perencanaan harus dibuat dengan memikirkan peningkatan dan perbaikan-perbaikan untuk kesempurnaan masa yang akan datang.

Rudyard Kipling, sastrawan Inggris yang terkenal mengatakan bahwa cara-cara yang terbaik dalam membuat perencanaan adalah mengawali dengan pertanyaan sebagai berikut:

- a. *What*, apa yang akan direncanakan?
- b. *When*, kapan rencana tersebut akan dilaksanakan?
- c. *Where*, dimana kegiatan tersebut akan dilaksanakan?
- d. *How*, bagaimana cara melaksanakan rencana yang dimaksudkan?
- e. *Who*, siapa yang akan melaksanakan rencana bersangkutan?
- f. *Why*, untuk apa rencana tersebut dilaksanakan, mengapa dilaksanakan?

2. Organizing

Mengorganisasikan (*organizing*) adalah suatu proses menghubungkan orang-orang yang terlibat dalam organisasi tertentu dan menyatupadukan tugas serta fungsinya dalam organisasi. Fungsi organisasi dapat diartikan bermacam-macam:

- a. Organisasi dapat diartikan sebagai memberi struktur, terutama dalam penyusunan/penempatan personal, pekerjaan-pekerjaan, material, dan pikiran-pikiran di dalam struktur itu.
- b. Organisasi dapat pula ditafsirkan sebagai menetapkan hubungan antara orang-orang. Kewajiban, hak, dan tanggung jawab masing-masing anggota disusun menjadi pola-pola kegiatan yang tertuju pada tercapainya tujuan atau maksud kegiatan pendidikan dan pengajaran.
- c. Organisasi dapat juga diartikan sebagai alat untuk mempersatukan usaha-usaha untuk menyelesaikan pekerjaan-pekerjaan. Dengan demikian, organisasi adalah wadah aktivitas-aktivitas yang menyusun dan membentuk hubungan-hubungan fungsional sehingga terwujudlah kesatuan usaha dalam mencapai maksud dan tujuan pendidikan.

Organisasi yang baik hendaklah memiliki ciri-ciri atau sifat-sifat berikut:

- a. Memiliki tujuan yang jelas;
- b. Tiap anggota dapat memahami dan menerima tujuan tersebut;
- c. Adanya kesatuan arah sehingga dapat menimbulkan kesatuan tindakan dan kesatuan pikiran;

- d. Adanya kesatuan perintah (*unity of command*); bawahan hanya mempunyai seorang atasan langsung: dari atasan tersebut, ia menerima perintah atau bimbingan, dan ia harus mempertanggungjawabkan hasil pekerjaannya kepada atasannya;
- e. Adanya keseimbangan antara wewenang dan tanggung jawab masing-masing anggota;
- f. Adanya pembagian tugas atau pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan, keahlian, dan bakat masing-masing sehingga tercipta kerjasama yang harmonis dan kooperatif;
- g. Pola organisasi hendaknya relatif permanen, dan struktur organisasi disusun sesederhana mungkin, sesuai dengan kebutuhan, koordinasi, pengawasan, dan pengendalian;
- h. Adanya jaminan keamanan dalam bekerja (*security of tenure*); anggota tidak merasa gelisah karena takut dipecat atau ditindak dengan sewenang-wenang;
- i. Adanya gaji atau insentif yang setimpal dengan jasa/pekerjaan sehingga dapat menimbulkan gairah kerja;
- j. Garis-garis kekuasaan dan tanggung jawab serta hierarki tata kerjanya jelas tergambar dalam struktur organisasi;
- k. Mengarahkan (*directing*), proses pengarahan terhadap semua administrator agar melaksanakan pekerjaannya proporsional dan profesional.

3. Coordinating

Mengoordinasikan (*coordinating*), yaitu menyatukan dan menyelaraskan semua kegiatan. Adanya bermacam-macam tugas dan kegiatan yang dilakukan oleh banyak orang memerlukan koordinasi dari seorang pemimpin. Koordinasi adalah aktivitas membawa orang-orang, material, pikiran, teknik, dan tujuan ke dalam hubungan yang harmonis dan produktif dalam mencapai suatu tujuan.

4. Controlling

Pengendalian (*controlling*), yakni meneliti dan mengawasi agar semua tugas dilakukan dengan baik dan sesuai dengan peraturan yang ada atau sesuai dengan deskripsi kerja masing-masing personal. Pengendalian dapat dilakukan secara vertikal dan horizontal, yaitu atasan dapat melakukan pengontrolan kepada bawahannya, demikian pula bawahan dapat melakukan upaya kritik kepada atasannya. Cara tersebut diistilahkan dengan sistem pengawasan melekat. Pengendalian terdiri atas:

- a. Penelitian terhadap hasil kerja sesuai dengan rencana/program kerja;
- b. Pelaporan hasil kerja dan pendataan berbagai masalah;
- c. Evaluasi hasil kerja dan *problem solving*.

Pengawasan adalah satu kegiatan manajer yang mengusahakan agar pekerjaan-pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana yang ditetapkan, dan mencapai hasil yang dikehendaki. Langkah-langkah pengawasan adalah:

- a. Memeriksa,
- b. Mengecek,
- c. Mencocokkan,
- d. Menginspeksi,
- e. Mengendalikan,
- f. Mengatur, dan
- g. Mencegah sebelum terjadi kegagalan.

Pengawasan dapat dibagi tiga, yaitu: (1) pengawasan yang bersifat *top down*, yakni pengawasan yang dilakukan dari atasan langsung kepada bawahan; (2) *bottom up*, yaitu pengawasan yang dilakukan dari bawahan kepada atasan; (3) pengawasan melekat, yaitu pengawasan yang termasuk kepada *self-control*, yakni atasan maupun bawahan senantiasa mengawasi dirinya sendiri.

5. Evaluating

Mengevaluasi (*evaluating*), menilai semua kegiatan untuk menemukan indikator yang menyebabkan sukses atau gagalnya pencapaian tujuan, sehingga dapat dijadikan bahan kajian berikutnya. Evaluasi sebagai fungsi manajemen adalah aktivitas untuk meneliti dan mengetahui pelaksanaan yang telah dilakukan di dalam proses keseluruhan organisasi mencapai hasil sesuai dengan rencana atau program yang telah ditetapkan dalam rangka pencapaian tujuan. Dengan mengetahui berbagai kesalahan atau kekurangan, perbaikan selanjutnya dapat dilakukan dengan mudah, dan dapat dicari *problem solving* yang tepat dan akurat.

6. Budgeting

Budgeting (penyusunan anggaran biaya) dilakukan oleh setiap lembaga yang membutuhkan pembiayaan yang terencana dengan matang. Suatu anggaran merupakan rencana penggunaan sumber-sumber keuangan yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan terpadu. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam fungsi pembiayaan adalah:

- a. Perencanaan tentang berapa biaya yang diperlukan;
- b. Sumber biaya yang diperoleh atau diusahakan;
- c. Pelaksanaan pembiayaan kegiatan;
- d. Pola pembukuan dan pertanggung jawabannya, serta;
- e. Pengawasan.

7. Actuating

Actuating adalah kegiatan yang menggerakkan dan mengusahakan agar para pekerja melakukan tugas dan kewajibannya. *Actuating* terdapat hal-hal sebagai berikut:

- a. Penetapan saat awal pelaksanaan rencana kerja;
- b. Pemberian contoh tata cara pelaksanaan kerja dari pimpinan;
- c. Pemberian motivasi para pekerja untuk segera bekerja sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya masing-masing;

- d. Pengkomunikasian seluruh arah pekerjaan dengan semua unit kerja;
- e. Pembinaan para pekerja;
- f. Peningkatan mutu dan kualitas kerja;
- g. Pengawasan kinerja dan moralitas pekerja.

8. Programming

Salah satu fungsi manajemen yang berarti proses, cara dan pembuatan program atau dengan kata lain berfungsi sebagai rancangan mengenai asas-asas serta usaha-usaha yang akan dijalankan (pembuatan program).

9. *Staffing* atau *Assembling Resources*

Staffing atau *assembling resources*, termasuk kegiatan organisasi yang sangat penting, karena berhubungan dengan penempatan orang dalam tugas dan kewajiban tertentu yang harus dilaksanakan. Oleh sebab itu hal-hal yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Penentuan jenis pekerjaan;
- b. Penentuan jumlah orang yang dibutuhkan;
- c. Penentuan tenaga ahli;
- d. Penempatan personel sesuai dengan keahliannya;
- e. Penentuan tugas, fungsi, dan kedudukan pegawai;
- f. Pembatasan otoritas dan tanggung jawab pegawai;
- g. Penentuan hubungan antar unit kerja;
- h. Penentuan gaji, upah, dan insentif pegawai yang berkaitan juga dengan bagian keuangan;
- i. Penentuan masa jabatan, mutasi, pensiun, dan pemberhentian pegawai.

10. Directing and Commanding

Directing dan *commanding* merupakan kegiatan organisasi yang berhubungan dengan pembinaan dan pelaksanaan intruksional para pemegang jabatan dalam organisasi. Dengan pandangan diatas *directing* dan *commanding* selalu berhubungan dengan aktivitas berikut:

- a. Usaha pengembangan kelompok kerja;
- b. Usaha menstimulasi, mengkoordinasikan, dan membimbing secara kontinu perkembangan keahlian para pekerja, baik secara individual maupun secara kolektif, agar lebih mengerti dan lebih efektif dalam mewujudkan seluruh fungsi dan tugasnya, sehingga kemampuannya meningkat dan lebih cakap;
- c. Usaha membantu tugas para pekerja secara baik dan melatih agar meningkatkan kemampuan kerja para pegawai;
- d. Pemberian arahan secara prosedural dan mengadakan penilaian secara kritis terhadap proses pelaksanaan kegiatan organisasi;
- e. Melakukan pembinaan dan pengarahan untuk bahan masukan kepada para pekerja dengan cara pemberian hak kepada pegawai untuk mengajukan berbagai keluhan kepada pimpinan organisasi.

11. Forecasting

Kegiatan peramalan termasuk upaya memprediksi berbagai kemungkinan yang akan terjadi setelah pelaksanaan kegiatan. Kegiatan meramal atau memperkirakan biasanya didasarkan pada hasil pengawasan dan evaluasi sehingga organisasi dapat membuat perencanaan yang lebih baik dan mempersiapkan alternatif yang akan diambil dalam suatu keputusan.

Forecasting berkaitan dengan hal-hal berikut:

- a. Mencari kemungkinan yang akan terjadi sehubungan dengan kegiatan yang sedang dilakukan, dengan melihat kinerja organisasi;
- b. Membaca situasi dan kondisi yang belum terjadi dengan mempertimbangkan kebiasaan dan pengalaman dimasa lalu, kemudian membuat rencana baru sebagai antisipasi keadaan yang akan datang;
- c. Menyusun dan mendiskusikan berbagai indikator yang diperkirakan akan mendukung atau sebagai pendorong kuat pembuatan rencana yang akan datang;
- d. Menelaah berbagai indikator yang kemungkinan besar akan mempengaruhi pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan berakhir dengan kegagalan;

- e. Mempersiapkan berbagai alternatif untuk pengambilan keputusan.

Peramalan atau *forecasting* yaitu aktivitas memprediksi atau memperkirakan apa yang akan terjadi di masa yang akan datang dengan waktu yang relatif lama. Pengertian lain dari peramaan (*forecasting*) adalah suatu teknik analisa perhitungan yang dilakukan dengan pendekatan kualitatif ataupun kuantitatif untuk melakukan perkiraan peristiwa pada masa depan dengan penggunaan referensi data-data pada masa lalu. Tujuan *forecasting* menurut **Heizer dan Render** (2009) yaitu:

- a. Sebagai pengkaji kebijakan perusahaan yang berlaku disaat ini dan dimasa lalu dan juga melihat sejauh mana pengaruh dimasa datang.
- b. Peramalan dibutuhkan karena terdapat time lag atau delay antara ketika suatu kebijakan perusahaan ditetapkan dengan ketika implementasi
- c. Peramalan adalah dasar penyusunan bisnis di suatu perusahaan sehingga bisa meningkatkan efektivitas sebuah rencana bisnis.

Fungsi dari peramaan akan diketahui ketika pengambilan keputusan. Keputusan yang baik adalah keputusan yang berdasarkan atas pertimbangan apa yang akan terjadi di waktu keputusan tersebut dijalankan. Jika kurang tepat ramalan yang sudah disusun, maka masalah peramalan juga merupakan masalah yang sering dihadapi (Gingting, 2007).

Metode peramalan ialah suatu cara mengestimasi atau memperkirakan dengan kuantitatif ataupun kualitatif apa yang terjadi di masa depan menurut data yang relevan di masa lalu. Penggunaan metode peramalan ini yaitu untuk memprediksi dengan sistematis dan pragmatis atas dasar data yang relevan di masa lalu. Dengan demikian metode peramalan bisa memberikan objektivitas yang lebih besar. Adapun jenis metode peramalan, antara lain sebagai berikut:

- a. Metode peramalan yang berdasar pada pemakaian analisa keterkaitan antar variabel yang diperkirakan dengan variabel waktu dengan deret

- berkala (*time series*).
- b. Metode peramalan yang berdasar pada pemakaian analisis pola hubungan antar variabel yang hendak diperkirakan dengan variabel lain yang menjadi pengaruh, yang bukan waktu disebut metode korelasi atau sebab akibat (*metode causal*).

Jenis-jenis *forecasting* menurut **Herianto** (2008) berdasarkan horizon waktu, peramalan (*forecasting*) bisa dibedakan menjadi tiga jenis, yakni:

- a. Peramalan Jangka Panjang adalah yang meliputi waktu yang lebih panjang dari 18 bulan, seperti contohnya peramalan yang dibutuhkan dalam hubungannya dengan penanaman modal, merencanakan fasilitas dan merencanakan untuk kegiatan litbang.
- b. Peramalan Jangka Menengah adalah yang meliputi waktu antara 3 sampai 18 bulan, seperti contohnya peramalan untuk merencanakan penjualan, merencanakan produksi dan merencanakan tenaga kerja tidak tetap.
- c. Perencanaan Jangka Pendek adalah yang meliputi jangka waktu kurang dari tiga bulan. Seperti contohnya peramalan dalam keterkaitannya dengan merencanakan pembelian material, membuat jadwal kerja dan menugaskan karyawan.

Menurut **Heizer dan Render** (2009) berdasarkan fungsi dan perencanaan operasi pada masa depan, peramalan (*forecasting*) dibedakan menjadi tiga jenis yakni:

- a. Peramalan Ekonomi (*Economic Forecast*). Peramalan ini membahas siklus bisnis dengan prediksi tingkat inflasi tersedianya uang, dana yang diperlukan untuk pembangunan perumahan dan indikator perencanaan lainnya.
- b. Peramalan Teknologi (*Technological Forecast*). Peramalan ini memahami tingkat kemajuan teknologi yang bisa meluncurkan produk baru yang menarik yang memerlukan pabrik dan peralatan yang baru.

- c. Peramalan Permintaan (*Demand Forecast*). Peramalan ini memproyeksi permintaan pada produk atau layanan perusahaan. Proyeksi permintaan produk atau layanan suatu perusahaan, peramalan ini juga bisa disebut dengan peramalan penjualan yang menjadi pengendali produksi, kapasitas dan juga sistem penjadwalan dan menjadi input untuk merencanakan keuangan, pemasaran, dan sumber daya manusia.

Menurut Saputro dan Asri (2000) berdasarkan jenis data ramalan yang disusun, peramalan jenis ini dibedakan menjadi dua, yakni:

- a. Peramalan Kualitatif adalah peramalan yang berdasar pada kualitatif di masa lalu. Hasil ramalan yang dibuat sangat bergantung dari orang yang menyusunnya. Hal ini penting karena peramalan tersebut ditentukan menurut pemikiran yang sifatnya intuisi, pendapat dan pengetahuan serta pengalaman dari penyusunnya. Peramalan jenis ini seringkali bersifat kualitatif, berdasarkan pada hasil penyelidikan seperti pendapat salesman, pendapat sales manajer, pendapat para ahli dan survei konsumen.
- b. Peramalan Kuantitatif adalah peramalan yang berdasar pada data penjualan di masa lalu. Hasil peramalan yang dibuat adalah bergantung dari metode yang digunakan dalam peramalan tersebut. Pemakaian metode yang berbeda akan dihasilkan hasil yang berbeda pula.

Menurut Ginting (2007) berdasarkan sifat penyusunnya, peramalan dibedakan menjadi dua jenis, yakni:

- a. Peramalan Subjektif adalah peramalan yang berdasar pada perasaan atas intuisi dari orang yang menyusunnya.
- b. Peramalan Objektif adalah peramalan yang berdasar pada data yang relevan di masa lalu dengan memakai teknik-teknik dan metode-metode dalam menganalisa data tersebut.

12. Decision Making

Pengambilan Keputusan atau *Decision Making* adalah suatu proses pemikiran dalam pemilihan dari beberapa alternatif atau kemungkinan yang paling sesuai dengan nilai atau tujuan individu untuk mendapatkan hasil atau solusi mengenai prediksi kedepan. Menurut Kamus Besar Ilmu Pengetahuan (Save, 2006), pengambilan keputusan (*Decision Making*) merupakan pemilihan keputusan atau kebijakan yang didasarkan atas kriteria tertentu. Proses ini meliputi dua alternatif atau lebih karena seandainya hanya terdapat satu alternatif tidak akan ada satu keputusan yang akan diambil. Pengambilan keputusan merupakan sebuah proses dinamis yang dipengaruhi oleh banyak kekuatan termasuk lingkungan organisasi dan pengetahuan, kecakapan dan motivasi. Pengambilan keputusan adalah ilmu dan seni pemilihan alternatif solusi atau alternatif tindakan dari sejumlah alternatif solusi dan tindakan yang tersedia guna menyelesaikan masalah (Dermawan, 2004). Berikut ini beberapa pengertian pengambilan keputusan:

- a. Menurut Wang dan Ruhe (2007), pengambilan keputusan adalah proses yang memilih pilihan yang lebih disukai atau suatu tindakan dari antara alternatif atas dasar kriteria atau strategi yang diberikan.
- b. Menurut Suharnan (2005), pengambilan keputusan adalah proses memilih atau menentukan berbagai kemungkinan diantara situasi-situasi yang tidak pasti.
- c. Menurut Terry (2003), pengambilan keputusan adalah pemilihan alternatif perilaku dari dua alternatif atau lebih, tindakan untuk memecahkan masalah yang dihadapi melalui pemilihan satu diantara alternatif-alternatif yang memungkinkan.
- d. Menurut Simon (1993), pengambilan keputusan merupakan suatu bentuk pemilihan dari berbagai alternatif tindakan yang mungkin dipilih, yang prosesnya melalui mekanisme tertentu dengan harapan akan menghasilkan suatu keputusan yang terbaik.

- e. Menurut Baron dan Byrne (2008), pengambilan keputusan adalah suatu proses melalui kombinasi individu atau kelompok dan mengintegrasikan informasi yang ada dengan tujuan memilih satu dari berbagai kemungkinan tindakan.

Menurut Terry (Syamsi, 2000), pengambilan keputusan yang dilakukan seseorang umumnya didasari hal-hal sebagai berikut:

- a. Intuisi
Keputusan yang diambil berdasarkan intuisi atau perasaan lebih bersifat subjektif yaitu mudah terkena sugesti, pengaruh luar, dan faktor kejiwaan lainnya. Pengambilan keputusan yang berdasarkan intuisi membutuhkan waktu yang singkat untuk masalah-masalah yang dampaknya terbatas.
- b. Pengalaman
Keputusan yang berdasarkan pengalaman sangat bermanfaat bagi pengetahuan praktis. Pengalaman dan kemampuan untuk memperkirakan apa yang menjadi latar belakang masalah dan bagaimana arah penyelesaiannya sangat membantu dalam memudahkan pemecahan masalah.
- c. Fakta
Keputusan yang berdasarkan sejumlah fakta, data atau informasi yang cukup itu memang merupakan keputusan yang baik dan solid, namun untuk mendapatkan informasi yang cukup itu sangat sulit.
- d. Wewenang
Keputusan yang berdasarkan pada wewenang semata maka akan menimbulkan sifat rutin dan mengasosiasikan dengan praktik diktatorial. Keputusan berdasarkan wewenang kadangkala oleh pembuat keputusan sering melewati permasalahan yang seharusnya dipecahkan justru menjadi kabur atau kurang jelas.
- e. Rasional
Masalah yang dihadapi merupakan masalah yang memerlukan pemecahan rasional. Keputusan yang dibuat berdasarkan pertimbangan rasional lebih bersifat objektif.

13. Public Policy Analysis

Kajian *public policy* sangat luas, karena disamping menentukan garis besar kebijakan umum yang harus ditempuh oleh organisasi publik untuk mengatasi isu-isu masyarakat, kebijakan publik juga digunakan untuk menentukan ruang lingkup permasalahan yang dihadapi oleh organisasi publik. Ruang lingkup dari permasalahan publik adalah seluruh permasalahan yang menyangkut beberapa atau banyak masyarakat.

Tujuan dari kebijakan publik adalah menyelesaikan berbagai masalah publik. masalah publik adalah masalah yang mencakup dan berdampak kepada kehidupan publik. Kebijakan publik merupakan agenda kebijakan yang dirumuskan oleh pemerintah yang merupakan tanggapan (*responsiveness*) terhadap lingkungan atau masalah publik. Penyelesaian masalah publik ini yang sangat terpenting adalah hubungan yang normatif antara pejabat publik dengan masyarakat yang dipimpinnya. Seorang pejabat publik harus memahami kebutuhan masyarakat yang dipimpinnya. Sehubungan dengan hal di atas Kumorotomo (1999) membahas ukuran-ukuran normatif yang terdapat dalam interaksi antara penguasa, penyelenggara, atau administrator negara dengan rakyat atau masyarakat umum, serta bagaimana seharusnya kebijakan-kebijakan publik itu dilaksanakan. adapun ukuran normatif tersebut adalah keadilan sosial, partisipasi dan aspirasi warga negara, masalah-masalah lingkungan, pelayanan umum, moral individu atau moral kelompok, pertanggungjawaban administrasi dan analisis etis. Berkaitan dengan definisi kebijakan publik parker (dalam Santoso, 1998) mengatakan bahwa kebijakan publik sebagai suatu tujuan tertentu atau serangkaian tindakan yang dilakukan oleh suatu pemerintah pada periode tertentu dalam hubungannya dengan suatu subjek atau tanggapan pada suatu krisis. Menurut William Dunn (1981) yang dialih bahasakan oleh muhajir Darwin (1987) bahwa kebijakan publik adalah serangkaian pilihan yang kurang lebih berhubungan (termasuk keputusan untuk tidak berbuat) yang dibuat oleh badan badan atau kantor-kantor pemerintah, diformulasikan dalam bidang-bidang *issue* yaitu arah tindakan aktual atau potensial dari pemerintah yang didalamnya terkandung

konflik diantara kelompok masyarakat. Menurut Thomas R. Dye kebijakan publik adalah “*whatever government choose to do or not to do*”. Kebijakan pemerintah untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu. Pendapat Dunn dan Dye senada dengan pendapat Islamy (1992), sesuatu yang tidak dilaksanakan oleh pemerintah pun termasuk kebijakan publik. Hal ini disebabkan karena “sesuatu yang tidak dilakukan oleh pemerintah akan mempunyai pengaruh (dampak) yang sama besarnya dengan sesuatu yang dilakukan pemerintah. Chief J. O. Udoji mendefinisikan kebijakan publik sebagai suatu tindakan bersanksi yang mengarah pada suatu tujuan tertentu yang dipusatkan pada suatu masalah atau sekelompok masalah tertentu yang saling berkaitan dan mempengaruhi sebagian besar warga masyarakat. Dari berbagai pendapat para pakar di atas dapat diambil suatu pengertian bahwa kebijakan publik adalah berbagai tindakan dari pemerintah untuk memecahkan masalah yang dihadapi oleh masyarakat. Thoha (1986) memberikan dua aspek pokok *public policy*, yaitu: (1) *policy* merupakan pranata sosial, ia bukan event yang tunggal atau terisolir. Dengan demikian sesuatu yang dihasilkan pemerintah berasal dari segala kejadian dalam masyarakat dan digunakan pula untuk kepentingan masyarakat; (2) *policy* adalah suatu peristiwa yang ditimbulkan oleh baik untuk mendamaikan “*claim*” dari pihak-pihak yang konflik atau untuk menciptakan “*incentive*” bagi tindakan bersama. Masalah kebijakan publik tidak hanya masalah organisasi publik semata, tetapi merupakan masalah kehidupan masyarakat secara menyeluruh, oleh karena itu untuk memecahkan masalah publik tersebut diperlukan berbagai disiplin ilmu. Dengan demikian dalam memecahkan masalah publik seorang analis tidak bekerja sendirian tetapi dibantu oleh tim yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu. Effendi (2000) dalam bahan kuliah analisis kebijakan publik, menyatakan bahwa analisis kebijakan publik adalah gabungan dari berbagai analisis ilmu sosial untuk menghasilkan berbagai informasi yang membantu *policy maker* untuk membuat kebijakan publik. Hasil analisis kebijakan publik bukan semata-mata dibuat oleh seorang analis tetapi hasil dari tim yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu.

William Dunn (2000), memberikan definisi analisis kebijakan adalah aktivitas menciptakan pengetahuan tentang dan dalam proses pembuatan

kebijakan. selanjutnya Dunn menambahkan bahwa analisis kebijakan merupakan disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode pengkajian multipel dalam konteks argumentasi dan debat politik untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan. Membuat analisis kebijakan publik, seorang analis akan melalui tahap-tahap kerangka pemikiran sebagaimana yang dikemukakan oleh Dunn yaitu merumuskan masalah-masalah kebijakan, yaitu kebutuhan, nilai-nilai, atau kesempatan-kesempatan yang tidak terealisasi tetapi yang dapat dicapai melalui tindakan publik. Meramal masa depan kebijakan. Peramalan (*forecasting*) adalah suatu prosedur untuk membuat informasi faktual tentang situasi sosial masa depan atas dasar informasi yang telah ada tentang masalah kebijakan. Rekomendasi aksi-aksi kebijakan. Prosedur analisis-kebijakan dari rekomendasi memungkinkan analis menghasilkan informasi tentang kemungkinan serangkaian aksi dimasa mendatang untuk menghasilkan konsekuensi yang berharga bagi individu, kelompok, atau masyarakat seluruhnya. Terkandung informasi mengenai aksi-aksi kebijakan, konsekuensi di masa depan setelah melakukan alternatif tindakan, dan selanjutnya ditentukan alternatif mana yang akan dipilih.

Pemantauan dalam analisis kebijakan, merupakan prosedur analisis kebijakan yang digunakan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat dari kebijakan publik. Mengevaluasi kinerja kebijakan adalah prosedur analisis-kebijakan yang digunakan untuk menghasilkan informasi mengenai nilai atau manfaat dari serangkaian aksi di masa lalu dan atau masa depan. Secara umum unit pelaksana untuk memecahkan masalah publik adalah organisasi publik, dalam hal ini organisasi resmi pemerintahan. tetapi tidak menutup kemungkinan untuk memecahkan beberapa masalah publik tertentu dilaksanakan oleh selain pihak organisasi resmi pemerintahan, yaitu pihak swasta, maupun lembaga swadaya masyarakat. Proses analisis kebijakan bermaksud untuk memberikan rekomendasi yang bermanfaat bagi pembuatan kebijakan yang baik, atau merupakan usaha yang bersifat multi-disipliner untuk memperoleh data atau informasi guna memberikan

alternatif/cara pemecahan suatu masalah. suatu kebijakan yang baik, menurut Dunn, (1994) harus melalui tahap-tahap kegiatan. Tahap-tahap kegiatan tersebut adalah sebagai berikut: 1) *agenda setting*, 2) *policy formulating*, 3) *policy adoption*, 4) *policy implemntation*, 5) *policy assesment*. Salah satu tahap kegiatan kebijakan publik yang terpenting adalah menentukan “*policy formulation*”. *Policy formulation* mencakupi cara memformulasikan alternatif-alternatif kebijakan yang mampu untuk memecahkan masalah kebijakan, memilih akternatif-alternatif yang memadai dan efektif, serta kapan alternatif tersebut dilaksanakan.

PROSES PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT

Penerapan prinsip-prinsip pokok manajemen di dalam organisasi pelayanan kesehatan lebih difokuskan pada program Puskesmas. Puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia perlu lebih ditingkatkan mutu pelayanannya sehingga partisipasi kelompok-kelompok masyarakat yang ada di Puskesmas perlu memahami dan menerapkan prinsip-prinsip manajemen dalam pengelolaan program kesehatan masyarakat. Dokter sebagai pimpinan organisasi pelayanan kesehatan, tidak saja dituntut untuk memiliki keterampilan dasar *medicus practicus*, tetapi juga dituntut untuk memiliki pemahaman tentang prinsip-prinsip dasar pelayanan dasar kesehatan masyarakat (*Public Health Services*) dan asas-asas manajemen. Ketiganya akan membantu tugas-tugas seorang dokter, baik sebagai *medicus practicus*, sebagai manajer, maupun sebagai pekerja di bidang kesehatan masyarakat (*Public Health Worker*).

Program kesehatan yang dikembangkan melalui Puskesmas lebih banyak bersifat pencegahan (*Public Health Services*), dan dalam pelaksanaannya lebih mengutamakan kerjasama dengan kelompok-kelompok masyarakat. Oleh karena itu, seorang dokter di Puskesmas juga dituntut untuk lebih memahami dan menerapkan prinsip-prinsip dasar manajemen kesehatan masyarakat dan prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat.



Gambar 2. Menjelaskan hubungan antara manajemen dengan prinsip-prinsip dasar ilmu Kesehatan Masyarakat yang ditujukan untuk pengembangan program pokok kesehatan masyarakat. Untuk dapat menerapkan prinsip-prinsip manajemen pada program kesehatan masyarakat, seorang dokter lebih dahulu harus melakukan kajian program pokok kesehatan secara kritis (*critical analyses*). Melalui kajian program kesehatan akan dapat dirumuskan dua jenis masalah yang berkaitan dengan masalah manajemen pelayanan dan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan berbagai jenis penyakit yang berkembang pada kelompok-kelompok masyarakat. Kedua jenis masalah tersebut secara umum berbeda tetapi di lapangan satu sama lain saling berhubungan.

LANGKAH-LANGKAH PERENCANAAN KESEHATAN

Perencanaan dimulai sebagai suatu ide atau cita-cita yang muncul karena perhatian khusus pada satu situasi tertentu. Perencanaan kesehatan dapat dibuat dalam skala besar atau skala kecil. Sebagai suatu proses, perencanaan mempunyai

beberapa langkah penting. Ada lima langkah penting yang perlu dilakukan pada setiap menjalankan fungsi perencanaan:

1. Analisis situasi. Langkah ini bertujuan untuk mengumpulkan data atau fakta yang setelah diolah dan dianalisis akan menjadi informasi yang dibutuhkan untuk penyusunan rencana sebuah program kesehatan. Jenis informasi yang diperlukan untuk perencanaan kesehatan adalah:
 - a. Penyakit dan kejadian sakit (*Diseases dan Illnesses*) yang berkembang di suatu wilayah kerja;
 - b. Data kependudukan;
 - c. Jenis dan organisasi pelayanan kesehatan yang tersedia di suatu wilayah;
 - d. Keadaan lingkungan dan aspek geografisnya;
 - e. Sarana dan sumber daya penunjang lainnya.
2. Mengidentifikasi masalah dan penetapan prioritas masalah. Terbatasnya sumber daya dan kemampuan organisasi, serta kompleksnya permasalahan yang dihadapi, mengharuskan para manajer untuk menetapkan prioritas masalah yang perlu dipecahkan. Enam langkah (pertanyaan) penting untuk identifikasi masalah kesehatan di masyarakat:
 - a. Apa masalah kesehatan yang sedang dihadapi (*what kind of health problems*);
 - b. Apa faktor-faktor penyebabnya (*why the problem exist*);
 - c. Kapan masalah tersebut timbul (*when the problem is happen*);
 - d. Siapa/keompok masyarakat yang mana paling banyak menderita, dimana kejadiannya yang terbanyak (*who is most affected by the problem and where*);
 - e. Apa kemungkinan dampak (akibat) yang muncul apabila masalah kesehatan tersebut tidak terpecahkan (*what kinds of impact will be happen*);
 - f. Apa upaya program untuk mengatasi masalah tersebut (*What is the plan of action should be done*).
3. Merumuskan tujuan program dan besarnya target yang ingin dicapai. Perumusan tujuan ini akan dapat dilakukan apabila rumusan masalah pada

langkah 2 sudah dilakukan dengan baik. Sebelum menyusun rencana kerja operasional, ada beberapa pertanyaan yang perlu dijawab:

- a. Berapa besar sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (potensi organisasi)?
- b. Sejauh mana masalah yang telah diprioritaskan akan dipecahkan (target program)?
- c. Kapan target program tersebut akan dicapai (target waktu)?

Merumuskan tujuan program operasional berdasarkan jawaban atas ketiga pertanyaan tersebut akan bermanfaat untuk:

- a. Menetapkan langkah-langkah kegiatan program untuk mencapai tujuan tersebut;
- b. Memudahkan untuk evaluasi hasil yang dicapai.

Kriteria penentuan sebuah tujuan dapat dilakukan sebagai berikut: Tujuan harus SMART: *specific* (mempunyai interpretasinya sama), *measurable* (dapat diukur kemajuannya), *appropriate* (sesuai dengan strategi nasional. Tujuan program dan tujuan institusi), *realistic* (dapat dilakukan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas organisasi), *time bound* (sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan ini sesuai dengan target waktu).

4. Mengkaji kemungkinan adanya hambatan dan kendala dalam pelaksanaan program. Kajian terhadap hambatan ditujukan yang bersumber di dalam organisasi dan yang bersumber dari lingkungan masyarakat dan sektor lain. Jenis hambatan atau kelemahan program dapat dikategorikan ke dalam bentuk hambatan seperti:
 - a. Hambatan pada sumber daya;
 - b. Hambatan yang terjadi pada lingkungan.
5. Menyusun Rencana Kerja Operasional (RKO).

KEPEMIMPINAN

Kepemimpinan merupakan kegiatan sentral di dalam sebuah kelompok (organisasi), dengan seorang pimpinan puncak sebagai figur sentral yang memiliki wewenang dan tanggungjawab dalam mengefektifkan organisasi untuk mencapai tujuannya. Wewenang dan tanggung jawab menunjukkan bahwa pemimpin tidak dapat dipisahkan dengan organisasi, baik formil maupun informal, sedang organisasi tidak dapat dipisahkan dari anggotanya yang terdiri dari individu-individu (hadari Nawawi, 2003). Menurut Moefit Wiriaditjaja (1997) mengatakan bahwa esensi dasar kepemimpinan adalah (1) kemampuan mempengaruhi orang lain, (2) adanya pengikut atau anggota organisasi yang dapat dipengaruhi melalui ajakan, bujukan, sugesti, perintah, saran atau bentuk lainnya, dan (3) adanya tujuan yang hendak dicapai. Peran utama setiap pemimpin (*leader*) adalah melaksanakan kepemimpinan (*leadership*) di dalam organisasi sesuai bidang kerjanya masing-masing. Pemimpin puncak bertanggung jawab unit atau bidang kerjanya sebagai bagian organisasinya.

TEORI-TEORI KEPEMIMPINAN

1. Teori *Great Man*

Teori ini sering disebut sebagai teori genetis. Teori ini berasumsi bahwa kapasitas kepemimpinan itu bersifat *inherent*, bahwa pemimpin besar (*great leader*) dilahirkan, bukan dibuat (*leader are born, not made*). Istilah manusia besar digunakan karena, pada saat itu, kepemimpinan memikirkan terutama sebagai kualitas laki-laki yang lazim terdapat dalam kepemimpinan militer (Sudarwan Danim, 2010). Bennis dan Nanus (1990) menjelaskan bahwa teori *great man* berasumsi bahwa pemimpin dilahirkan bukan diciptakan. Teori ini mengatakan bahwa kepemimpinan adalah bakat atau bawaan sejak seseorang lahir. Kekuasaan berada pada sejumlah orang tertentu, yang melalui proses pewarisan memiliki bakat untuk menempati posisi sebagai pemimpin. Ungkapan asal raja menjadi raja dapat diartikan menurut teori ini bahwa anak raja pasti memiliki bakat untuk menjadi raja sebagai pemimpin rakyatnya.

2. Teori *Big Bang*

Teori ini mengatakan bahwa suatu peristiwa besar menciptakan seseorang menjadi pemimpin. Teori ini mengintegrasikan antara situasi dan pengikut atau anggota organisasi sebagai jalan yang dapat mengantarkan seseorang menjadi pemimpin. situasi yang dimaksud adalah peristiwa-peristiwa atau kejadian-kejadian besar seperti revolusi, kekacauan atau kerusuhan, pemberontakan, reformasi dan lain-lain yang memunculkan seseorang menjadi pemimpin. Pengikut atau pendukung adalah orang-orang yang menokohkan orang tersebut dan bersedia patuh dan taat pada keputusan-keputusan dan/atau perintah-perintahnya dalam kejadian atau peristiwa tertentu (Hadari Nawawi, 2003).

3. Teori Sifat

Definisi yang paling populer kepribadian merupakan satu kesatuan sistem fisik dan psikologis dalam diri individu yang menentukan penyesuaian uniknya terhadap kepribadian. Teori ini berasumsi bahwa keefektifan seorang pemimpin ditentukan oleh sifat, perangai atau ciri-ciri kepribadian tertentu yang tidak saja bersumber dari bakat, tetapi juga dari pengalaman dan hasil belajar.

4. Teori Karakteristik Kepribadian

Menurut Cheser dalam Wahjosumidjo (1992), sifat-sifat pribadi yang merupakan watak yang lebih subyektif, yakni keunggulan seorang pemimpin dalam keyakinan, ketekunan, daya tahan, keberanian dll. Sifat-sifat pribadi meliputi fisik, kecakapan (*skill*), teknologi, daya tanggap (*perpeption*), pengetahuan (*knowledge*), daya ingat (*memory*), imajinasi (*imagination*).

- a) Karakteristik kepribadian Davis dalam Miftah Thoha (1998) ada 4 sifat umum yang efektif:
 - a. Kecerdasan
 - b. Kedewasaan dan keluasan pandangan sosial
 - c. Motivasi diri dan dorongan
 - d. Sikap-sikap hubungan sosial

- b) Karakteristik kepribadian, Collons dalam Dale Tempe (1993)
Sifat yang harus dimiliki pemimpin agar dapat mengefektifkan organisasi adalah:
- a. Kelancaran berbicara
 - b. Kemampuan memecahkan masalah
 - c. Pandangan ke dalam masalah kelompok (organisasi)
 - d. Keluwesan
 - e. Kecerdasan
 - f. Kesiediaan menerima tanggung jawab
 - g. Keterampilan sosial
 - h. Kesadaran akan diri sendiri dan lingkungannya
- c) Karakteristik kepribadian menurut Yulk dalam Hersey dan Blanchard (1998), karakteristik pemimpin sukses terdiri dari:
- a. Cerdas
 - b. Terampil secara konseptual
 - c. Kreatif
 - d. Diplomatis dan taktis
 - e. Lancar berbicara
 - f. Memiliki pengetahuan tentang tugas kelompok (organisasi)
 - g. Persuasif
 - h. Memiliki keterampilan sosial
- Robins (1990) mengatakan bahwa teori ini adalah teori yang mencari ciri-ciri kepribadian sosial, fisik atau intelektual yang membedakan pemimpin dan yang bukan pemimpin.
- d) Karakteristik kepribadian, Bennis dalam Hersey dan Blanchard (1998)
- a. *Management of Attention* (kemampuan mengkomunikasikan tujuan atau arah yg dpt menarik perhatian anggota organisasi).
 - b. *Management of Meaning* (kemampuan menciptakan dan mengkomunikasikan makna tujuan secara jelas dan dapat dipakai).
 - c. *Management of Trust* (kemampuan untuk dipercaya dan konsisten sehingga orang-orang akan memperhatikannya).

- d. *Management of Self* (kemampuan mengetahui atau menguasai atau mengendalikan diri sendiri dalam batas kekuatan dan kelemahan diri).

5. Teori Perilaku (*Behavior Theories*)

Menurut teori ini, keberhasilan seorang pemimpin sangat tergantung pada perilakunya dalam melaksanakan fungsi-fungsi kepemimpinan. Gaya atau perilaku kepemimpinan tampak dari cara melakukan pengambilan keputusan, cara memerintah (instruksi), cara memberikan tugas, cara berkomunikasi, cara mendorong semangat bawahan, cara membimbing dan mengarahkan, cara menegakkan disiplin, cara memimpin rapat, cara menegur dan memberikan sanksi

Beberapa teori perilaku:

A. Teori X dan Y

Teori X berasumsi: bahwa pada hakikatnya manusia itu memiliki perilaku pemalas, penakut, dan tidak bertanggung jawab. Sebaliknya teori Y berasumsi manusia itu memiliki perilaku bertanggung jawab, motivasi kerja, kreativitas dan inisiatif serta mampu mengawasi pekerjaan dan hidupnya sendiri.

B. Studi Kepemimpinan Universitas IOWA

Studi yang dilakukan di Universitas IOWA, menurut Lippit dan White menyatakan bahwa gaya kepemimpinan dibedakan menjadi tiga yaitu:

- *Authoritarian* atau *Dictatorial*
Perilaku pemimpin dalam mempengaruhi karyawan menuntut agar bekerja/bekerja sama dengan semua cara yang diputuskan oleh seorang pemimpin.
- *Democratic*
Gaya kepemimpinan dalam mempengaruhi orang lain agar bersedia bekerja sama dalam melaksanakan pekerjaan termasuk juga antara pimpinan dan anggota organisasi.

- *Laissez faire* atau *free rein*
Kemampuan mempengaruhi orang lain dengan menyerahkan semua wewenang kepada bawahan atau karyawan.

C. Studi Kepemimpinan Universitas OHIO

Studi Kepemimpinan yang dilakukan Universitas OHIO Amerika Serikat dimulai oleh J. K. Hemphill (1949) dengan mengumpulkan 1800 butir pertanyaan yang melukiskan perilaku kepemimpinan J. K. Hemphill dari A. E. Coons (1957) kemudian mensortir butir-butir tersebut menjadi 1500 butir pertanyaan yang dipergunakan untuk menyusun satu set kuesioner yang diberi nama *Leadership Behavior Description Questionnaire (LBDQ)*. LBDQ didasarkan pada dua dimensi perilaku kepemimpinan yang efektif yakni:

- Dimensi struktur tugas / prakarsa struktur (*initiating structure*). Mengutamakan tercapainya tujuan, produktifitas yang tinggi, dan penyelesaian tugas yang sesuai jadwal yang telah ditetapkan.
- Dimensi pertimbangan/tenggang rasa (*consideration*). Perilaku kepemimpinan *consideration* memiliki ciri-ciri seperti, memperhatikan kebutuhan bawahan, menciptakan suasana saling percaya, dan harga menghargai, simpati pada ide dan perasaan bawahan. Kedua perilaku *initiating structure* dan *consideration* merupakan perilaku kepemimpinan yang tidak saling mempengaruhi atau tidak saling ketergantungan, tetapi masing-masing berdiri sendiri.

D. Studi Kepemimpinan Universitas Michigan

Studi ini memfokuskan diri pada hubungan antara perilaku pemimpin, proses kelompok dan pengukuran kinerja kelompok. Menurut Likert (1961 & 1967) untuk menentukan perilaku pemimpin efektif, studi ini kemudian mengelompokan perilaku pemimpin menjadi 3 kelompok yaitu (Wirawan, 2003):

- a. *Task-oriented behavior* (perilaku berorientasi ketugasan) yaitu manajer yang efektif.
- b. *Relationship-oriented behavior* (perilaku berorientasi hubungan) yaitu manajer dengan gaya ini memusatkan perhatiannya pada hubungan manusia.
- c. *Participatif leadership* (kepemimpinan partisipatif) yaitu manajer melakukan supervisi secara kelompok tidak secara individual karyawan.

Likert (1967) terus melakukan studi di *Institute for Social Research* di *University of Michigan*. Mereka memusatkan pada sumber daya manusia dan sumber daya modal. Dari studinya Likert merumuskan gaya manajemen atau kepemimpinan merupakan kontinum dari Sistem 1 sampai dengan Sistem 4. Sistem 1 yaitu *Exploitative Authoritative* (Otorisasi Eksploitatif), ciri dari gaya kepemimpinan ini adalah: (1) berorientasi pada tugas terstruktur tinggi dan tidak percaya kepada karyawan, (2) authoritarian yaitu pengambilan keputusan dilakukan di manajemen puncak dan diturunkan melalui rantai komando serta tidak mengikutsertakan karyawan dalam pengambilan keputusan, (3) karyawan dimanajementi dengan cara menakut-nakuti, hukuman dan dengan sering memberikan imbalan, kepuasan kebutuhan karyawan pada level fisik dan keamanan. Sistem 2 yaitu *Benevolent Authoritative* (Otorisasi Kebijakan), dengan ciri dari manajemen sistem 2 adalah: (1) kepercayaan manajemen terhadap karyawan rendah seperti tuan terhadap budaknya, (2) sebagian besar keputusan mengenai tujuan organisasi dilakukan di manajemen puncak akan tetapi keputusan operasional diberikan kepada level bawah yang ditunjuk, (3) untuk memotivasi karyawan digunakan imbalan dan hukuman potensial, (4) interaksi antara manajemen dan karyawan dengan situasi manajemen merendahkan karyawan dalam situasi ketakutan (Hdari Nawawi, 2003). Sistem 3 yaitu *Consultative* (Konsultatif), dengan ciri dari manajemen sistem 3 adalah: (1) manajemen mempunyai kepercayaan besar kepada karyawan, akan tetapi tidak sepenuhnya, (2) kebijakan umum dan keputusan dasar ditentukan di manajemen puncak

akan tetapi karyawan diberikan kekuasaan khusus mengenai operasional pekerjaan, (3) komunikasi dua arah melalui hirarkhi organisasi, (4) untuk memotivasi karyawan digunakan imbalan dan kadang-kadang hukuman serta pengikutsertaan dalam kegiatan, (5) proses pengontrolan pekerjaan diberikan ke bawah. Sistem 4 yaitu *Participative atau Democratic* (Partisipasi atau Demokrasi), dengan ciri dari manajemen sistem 4 adalah: (1) manajemen mempunyai kepercayaan sepenuhnya terhadap karyawan, (2) pengambil keputusan didistribusikan sepenuhnya keseluruh level organisasi, (3) komunikasi langsung dua arah secara vertikal dan secara horizontal, (4) karyawan di motivasi melalui partisipasi dan ikut serta dalam menentukan imbalan ekonomi, menentukan tujuan, memperbaiki metode dan melalui pencapaian tujuan, (5) hubungan manajemen dan karyawan sangat erat dan bersahabat serta saling percaya, (6) tanggung jawab pengontrolan diserahkan kepada unit paling rendah.

E. Teori Kisi-kisi Manajerial (The Managerial Grid)

Mula-mula dikembangkan oleh Robert R. Blake bersama Jane S. Mouton (1964) kemudian disempurnakan oleh Robert R. Blake dan Anne Adams Mc Canse (1991). Menurut mereka cara yang tepat melakukan proses kepemimpinan adalah dengan memakai yang disebut *three R's leadership*: *Resources (R1)* atau sumber-sumber *Relationship (R2)* atau hubungan dan *Result (R3)* atau hasil. Model ini merupakan model pemikiran sistem. *Resources* (sumber-sumber) adalah kontribusi orang sebagai individual dalam kepemimpinan. *Relationship* (hubungan) adalah interaksi antara orang yang berhadapan satu sama lain. *Result* (hasil) adalah realisasi dari interaksi tim dan *problem solving*. Pendekatan ini berdasarkan pada perilaku kepemimpinan yang memiliki dua dimensi yaitu dimensi mengutamakan produksi (*concern for production*) ditempatkan pada sumbu horizontal, dan dimensi mengutamakan karyawan (*concern for people*) ditempatkan pada sumbu vertikal. Tinggi rendahnya perilaku tersebut dinyatakan dengan angka satu (1) sampai sembilan (9). Blake

dan McManse menyatakan bahwa kepemimpinan merupakan proses yang kompleks yang terdiri dari sejumlah elemen kunci (dimensi) lain yang memudahkan untuk diteliti dan dipahami. Elemen-elemen tersebut adalah manajemen konflik, inisiatif, penelitian, advokasi, pembuatan keputusan dan kritik (Wirawan, 2003).

6. Teori Kepemimpinan Kontingensi dan Teori Kepemimpinan Situasional

Teori kepemimpinan kontingensi diformulasikan berdasarkan asumsi bahwa pemimpin agar efektif harus mampu mengubah perilakunya sesuai dengan perubahan karakteristik para pengikutnya dan situasi kepemimpinannya. Istilah teori kepemimpinan kontingensi dipopulerkan oleh Fred E. Fiedler (1967) sedangkan istilah teori kepemimpinan situasional dipopulerkan oleh Paul Hersey dan Kenneth H. Blanchard (1970).

1. Model Kepemimpinan Kontingensi dari Fiedler

Menurut Fiedler terdapat hubungan perilaku atau gaya kepemimpinan dengan situasi yang dapat mempengaruhi kepemimpinan untuk mengefektifkan organisasi. Keitner dan Kinicki (1989) dalam Hadari Nawawi (2003) mengatakan bahwa terdapat tiga dimensi di dalam situasi yang dihadapi pemimpin. Ketiga dimensi itu adalah:

- a. Hubungan pemimpin-anggota (*the leader-member relationship*)
Dimensi ini merupakan variabel yang sangat penting atau kritis dalam menentukan situasi yang menguntungkan.
- b. Derajat dari susunan tugas (*the degree of task structure*)
Dimensi ini merupakan variabel yang sangat penting atau kritis kedua dalam menentukan situasi yang menguntungkan.
- c. Posisi kekuasaan pemimpin (*the leader's position power*).
Dimensi ini diperoleh melalui kewenangan formal merupakan variabel yang sangat penting atau kritis ketiga dalam menentukan situasi yang menguntungkan.

2. Model kepemimpinan Situasional Tiga Dimensi Dari Reddin

Wahjosumidjo (1992) menyatakan bahwa ada tiga pola dasar menurut Reddin yang dapat dipergunakan dalam menetapkan pola perilaku kepemimpinan yang terdiri dari: (1) berorientasi pada tugas, (2) berorientasi pada hubungan, (3) berorientasi pada efektivitas. Reddin yang mengembangkan ketiga orientasi kepemimpinan menjadi delapan perilaku atau gaya kepemimpinan berdasarkan tolak ukur yaitu:

1. Gaya atau perilaku kepemimpinan tidak efektif terdiri dari:
 - a. *Deserter* (pembelot), yaitu perilaku yang tidak ada rasa keterlibatan dengan anggota dan organisasi.
 - b. *Missionary* (pelindung dan penyelamat), yaitu perilaku sebagai penolong yang lemah dan menggampangkan masalah yang dihadapi.
 - c. *Autocrat* (otokrasi), yaitu perilaku yang keras kepala dan bandel karena merasa benar sendiri.
 - d. *Compromiser* (kompromis), yaitu perilaku tidak tetap pendirian, menunda-nunda dan bahkan tidak membuat keputusan, berpandangan atau berwawasan dangkal.
2. Perilaku atau gaya kepemimpinan efektif
 - a. *Bureaucrat* atau birokrat, yang menunjukkan perilaku patuh dan taat pada peraturan, memiliki kemampuan berorganisasi.
 - b. *Developer* atau pembangun dalam memajukan dan mengembangkan organisasi, yang menunjukkan perilaku kreatif, melimpahkan wewenang, dan menaruh kepercayaan yang tinggi pada anggota organisasi atau karyawan sebagai bawahan.
 - c. *Benevolent autocrat* atau otokrasi yang lunak yang menunjukkan perilaku dalam bekerja lancar dan tertib, ahli dalam pengorganisasian, dan memiliki rasa keterlibatan diri dalam menggunakan kewenangan atau kekuasaan pemimpin.

- d. *Executive* atau eksekutif biasanya sebagai manajer yang menunjukkan perilaku bermutu tinggi, memiliki kemampuan memberikan motivasi pada anggota organisasi sebagai bawahan dan berpandangan luas.
3. Model Kepemimpinan Kontinum dari Tannenbaum dan Schmidt
Perilaku atau gaya kepemimpinan yang perlu direalisasikan kepemimpinan yang efektif. Ketiga faktor tersebut adalah:
 - a. Kekuatan pemimpin, yang dimaksud adalah kondisi diri seorang pemimpin yang mendukung dalam melaksanakan kepemimpinannya.
 - b. Kekuatan anggota organisasi sebagai bawahan, yang dimaksud adalah kondisi diri pada umumnya yang mendukung pelaksanaan kepemimpinan seorang pemimpin sebagai atasan seperti pendidikan, pengalaman, motivasi kerja dan tanggung jawab dalam bekerja.
 - c. Kekuatan situasi, yang dimaksud adalah situasi dalam interaksi antara pemimpin dengan anggota organisasi sebagai bawahan seperti suasana atau iklim kerja, suasana organisasi secara keseluruhan termasuk budaya organisasi dan tekanan waktu dalam bekerja.
4. Model Kepemimpinan Situasional dari Hersey dan Blanchard
Berdasarkan tingkat kesiapan dan kematangan perilaku atau gaya kepemimpinan dibagi menjadi empat jenis perilaku, yang terdiri dari:
 - a. *Telling style* atau gaya mengatakan atau memerintah atau mengarahkan.
 - b. *Selling style* atau gaya menawarkan atau menjual.
 - c. *Participating style* atau gaya partisipasi.
 - d. *Delegating style* atau gaya pendelegasian wewenang.

7. Teori Gaya Kepemimpinan Berbagi Kekuasaan

Setiap gaya kepemimpinan mempunyai keunggulan dan kelemahan seperti dilukiskan pada tabel 4 berikut oleh Wirawan (2003):

Gaya Kepemimpinan	Keunggulan	Kelemahan
Otokratik	• Cocok untuk situasi darurat, pengikut malas, biangkerok, situasi tidak stabil, konflik dan krisis. • Pengambilan keputusan cepat. • Cocok untuk menghadapi para pengikut biangkerok, susah diatur dan tidak disiplin atau memiliki kemampuan yang rendah .	• Jika pemimpin tidak bijak dapat melanggar hak asasi pengikut. • Kepuasan kerja pengikut rendah. • Pengikut dapat bersifat <i>yes men</i>. • Pengikut menjadi pasif dan masa bodoh. • Jika tidak dipergunakan secara terukur menurunkan kinerja pengikut.
Paternalistik	• Cocok untuk organisasi dengan hubungan mentor dan <i>protégé</i>, lembaga pendidikan, pondok pesantren, perusahaan teknologi tinggi, divisi riset dan pengembangan budaya tidur. • Dalam sistem sosial yang hubungan pemimpin dan pengikut berdasarkan karisma, kekuasaan dan alami.	• Jika pemimpin terlalu kuat menimbulkan rasa ewuh pakewuh dan <i>yes men</i> para pengikut. • Pemimpin menganggap para pengikutnya sebagai orang yang selalu harus dibimbing dan diberi petunjuk. • Dalam kepemimpinan tradisional para pengikut menganggap pemimpin <i>can do no wrong</i>.

Partisipatif	• Cocok untuk situasi organisasi normal dan pemimpin berupaya memberdayakan para pengikutnya. • Menciptakan tim kerja yang kohesif. • Menghasilkan kepuasan kerja tinggi bagi para pengikut.	• Tidak cocok dalam situasi darurat dan kritis. • Memerlukan pengertian dan kesabaran pemimpin. • Pengambilan keputusan dapat lambat.
Demokratik	• Cocok untuk situasi normal. • Menciptakan tim kerja tinggi. • Menghasilkan kepuasan kerja tinggi.	• Memerlukan kematangan dan kemandirian pengikut. • Memerlukan peraturan yang mengatur hak dan kewajiban serta prosedur interaksi.
Pemimpin terima beres	• Cocok untuk pengikut dengan kemampuan kerja dan kematangan psikologi tinggi. • Meningkatkan motivasi dan kepuasan kerja para pengikutnya.	• Tidak cocok untuk pengikut dengan kemampuan dan kematangan kerja rendah. • Jika pemimpin lemah akan rentan penyalahgunaan oleh pengikut.

8. Teori Jalur-Tujuan (*path-goal theory*):

Teori ini menyatakan bahwa tugas dari pemimpin untuk membantu para pengikut dalam memperoleh tujuan-tujuan mereka dan untuk menyediakan pengarahan dan atau dukungan untuk memastikan bahwa tujuan-tujuan mereka sesuai dengan keseluruhan tujuan dari kelompok atau organisasi.

9. Model Pemimpin-Partisipasi:

Suatu teori mengenai kepemimpinan yang menyediakan serangkaian aturan untuk menentukan bentuk dan jumlah pengambilan keputusan secara partisipatif dalam situasi yang berbeda.

10. Teori pertukaran pemimpin-anggota:

Suatu teori yang mendukung penciptaan para pemimpin di dalam kelompok dan di luar kelompok; para bawahan dengan status di dalam kelompok yang akan memiliki peringkat kinerja yang lebih tinggi, tingkat perputaran pekerja yang rendah, dan kepuasan kerja yang lebih tinggi.

TIPE DAN GAYA KEPEMIMPINAN

PENGERTIAN KEPEMIMPINAN

Menurut Sondang P. Siagian, ada empat gaya kepemimpinan, yaitu:

1. Gaya Otokratis

Dalam kepemimpinan otokratis, pemimpin bertindak sebagai ditaktor terhadap anggota-anggota kelompoknya. Pemimpin otokratis adalah pemimpin yang memiliki wewenang (*authority*) dari suatu sumber (misalnya, karena posisinya), pengetahuan, kekuatan atau kekuasaan untuk memberikan penghargaan ataupun hukuman. Seorang pemimpin otokratis ialah yang memiliki ciri-ciri:

- a. Menganggap organisasi sebagai milik pribadi.
- b. Mengindektikkan tujuan pribadi dengan tujuan organisasi.
- c. Menganggap bawahan sebagai alat semata-mata.
- d. Tidak mau menerima kritik, saran dan pendapat.
- e. Terlalu bergantung pada kekuasaan formalnya.
- f. Dalam tindakan sering mempergunakan pendekatan yang mengandung unsur paksaan dan punitif (bersifat menghukum).

Dari sifat-sifat tersebut, jelas bahwa gaya pemimpin demikian tidak tepat untuk suatu organisasi modern yang mengangkat hak-hak asasi manusia di tempat yang sederajat secara manusiawi.

2. **Gaya Militeristis**

Seorang pemimpin yang bertipe militeristis ialah seorang pemimpin yang memiliki sifat-sifat:

- a. Lebih senang mempergunakan sistem perintah;
- b. Senang bergantung pada pangkat dan jabatannya;
- c. Senang pada formalitas yang berlebih-lebihan;
- d. Menuntut disiplin yang tinggi dan kaku dari bawahan;
- e. Sukar menerima kritikan dari bawahan;
- f. Menggemari upacara-upacara untuk berbagai keadaan.

3. **Gaya Paternalistik**

Ciri-ciri gaya paternalistik:

- a. Menganggap bawahannya sebagai manusia yang tidak dewasa;
- b. Bersikap terlalu melindungi (*overly protective*);
- c. Jarang memberikan kesempatan kepada bawahannya untuk mengambil inisiatif dan mengambil keputusan;
- d. Jarang memberikan kesempatan kepada bawahannya untuk mengembangkan daya kreasi dan fantasinya;
- e. Sering bersikap mahatahu.

4. **Gaya *Laissez Faire***

Gaya kepemimpinan ini disebut juga bebas berkendak. Organisasi dibentuk tanpa kejelasan aturan dan para anggota dengan bebas mengungkapkan keinginan masing-masing. Gaya ini seolah-olah tidak mengenal hierarki struktural, atasan bawahan, pembagian tugas yang kabur, dan tidak terjadi proses kepemimpinan fungsional maupun struktural.

5. **Gaya Demokratis**

Gaya kepemimpinan demokratis disebut juga dengan gaya kepemimpinan modernis dan partisipatif. Dalam pelaksanaan kepemimpinan, semua anggota diajak berpartisipasi menyumbangkan pikiran dan tenaga untuk mencapai tujuan organisasi.

Pemimpin yang bertipe demokratis memiliki ciri-ciri berikut:

- a. Mengembangkan kreativitas anak buah;
- b. Memberikan kesempatan kepada anak buah untuk mengambil keputusan;
- c. Mengutamakan musyawarah dan kepentingan bersama;
- d. Mengambil keputusan sesuai dengan tujuan organisasi;
- e. Mendahulukan kepentingan yang darurat demi keselamatan jiwa anak buahnya dan keselamatan organisasi yang dipimpinnya;
- f. Mengembangkan regenerasi kepemimpinannya;
- g. Memperluas kaderisasi agar anak buahnya lebih maju dan menjadi pemimpin masa depan;
- h. Memandang semua masalah dapat dipecahkan dengan usaha bersama.

6. Gaya Kharismatik

Gaya kepemimpinan kharismatik adalah kewibawaan alami yang dimiliki pemimpin, bukan karena adanya legalitas politik dan pembentukan yang dilakukan secara sistematis. Ciri-ciri dari gaya kepemimpinan kharismatik ialah:

- a. Memiliki kewibawaan alamiah;
- b. Memiliki banyak pengikut;
- c. Daya tarik yang metafisikal (kadang-kadang irasional) terhadap para pengikutnya;
- d. Terjadi ketidaspahaman dan irasional dari tindakan pengikutnya;
- e. Tidak dibentuk oleh faktor eksternal yang formal, seperti aturan legal formal, pelatihan atau pendidikan, dan sebagainya;
- f. Tidak dilatarbelakangi oleh faktor internal dirinya, misalnya fisik, ekonomi, kesehatan dan ketampanan.

7. Gaya Transaksional

Kepemimpinan transaksional adalah kepemimpinan yang menekankan pada tugas yang dikerjakan bawahannya. Menurut Bennis (1985) kepemimpinan transaksional menyangkut nilai-nilai yang relevan bagi proses pertukaran

seperti kejujuran, keadilan, tanggung jawab dan pertukaran. Bernard Bass dan J. Avolio (1994) memandang kepemimpinan transaksional sebagai sebuah pertukaran imbalan-imbalan untuk mendapat kepatuhan. Kepemimpinan transaksional yang dikembangkan oleh Bass yang dipandang sebagai acuan untuk membantu bawahan dalam mencapai tujuan mereka, yaitu:

- a. *Contingent reward* (imbalan kontingen) yaitu pemimpin yang melakukan kontrak pertukaran untuk upaya yang dilakukan, menjanjikan imbalan bagi kinerja yang baik dan menghargai prestasi kerja, menyusun perjanjian kerja yang memberikan kepuasan bagi kedua belah pihak.
- b. *Management by exception active and passive.*

8. Gaya Transformasional

Kepemimpinan transformasional yaitu pemimpin yang mencurahkan perhatiannya kepada persoalan-persoalan yang dihadapi oleh para pengikutnya dan kebutuhan pengembangan dari masing-masing pengikutnya dengan cara memberikan semangat dan dorongan untuk mencapai tujuannya. Bohn dan Grafton (2007) mengemukakan bahwa kepemimpinan berarti cara untuk menciptakan tujuan yang jelas, memenuhi bawahan mereka dengan kepercayaan diri, menciptakan koordinasi dan komunikasi yang menyeluruh dan detail. Gaya kepemimpinan transformasional ditandai kemampuan pemimpin untuk mengartikulasikan visi bersama tentang masa depan, secara intelektual menstimulasi karyawan. Bass dan Avolio (1990) menyebutkan empat komponen kepemimpinan transformasional, yaitu:

- a. *Idealized influence.* Pemimpin yang memiliki karisma menunjukkan pendirian, menekankan kepercayaan, menempatkan diri pada isu-isu sulit, menunjukkan nilai yang paling penting, menekankan pentingnya tujuan, komitmen dan konsekuensi etika dari keputusan, serta memiliki visi dan *sence of mission*.
- b. *Inspiration motivation.* Pemimpin mempunyai visi yang menarik untuk masa depan, menetapkan standar yang tinggi bagi para bawahan.
- c. *Intellectual stimulation.* Pemimpin yang mendorong bawahan untuk mengeluarkan ide-idenya dan dalam menyelesaikan permasalahan

- yang ada menggunakan pendekatan-pendekatan baru yang lebih menggunakan intelegasi dan alasan-alasan yang rasional dari pada hanya didasarkan pada opini-opini atau perkiraan-perkiraan semata.
- d. *Individualized consideration*. Pemimpin mampu memperlakukan orang lain sebagai individu, mempertimbangkan kebutuhan individual dan aspirasi-aspirasi, mendengarkan, mendidik dan melatih bawahan.

9. Kepemimpinan Visioner (*Visionary Leadership*)

Nanus (1992) dalam bukunya yang berjudul *Visionary Leadership* mengatakan kurangnya pemimpin visioner di Amerika Serikat menyebabkan menurunnya kualitas pendidikan dibandingkan dengan Negara-negara maju lainnya. Pemimpin visioner memiliki empat peran penting yaitu: sebagai penentu arah, agen perubahan, juru bicara dan pelatih.

KEPEMIMPINAN DI RUMAH SAKIT

Organisasi Rumah Sakit adalah sebuah organisasi yang sangat kompleks. Manajemennya hampir sama dengan manajemen sebuah hotel, hanya saja pengunjungnya yang berbeda yaitu penderita (orang yang sedang sakit) dan keluarganya yang pada umumnya juga mempunyai beban sosio-psikologis akibat penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya yang sedang dirawat. Kompleksitas fungsi *actuating* di Rumah Sakit juga dipengaruhi oleh dua aspek yaitu:

1. Sifat pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada konsumen penerima jasa pelayanan (*customer services*). Hasil perawatan pasien sebagai customer Rumah Sakit ada tiga kemungkinan yaitu sembuh paripurna, sembuh dengan kecacatan, dan mati. Apapun kemungkinan hasilnya, kualitas pelayanan harus diarahkan untuk kepuasan pasien (*patient satisfaction*) dan keluarganya.
2. Pelaksanaan fungsi *actuating* cukup kompleks karena tenaga yang bekerja di Rumah Sakit. Terdiri dari berbagai jenis profesi.
Kompleksitas ketenagaan dan jenis profesi yang dimiliki oleh Rumah Sakit, menuntut dikembangkannya kepemimpinan partisipatif oleh pihak pimpinan

Rumah Sakit. Model kepemimpinan manajerial seperti ini juga merupakan faktor penentu berkembangnya mutu pelayanan Rumah Sakit (*quality of services*) karena pekerjaan di Rumah Sakit saling terkait satu sama lain.

KEPEMIMPINAN DI PUSKESMAS

A. Etiologi Kepemimpinan Puskesmas

1. Sejarah dan perkembangan puskesmas di Indonesia dimulai dari didirikannya berbagai institusi dan sarana kesehatan.
2. Pada pertemuan Bandung Plan (1951), dicetuskan pertama kali pemikiran untuk mengintegrasikan berbagai institusi dan upaya kesehatan tersebut di bawah satu pimpinan agar lebih efektif dan efisien.
3. Adanya konsep pelayanan kesehatan yang terintegrasi lebih berkembang dengan pembentukan *Team Work* dan *Team Approach* dalam pelayanan kesehatan tahun 1956.

B. Tugas Dan Peran Pemimpin Puskesmas

1. Membuat perencanaan puskesmas.
2. Mengatur pelayanan puskesmas.
3. Menggerakkan pegawai puskesmas.
4. Mengevaluasi kinerja puskesmas.
5. Menggalang kerjasama pelayanan puskesmas.

C. Fungsi Kepemimpinan Puskesmas

Secara operasional fungsi kepemimpinan puskesmas meliputi 5 (lima) fungsi pokok kepemimpinan yaitu:

1. Fungsi instruksi
Fungsi ini bersifat komunikasi satu arah. Pimpinan Puskesmas sebagai komunikator merupakan pihak yang menentukan apa, bagaimana, dan dimana perintah itu dikerjakan agar keputusan tugas dan program Puskesmas dapat dilaksanakan secara efektif. Kepemimpinan yang efektif

memerlukan kemampuan untuk memotivasi dan menggerakkan pegawai puskesmas agar mau dan mampu melaksanakan tugas dan program puskesmas.

2. Fungsi konsultasi

Fungsi ini bersifat komunikasi dua arah. Dalam usaha menetapkan keputusan, pimpinan puskesmas memerlukan bahan pertimbangan yang mengharuskannya berkomunikasi dengan staf puskesmas yang dinilai mempunyai informasi yang diperlukan dalam menetapkan keputusan.

3. Fungsi partisipasi

Dalam menjalankan fungsi ini pimpinan puskesmas berusaha mengaktifkan dan mengikutsertakan staf puskesmas dalam mengambil keputusan tugas dan program Puskesmas serta dalam pelaksanaannya.

4. Fungsi delegasi

Fungsi ini dilaksanakan dengan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada staf puskesmas dalam pengambilan dan penetapan keputusan tugas dan program puskesmas, baik melalui persetujuan maupun tanpa persetujuan dari pimpinan Puskesmas. Fungsi delegasi pada dasarnya dilandasi kepercayaan.

5. Fungsi pengendalian

Fungsi pengendalian bertujuan agar pimpinan puskesmas mampu mengatur aktivitas pegawai puskesmas secara terarah dan terkoordinasi, sehingga memungkinkan pelaksanaan tugas dan program puskesmas terselenggara secara efektif dan efisien. Fungsi pengendalian dapat diwujudkan melalui kegiatan pembimbingan, pengarahan, pengkoordinasian, pengawasan, dan penilaian.

Seluruh fungsi kepemimpinan puskesmas tersebut diselenggarakan dalam aktivitas kepemimpinan secara terpadu. Fungsi kepemimpinan puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Pimpinan puskesmas bertugas dan bertanggung jawab menjabarkan dan mengimplementasikan program puskesmas.
2. Pimpinan puskesmas mampu memberikan petunjuk, arahan, dan bimbingan kepada staf puskesmas.

3. Pimpinan puskesmas berusaha mengembangkan kebebasan berpikir dan mengeluarkan pendapat sehingga kreativitas dan inovasi pegawai puskesmas dapat tumbuh dan berkembang.
4. Pimpinan puskesmas membina dan mengembangkan kerjasama dan kemitraan yang harmonis dengan pegawai dan *stakeholder* puskesmas.
5. Pimpinan puskesmas mampu memecahkan masalah dan mengambil keputusan tugas dan program puskesmas sesuai tugas dan tanggung jawabnya.
6. Pimpinan puskesmas berusaha membina dan mengembangkan kemampuan dan kemauan pegawai puskesmas.
7. Pimpinan puskesmas melaksanakan dan mendayagunakan fungsi pengawasan, pengendalian, dan penilaian Puskesmas.

Kepemimpinan Puskesmas hendaknya diselenggarakan melalui kepemimpinan kolektif dan integratif (kemanunggalan) antara kepala puskesmas dengan para penanggung jawab program Puskesmas serta menciptakan kebersamaan dengan semua pegawai Puskesmas.

KEPEMIMPINAN DI TEMPAT PRAKTEK

Pemimpin adalah orang yang memiliki kemampuan untuk menggerakkan masa atau sekelompok orang untuk menggapai tujuan tertentu. Tidak semua pemimpin memiliki gaya kepemimpinan yang sama. Seorang yang memiliki karakter kepemimpinan di tempat praktek memiliki visi dan misi yang sudah jelas, yang kemudian menyuarakan visi dan misinya kepada kelompoknya sehingga mengubah visi misi tersebut menjadi visi misi kelompok. Karakteristik seorang pemimpin akan berdampak pada gaya kepemimpinannya. Berikut ini adalah karakteristik yang umumnya dapat kamu temukan pada seorang pemimpin.

a. Cerdas

Seorang pemimpin tentunya memiliki kecerdasan lebih dibanding orang yang dipimpinnya. Pemimpin yang cerdas adalah pemimpin yang dapat memahami suatu masalah secara keseluruhan, mencari jalan kreatif, fokus dalam mencari solusi, tidak reaktif dan tetap tenang dalam menghadapi masalah yang dihadapi.

b. Dapat Dipercaya (*trustworthy*)

Pemimpin yang dipercaya oleh orang yang dipimpinnya cenderung lebih berhasil mencapai tujuannya dibanding pemimpin yang memiliki agenda-agenda tersembunyi yang dapat merugikan orang yang dipimpinnya. Pemimpin yang dapat dipercaya akan memperoleh loyalitas dari pengikutnya.

c. Integritas

Integritas adalah komitmen yang dimiliki seseorang dalam mengambil sikap secara konsisten, berdasarkan nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang dianut. Orang berintegritas umumnya memiliki pendirian dan karakter yang kuat, jujur, serta bertanggung jawab.

d. Kemampuan Komunikasi yang Baik

Pemimpin yang baik umumnya memiliki kemampuan komunikasi yang baik pula. Hal ini penting dalam penyampaian visi dan misinya. Seseorang dengan kemampuan komunikasi yang baik akan lebih mudah menyampaikan isi pikirannya baik dengan lisan ataupun tulisan secara terstruktur, jelas, langsung dan terarah.

e. *Decisiveness*

Karakteristik selanjutnya yang penting dimiliki oleh seorang pemimpin adalah kemampuan untuk memberi keputusan secara cepat dan efisien. Kadang seseorang dihadapkan dua pilihan sulit, yang keduanya akan memiliki dampak yang besar. Seorang yang memiliki kemampuan satu ini dapat membuat

keputusan dengan cepat dan tepat, berdasarkan analisa risiko dan manfaat yang dari kedua pilihan tersebut. Salah satu caranya adalah membuat skenario terburuk dari kedua pilihan tersebut dan kemudian solusi yang digunakan untuk memperbaiki situasi tersebut.

f. Karisma

Karisma sulit untuk diberi indikator tapi sangat mudah untuk dirasakan. Orang yang berkarisma umumnya memiliki sifat ramah, tutur kata yang baik, dan menunjukkan rasa peduli yang tulus kepada orang lain. Orang yang berkarisma memiliki wibawa dan aura kepemimpinan dan otoritas yang dapat dirasakan oleh orang sekitarnya. Untuk menjadi pemimpin yang sukses di tempat praktek perlu infrastruktur pendukung yang dapat membantu menggapai tujuan dan visi misi.

Daftar Acuan:

1. A.A Gede Muninjaya. 1999. *Manajemen Kesehatan Edisi 1*. EGC: Jakarta
2. George R. Terry. 2010. *Dasar-dasar Manajemen*. Bumi Aksara: Jakarta
3. Dunn & Haimann 9th Ed. 2010. *Healthcare Management*. Chicago
4. Muninjaya G. 202. *Manajemen Kesehatan*. EGC: Jakarta
5. Siagian. 2010. *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Jakarta
6. Notoadmojo S. 2007. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Rineka Cipta: Jakarta
7. Draft, Richard L. 2009. *Management*. Salemba Empat : Jakarta
8. Agus Sabardi. 2008. *Manajemen Pengantar Edisi 2*. UPP STIM YKPN. Yogyakarta.
9. Malayu S.P. Hasibuan. 2016. *Manajemen : Dasar, Pengertian, Dan Masalah Edisi 2*. Bumi Aksara. Jakarta
10. Sudaryono. 2014. *Leadership : Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Lentera Ilmu Cendekia. Jakarta
11. Anton Athoillah. 2010. *Dasar-Dasar Manajemen*. Pustaka Setia. Bandung.
12. Sondang P. Siagian. 2010. *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Rineka Cipta. Jakarta

DASAR, FUNGSI DAN SISTEM MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN/ KEDOKTERAN GIGI

Fauziah M. Asim

PENDAHULUAN PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN MELALUI FUNGSI MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN / KEDOKTERAN GIGI MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN GIGI YANG EFEKTIF DAN EFISIEN SERTA KENDALI BIAYA DAN MUTU

Manajemen secara umum merupakan ilmu yang mempelajari mengelola atau mengatur suatu hal yang berkaitan dengan administrasi dan lain-lain. Manajemen adalah seni melaksanakan dan mengatur didalamnya tidak terlepas dari kerjasama antar manusia untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan. Manajemen merupakan kata yang sudah tidak asing lagi bagi setiap mahasiswa kedokteran dan kedokteran gigi, karena dalam kehidupan sehari-hari sudah mengetrapkan secara sadar maupun tidak sadar. Prinsip atau hakekat yang terkandung dalam manajemen

adalah efektif dan efisien, dua kata ini yang selalu diidamkan oleh setiap manusia dengan cara dan pemahaman sesuai tingkat intelektualnya. Sebagai calon dokter gigi, harus mempersiapkan diri bagaimana mengimplementasikan ilmu manajemen ini sesuai dengan perannya sebagai seorang professional dibidang kesehatan untuk mencapai tujuan secara efisien dan efektif.

Manajemen meliputi pengertian dan konsep dasar manajemen yang mempunyai keterkaitan dengan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, agar dapat memberikan pelayanan yang optimal, maka dibutuhkan berbagai sumber daya yang harus diatur dengan proses manajemen secara baik. Manajemen kesehatan gigi merupakan suatu kenyataan bagi tenaga kesehatan gigi untuk dapat memahami ilmu manajemen dengan baik dan trampil sebagai acuan atau landasan dalam memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, juga dapat mengelola dan mengatur waktu sebaik mungkin, selain itu dapat digunakan untuk mengkaji proses pengambilan keputusan tentang bagaimana menggunakan orang lain untuk menyelesaikan berbagai tugas.

Seperti halnya manajemen perusahaan, di bidang kesehatan juga dikenal berbagai jenis manajemen sesuai dengan ruang lingkup kegiatan dan sumber daya yang dikelolanya. Terdapat bidang-bidang yaitu yang mengurus personalia (manajemen personalia), keuangan (manajemen keuangan), logistik obat dan peralatan (manajemen logistik), pelayanan kesehatan (manajemen pelayanan kesehatan, dan sistem informasi manajemen dan sebagainya). Untuk masing-masing bidang tersebut juga dikembangkan manajemen yang spesifik sesuai dengan ruang lingkup dan tugas pokoknya. Penerapan manajemen pada unit pelaksanaan teknis merupakan upaya untuk memanfaatkan dan mengatur sumber daya yang dimiliki oleh unit pelayanan kesehatan tersebut yang diarahkan untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif, efisien dan rasional.

Unsur-unsur manajemen terdiri dari *man*, *money*, *material* dan *machine*. Manusia (*man*) disini merupakan pembangunan organisasi kesehatan seperti rumah sakit, sumber daya manusia merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan terlaksananya manajemen. Uang (*money*) atau anggaran sangat diperlukan sebagai biaya yang harus dimiliki organisasi untuk melakukan pelayanan kesehatan, mulai dari perizinan, pembangunan rumah sakit, peralatan, pembayaran tenaga kerja

dan lain sebagainya. Bahan baku (*material*) adalah obat-obatan yang digunakan organisasi kesehatan untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan secara efisien. Mesin (*machine*) adalah alat yang digunakan organisasi kesehatan untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan secara efisien.

Perencanaan Program Kesehatan Melalui Fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan / Kedokteran Gigi

1. Perencanaan/*Planning*

Perencanaan program kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan akan efektif bila perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta-fakta yang ada di lapangan. Langkah-langkah yang sering digunakan dalam perencanaan program kesehatan adalah mengikuti prinsip lingkaran pemecahan masalah (*problem solving cycle*) yaitu:

- a. Melakukan pengumpulan data
- b. Menetapkan prioritas masalah
- c. Menyusun alternatif jalan keluar
- d. Menyusun rencana kerja
- e. Metode penilaian dan kriteria keberhasilan

2. Pengorganisian/*Organizing*.

Pengorganisasian atau *organizing* berarti menciptakan suatu struktur dengan bagian-bagian yang terintegrasi sedemikian rupa sehingga hubungan antar bagian-bagian satu sama lain dipengaruhi oleh hubungan mereka dengan keseluruhan struktur tersebut. Tujuan membagi suatu kegiatan besar menjadi kegiatan-kegiatan yang lebih kecil dan mempermudah manajer dalam melakukan pengawasan dan menentukan orang yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas-tugas yang telah dibagi-bagi tersebut. Pengorganisasian

dapat dilakukan dengan cara menentukan tugas apa yang harus dikerjakan, siapa yang harus mengerjakannya, siapa yang bertanggung jawab tugas tersebut dan pada tindakan mana keputusan harus diambil. Pengorganisasian yang dapat dilakukan dalam perencanaan program kesehatan ialah:

- a. Bagaimana bentuk tindakan pemberantasan karies gigi yang akan dilakukan dan siapa yang akan melakukannya.
- b. Mengkoordinir petugas kesehatan yang akan melakukan tahapan pemberantasan karies gigi di masyarakat.

3. Menggerakkan/*Actuating*

Pelaksanaan pembangunan kesehatan di tengah beban dan permasalahan yang semakin pelik, dibutuhkan strategi jitu untuk menghadapinya. Menggerakkan atau *actuating* adalah suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berusaha untuk mencapai sasaran sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi. *Actuating* artinya adalah menggerakkan orang-orang agar mau bekerja dengan sendirinya atau penuh kesadaran secara bersama-sama untuk mencapai tujuan yang dikehendaki secara efektif, dalam hal ini yang dibutuhkan adalah kepemimpinan (*leadership*).

4. Pengawasan/*Controlling*

Pengawasan merupakan tindakan seorang manajer kesehatan untuk menilai dan mengendalikan jalannya suatu kegiatan yang mengarah demi tercapainya tujuan yang telah ditetapkan. Hal-hal yang perlu dikontrol dalam program perencanaan kesehatan misalnya:

- Tenaga kesehatan
Peran dokter dan dokter gigi, perawat dan bidan dalam upaya kesehatan sangat penting. Tenaga kesehatan harus mampu mengajak, memotifasi dan memberdayakan, mampu melibatkan kerjasama lintas sektoral, mampu mengelola sistem pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif.

- Pemberdayaan masyarakat
Mengajak dan menggairahkan masyarakat untuk dapat tertarik dan bertanggungjawab atas kesehatan mereka sendiri dengan memobilisasi sumber dana yang ada pada mereka.
- Kesehatan dan Komitmen politik
Masalah kesehatan pada dasarnya adalah masalah politik, maka untuk memecahkannya diperlukan komitmen politik.

5. Evaluasi/*Evaluating*

Kegiatan yang dilakukan disini adalah untuk melihat seberapa banyak perubahan yang dapat dilakukan program tersebut terhadap *outcomes* kesehatan secara luas. Kegiatan evaluasi biasanya meliputi pengukuran pada saat awal program dan akhir program untuk melihat seberapa besar perubahan dalam pencapaian sebagai hasil akhir dari kegiatan-kegiatan program kesehatan tersebut.

Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi Efektif dan Efisien serta Kendali Biaya dan Mutu

Manajemen pelayanan kesehatan terdapat tiga kelompok manusia yang harus ditangani, yaitu: manusia penyelenggara pelayanan kesehatan/*health provider* (dokter, dokter gigi, perawat, perawat gigi dsb), dan kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan (pasien dan keluarga pasien), serta tenaga administrator kesehatan. Para dokter, dokter gigi, maupun perawat selalu dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu tinggi, serta obat-obatan yang dapat memberikan rasa aman dan kepastian kesembuhan serta kesehatan bagi pasien. Dokter gigi, maupun perawat mempunyai peranan yang strategis dalam proses manajemen pelayanan kesehatan gigi. Dokter gigi dituntut untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam mengelola pelayanan kesehatan gigi dari berbagai aspek, baik aspek pembiayaan, sistem informasi, inventarisasi, asuransi serta hukum pelayanan kesehatan. Penguasaan teori diperlukan juga keterampilan manajemen secara luas untuk peningkatan efektifitas dan efisiensi klinik gigi.

Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azrul Aswar, 1996). Pada intinya memuaskan pelanggan (internal, eksternal, *intermediate*) dan sesuai standar (dalam bidang kesehatan medis, keperawatan, profesi lain dan non-medis). Upaya pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yaitu masyarakat Indonesia yang sehat, bugar, produktif, maju dan mandiri, mutu melekat erat dengan sistem pelayanan kesehatan maupun sistem pembiayaan kesehatan. Dimensi mutu kesehatan menurut Roberts & Prevost, memiliki beberapa dimensi yaitu sebagai berikut:

1. *Health Consumer*

Terkait memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi, keprihatinan, ramah tamah petugas, kesembuhan penyakit.

2. *Health Provider*

Kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu, teknologi dan otonomi profesi sesuai keinginan pasien.

3. *Health Financing*

Efisiensi pemakai sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Untuk mengetahui seberapa jauh pelayanan kesehatan yang dilakukan puskesmas/rumah sakit/klinik kepada masyarakat, maka dibutuhkan penilaian dari sisi konsumen yaitu dari segi aspek kepuasan pasien, terutama terhadap pelayanan kuratif. Bila pelayanan kesehatan baik biasanya pasien akan puas dan tetap memilih sarana pelayanan tersebut sebagai tempat berobat (Depkes RI, 2002). Pelayanan kesehatan yang bermutu memiliki beberapa unsur yang harus dimiliki di dalamnya, diantaranya sebagai berikut:

I. Kepuasan.

Kepuasan yang dimaksud mengacu pada: (a) Penerapan standar dan kode etik, seperti hubungan dokter-pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan melakukan pilihan, pengetahuan dan kompetensi teknis, efektifitas pelayanan dan keamanan tindakan, (b) Penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan, meliputi *available, appropriate, continue, acceptable, accesible, affordable, efficient and quality*.

II. Ukuran Mutu Pelayanan Kesehatan,

Ukuran mutu pelayanan Kesehatan adalah sebagai berikut: (a) Proses pelayanan sesuai prosedur pelayanan yang standar, (b) Petugas pelayanan memiliki kompetensi yang diperlukan, (c) Pelaksanaan pelayanan didukung teknologi, sarana dan prasarana yang memadai, (d) Tidak bertentangan dengan kode etik dan dapat memuaskan pelanggan, (e) Memuaskan petugas pelayanan, (f) Pelaksanaan pelayanan mendapatkan keuntungan bagi lembaga penyedia pelayanan.

Terdapat lima faktor pokok yang berperan penting dalam menentukan mutu dan keberhasilan manajemen kesehatan, yaitu: masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), sasaran (*target*) serta dampak (*impact*).

I. Masukan/*input* adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan manajemen. *Input* berfokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi dari manajemen termasuk komitmen, dan *stakeholder* lainnya, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan diberikan. *Input* ada 3 macam sumber, yaitu:

a. Sumber (*resources*), adalah segala sesuatu yang dapat dipakai untuk menghasilkan barang atau jasa. Sumber (*resources*) terdiri dari: sumber tenaga (*labour resources*) yang di dalamnya terdiri atas: 1. Tenaga ahli (*skilled*) seperti: dokter, bidan, perawat 2. Tenaga tidak ahli (*unskilled*) seperti: pesuruh, penjaga; dan sumber modal (*capital resources*), dibedakan menjadi: 1. Modal bergerak (*working capital*): uang, giro 2. Modal tidak

- bergerak (*fixed capital*): bangunan, tanah, sarana Kesehatan; serta sumber alamiah (*natural resources*) adalah segala sesuatu yang terdapat di alam, yang tidak termasuk sumber tenaga dan sumber modal.
- b. Tata cara (*prosedures*): adalah berbagai kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang dimiliki dan yang diterapkan.
 - c. Kesanggupan (*capacity*), adalah keadaan fisik, mental dan biologis tenaga pelaksana.
- II. Proses/*process* adalah langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses dikenal dengan nama fungsi manajemen. Pada umumnya, proses ataupun fungsi manajemen merupakan tanggung jawab pimpinan. Pendekatan proses adalah semua metode dengan cara bagaimana pelayanan dilakukan. Fungsi manajemen yang utama adalah:
1. Planning: termasuk penyusunan anggaran belanja
 2. Organizing: termasuk penyusunan staff
 3. Implementing: termasuk pengarahan, pengkoordinasian, bimbingan, penggerakan dan pengawasan
 4. Penilaian: termasuk penyusunan laporan
- III. Hasil/*output* adalah hasil dari suatu pekerjaan manajemen. Untuk manajemen kesehatan, output dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (*health services*). Hasil atau output adalah hasil pelaksanaan kegiatan. Output adalah hasil yang dicapai dalam jangka pendek, misalnya akhir dari kegiatan pelaksanaan tindakan skaling, sedangkan outcome adalah hasil yang terjadi setelah pelaksanaan kegiatan jangka pendek misalnya keadaan gusi yang sehat dengan tidak ditemukannya penyakit periodontal.
- IV. Sasaran/*target group* adalah kepada siapa *output* yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut ditujukan: 1) UKP untuk perseorangan 2) UKM untuk masyarakat (keluarga dan kelompok).

- V. Dampak/*impact* adalah akibat yang ditimbulkan oleh output. Untuk manajemen kesehatan dampak yang diharapkan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan dapat tercapai jika kebutuhan (*needs*) dan tuntutan (*demands*) perseorangan/masyarakat dapat dipenuhi. Kebutuhan kesehatan (*health needs*) ini bersifat obyektif, karena itu pemenuhannya bersifat mutlak. Kebutuhan kesehatan sangat ditentukan oleh masalah kesehatan di masyarakat, masalah kesehatan perorangan/keluarga yang terpenting adalah penyakit yang diderita. Masalah kesehatan masyarakat adalah status kesehatan masyarakat. Menurut Gordon dan Le Right (1950) penyakit/status kesehatan ditentukan oleh 3 faktor: *Host, Agent* dan *Environment*. Upaya untuk menemukan kebutuhan masyarakat, perhatian harus ditujukan pada ketiga faktor tersebut.
2. Tuntutan Kesehatan (*health demands*) pada dasarnya bersifat subyektif, karena itu pemenuhannya bersifat fakultatif. Tuntutan kesehatan yang subyektif ini dipengaruhi oleh latar belakang individu (pendidikan, ekonomi, budaya dsb). Tuntutan kesehatan sangat dipengaruhi oleh teknologi kedokteran.

Pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali biaya dan kendali mutu bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Jaminan mutu pelayanan kesehatan berarti menjaga kompetensi dokter maupun dokter gigi dalam memberikan pelayanan kedokteran, dimana sistem pendidikan memberikan jaminan mutu bagi dokter maupun dokter gigi baik dalam strata pelayanan primer, sekunder maupun tertier. Salah satu pengertian mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditentukan. Pelayanan kedokteran yang baik didukung oleh tiga pilar utama yaitu :

1. Sistem pelayanan (strata pelayanan dengan rujukan)
2. Sistem pendidikan (standar pendidikan dan standar kompetensi dokter)
3. Sistem pembiayaan (kendali biaya)

Sistem pembiayaan kesehatan yang utama bersumber dari pemerintah, masyarakat, maupun dari swasta. Penggalan dana berasal dari masing-masing individu dalam keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin sumber dananya berasal dari pemerintah melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib, pembiayaan usaha kesehatan perorangan atau UKP yaitu dengan cara sistem pembayaran kapitasi.

Sistem Kesehatan Nasional UKM & UKP serta Jaminan Kesehatan Nasional

Tujuan pembangunan kesehatan nasional adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi semua orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Untuk mencapai hal itu maka diselenggarakan upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat adalah dengan meningkatkan kemampuan tenaga medis atau dokter dalam pelayanannya, misalnya pelayanan dokter gigi dalam pencegahan penyakit gigi, menemukan secara dini kasus gigi dan mulut serta melakukan tindakan pengobatan yang adekuat, pemberantasan penyakit gigi dan mulut yang menyebabkan cacat. Secara umum upaya kesehatan terdiri atas dua unsur utama, yaitu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

- **Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)**

Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan masyarakat meliputi upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, dan pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan jiwa, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.

- **Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)**

Upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. Upaya kesehatan perorangan meliputi upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan pada perorangan.

Sistim Jaminan Kesehatan Nasional/JKN

JKN adalah Jaminan kesehatan nasional, yang diamanatkan dalam Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan kesehatan ini mengacu pada prinsip asuransi social, yaitu peserta wajib membayar iuran yang cukup terjangkau, dapat dilayani di semua wilayah Indonesia (*probabilitas*) dan mendapatkan pelayanan yang sama (*equal*). Program ini dilaksanakan dengan prinsip kendali biaya dan mutu, artinya ada integrase antara pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terkendali.

Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia yang di implementasikan pada tahun 2014 merupakan tantangan untuk dapat melakukan perubahan pelayanan yang lebih terstruktur. Konsep pelayanan sistem jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia membagi pelayanan menjadi tiga struktur layanan yaitu pelayanan primer, pelayanan sekunder dan pelayanan tersier. Pola pembiayaan yang digunakan untuk pelayanan primer adalah sistem kapitasi, sedangkan untuk pelayanan sekunder dan tersier menggunakan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) yang di Indonesia digunakan istilah Indonesia *Case-Based Group* (INA CBG`s). Kondisi kesadaran masyarakat Indonesia untuk kesehatan gigi dan mulut masih belum bisa dikatakan baik, sehingga memerlukan perbaikan proses, aksesibilitas, dan konsep pelayanan yang lebih baik. Perbaikan tersebut dapat dilaksanakan dalam bentuk pelayanan primer kedokteran gigi, dengan

konsep kendali mutu dan kendali biaya. Sesuai dengan kaedah, kondisi dan peraturan yang berlaku pelayanan di bidang kedokteran gigi menjadi pelayanan primer dalam sistem JKN.

Pembiayaan yang diterapkan pada dokter gigi pelayanan primer dalam sistem JKN menggunakan sistem kapitasi. Sistem ini mempunyai harapan agar dokter gigi layanan primer berusaha semaksimal mungkin untuk menekan penggunaan biaya saat melakukan prosedur kuratif. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat lebih menyentuh dan mengutamakan aspek promotif dan preventif agar sumber daya dan dana dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya. Pengelola jaminan sosial bidang kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan badan yang dapat mengontrol kualitas pekerjaan dokter gigi layanan primer berdasarkan mekanisme penjaminan mutu yang dapat dilakukan melalui proses kredensialing dan kontrol keluhan masyarakat terhadap mutu pelayanan dokter gigi layanan primer tersebut. Dokter gigi layanan primer sebagai *first professional degree* yang peran dan fungsinya adalah di pelayanan tingkat primer (*primary health services*) berfungsi sebagai *gate-keeper* pada pemberi pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang diharapkan dapat menertibkan sistem rujukan dalam Sistem Kesehatan Nasional. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat menyelesaikan keluhan masyarakat akan kesehatan gigi yang termasuk dalam batas kompetensi dan kewenangannya, sehingga masyarakat tidak perlu mengorbankan sumber daya yang lebih besar untuk mendapatkan perawatan tingkat spesialis yang sesungguhnya tidak mereka perlukan.

Daftar Acuan:

1. World Health Organization (WHO), Regional Office for South-East Asia, 2013, Regional Oral Health Strategy 2013 -2020
2. Soekidjo Notoatmodjo. *Prinsip – Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. Ke-2, Mei. Jakarta
3. Permenkes No. 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
4. Azwar, A 2000 *Pengantar Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: Sastra Hudaya

5. Permenkes RI No. 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
6. Permenkes RI Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
7. Permenkes RI Nomor 039/MENKES/SK/I/2007 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kedokteran Gigi Keluarga
8. Permenkes RI No. 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
9. Permenkes RI No 19 Tahun 2014 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
10. Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar (2012), "Buku Saku Gatekeeper Dalam Pelaksanaan SJSN" *Kementrian Kesehatan RI*



MANAJEMEN PRAKTIK DOKTER GIGI: PERENCANAAN STRATEGI, GAYA KEPEMIMPINAN, SISTEM PEMASARAN, JENIS PRAKTIK, DAN TENAGA KESEHATAN

Lukas Kusparmanto

PERENCANAAN STRATEGI GAYA KEPEMIMPINAN SISTEM PEMASARAN JENIS PRAKTIK TENAGA KESEHATAN

A. PERENCANAAN STRATEGI

Pengertian Perencanaan Strategi

Menurut Kerzner Perencanaan Strategis (*Strategic Planning*) adalah sebuah alat manajemen yang digunakan untuk mengelola kondisi saat ini untuk melakukan proyeksi kondisi pada masa depan, sehingga rencana strategis adalah sebuah petunjuk yang dapat digunakan organisasi dari kondisi saat ini untuk mereka bekerja menuju 5 sampai 10 tahun ke depan. Menurut Robert N. Anthony perencanaan strategis adalah proses memutuskan program-program yang akan dilaksanakan

oleh organisasi dan perkiraan jumlah sumber daya yang akan dialokasikan ke setiap program selama beberapa tahun depan. David (2005) menyatakan bahwa perencanaan terdiri atas semua aktivitas yang terkait dengan persiapan masa yang akan datang dan merupakan jembatan terpenting antara saat ini dan waktu yang akan datang. Perencanaan strategis secara eksplisit berhubungan dengan manajemen perubahan. Hal ini telah menjadi hasil penelitian beberapa ahli (e.g., Ansoff, 1965; Anthony, 1965; Lorange, 1980; Steiner, 1979). Lorange (1980), menuliskan bahwa *strategic planning* adalah kegiatan yang mencakup serangkaian proses dari inovasi dan merubah perusahaan, sehingga apabila *strategic planning* tidak mendukung inovasi dan perubahan, maka itu adalah kegagalan.

Analisis SWOT

Analisis SWOT adalah alat sederhana untuk membantu strategi dalam membangun mengembangkan usaha. SWOT adalah singkatan dari:

- *Strength* (kekuatan): Kelebihan yang dimiliki sehingga mampu bersaing dengan competitor keandalan internal yang dalam kendali.
- *Weaknesses* (kelemahan): Faktor negatif berupa kekurangan yang mengurangi kekuatan sehingga kekurangan ini harus diperbaiki atau disempurnakan.
- *Opportunities* (peluang): Faktor eksternal dalam lingkungan usaha yang berkontribusi pada kesuksesan.
- *Treats* (Ancaman): Faktor eksternal yang tidak dapat dikendalikan yang menjadi rencana darurat dalam menangani masalah yang terjadi.

Analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, dan Threat*) adalah salah satu jenis analisa yang cukup populer. Metode analisis ini cukup detail sehingga sering digunakan. Penting bagi suatu entitas/organisasi untuk memahami kelebihan dan kelemahan untuk mengidentifikasi peluang dan ancaman yang akan dihadapi. Hasil dari analisa digunakan dalam penyusunan perencanaan entitas/organisasi dan juga proses pengambilan keputusan untuk mencapai tujuan. BLUD sebagai suatu entitas/organisasi memiliki tujuan yang akan dicapai, sehingga penting untuk menentukan faktor internal dan eksternal untuk merumuskan strategi dan

bagaimana pelaksanaan teknisnya. Berikut adalah penjelasan mengenai analisis tersebut dengan BLUD RSUD Sambilegi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sambilegi sebagai contoh:

- **Kekuatan (*Strengths*)**

Bagian kekuatan ini menjabarkan segala sesuatu yang menjadi kekuatan BLUD untuk dapat bersaing. Kekuatan tersebut dapat dijabarkan dengan membaginya menjadi beberapa kategori seperti berikut:

- *Aspek Pelayanan*

1. Sudah tersedianya pelayanan kesehatan baik dari Pelaksana Pelayanan Medis dan Perawatan, yaitu rawat jalan, IGD, rawat inap dan penunjang intensif, juga tersedianya penunjang medik dan pelaksana kedokteran yang terdiri dari radiologi, laboratorium dan UTD.
2. Terjadi peningkatan kunjungan dari tahun ke tahun baik dari pasien umum, BPJS atau pun kunjungan rawat jalan dan rawat inap.
3. Tingkat kepercayaan terhadap rumah sakit tidak hanya dari dalam kota saja namun juga datang dari luar Sambilegi.
4. RSUD Sambilegi menjadi rumah sakit rujukan dari daerah Sleman dan juga Sambilegi Selatan.

- *Aspek SDM*

1. Pemimpin yang berkomitmen tinggi akan membawa perubahan baik untuk RSUD baik perubahan kinerja SDM atau pun Pelayanan Rumah Sakit.
2. SDM baik medis atau pun non medis ramah sehingga pelayanan terhadap pasien meningkat.
3. Jumlah SDM sebanyak 403 orang merupakan kekuatan yang baik untuk memaksimalkan pelayanan medik dan non medik di Rumah Sakit.

- *Aspek Keuangan*
 1. Mendapat sumber dana dari pemerintah berupa APBD di mana APBD ini dipecah menjadi 3 bantuan yaitu APBD murni, Dana Alokasi Khusus (DAK) dan juga OTSUS (Otonomi khusus) daerah Sambilegi.
 2. Mendapat sumber dari pelayanan rumah sakit baik dari pasien umum, kerjasama dan penerimaan lain-lain yang diperbolehkan.
- *Aspek Sarana dan Prasarana*
 1. Sebagai Rumah Sakit kelas C namun sudah cukup memiliki sarana dan prasarana yang memadai.
 2. Menjadi rujukan dari daerah lain yang disebabkan sarana dan prasarana yang lebih lengkap.
 3. Masih membutuhkan sarana dan prasara lainnya untuk menunjang pelayanan dan hal ini sedang diupayakan mulai dari tahun 2017 dan seterusnya.

- **Kelemahan (*Weakneses*)**

Selain mengungkapkan segala macam keunggulan, BLUD juga perlu mengungkapkan kelemahannya. Hal ini tidak terlepas dari sifat asli, yaitu pasti memiliki kelemahan. Kelemahan tersebut dapat dijabarkan di sini, akan tetapi tidak mengungkapkan kelemahan fatal perusahaan. Pengungkapan tersebut dapat diungkapkan pada bagian ini lengkap dengan rinciannya. Berikut adalah beberapa contoh pengungkapan kelemahan:

- *Aspek Pelayanan*
 1. Beberapa pelayanan masih ada yang dilaksanakan dibawah standar yang ada karena belum sesuai dengan SOP Pelayanan.
 2. Sistem pelayanan rumah sakit masih belum berjalan dengan baik seperti yang diharapkan.
 3. Dokter spesialis yang dimiliki masih terbatas sehingga beberapa pelayanan belum bisa terpenuhi sesuai kebutuhan.
 4. Pelayanan yang ada masih minim yang disebabkan terbatasnya kamar yang baru akan dikembangkan 200 kamar di 2018.

- *Aspek SDM*
 1. SDM yang ada masih belum semuanya bisa memenuhi standar kepegawaian dan menjadikan standar tersebut sebagai budaya kerja.
 2. Keterbatasan dokter spesialis yang ada membuat pelayanan belum maksimal dilakukan.
 3. Kualitas kompetensi pelayanan pada tingkat pelaksana belum memenuhi standar yang ada.
- *Aspek Keuangan*
 1. Alokasi dari hasil perolehan pelayanan masyarakat umum belum maksimal terdistribusikannya.
 2. Anggaran yang ada masih terpusat berdasarkan skala prioritas.
- *Aspek Sarana dan Prasarana*
 1. Tanah yang luas namun belum tergarap dengan baik sehingga terlihat tata letak yang kurang kondusif baik bagi pengunjung atau pun pasien.
 2. Masih minimnya kamar pelayanan yang dimiliki.
 3. Pemeliharaan sarana dan prasarana masih belum optimal seperti yang diharapkan.

- **Peluang (*Opportunities*)**

Peluang perlu dicantumkan untuk melihat peluang yang muncul dari luar perusahaan yang mungkin dapat mengembangkan perusahaan. Dalam bagian peluang ini diuraikan tentang aspek pelayanan, SDM, keuangan, dan sarpras. Berikut contoh dari masing-masing aspek:

- *Aspek Pelayanan*
 1. Rumah sakit Sambilegi sebagai rumah sakit rujukan dari tiga daerah lainnya, yaitu Sambilegi Sleman, Pak Pak Barat dan Sambilegi Selatan.
 2. Meningkatnya kepercayaan dari masyarakat dengan ditunjukkanya peningkatan layanan baik rawat jalan dan rawat inap di 2016

sejumlah 26,814 dari yang sebelumnya tahun 2015 hanya sejumlah 20,122 kunjungan.

3. Lokasi yang mudah dicapai, ada di daerah kota Sambilegi.
 4. Meningkatkan kerjasama dengan BPJS, Pemerintah dan juga pihak swasta untuk menambah penerimaan lain-lain rumah sakit yang nantinya akan memperbaiki layanan rumah sakit.
- *Aspek SDM*
 1. Tersedianya sumber daya manusia untuk dijadikan pegawai di rumah sakit menilik kebutuhan rumah sakit terhadap tenaga kerja nantinya meningkat.
 2. Optimisme SDM akan terpenuhi dilihat dari respon pemerintah daerah yang baik dengan menyekolahkan beberapa dokter spesialis untuk RSUD Sambilegi.
 - *Aspek Keuangan*
 1. Mencari kerjasama dengan pihak ketiga sebagai upaya peningkatan pelayanan rumah sakit, baik kerjasama yang langsung berhubungan dengan pelayanan utama atau pun layanan penunjang.
 2. Adanya ketertarikan dari laboratorium pihak ketiga yang ingin bekerjasama.
 3. Mendapatkan bantuan dan atau pun sarana dan prasarana dari luar rumah sakit dan pemerintah.
 - *Aspek Sarana dan Prasarana*
 1. Adanya dukungan dari pemerintah merupakan berita baik untuk rumah sakit karena dapat melakukan pembangunan untuk menunjang pelayanan yang ada.
 2. Dukungan yang ada juga dapat meningkatkan pengadaan sarpras yang belum ada di rumah sakit.

- **Ancaman (*Threats*)**

Bagian ini menjabarkan mengenai ancaman-ancaman yang ada dari luar BLUD. ancaman tersebut perlu dianalisis dan diungkapkan untuk mencegah gangguan kegiatan operasional BLUD. Ancaman dapat dikategorikan menjadi beberapa aspek seperti pelayanan, SDM, keuangan, dan sarpras. Berikut contoh dari masing-masing aspek:

- *Aspek Pelayanan*
 1. Meningkatkan keinginan masyarakat untuk pelayanan yang cepat dan puas.
 2. Masyarakat semakin kritis terhadap perubahan pelayanan yang ada, yang menginginkan adanya pembenahan setiap waktu.
- *Aspek SDM*
 1. Adanya pembatasan jumlah pegawai melalui jalur PNS oleh aturan yang terkait.
 2. Adanya pembatasan untuk tenaga dokter yang praktik 3 tempat kerja praktik sekaligus.
- *Aspek Keuangan*
 1. Adanya penurunan dari tahun ke tahun untuk dana otonomi khusus daerah Sambilegi.
 2. Akan adanya biaya yang meningkat seiring dengan penambahan pegawai di tahun yang akan datang.
- *Aspek Sarana dan Prasarana*
 1. Adanya standar kelengkapan untuk memenuhi syarat akreditasi rumah sakit.
 2. Akses menuju rumah sakit Sambilegi bagi masyarakat pedesaan masih jauh untuk ditempuh.

Strategi Pengembangan

Pelaksanaan strategi sebaiknya dilakukan secara kontinyu dan menjadi faktor penting yang berkontribusi optimal dalam umpan balik untuk pengembangan rencana masa depan apapun meskipun perencanaan strategi merupakan proses yang dinamis melalui analisis SWOT, identifikasi strategi dapat dimulai. Pemanfaatan informasi dan hasil pengkajian analisis SWOT mengidentifikasi strategi khusus yang mungkin layak dicoba berguna dalam mengembangkan organisasi atau melindungi area kekuatan saat ini. Setelah Identifikasi didapatkan, maka strategi dimaksud dipersempit hingga mencapai jumlah yang dikelola dengan mudah melalui seleksi dan prioritas serta penerapan rencana taktis segera disusun. Pengembangan perencanaan strategis perlu umpan balik sebagai proses yang dinamis dan berkelanjutan.

B. GAYA KEPEMIMPINAN DALAM PRAKTIK DOKTER GIGI

Gaya kepemimpinan menurut Koteen (1997) menyatakan bahwa peran pemimpin saat ini yaitu sebagai: (1) arsitek penyusunan visi organisasi, (2) pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada, (3) pemimpin dalam mengembangkan manajemen strategis, (4) pengamat untuk memahami lingkungan, (5) penggerak penggalan sumber biaya, dan (6) penjamin mutu tinggi dalam kinerja. Apabila terjadi kemacetan dalam perkembangan organisasi seorang pemimpin harus berperan sebagai penggerak agar suasana kerja dapat bergairah untuk berubah. Direktur rumah sakit sebagai pemimpin lembaga merupakan pihak yang bertanggung jawab dalam usaha pengembangan lembaga secara strategis. Pengembangan organisasi tidak akan berjalan tanpa ada usaha direktur dan seluruh staf. Hal itu perlu disadari semua pihak. Dalam era lingkungan yang dinamis, bukan saatnya lagi para direktur menunggu petunjuk pelaksanaan dari atasan atau pemilik rumah sakit.

Direktur rumah sakit saat ini harus memahami perkembangan lingkungan yang ada. Ia harus siap mendapat tekanan dari berbagai pihak, masyarakat, pemilik

rumah sakit, pasien, dan staf di dalam rumah sakit itu sendiri. Dalam keadaan ini direktur rumah sakit sebenarnya menjadi pemimpin strategis. Ia harus melakukan keputusan manajemen strategis yang harus dilaksanakan dan dievaluasi oleh lembaga. Hal ini dilakukan dengan bantuan berbagai piranti manajemen, kelompok-kelompok kerja, pertemuan-pertemuan, dan adanya rencana strategis. Dengan menggunakan konsep Koteen, para direktur rumah sakit mempunyai peran besar dalam penyusunan rencana strategis.

Peran sebagai arsitek penyusunan visi organisasi merupakan hal menantang bagi seorang direktur rumah sakit. Dalam hal ini ada contoh direktur rumah sakit yang selalu berusaha untuk bertanya ke diri sendiri dan organisasinya. Dalam keadaan lingkungan apa sekarang ini, ke mana kita ingin menuju, bagaimana kita akan mencapai tujuan, perubahan apa yang kita perlukan, untuk siapa perubahan ini. Itulah pertanyaan-pertanyaan yang sering muncul dan pantas ada dalam benak seorang direktur. Akan tetapi, ada pula direktur yang praktis menyerupai seorang kepala kantor. Ia tidak mempunyai pandangan mengenai masa depan dan tidak peduli pada perubahan lingkungan. Perlu dicermati bahwa kemampuan berpikir, menafsirkan perubahan lingkungan, dan bertindak sebagai arsitek penyusunan visi memang bukan merupakan bagian dari budaya kerja pegawai negeri. Oleh karena itu, cara berpikir untuk berperan sebagai arsitek penyusun visi perlu ditanamkan dan membutuhkan berbagai prasyarat, termasuk otonomi manajemen rumah sakit. Peran pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada merupakan peranan yang sulit dilakukan khususnya pada rumah sakit dengan sumber daya manusia antar kelompok tidak mempunyai visi yang sama. Sebagaimana diketahui rumah sakit terdiri dari berbagai sumber daya manusia dengan tingkat pendidikan yang sangat bervariasi. Tingkat pendidikan yang dimulai dari pendidikan rendah hingga pendidikan tertinggi dengan pengalaman internasional. Budaya organisasi di rumah sakit harus mampu dibentuk untuk menggalang nilai-nilai kerja dan komitmen berbagai unsur sumber daya manusia di rumah sakit. Hal ini kemudian digunakan untuk menggalang kultur organisasi rumah sakit. Peran ini membutuhkan ketrampilan khusus, terutama komunikasi interpersonal.

Proses penyusunan rencana strategis bukan sebuah proses yang dibuat sendiri oleh direktur. Sejak awal, proses ini sebaiknya melibatkan berbagai stakeholders di rumah sakit. Dalam hal ini peran direktur sebagai pemimpin akan diuji. Direktur harus mampu berkomunikasi dengan pemilik rumah sakit, konsultan yang membantu proses penyusunan, pihak-pihak luar terkait, dan tentu saja dengan berbagai kelompok sumber daya manusia di dalam rumah sakit itu sendiri. Setelah perencanaan strategis, aplikasi manajemen strategis merupakan sistem yang kompleks dengan beberapa ketersediaan data yang baik dan cepat analisisnya terpenuhi, sistem informasi dan proses pengambilan keputusan yang baik.

Pemimpin dalam rumah sakit harus mampu berperan sebagai motor penggerak utama agar sistem manajemen strategis dapat berjalan. Direktur rumah sakit merupakan pemimpin organisasi yang bertugas ke dalam dan keluar. Dalam perannya sebagai pemimpin, seorang direktur diharapkan mampu melihat dan menafsirkan perubahan lingkungan dan membina hubungan dengan pihak luar. Peran ini membutuhkan kemampuan untuk mengatur kegiatan-kegiatan dan waktu agar terjadi keseimbangan antara kegiatan di luar organisasi dengan di dalam organisasi.

Sebuah kasus menarik berikut ini yaitu seorang direktur rumah sakit yang terlalu banyak menggunakan waktunya untuk *lobbying* di luar sehingga sumber daya manusia di dalam rumah sakit menilai pemimpinnya tidak memperhatikan masalah di dalam. Akhirnya, terjadi jurang pemisah antara direktur dengan stafnya. Saat sumber daya untuk kegiatan rumah sakit dibutuhkan, maka peran pemimpin untuk menggerakkan penggalan sumber dana menjadi sangat penting. Dalam hal ini direktur harus mampu melihat bagaimana dampak kekurangan sumber daya keuangan terhadap kinerja. Selanjutnya ia akan mencari berbagai macam cara agar diperoleh penggalan sumber biaya baru.

Dalam konteks rumah sakit pemerintah, kemampuan untuk mendeteksi sumber biaya bagi rumah sakit tergantung dari kemampuan analisis direktur terhadap

lingkungan luar rumah sakit. Pada suatu wilayah dengan kemampuan ekonomi masyarakat yang kuat, seorang direktur harus mampu menggerakkan sumber biaya dari masyarakat dalam bentuk pembayaran atas tarif rumah sakit. Dapat pula dilakukan penggalan dana-dana kemanusiaan dari masyarakat, sedangkan apabila berada pada lingkungan yang lemah secara ekonomi, maka berbagai alternatif penggerakan sumber daya perlu dipikirkan dengan cara tersendiri. Dalam hal ini hubungan baik dengan anggota DPRD dan pihak pemerintah pusat perlu dijaga untuk mengatasi masalah kekurangan sumber biaya.

Direktur rumah sakit sebaiknya juga mampu berperan sebagai penjamin agar kinerja rumah sakit yang dipimpinnya bermutu tinggi. Rumah sakit merupakan lembaga yang mempunyai risiko untuk melakukan kesalahan dalam kegiatannya. Direktur rumah sakit diharapkan mampu menyusun sistem perencanaan, pelaksanaan, dan kontrol agar mutu pelayanan dapat meningkat. Apabila terjadi kemacetan dalam perkembangan organisasi, seorang pemimpin harus berperan sebagai penggerak agar suasana kerja dapat bergairah untuk perubahan. Secara khusus peran pemimpin dalam proses perencanaan strategis adalah:

1. menggerakkan komitmen seluruh kelompok sumber daya manusia untuk memahami pentingnya perencanaan,
2. merencanakan proses perencanaan strategis,
3. menjadi penanggung jawab utama proses perencanaan strategis termasuk perumusan strategisnya.
4. memimpin pelaksanaan rencana strategis termasuk mengkoordinasi pelaksanaan berbagai subsistem di rumah sakit.
5. melakukan penilaian dan pengendalian kinerja.

Kegagalan pemimpin untuk menggerakkan komitmen perencanaan, akan mempengaruhi proses perencanaan selanjutnya sehingga menjadi kurang bermakna. Hal itu mungkin dapat dipahami bersama. Kemampuan direktur menggalang komitmen merupakan hal penting sebelum meneruskan proses perencanaan strategis. Sebuah kasus pada sebuah rumah sakit memperlihatkan bahwa proses

penyusunan rencana strategis yang dibantu oleh seorang konsultan dihentikan. Hal ini karena konsultan menilai bahwa direktur tidak mampu menggalang komitmen bahkan direktur itu sendiri menjadi bagian dari permasalahan. Dalam diri direktur dinilai tidak terlihat kepemimpinan. Konsultan yang berusaha bekerja baik menilai bahwa sebelum terjadi perbaikan dalam diri direktur maka program penyusunan rencana strategis akan gagal. Proses penyusunan dihentikan untuk menghindari pemborosan waktu dan sumber daya. Konsultan disarankan agar direktur melakukan perbaikan kepemimpinan terlebih dahulu.

Peranan direktur sebagai pemimpin dalam rumah sakit menjadi sentral sehingga perlu menerapkan gaya kepemimpinan dalam pencapaian tujuan dengan efektif dan efisien. Beberapa gaya kepemimpinan yang dikembangkan oleh McConnell 2003, Schaeffer 2002 dan Goleman 2000 yang tepat digunakan pada tenaga pelayanan kesehatan tertentu bergantung pada tingkat pendidikan, pelatihan, kompetensi, motivasi, pengalaman dan kebutuhan pribadi serta lingkungan kerja. Beberapa gaya kepemimpinan, adalah sebagai berikut:

- **Kepemimpinan *Koersif* (memaksa)**

Menuntut dan berdasarkan kekuasaan yang dimiliki sebaiknya jangan sering dilakukan karena selalu mendapatkan respon yang tidak diinginkan dari bawahannya kecuali bawahan yang memiliki banyak masalah dan dalam situasi darurat yang cukup lama.

- **Kepemimpinan *Partisipatif* (keikutsertaan)**

Banyak tenaga layanan kesehatan yang telah memiliki keahlian khusus karena terlatih dan mengenal dengan baik bidang keahlian mereka sehingga pemimpin perlu masukan dari bawahan dan pengambilan keputusan secara bersama.

- **Kepemimpinan *Pacesetting* (menentukan langkah)**

Menentukan standar tinggi kinerja untuk bawahannya yang memiliki kompetensi dan motivasi yang tinggi.

- **Kepemimpinan *Coaching* (membimbing)**

Berfokus kepada pengembangan diri karyawannya bukan tugas-tugas yang diberikan pada umumnya diterapkan pada bawahan yang dapat dipercaya dan telah membuktikan kompetensinya.

C. SISTEM PEMASARAN PRAKTIK DOKTER GIGI

Pemasaran adalah suatu perencanaan, implementasi dan kontrol terhadap program yang telah dirancang guna meningkatkan penjualan jasa kesehatan yang disediakan dan nantinya menghasilkan keuntungan atau laba sesuai harapan manajemen. Menurut para ahli pemasaran, segmentasi pasar rumah sakit adalah suatu proses mengelompokkan pasar (pasien rumah sakit) yang nantinya berguna untuk menentukan pasar sasaran (*target*). Ada umumnya kegiatan pemasaran berkaitan dengan koordinasi beberapa kegiatan bisnis. Strategi pemasaran ini dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut:

1. Faktor mikro, yaitu perantara pemasaran, pemasok, pesaing dan masyarakat.
2. Faktor makro, yaitu demografi/ekonomi, politik/hukum, teknologi/fisik dan sosial/budaya.

Berikut ini adalah hal-hal yang perlu diperhatikan untuk pemasaran (dari sudut pandang penjual):

1. Tempat yang strategis (*place*)
2. Produk yang bermutu (*product*),
3. Harga yang kompetitif (*price*), dan
4. Promosi yang gencar (*promotion*).

Dari sudut pandang konsumen:

1. Kebutuhan dan keinginan konsumen (*customer needs and wants*),
2. Biaya konsumen (*cost to the customer*),
3. Kenyamanan (*convenience*)
4. Komunikasi (*communication*).

Menurut para ahli pemasaran, strategi pemasaran rumah sakit dapat dilakukan dengan tiga tahapan sebagai berikut:

1. Memilih konsumen yang dituju (target)
2. Mengidentifikasi keinginan konsumen
3. Menentukan bauran pemasaran (*marketing mix*)

Menurut para ahli pemasaran, proses penyusunan strategi pemasaran rumah sakit dapat dilakukan dengan tiga tahapan sebagai berikut:

1. Analisis strategi pemasaran
2. Respon pasar terhadap produk
3. Riset strategi pemasaran

Menurut para ahli pemasaran, pilihan strategi pemasaran rumah sakit dapat dilakukan dengan menggunakan analisis SWOT. Analisis SWOT merupakan salah satu metode analisis yang digunakan sebelum membuat strategi pemasaran, dimana dengan menggunakan analisis *Strenght*, *Weakness*, *Opportunity* dan *Threat* (SWOT) nantinya akan diketahui faktor yang mempengaruhi baik yang berasal dari dalam rumah sakit (intern) maupun dari luar rumah sakit (eksternal).

D. JENIS-JENIS PRAKTIK DOKTER GIGI

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik. Jenis-jenis praktik Dokter Gigi terdiri dari Klinik Pratama dan Utama.

Klinik Pratama

- Menyelenggarakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus.
- Melakukan tindakan hanya bedah kecil (minor) tanpa anastesi umum dan/atau spinal.
- Tenaga medis paling sedikit terdiri dari 2 orang dokter dan/atau dokter gigi sebagai pemberi pelayanan.

Klinik Utama

- Menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik.

- Melakukan tindakan bedah dengan risiko rendah.
- Tenaga medis pelayanan kedokteran umum paling sedikit terdiri dari 1 orang dokter spesialis dan 1 orang dokter sebagai pemberi pelayanan.
- Tenaga medis pelayanan kedokteran gigi paling sedikit terdiri dari 1 orang dokter gigi spesialis dan 1 orang dokter gigi.
- Melakukan tindakan bedah, kecuali tindakan bedah yang:
 - A. menggunakan anastesi umum dengan inhalasi dan/atau spinal
 - B. operasi sedang yang berisiko tinggi
 - C. operasi besar

Bangunan klinik paling sedikit terdiri atas:

- Ruang pendaftaran/ruang tunggu
- Ruang konsultasi
- Ruang administrasi
- Ruang obat dan bahan habis pakai untuk klinik yang melaksanakan pelayanan farmasi
- Ruang tindakan
- Ruang ASI
- Kamar mandi/wc
- Ruang lainnya sesuai kebutuhan pelayanan

Klinik rawat inap harus memiliki:

- Ruang rawat inap yang memenuhi persyaratan dan jumlah tempat tidur paling sedikit 5 (lima) buah dan paling banyak 10 (sepuluh) buah
- Ruang farmasi
- Ruang laboratorium
- Ruang dapur

Prasarana klinik meliputi:

- Instalasi sanitasi
- Instalasi listrik
- Pencegahan dan penanggulangan kebakaran
- Ambulans, khusus untuk klinik yang menyelenggarakan rawat inap
- Sistem gas medis

- Sistem tata udara
 - Sistem pencahayaan
 - Prasarana lainnya sesuai kebutuhan
 - Izin Klinik
 - Izin mendirikan diberikan oleh pemerintah daerah Kabupaten/kota
 - Izin operasional diberikan oleh pemerintah daerah Kabupaten/Kota atau kepala dinas kesehatan Kabupaten/Kota
- Penanggungjawab teknis klinik harus seorang tenaga medis yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) di Klinik tersebut, dan dapat merangkap sebagai pemberi pelayanan.
- Tenaga Medis hanya dapat menjadi penanggungjawab teknis pada 1 (satu) klinik.
 - Ketenagaan klinik rawat jalan terdiri atas tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan.
 - Ketenagaan klinik rawat inap terdiri atas tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga gizi, tenaga analis kesehatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan sesuai kebutuhan.
 - Klinik menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
 - Pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam bentuk rawat jalan dan inap, pelayanan 1 hari (*one day care*) dan/atau *home care*.
 - Pelayanan *One Day Care* merupakan pelayanan yang dilakukan untuk pasien yang sudah ditegakkan diagnosis secara definitif dan perlu mendapat tindakan atau perawatan semi intensif (observasi) setelah 6 (enam) jam sampai 24 (dua puluh empat) jam.
 - Pelayanan *Home Care* merupakan bagian atau lanjutan dari pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan dampak penyakit.

- Klinik rawat inap hanya dapat memberikan pelayanan rawat inap paling lama 5 (lima) hari, apabila lebih maka pasien harus secara terencana dirujuk ke rumah sakit.

Konsep Pelayanan Dokter Gigi Primer dan Keluarga

Pelayanan kesehatan tingkat Primer meliputi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter atau dokter gigi di puskesmas, tempat praktik perorangan serta klinik umum dan termasuk diantaranya adalah dokter keluarga. Kebijakan Pelayanan Dokter Gigi Keluarga diatur dalam Keputusan MenKes RI No.1415/MENKES/SK/X/2005. Pengertian Dokter Gigi Keluarga adalah Dokter Gigi yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi yang berorientasi pada komunitas dengan keluarga sebagai sasaran utama dan memandang individu-individu baik yang sakit maupun sehat sebagai bagian dari unit keluarga serta komunitasnya.

Pelaksanaan tugas sebagai Dokter Gigi Keluarga merupakan kontak pertama yang harus proaktif memecahkan masalah kesehatan gigi dan mulut keluarga sesuai asuhan pelayanan kedokteran gigi dasar. Layanan dokter gigi keluarga yang diberikan seharusnya terjaga mutunya dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif serta menerapkan ilmu pengetahuan kedokteran gigi mutakhir secara rasional dengan memperhatikan sistim rujukan. Pendekatan pencegahan primer yang menekankan pada pemeliharaan, peningkatan dan perlindungan kesehatan gigi dan mulut didukung deteksi dini, pelayanan medik gigi dasar prima, merupakan prinsip dasar pelayanan kedokteran gigi keluarga. Keluarga diberdayakan dan berperan sebagai subyek menuju kesehatan gigi dan mulut yang optimal bagi semua.

E. TENAGA KESEHATAN PRAKTIK DOKTER GIGI

Tugas pokok Dokter Gigi adalah memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, serta membina peran serta masyarakat dalam rangka kemandirian di bidang kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat. Fungsi Dokter Gigi yaitu melaksanakan perawatan dan pengobatan kesehatan gigi dan mulut.

Hak dan Kewajiban Dokter/Dokter Gigi diatur dalam UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 29 TAHUN 2004 tentang PRAKTIK KEDOKTERAN, yaitu pada pasal 50 dan 51:

Pasal 50

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak:

- memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
- memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- menerima imbalan jasa.

Pasal 51

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;

- d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Daftar Acuan:

1. Kaplan, R., & Norton, D. (1996). The balanced scorecard; translating strategy into action
2. Sharon B.Buchbinder, RN, PhD Penerbit Buku Kedokteran EGC cetakan 2014 Alih Bahasa Palupi Widyastuti, SKM. Buku Ajar MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
3. Lena Ellitan, Lina Anatan. Penerbit Alfabeta, Bandung 2007. SISTEM INFORMASI MANAJEMEN Konsep dan Praktis
4. R. Matindas, Penerbit PT. Pustaka Utama Grafiti Cetakan Kedua, 2002. Manajemen SDM lewat Konsep AKU
5. Dr. Bambang Hartono, SKM, MSc., MM. Penerbit PT. Rineka Cipta, Cetakan Pertama 2010. MANAJEMEN PEMASARAN UNTUK RUMAH SAKIT
6. Drs.h. Malayu S.P. Hasibuan, Penerbit PT. Bumi Aksara Cetakan Kedua Belas 2016 Edisi Revisi. MANAJEMEN: Dasar, Pengertian dan Masalah
7. Siagian. 2010. Teori dan Praktek Kepemimpinan. Jakarta
8. Notoadmojo S. 2007. Pengembangan Sumber Daya Manusia. Rineka Cipta: Jakarta
9. Rangkuti, Freddy. SWOT Balanced Scorecard: Teknik Menyusun Strategi Korporat yang Efektif plus Cara Mengelola Kinerja dan Risik. Jakarta: Gramedia. 2011
10. Rhivai, Veithzal et.al. Corporate Performance Management dari Teori ke Praktik. Jakarta: Ghalia Indonesia. 2011
11. PERMENKES No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan
12. PERMENKES No. 74 tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

13. UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 29 TAHUN 2004 tentang PRAKTIK KEDOKTERAN
14. PERMENKES No 1415/MENKES/SK/X/2005.TENTANG.KEBIJAKAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI KELUARGA
15. PERMENKES No.9 tahun 2014 tentang Klinik
16. Contoh SWOT di BLUD RSUD Sambilegi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sambilegi. Diambil pada tanggal 5 Februari 2020. Pk.12.45 WIB dari <http://blud.co.id/wp/2018/09/analisis-swot-strength-weakness-opportunity-dan-threat/>



SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN PEMBIAYAAN PRAKTIK DOKTER GIGI

Irma Binarti

**SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN
PENGERTIAN
FUNGSI
SUMBER
MODEL
ASURANSI KESEHATAN
PEMBIAYAAN PRAKTIK DOKTER GIGI
KAPITASI
SISTEM INA-CBGs**

I. SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah

agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Pelayanan kesehatan masyarakat tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya-upaya pencegahan (*preventif*) dan peningkatan kesehatan (*promotif*). Bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas atau balikesmas saja, tetapi juga bentuk-bentuk kegiatan lainnya, baik langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan. Pelayanan kesehatan dibedakan dalam dua golongan: (1) Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*)/pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan terdepan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan, dan (2) Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut atau rujukan. Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan Rumah sakit kelas A.

Untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan banyak hal yang harus dilakukan, salah satunya adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Secara umum dapat dibedakan 9 (sembilan) syarat penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik, yakni tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), berkesinambungan (*continues*), terpadu (*integrated*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*accept- able*), bermutu (*quality*), terjangkau (*accessible*) serta terjangkau (*affordable*). (Azwar Azrul, 1999). Dampak krisis ekonomi di Indonesia sampai saat ini meluas ke seluruh bidang kehidupan, termasuk bidang pelayanan kesehatan. Dilema yang dihadapi pelayanan kesehatan, disatu pihak pelayanan kesehatan harus menjalankan misi sosial, yakni merawat dan menolong yang sedang menderita tanpa memandang sosial, ekonomi, agama dan sebagainya. Di pihak lain pelayanan kesehatan harus bertahan secara ekonomi dalam menghadapi badai krisis tersebut, oleh sebab itu pelayanan kesehatan harus melakukan reformasi, reorientasi dan revitalisasi.

Reformasi kebijakan pembangunan kesehatan telah selesai dilakukan sebagaimana telah tertuang dalam Visi, Misi, Strategi dan Paradigma baru pembangunan kesehatan yang populer dengan sebutan Indonesia Sehat. Reformasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah memberi arah baru pembangunan kesehatan di Indonesia. Jika diperhatikan kebijakan dan sistem baru hasil reformasi tersebut tampak banyak perubahan yang akan dilakukan, dua diantaranya yang terpenting adalah perubahan pada subsistem upaya kesehatan dan perubahan pada subsistem pembiayaan kesehatan. Penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan dalam subsistem pembiayaan kesehatan dilakukan untuk membiayai UKM dan UKP penduduk miskin dengan mobilisasi dan dari masyarakat, pemerintah dan *public-private mix*. Pada penduduk mampu, pembiayaan kesehatan masyarakat terutama dari masyarakat itu sendiri dengan mekanisme jaminan kesehatan baik wajib maupun sukarela.

1.1 PENGERTIAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan dalam kesehariannya selalu berkaitan dengan bisnis ekonomi. Melihat pembiayaan dari segi kemanfaatan fasilitas pembiayaan yakni *profitable* dan *non profitable*. Pembiayaan atau *financing* ialah pendanaan yang diberikan oleh suatu pihak kepada pihak lain untuk mendukung investasi yang telah direncanakan, baik dilakukan sendiri maupun lembaga. Pembiayaan juga didefinisikan sebagai pendanaan yang dikeluarkan untuk mendukung investasi yang telah direncanakan. Pembiayaan secara luas berarti *financing* atau pembelanjaan yaitu pendanaan yang dikeluarkan untuk mendukung investasi yang telah direncanakan baik dilakukan sendiri maupun dilakukan oleh orang lain. Lebih lanjut Ismail (2016) mengemukakan bahwa pada dasarnya, terdapat dua fungsi yang saling berkaitan dalam pembiayaan yaitu:

- a. *Provitality*, yaitu bertujuan untuk memperoleh hasil dari pembiayaan berupa keuntungan yang diraih yang diperoleh oleh dari usaha yang dikelola bersama nasabah. Bank hanya akan menyalurkan pembiayaan kepada usaha-usah nasabah yang diyakini mampu dan mau mengembalkan pembiayaan yang telah diterimanya

- b. *Safety*, keamanan dari prestasi atau fasilitas yang diberikan harus benar-benar tercapai tanpa hambatan yang berarti. Sistem keamanan ini dimaksudkan agar prestasi yang diberikan dalam bentuk modal, barang, jasa yang terjamin pengembaliannya, sehingga keuntungan yang diharapkan dapat menjadi kenyataan.

Istilah pembiayaan pada intinya berarti *I believe, I trust*, saya percaya, saya menaruh kepercayaan. Perkataan pembiayaan yang berarti (*trust*) berarti lembaga selaku sahib al-mal menaruh kepercayaan kepada seseorang untuk melaksanakan amanah yang diberikan. Pembiayaan kesehatan adalah dasar kemampuan sistem kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan manusia. Untuk memahami sifat dari indikator yang dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi pembiayaan sistem kesehatan membutuhkan penilaian eksplisit tentang harapan apa yang akan dicapai. Pembiayaan kesehatan mengacu pada fungsi sistem kesehatan yang bersangkutan dengan mobilisasi, akumulasi dan alokasi uang untuk menutupi kebutuhan kesehatan masyarakat, secara individual dan kolektif, di sistem kesehatan. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk membuat dana yang tersedia, serta untuk mengatur hak insentif keuangan untuk penyedia, untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses ke kesehatan masyarakat yang efektif dan perawatan kesehatan pribadi.

Proses pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Berdasarkan pengertian ini, maka biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu berdasarkan:

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan, maka dilihat pengertian ini bahwa biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana bagi

penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk kepada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*).

2. Pemakai Jasa Pelayanan (*Health Consumer*), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Dalam hal ini biaya kesehatan menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan, namun dalam batas-batas tertentu pemerintah juga turut serta, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya. Besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*ad-equacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri.

Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai (*health care financing*) akan menolong pemerintah di suatu negara untuk dapat memobilisasi sumber-sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (*equi-table and pro poor health policy*) akan mendorong tercapainya akses yang universal. Pada aspek yang lebih luas diyakini bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai kontribusi pada perkembangan sosial dan ekonomi. Pelayanan kesehatan itu sendiri pada akhir-akhir ini menjadi amat mahal baik pada negara maju maupun pada negara berkembang. Penggunaan yang berlebihan dari pelayanan kesehatan dengan teknologi tinggi adalah salah satu penyebab utamanya. Penyebab yang lain adalah

dominasi pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mekanisme pembayaran tunai (*fee for service*) dan lemahnya kemampuan dalam penatalaksanaan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of resources and services*).

Pelayanan kesehatan memiliki beberapa ciri yang tidak memungkinkan setiap individu untuk menanggung pembiayaan pelayanan kesehatan pada saat diperlukan:

- 1) Kebutuhan pelayanan kesehatan muncul secara sporadik dan tidak dapat diprediksikan, sehingga tidak mudah untuk memastikan bahwa setiap individu mempunyai cukup uang ketika memerlukan pelayanan kesehatan.
- 2) Biaya pelayanan kesehatan pada kondisi tertentu juga sangat mahal, misalnya pelayanan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan canggih (operasi dan tindakan khusus lain), kondisi emergensi dan keadaan sakit jangka panjang yang tidak akan mampu ditanggung pembiayaannya oleh masyarakat umum.
- 3) Orang miskin tidak saja lebih sulit menjangkau pelayanan kesehatan, tetapi juga lebih membutuhkan pelayanan kesehatan karena rentan terjangkit berbagai permasalahan kesehatan karena buruknya kondisi gizi, perumahan.
- 4) Apabila individu menderita sakit dapat mempengaruhi kemampuan untuk berfungsi termasuk bekerja, sehingga mengurangi kemampuan membiayai.

Berdasarkan karakteristik tersebut, sebuah sistem pembiayaan pelayanan kesehatan haruslah bertujuan untuk:

- 1) *Risk spreading*, pembiayaan kesehatan harus mampu meratakan besaran resiko biaya sepanjang waktu sehingga besaran tersebut dapat terjangkau oleh setiap rumah tangga. Sebuah sistem pembiayaan harus mampu memprediksikan risiko kesakitan individu dan besarnya pembiayaan dalam jangka waktu tertentu (misalnya satu tahun). Besaran tersebut diratakan atau disebarkan dalam tiap bulan sehingga menjadi premi (iuran, tabungan) bulanan yang terjangkau.
- 2) *Risk pooling*, beberapa jenis pelayanan kesehatan (risiko rendah dan tidak merata) dapat sangat mahal misalnya hemodialisis, operasi spesialis (jantung koroner) yang tidak dapat ditanggung oleh tabungan individu (*risk spreading*). Sistem pembiayaan harus mampu menghitung dengan mengakumulasi

resiko suatu kesakitan dengan biaya yang mahal antar individu dalam suatu komunitas sehingga kelompok masyarakat dengan tingkat kebutuhan rendah (tidak terjangkau sakit, tidak membutuhkan pelayanan kesehatan) dapat mensubsidi kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Secara sederhana, suatu sistem pembiayaan akan menghitung resiko terjadinya masalah kesehatan dengan biaya mahal dalam satu komunitas, dan menghitung besaran biaya tersebut kemudian membaginya kepada setiap individu anggota komunitas. Sesuai dengan prinsip solidaritas, besaran biaya pelayanan kesehatan yang mahal tidak ditanggung dari tabungan individu tapi ditanggung bersama oleh masyarakat.

- 3) *Connection between ill-health and poverty*, karena adanya keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan, suatu sistem pembiayaan juga harus mampu memastikan bahwa orang miskin juga mampu pelayanan kesehatan yang layak sesuai standar dan kebutuhan sehingga tidak harus mengeluarkan pembiayaan yang besarnya tidak proporsional dengan pendapatan. Pada umumnya di negara miskin dan berkembang hal ini sering terjadi. Orang miskin harus membayar biaya pelayanan kesehatan yang tidak terjangkau oleh penghasilan mereka dan juga memperoleh pelayanan kesehatan di bawah standar.
- 4) *Fundamental importance of health*, kesehatan merupakan kebutuhan dasar dimana individu tidak dapat menikmati kehidupan tanpa status kesehatan yang baik.

Organisasi kesehatan dunia (WHO) sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan
- 2) Mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin
- 3) Pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial
- 4) Penggalan dukungan nasional dan internasional
- 5) Penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional

- 6) Pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah
- 7) Pemantauan dan evaluasi

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektivitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa.

1.2 FUNGSI PEMBIAYAAN KESEHATAN

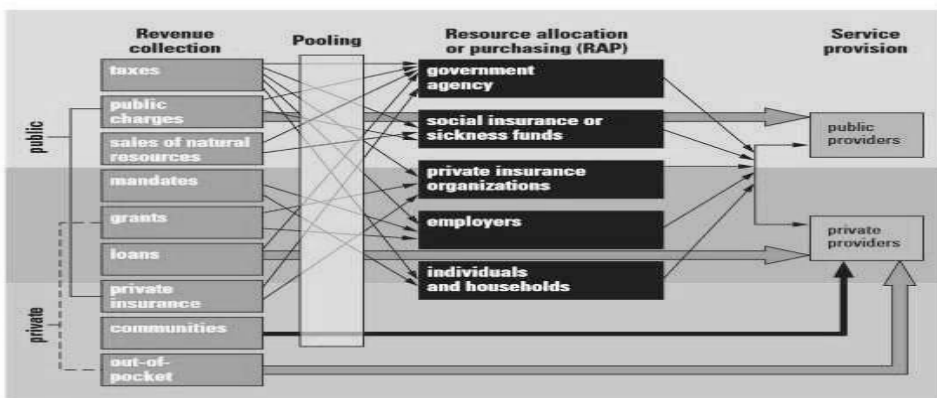
Pembiayaan kesehatan memiliki fungsi dasar pengumpulan pendapatan, perhimpunan penghasilan dan pembelian barang-barang dan jasa. Fungsi-fungsi ini sering melibatkan interaksi kompleks antarsektor kesehatan. Oleh karena itu, fungsi-fungsi ini dapat memberikan kesempatan bagi sektor kesehatan untuk melakukan reformasi.

Pengumpulan pendapatan merupakan suatu cara sistem kesehatan untuk mengumpulkan uang dari rumah tangga, bisnis, dan sumber-sumber eksternal. Perhimpunan penghasilan dilakukan dengan mengakumulasi dan manajemen pendapatan sehingga setiap individu ketika terkena risiko penyakit dapat terlindungi dari besarnya pengeluaran biaya yang tak terduga. Prabayar memungkinkan setiap individu membayar uang di muka untuk membebaskan mereka dari ketidakpastian dan memastikan adanya kompensasi sebelum kerugian terjadi. Pembayaran di muka adalah sebagai bentuk asuransi kesehatan dan redistribusi antara tinggi rendahnya pengeluaran kesehatan (subsidi risiko) dan tinggi rendahnya penghasilan individu (subsidi ekuitas). Dengan pemutusan hubungan antara pengeluaran kesehatan yang diharapkan dengan kemampuan membayar, pembayaran di muka adalah mekanisme penting untuk memperoleh tujuan ekuitas (keseimbangan). Fungsi terakhir pembelian, mengarah pada

mekanisme yang digunakan untuk keamanan layanan dari penyedia publik dan swasta.

Berbagai fungsi yang disusun dapat berimplikasi penting terhadap sistem kesehatan, namun hal itu tergantung pada:

- Jumlah dana yang tersedia (saat ini dan di masa mendatang) dan tingkat layanan serta perlindungan keuangan (dalam dan luasnya cakupan) bagi penduduk.
- Keadilan, (*equity*-yang menanggung pajak atau beban pendapatan) dengan dana digunakan untuk membiayai sistem.
- Efisiensi ekonomi dari usaha peningkatan pendapatan dalam hal menciptakan distorsi atau kerugian ekonomi (kelebihan beban perpajakan).
- Tingkat pengumpulan biaya (subsidi risiko, asuransi) dan pembayaran (subsidi ekuitas).
- Nomor dan jenis jasa yang dibeli dan dikonsumsi sehubungan dengan pengaruhnya terhadap hasil kesehatan dan biaya (biaya efektivitas dan efisiensi alokasi layanan).
- Efisiensi teknis produksi layanan (tujuan menghasilkan setiap layanan dengan biaya rata-rata minimum).
- Akses keuangan dan fisik untuk layanan oleh penduduk (termasuk akses ekuitas, manfaat insiden) (Gambar 1).



Source: Schieber and Maeda 1997.

Gambar 1. Fungsi Pembiayaan Kesehatan (*The World Bank*, 2006)

Efisiensi dan ekuitas merupakan aspek penting dalam sistem pembiayaan kesehatan dan relevan untuk semua fungsi pembiayaan. Ada beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan dalam ekuitas terhadap sumber pembiayaan meliputi tingkat prabayar dan penggabungan, penyediaan layanan, penyedia pembayaran, dan perawatan fisik. Sedangkan dalam efisiensi, terdapat tiga jenis, yaitu efisiensi pengumpulan pendapatan (distorsi ekonomi yang dihasilkan dari perpajakan), efisiensi alokatif (sumber daya dialokasikan untuk memaksimalkan kesejahteraan komunitas dengan memproduksi hasil kesehatan yang diinginkan), dan efisiensi teknis (pelayanan diberikan dengan biaya serendah mungkin).

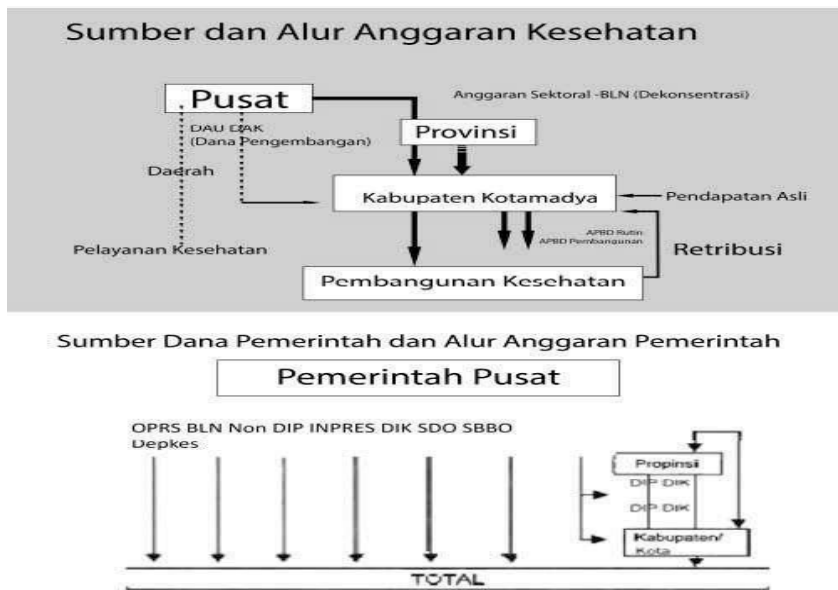
Berdasarkan perspektif kebijakan, fungsi dasar pembiayaan kesehatan umumnya diwujudkan dalam tiga model sistem pembiayaan kesehatan, meliputi:

1. Pelayanan kesehatan nasional, wajib menerapkan *universal coverage*, pembiayaan pendapatan yang umum dan nasional, dan pemasukan sektor kesehatan dengan dana pribadi.
2. Asuransi sosial; wajib menerapkan *universal coverage* (target kelompok pekerja) di bawah jaminan sosial (kuasa publik), sistem dibiayai oleh karyawan dan pemberi kerja berkontribusi untuk dana asuransi nirlaba, dengan publik dan pemasukan sektor kesehatan dengan dana pribadi.
3. Asuransi swasta; anggota atau individu membayar asuransi kesehatan swasta dan pemasukan sektor kesehatan dengan dana pribadi. Dari model diatas, tidak semua sistem kesehatan mengikuti kebijakan yang telah ditentukan karena sistem kesehatan mewujudkan fitur dari model yang berbeda. Hal tersebut memunculkan isu yang penting yaitu apakah sistem di sektor kesehatan menjamin akses, pemerataan, dan efisiensi. Namun demikian, model kesehatan di atas dan klasifikasi fungsi pembiayaan kesehatan telah memberikan informasi yang berguna tentang sistem kesehatan dan makro ekonomi. Model kesehatan juga menyediakan kerangka kerja yang lebih baik dan lebih insentif.

I.3 SUMBER PEMBIAYAAN KESEHATAN

Ada empat sumber utama untuk membiayai pelayanan kesehatan: (1) Pemerintah (APBN, APBD Prov, Kab/Kota), (2) Swasta (investasi langsung oleh pihak swasta), (3) Masyarakat melalui pembayaran langsung (*fee for services*) atau yang terhimpun oleh perusahaan asuransi, dan (4) Hibah atau pinjaman luar negeri. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari asuransi kesehatan merupakan salah satu cara yang terbaik untuk mengatasi mahalanya biaya pelayanan kesehatan. Alasannya antara lain karena:

1. Pemerintah dapat mendiversifikasikan sumber-sumber pendapatan dari sektor kesehatan.
2. Meningkatkan efisiensi dengan cara memberikan peran kepada masyarakat untuk ikut membiayai pelayanan kesehatan.
3. Memeratakan beban biaya kesehatan sesuai dengan waktu dan jumlah populasi yang perlu dicakup dalam pelayanan sehingga akan mengurangi risiko yang bersifat individu.



Gambar 2. Alur Pembiayaan Kesehatan (Malik, 2002)

Mahalnya biaya kesehatan di Indonesia karena berbagai faktor seperti:

1. Pertumbuhan ekonomi nasional mengakibatkan meningkatnya tuntutan (*demand*) masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu.
2. Perkembangan teknologi kedokteran dan pertumbuhan industri kedokteran. Hampir semua teknologi kedokteran diimpor sehingga harganya relatif mahal karena nilai rupiah kita yang jauh lebih rendah dibandingkan dollar Amerika (tingkat inflasi tinggi).
3. Jumlah subsidi pemerintah untuk pelayanan kesehatan diperkirakan relatif menurun, terutama setelah krisis ekonomi tahun 1998. Biaya pelayanan kesehatan di Indonesia sebelum krisis tercatat 2,5% dari *Gross Domestic Product* (GDP) atau sekitar US \$ 18 per kapita per tahun. Kondisi ini menurun lagi setelah krisis, yaitu 1,7% dari GDP atau US \$ 12 per kapita per tahun. Seiring dengan menurunnya kemampuan pemerintah membiayai pelayanan kesehatan, kemampuan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan juga menurun karena masalah biaya. Di sisi lain, biaya pelayanan kesehatan terus meningkat melebihi tingkat inflasi. Angka inflasi pelayanan kesehatan mencapai 300%-500% karena sebagian besar peralatan kedokteran dan bahan baku obat-obatan masih harus diimpor.

Sejak krisis melanda Indonesia, pemerintah mengalokasikan sejumlah dana untuk membantu penyelenggara pelayanan kesehatan dasar, terutama untuk pelayanan penduduk miskin. Krisis ekonomi juga menambah jumlah penduduk miskin di Indonesia, mulai dari 22,4 juta jiwa di tahun 1996 meningkat menjadi 37,5 juta jiwa pada tahun 2002. Tahun 2010 menurut laporan BPS jumlahnya menurun menjadi 32,5 juta atau 14,1% dari total penduduk Indonesia. Pada pertengahan tahun 1997, pemerintah menggelar program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) untuk membantu meringankan beban penduduk miskin. Mereka mendapat pelayanan kesehatan dasar secara cuma-cuma di sarana pelayanan kesehatan dasar pemerintah terdekat. Untuk mengakses pelayanan kesehatan, disediakan kartu sehat bagi penduduk miskin. Kebijakan ini kemudian, pada tahun 2002, melahirkan Askeskin (asuransi kesehatan masyarakat

miskin). Tahun 2008, Askeskin berubah menjadi Jamkesmas (jaminan kesehatan masyarakat). Untuk mengatasi mahal biaya pelayanan kesehatan pemerintah sebaiknya mendorong:

1. Kelompok-kelompok masyarakat bergotong-royong mengatasi mahal biaya pembiayaan kesehatan. Masyarakat dapat mewujudkan dengan mengikuti program asuransi kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan melalui asuransi sudah terbukti di banyak negara mampu mengatasi mahal biaya pelayanan kesehatan. Ini adalah strategi untuk melindungi masyarakat luas dari *moral hazard* praktik kedokteran. UU BPJS disahkan tahun 2011 dan mulai beroperasi awal tahun 2014 secara bertahap.
2. Peran serta swasta dalam bentuk PMDN (Perusahaan Modal Dalam Negeri) maupun PMA (Perusahaan Modal Asing) dikembangkan dengan membentuk perusahaan asuransi kesehatan.

Tingginya biaya kesehatan disebabkan oleh beberapa hal, beberapa yang terpenting diantaranya sebagai berikut:

1. Tingkat inflasi

Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula, yang tentu saja akan dibebankan kepada pengguna jasa.

2. Tingkat permintaan

Pada bidang kesehatan, tingkat permintaan dipengaruhi sedikitnya oleh dua faktor, yaitu meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlahnya lebih atau bertambah banyak, maka biaya yang harus disediakan meningkat pula. Faktor kedua adalah meningkatnya kualitas penduduk. Dengan tingkat pendidikan dan penghasilan yang lebih baik, mereka akan menuntut penyediaan layanan kesehatan yang baik pula dan hal ini membutuhkan biaya pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih besar.

3. Kemajuan ilmu dan teknologi

Sejalan dengan adanya kemajuan ilmu dan teknologi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan (penggunaan peralatan kedokteran yang modern dan canggih) memberikan konsekuensi tersendiri, yaitu tingginya biaya yang harus dikeluarkan dalam berinvestasi. Hal ini membawa akibat dibebankannya biaya investasi dan operasional tersebut pada pemakai jasa pelayanan kesehatan.

4. Perubahan pola penyakit

Meningkatnya biaya kesehatan juga dipengaruhi adanya perubahan pola penyakit, yang bergeser dari penyakit yang sifatnya akut menjadi penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan berbagai penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit ini akan lebih besar, hal ini akan sangat mempengaruhi tingginya biaya kesehatan.

5. Perubahan pola pelayanan kesehatan

Perubahan pola pelayanan kesehatan ini terjadi akibat perkembangan keilmuan dalam bidang kedokteran sehingga terbentuk spesialisasi dan subspecialisasi yang menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health service*) dan satu sama lain seolah tidak berhubungan. Akibatnya terjadi tumpang tindih atau pengulangan metoda pemeriksaan yang sama dan pemberian obat-obatan yang dilakukan pada seorang pasien, yang tentu berdampak pada semakin meningkatnya beban biaya yang harus ditanggung oleh pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan ini. Adanya pembagian spesialisasi dan subspecialisasi tenaga pelayanan kesehatan, menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat.

6. Perubahan pola hubungan dokter-pasien

Sistem kekeluargaan yang dulu mendasari hubungan dokter-pasien seakan sirna. Adanya perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi serta penggunaan berbagai peralatan yang ditunjang dengan kemajuan ilmu dan teknologi,

mengakibatkan meningkatnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien, hal ini dapat membuat pasien menuntut adanya kepastian pengobatan dan penyembuhan dari penyakitnya. Hal ini diperberat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan, yang mendorong semakin kritisnya pemikiran dan pengetahuan mereka tentang masalah kesehatan. Hal tersebut mendorong para dokter sering melakukan pemeriksaan yang berlebihan (*over utilization*), demi kepastian akan tindakan mereka dalam melakukan pengobatan dan perawatan, dan juga dengan tujuan mengurangi kemungkinan kesalahan yang dilakukan dalam mendiagnosa penyakit yang diderita pasiennya. Konsekuensi yang terjadi adalah semakin tingginya biaya yang dibutuhkan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

7. Lemahnya mekanisme pengendalian biaya

Kurangnya peraturan perundang-undangan yang ditetapkan untuk mengatur dan membatasi pemakaian biaya pelayanan kesehatan menyebabkan pemakaiannya sering tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani penanggung (perusahaan) dan masyarakat secara keseluruhan.

8. Penyalahgunaan asuransi kesehatan

Asuransi kesehatan (*health insurance*) sebenarnya merupakan salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan, sesuai dengan anjuran yang diterapkan oleh pemerintah. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (*third party sistem*) dengan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

Biaya kesehatan banyak macamnya, karena kesemuanya tergantung dari jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan atau yang dimanfaatkan. Hanya saja disesuaikan dengan pembagian pelayanan

kesehatan, maka biaya kesehatan tersebut dapat dibedakan atas dua macam yaitu:

1) Biaya pelayanan kedokteran

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

2) Biaya pelayanan kesehatan masyarakat

Biaya yang dimaksud adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yaitu yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

Sama halnya dengan biaya kesehatan secara keseluruhan, maka masing-masing biaya kesehatan ini dapat pula ditinjau dari dua sudut yaitu dari sudut penyelenggara kesehatan (*health provider*) dan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*).

1.4 Model Sistem Pembiayaan

Pertanyaan yang mengemuka ialah model kebijakan kesehatan seperti apa yang layak diterapkan di Indonesia, sistem pembiayaan yang bagaimana yang cocok dengan kehidupan masyarakat kita. Terdapat beberapa model sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh beberapa negara, berdasarkan sumber pembiayaannya:

1. *Direct Payments by Patients*

Ciri utama model direct payment adalah setiap individu menanggung secara langsung besaran biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat penggunaannya. Sistem ini umumnya akan mendorong penggunaan pelayanan kesehatan secara lebih hati-hati, serta adanya kompetisi antara para provider pelayanan kesehatan untuk menarik konsumen atau *free market*. Keadaan tampaknya sehat, namun transaksi kesehatan pada umumnya bersifat tidak seimbang dengan kondisi pasien sebagai konsumen tidak mampu

mengenalinya permasalahan dan kebutuhannya, sehingga tingkat kebutuhan dan penggunaan jasa lebih banyak diarahkan oleh provider. *Free market* dalam pelayanan kesehatan tidak selalu berakhir dengan peningkatan mutu dan efisiensi namun dapat mengarah pada penggunaan terapi yang berlebihan.

2. User payments

Model ini pasien membayar secara langsung biaya pelayanan kesehatan baik pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Perbedaannya dengan model informal adalah besaran dan mekanisme pembayaran, juga kelompok yang menjadi pengecualian telah diatur secara formal oleh pemerintah dan provider. Bentuk yang paling kompleks adalah besaran biaya yang berbeda setiap kunjungan sesuai dengan jasa pelayanan kesehatan yang diberikan (biasanya terjadi untuk fasilitas pelayanan kesehatan swasta). Model yang umum digunakan adalah '*flat rate*' dengan besaran biaya per-episode sakit bersifat tetap.

3. Saving based

Model ini mempunyai karakteristik '*risk spreading*' pada individu namun tidak terjadi risk pooling antar individu. iaya kesehatan langsung, akan ditanggung oleh individu sesuai dengan tingkat penggunaannya, namun individu tersebut mendapatkan bantuan dalam mengelola pengumpulan dana (*saving*) dan penggunaannya bilamana membutuhkan pelayanan kesehatan. Model ini hanya mampu mencakup pelayanan kesehatan primer dan akut, bukan pelayanan kesehatan yang bersifat kronis dan kompleks yang biasanya tidak bisa ditanggung oleh setiap individu meskipun dengan mekanisme saving. Model ini tidak dapat dijadikan model tunggal pada suatu negara, harus didukung model lain yang menanggung biaya kesehatan lain dan pada kelompok yang lebih luas.

4. Informal

Ciri utama model ini adalah bahwa pembayaran yang dilakukan oleh individu pada provider kesehatan formal misalnya dokter, bidan tetapi juga pada

provider kesehatan lain misalnya: mantri, dan pengobatan tradisional; tidak dilakukan secara formal atau tidak diatur besaran, jenis dan mekanisme pembayarannya. Besaran biaya biasanya timbul dari kesepakatan atau banyak diatur oleh provider dan juga dapat berupa pembayaran dengan barang. Model ini biasanya muncul pada negara berkembang dimana belum mempunyai sistem pelayanan kesehatan dan pembiayaan yang mampu mencakup semua golongan masyarakat dan jenis pelayanan.

5. *Insurance Based*

Sistem pembiayaan dengan pendekatan asuransi mempunyai perbedaan utama dimana individu tidak menanggung biaya langsung pelayanan kesehatan. Konsep asuransi memiliki dua karakteristik khusus yaitu pengalihan risiko kesakitan pada satu individu pada satu kelompok serta adanya *sharing losses* secara adil. Secara sederhana dapat digambarkan bahwa satu kelompok individu mempunyai risiko kesakitan yang telah diperhitungkan jenis, frekuensi dan besaran biayanya. Keseluruhan besaran risiko tersebut diperhitungkan dan dibagi antar anggota kelompok sebagai premi yang harus dibayarkan. Apabila anggota kelompok, maka keseluruhan biaya pelayanan kesehatan sesuai yang diperhitungkan akan ditanggung dari dana yang telah dikumpulkan bersama. Besaran premi dan jenis pelayanan yang ditanggung serta mekanisme pembayaran ditentukan oleh organisasi pengelola dana asuransi.

1.5 Asuransi Kesehatan

Kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indonesia, tidak dikenal kata asuransi, yang dikenal adalah istilah "*jaminan*" atau "*tanggungan*". Konteks asuransi Kesehatan mendefinisikan pengertian asuransi yaitu memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut *insurer* atau dalam UU Asuransi disebut *asuradur*. Asuransi

merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (*uncertain*) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada pihak lain yang disebut *insurer/asuradur*, ataupun badan penyelenggara jaminan.

Menurut pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD), asuransi mempunyai pengertian sebagai berikut: Asuransi atau pertanggungan adalah suatu persetujuan penanggung kerugian diri kepada tertanggung, dengan mendapat premi untuk mengganti kerugian karena kehilangan kerugian atau tidak diperolehnya suatu keuntungan yang diharapkan, yang dapat diderita karena peristiwa yang tidak diketahui lebih dahulu. Definisi asuransi menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, yaitu pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggungjawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. Prinsip dasar asuransi ada 6 (enam) macam prinsip dasar yang harus dipenuhi, yaitu:

a. *Insurable interest*

Hak untuk mengasuransikan, yang timbul dari suatu hubungan keuangan, antara tertanggung dengan yang diasuransikan dan diakui secara hukum.

b. *Utmost good faith*

Tindakan untuk mengungkapkan secara akurat dan lengkap, semua fakta yang material (*material fact*) mengenai sesuatu yang akan diasuransikan (diminta maupun tidak). Penanggung harus jujur menerangkan dengan jelas segala sesuatu tentang luasnya syarat atau kondisi dari asuransi dan tertanggung juga harus memberikan keterangan yang jelas dan benar atas obyek/kepentingan yang dipertanggungkan.

c. Proximate cause

Suatu penyebab aktif, efisien yang menimbulkan rantai kejadian yang menimbulkan suatu akibat tanpa adanya intervensi suatu yang mulai dan secara aktif dari sumber yang baru dan independen.

d. Indemnity

Suatu mekanisme dimana penanggung menyediakan kompensasi finansial dalam upayanya menempatkan tertanggung dalam posisi keuangan yang ia miliki sesaat sebelum terjadinya kerugian (KUHD pasal 252, 253 dan dipertegas dalam pasal 278).

e. Subrogation

Pengalihan hak tuntutan dari tertanggung kepada penanggung setelah klaim dibayar.

f. Contribution

Adalah hak penanggung untuk mengajak penanggung lainnya yang sama-sama menanggung, tetapi tidak harus sama kewajibannya terhadap tertanggung untuk ikut memberikan *indemnity*.

Pada umumnya model asuransi mendorong munculnya apa yang disebut sebagai *moral hazard*:

- a. Pada sisi tertanggung (pasien): adanya kecenderungan untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan karena semua biaya akan ditanggung asuransi, dan kecenderungan untuk tidak melakukan tindakan preventif
- b. Pada sisi provider: mempunyai kecenderungan untuk memberikan terapi secara berlebihan untuk memaksimalkan pendapatan.

Beberapa skema asuransi diatur sedemikian rupa untuk mengurangi terjadinya *moral hazard*, misalnya dengan mengatur batasan paket pelayanan, mengatur besaran kontribusi sesuai dengan tingkat resiko tertanggung. Sistem ini dapat dibedakan menjadi asuransi yang bersifat umum yaitu mencakup semua golongan dan asuransi yang bersifat khusus untuk kelompok masyarakat tertentu. Sifat asuransi dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Asuransi bersifat umum

General taxation merupakan model dimana sumber pembiayaan diambil dari pajak pendapatan secara proporsional dari seluruh populasi yang kemudian dialokasikan untuk berbagai sektor (tidak terbatas pelayanan kesehatan). Alokasi pada sektor kesehatan biasanya berupa budget pada fasilitas kesehatan dan gaji staf kesehatan. Meskipun mempunyai cakupan yang luas, keberhasilan sistem ini tergantung pada tingkat pendapatan masyarakat dan angkatan kerja, besaran alokasi pada pelayanan kesehatan dan sistem penarikan pajak. Rendahnya pendapatan masyarakat (ekonomi negara) akan menurunkan nilai pajak, alokasi biaya pada pelayanan kesehatan sehingga mendorong rendahnya cakupan dan mutu pelayanan sehingga pada akhirnya biaya pelayanan kesehatan akan kembali ditanggung langsung oleh individu.

Sistem *earmarked payroll tax* memiliki karakteristik yang hampir serupa dengan *general taxation* hanya saja penarikan pajak dialokasikan langsung bagi pelayanan kesehatan sehingga lebih bersifat transparan dan dapat mendorong kesadaran pembayaran pajak karena kejelasan penggunaan.

2. Asuransi bersifat khusus

Perbandingan asuransi bersifat khusus dengan sistem umum, asuransi selektif mempunyai perbedaan dalam hal kontribusi dan tanggungan hanya ditujukan pada suatu kelompok tertentu dengan paket pelayanan yang telah ditetapkan.

- *Social insurance*

Social insurance mempunyai karakteristik khusus yang membedakan dengan *private insurance*, yaitu: keanggotaan bersifat wajib, kontribusi (*premi*) sesuai dengan besaran gaji, cakupan pelayanan kesehatan yang diasuransikan sesuai dengan besaran kontribusi, pelayanan dirupakan dalam bentuk paket, dikelola oleh organisasi yang bersifat otonom, biasanya merupakan bagian dari sistem jaminan sosial yang berskala luas dan umumnya terjadi *cross-subsidi*.

- *Voluntary community*
Perbedaan utama sistem ini dengan asuransi sosial adalah keanggotaan yang bersifat sukarela serta skala cakupan tertanggung yang lebih sempit. Biasanya asuransi ini berkembang pada kelompok masyarakat yang tidak tertanggung oleh asuransi sosial yaitu kelompok yang tidak memiliki pekerjaan formal, yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penarikan kontribusi rutin dari penghasilan. Contoh penerapan dari sistem ini adalah kartu sehat/kartu gakin yang dikembangkan pemerintah daerah dan ditujukan pada kelompok tertentu (masyarakat miskin).
- *Private Insurance*
Perbedaan utama *private insurance* dan *social insurance* adalah tidak adanya risk pooling dan bersifat *voluntary*. Disamping itu private insurance juga memperhitungkan resiko kesakitan individu dengan besaran premium dan cakupan pelayanan asuransi yang diberikan. Artinya individu yang lebih berisiko sakit misalnya kelompok rentan (bayi, ibu hamil, lansia), orang dengan perilaku tertentu misalnya perokok, dan orang dengan pekerjaan yang berisiko akan dikenakan premi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang dengan risiko rendah. Model ini tentunya mempunyai mekanisme lebih rumit mengingat harus memperhitungkan tingkat risiko tertanggung.
Model *private insurance* mungkin bersifat profit yaitu mencari keuntungan untuk pengelolaan dan pemilik, atau menggunakan keuntungan untuk mengurangi besaran premi tertanggung. Bentuk private insurance dapat berupa lembaga asuransi swasta atau NGO bagi umum maupun asuransi kelompok khusus seperti asuransi pekerja
- *Funding/Donation*
Seluruh sistem pembiayaan yang telah diuraikan diatas menganut keterkaitan antara pengguna jasa pelayanan kesehatan atau tertanggung dan penggunaan jasa pelayanan kesehatan. Model *funding* tidak ditujukan langsung pada kelompok individu tetapi lebih pada program kesehatan misalnya bantuan alat kesehatan, pelatihan atau perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan. Permasalahan yang sering muncul adalah

ketidaksesuaian program *funding* dengan kebutuhan atau kesalahan pengelolaan oleh negara. Sumber dana dari *funding* tentu saja tidak dapat diandalkan keberlangsungannya. Berdasarkan pengelolaan manajemennya, sistem pembiayaan menggambarkan hubungan antara pasien sebagai konsumen dan atau sumber biaya, *provider*/penyelenggara atau pemberi pelayanan kesehatan (dokter, perawat atau institusi seperti rumah sakit), pemerintah sebagai pengatur, pengelola pelayanan kesehatan dan sumber biaya.

Asuransi kesehatan yang paling mutakhir adalah *managed care* yaitu sistem pembiayaan dikelola secara terintegrasi dengan sistem pelayanan. Asuransi kesehatan dengan model *managed care* ini mulai dikembangkan di Amerika. Hal ini timbul oleh karena sistem pembiayaan kesehatan yang lama, inflasi biaya kesehatan terus meningkat jauh diatas inflasi rata-rata, sehingga digali model lain untuk mengatasi peningkatan biaya kesehatan. *Managed care* pada dasarnya sudah mulai diterapkan pada tahun 1983 yaitu oleh kaisar Permanente Medical Care Program, tetapi secara meluas mulai diterapkan pada tahun 1973, yaitu dengan diberlakukannya HMO Act, pada periode pemerintahan Noxon. Pada hakekatnya, *managed care* adalah suatu konsep yang masih terus berkembang, sehingga belum ada suatu definisi yang satu dan universal tentang *managed care*. Secara umum dapat didefinisikan bahwa *managed care* adalah suatu sistem dimana pelayanan kesehatan terlaksana secara terintegrasi dengan sistem pembiayaan kesehatan, yang mempunyai 5 (*lima*) elemen sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh provider tertentu (*select provider*).
2. Adanya kriteria khusus untuk penetapan provider.
3. Mempunyai program pengawasan mutu dan manajemen utilisasi.
4. Penekanan pada upaya promotif dan preventif.
5. Ada *financial incentive* bagi peserta yang melaksanakan pelayanan sesuai prosedur.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan alokasi anggaran untuk kesehatan yang ideal adalah sekurang- kurangnya 6% dari anggaran belanja negara (APBN). Sementara itu di negara-negara maju, alokasi anggaran untuk kesehatan mencapai 6%-15%. Di Indonesia anggaran untuk Departemen Kesehatan kurang 5% dari APBN. Melihat karakteristik tersebut diatas, maka biaya yang timbul akibat gangguan kesehatan (penyakit) merupakan obyek yang layak diasuransikan untuk meringankan beban yang ditanggung oleh penderita serta meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang merupakan kebutuhan hidup masyarakat. WHO didalam *The World Health Report 2000-Health System:Improving Pervormance* juga merekomendasikan untuk mengembangkan sistem pembayaran secara "prepayment", baik dalam bentuk asuransi, tax, maupun *social security*. Sistem kesehatan haruslah dirancang sedemikian rupa, sehingga bersifat terintegrasi antara sistem pelayanan dan sistem pembiayaan, mutu terjamin (*quality assurance*) dengan biaya terkendali (*cost containment*).

Indonesia dengan kondisi yang sangat turbulensi dalam berbagai hal pada saat ini, serta dengan keterbatasan *resources* yang ada, maka sistem *managed care* merupakan pilihan yang tepat dalam mengatasi masalah pembiayaan kesehatan. *Managed care* dianggap tepat untuk kondisi di Indonesia, kemungkinan karena sistem pembiayaan managed care dikelola secara terintegrasi dengan sistem pembiayaan, dengan managed care berarti badan pengelola dana (perusahaan asuransi) tidak hanya berperan sebagai juru bayar, sebagaimana berlaku pada asuransi tradisional, tapi ikut berperan dalam dua hal penting, yaitu pengawasan mutu pelayanan (*quality control*) dan pengendalian biaya (*cost con- tainment*). Salah satu elemen *managed care* adalah bahwa pelayanan diberikan oleh provider tertentu, yaitu yang memenuhi kriteria yang ditetapkan meliputi aspek administrasi, fasilitas sarana, prasarana, prosedur dan proses kerja atau dengan istilah lain meliputi proses bisnis, proses produksi, sarana, produk dan pelayanan. Dengan cara ini, maka pengelola dana (asuransi) ikut mengendalikan mutu pelayanan yang diberikan kepada pesertanya.

II. PEMBIAYAAN PRAKTIK DOKTER GIGI

Sistem pembiayaan bidang kedokteran gigi saat ini berdasarkan pada permintaan pasien untuk mendapatkan perawatan. Dokter gigi yang melaksanakan praktek mandiri ataupun bekerja dalam sebuah klinik akan memberikan pelayanan kedokteran gigi yang canggih untuk melakukan perawatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan yang diberikan akan lebih cenderung untuk memuaskan permintaan pasien yang dianggap sebagai konsumen. Hal tersebut dilakukan dengan atau tanpa skema pembiayaan kesehatan dengan pihak ketiga (asuransi).

WHO Global conference ke 7, disebutkan bahwa terdapat 3 elemen kunci untuk segera dapat dilaksanakan, yaitu: (1) Kesehatan gigi dan mulut adalah hak asasi setiap manusia dan merupakan bagian integral dari kesehatan umum dan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup manusia, (2) Promosi kesehatan gigi dan mulut serta program pencegahan penyakit gigi dan mulut harus disediakan melalui Pelayanan Kesehatan Primer dan tergabung dalam promosi kesehatan umum. Pendekatan yang terintegrasi adalah merupakan cara yang paling efektif, efisien dan realistis untuk menutup kesenjangan perawatan kesehatan gigi dan mulut di seluruh dunia, (3) Pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan gigi dan mulut serta pencegahan penyakit gigi dan mulut yang terintegrasi membutuhkan kebijakan dan sumber daya manusia serta finansial yang memadai untuk meminimalkan kesenjangan antara si kaya dan si miskin.

Peraturan Menteri Kesehatan No 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan di Indonesia secara jelas telah menempatkan dokter gigi pada posisi sebagai pemberi pelayanan primer/ strata pertama. Peraturan dari kementerian kesehatan ini, sebenarnya telah memberikan arahan bahwa bidang kedokteran gigi sudah diposisikan dalam pelayanan primer/strata pertama dalam sistem kesehatan nasional. Pembiayaan yang diterapkan pada dokter gigi pelayanan primer dalam sistem JKN menggunakan sistem kapitasi. Sistem ini mempunyai harapan agar dokter gigi layanan primer berusaha semaksimal mungkin untuk menekan penggunaan biaya saat melakukan prosedur kuratif. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat lebih menyentuh dan mengutamakan aspek promotif dan preventif agar sumber daya dan dana dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya.

Kedudukan badan pengelola jaminan sosial bidang kesehatan (BPJS Kesehatan) dapat mengontrol kualitas pekerjaan dokter gigi layanan primer berdasarkan mekanisme penjaminan mutu yang dapat dilakukan melalui proses *kredensialing* dan kontrol keluhan masyarakat terhadap mutu pelayanan dokter gigi layanan primer tersebut. Beberapa kajian mengenai penempatan pelayanan dokter gigi pada pelayanan primer dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Kajian Epidemiologi

Kedudukan pelayanan kedokteran gigi pada pelayanan sekunder/ strata kedua, maka ujung tombak pelayanan primernya akan dilaksanakan oleh profesi dokter yang berperan sebagai *gate keeper*. Apabila pelayanan kedokteran gigi hanya menjadi rujukan dari dokter, maka ranah kesehatan gigi hanya akan bersifat kuratif. Pola pencegahan penyakit gigi dan mulut yang dilakukan pada pelayanan sekunder ini adalah mencegah supaya tidak bertambah parahnya suatu penyakit. Berbeda apabila berada pada pelayanan primer yang berfungsi untuk mencegah timbulnya suatu penyakit. Dengan kondisi seperti ini maka dapat disimpulkan pola paradigma sehat tidak akan muncul, dimana penyakit gigi dan mulut yang merupakan *non communicable disease* (penyakit yang tidak menular) akibat dari kebiasaan dan kesadaran kesehatan gigi yang belum memadai. Seyogyanya upaya promotif dan preventif pelayanan gigi dan mulut harus dilakukan tidak saja pada UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tetapi juga pada ranah UKP (Upaya Kesehatan Perorangan). Tanpa upaya preventif yang dilakukan pada kelima tingkat pencegahan pada individu, maka sistem jaminan kesehatan bidang Kedokteran Gigi tidak dapat meningkatkan status kesehatan gigi mulut rakyat Indonesia. Banyak kasus penyakit gigi yang tidak dapat diredakan hanya dengan pengobatan biasa seperti yang dilakukan oleh dokter umum (ex. pulpitis akut, GP dll).

2. Kajian Ekonomi

Masyarakat saat ini masih rendah kesadarannya, dan cenderung mengingat Dokter Gigi hanya apabila ada keluhan (ingat atau datang ke Dokter Gigi kalau ada sakit), sehingga rata-rata masyarakat datang ke Dokter Gigi bila keadaannya sudah

memerlukan perawatan yang kompleks atau tidak sederhana. Biaya yang muncul menjadi lebih tinggi. Dengan kondisi masyarakat yang seperti ini diperlukan pencegahan dan promosi yang bersifat intervensi yang hanya dapat dilakukan apabila Dokter Gigi ada di layanan primer. Dengan didudukkan di layanan primer maka diharapkan biaya yang muncul juga akan ditekan, konsep kendali mutu dan kendali biaya dapat terlaksana.

Pelayanan Dokter Gigi masuk dalam pelayanan sekunder atau strata kedua maka perhitungan untuk perawatan gigi tentunya dihitung pada tiap perawatan yang dilakukan (menggunakan INA CBG's) yang tentunya akan menjadi lebih tinggi biayanya (karena permasalahan lebih kompleks). Dari segi *cost effectiveness*, pemerintah akan menjadi lebih boros, karena sebetulnya sebagian besar kasus gigi bisa diselesaikan pada pelayanan primer/strata satu yang menggunakan sistem kapitasi. Perhitungan biaya untuk perawatan lanjutan layanan sekunder/ strata kedua dan ketiga biasanya 3 (tiga) kali lipat pembiayaan dari pelayanan primer.

3. Kajian dalam ranah pendidikan

Sesuai dengan hakekat pendidikannya maka tenaga Dokter Gigi diciptakan sebagai *First Professional Degree* yang peran dan fungsinya adalah di pelayanan tingkat primer (*primary health services*). Ini terkait dengan struktur layanan yang berjenjang atau tatanan rujukan. Untuk itu ada the *Second Professional Degree* yaitu Dokter Gigi Spesialis untuk *secondary dental service*, dan the *Third Professional Degree* yaitu Dokter Gigi Spesialis Konsultan untuk layanan tertier. Ini terkait dengan sistem pelayanan kedokteran gigi yang berlaku global, yang terkait pada rentang permasalahan kedokteran gigi, mulai dari sangat sederhana sampai dengan sangat rumit yang memerlukan tindakan rumit dan sangat spesifik.

Upaya sistem SJSN meletakkan pelayanan kesehatan gigi di pelayanan sekunder maka akan merusak hakekat *positioning* dari Dokter Gigi baik secara filosofis terkait pendidikannya, tidak mengikuti kaidah perjalanan penyakit gigi mulut yang progresif akumulatif serta prinsip intervensi, merusak *positioning*

secara sosial-ekonomi, melanggar struktur dan tatanan pelayanan kesehatan gigi yang berjenjang, dan menempatkan Dokter Gigi Indonesia tidak setara dalam positioningnya terhadap tatanan sistem pelayanan kesehatan global.

Sistem pembiayaan bidang kedokteran gigi saat ini berdasarkan pada permintaan pasien untuk mendapatkan perawatan. Dokter Gigi yang melaksanakan praktek mandiri ataupun bekerja dalam sebuah klinik akan memberikan pelayanan kedokteran gigi yang canggih untuk melakukan perawatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan yang diberikan akan lebih cenderung untuk memuaskan permintaan pasien yang dianggap sebagai konsumen, hal tersebut dilakukan dengan atau tanpa skema pembiayaan kesehatan dengan pihak ketiga (asuransi).

PEMBAYARAN JASA DOKTER GIGI DENGAN KAPITASI

1. Definisi Kapitasi

Kapitasi merupakan salah satu mekanisme perubahan cara pembayaran dari bentuk *fee for service* ke bentuk *prospective payment system*. Definisi Kapitasi itu sendiri ialah metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan kesehatan (dokter atau rumah sakit) menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu (biasanya bulan), untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu tertentu. Kapitasi didasarkan atas jumlah tertanggung (orang yang dijamin atau anggota) baik anggota itu dalam keadaan sakit atau dalam keadaan sehat yang besarnya ditetapkan dan umumnya dibayarkan di muka tanpa memperhitungkan jumlah konsultasi atau pemakaian pelayanan di pusat pelayanan kesehatan tersebut. Kapitasi dapat juga didefinisikan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan kesehatan di mana penyedia layanan dibayar dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang sebenarnya diberikan.

Sistem pembayaran kapitasi merupakan pembayaran dimuka berdasarkan jumlah peserta terdaftar tanpa memperhatikan jenis pelayanan yang diberikan, biasanya dilakukan pihak asuransi kepada pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, sedangkan sistem pembayaran *Fee for Services* (FFS) merupakan cara pembayaran berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan primer dan lanjutan. Kedua sistem tersebut memiliki reaksi masing-masing yang berdampak pada pelayanan kepada pasien. Reaksi positif pembayaran dengan sistem FFS, antara lain dokter lebih puas karena pembagian jasa berdasarkan sumber daya yang digunakan, sedangkan reaksi negatifnya yaitu tidak terkendalinya biaya pelayanan kesehatan karena dokter cenderung melakukan *over utilisasi*, kunjungan pasien meningkat, prosedur pelayanan yang tidak sesuai, meningkatkan rujukan inter dan antar spesialis.

Beberapa reaksi PPK terkait dengan sistem pembiayaan kapitasi, yaitu: 1) Reaksi Positif, memberikan pelayanan berkualitas tinggi dengan diagnosis yang tepat dan pengobatan/tindakan yang paling efektif, pelayanan promotif dan preventif untuk mencegah insidens kesakitan sehingga utilisasi ke PPK rendah dan biaya pelayanan kesehatan menjadi lebih kecil, pelayanan yang efisiensi; 2) Reaksi Negatif, PPK akan dengan mudah merujuk pasiennya ke spesialis, mempercepat waktu pelayanan sehingga tersedia waktu lebih banyak untuk melayani pasien non asuransi yang dinilai membayar lebih banyak, tidak memberikan pelayanan dengan baik (*under utilisasi*), agar kunjungan pasien kapitasi tidak cukup banyak.

Sistem pembayaran Dokter Gigi Keluarga salah satu model kapitasi yang relatif baru bagi Dokter Gigi yang selama ini terbiasa dengan model pembayaran *fee for service*. Pergeseran ke arah sistem pembayaran kapitasi didasarkan pada berbagai evaluasi yang menunjukkan bahwa metode pembayaran berbasis *fee for service* kepada *provider* pelayanan kesehatan terbukti dapat menyebabkan inefisiensi dan peningkatan biaya pelayanan kesehatan. Dalam model pembayaran *fee for Service* (FFS), dokter tidak ikut menanggung risiko keuangan, akibatnya sering terjadi *over utilisasi* dan *supply induced demand* dalam pemberian pelayanan kesehatan. Sebaliknya dengan model pembayaran kapitasi diharapkan dapat meningkatkan

efisiensi biaya pelayanan kesehatan dengan mengikutsertakan Dokter Primer/ Dokter Keluarga pada posisi ikut menanggung sebagian atau seluruh risiko keuangan, terkait dengan penggunaan sumber daya dalam pelayanan kesehatan.

2. Faktor-faktor yang diperhitungkan dalam penetapan besaran Kapitasi

- Paket Manfaat (*Benefit*) dalam Pelayanan Kedokteran Gigi Primer.
Berdasarkan hasil kesepakatan yang telah dilakukan dalam beberapa pertemuan yang dihadiri oleh Kemenkes, PDGI dan Kolegium Dokter Gigi Indonesia, manfaat pelayanan kesehatan gigi primer adalah sebagai berikut:
 - i. Konsultasi
 - ii. Pencabutan gigi sulung
 - iii. Pencabutan gigi permanen
 - iv. Tumpatan dengan Resin Komposit (tumpatan sinar)
 - v. Tumpatan dengan Semen Ionomer Kaca
 - vi. *Pulp capping* (proteksi pulpa)
 - vii. Kegawatdaruratan Oro-dental
 - viii. *Scaling* (pembersihan karang gigi) dibatasi satu kali per tahun
 - ix. Premedikasi/Pemberian obat
 - x. Protesa gigi (gigi tiruan lengkap maupun sebagian dengan ketentuan yang diatur tersendiri).
- Utilisasi per Jenis Tindakan
Disebutkan bahwa utilisasi pelayanan kesehatan adalah interaksi antara *consumen* dan *provider*. Konsumen adalah masyarakat atau keluarga atau juga individu-individu sebagai sasaran dari pelayanan kesehatan. Sementara *provider* adalah para tenaga kesehatan yang langsung bekerja melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan akan kesehatan. Interaksi ini bukan hanya faktor konsumen dan *provider* yang harus diketahui tetapi juga faktor sosial budaya dan pengorganisasian dari interaksi tersebut. Hasil akhir dari interaksi ini adalah adanya pemahaman

bersama (konsumen dan *provider*) akan kebutuhan kesehatan, hal ini penting karena fakta dilapangan pada umumnya interaksi yang terjadi hanya merupakan suatu keinginan belum dianggap sebagai suatu kebutuhan. Tingkat utilisasi (*Utilization Rate*) merupakan probabilitas terjadinya suatu jenis pelayanan kesehatan, Jumlah utilisasi di banding populasi (rerata perbulan). Rasio utilisasi perbulan adalah jumlah kunjungan pasien dalam satu bulan dibagi dengan jumlah peserta dikalikan dengan 100%.

- *Penghitungan Unit Cost per Jenis Tindakan*
Biaya satuan (*unit cost*) merupakan perkiraan nilai nominal dari jenis pelayanan kesehatan tersebut, yaitu jumlah biaya yang dibutuhkan setiap perawatan dengan besaran yang didasarkan pada perhitungan *unit cost* atau tarif yang berlaku umum. Biaya adalah kas atau nilai setara kas yang dikorbankan untuk mendapatkan barang atau jasa yang diharapkan memberi manfaat saat ini atau di masa depan bagi organisasi Menurut Hansen dan Mowen (2009), biaya per unit (*unit cost*) adalah jumlah biaya yang berkaitan dengan unit yang diproduksi dibagi dengan jumlah unit yang diproduksi.

$$\text{Unit Cost} = \frac{\text{Jumlah pendapatan untuk setiap jenis pelayanan}}{\text{Jumlah kunjungan untuk pelayanan tersebut}}$$

Unit cost yang tinggi menunjukkan bahwa pelayanan tidak efisien atau populasi memiliki risiko biaya tinggi (banyak penyakit degeneratif). Unit cost ini penting untuk menghitung tarif atau kapitasi, serta kontrol biaya dan ketaatan tim terhadap SOP yang telah sepakati.

Utilisasi adalah tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan yang dimiliki sebuah klinik/praktik. Utilisasi dinyatakan dalam persen (prosentase) dengan rumus:

$$\text{Utilisasi} = \frac{\text{Jumlah kunjungan}}{\text{Total Populasi}} \times 100\%$$

3. Cara Penghitungan Kapitasi bagi Dokter Gigi

Dua hal pokok yang harus diperhatikan dalam menentukan besaran kapitasi adalah akurasi prediksi angka utilisasi dan penetapan biaya. Besaran angka kapitasi ini sangat dipengaruhi oleh angka utilisasi pelayanan kesehatan dan jenis paket (benefit) asuransi kesehatan yang ditawarkan serta biaya satuan pelayanan. Proses penetapan biaya satuan tidak terlepas dari aspek-aspek finansial lokal, dalam arti biaya yang berlaku untuk daerah itu dan tingkat harga yang kompetitif di daerah tersebut. Dengan dasar biaya lokal yang berbeda antar satu daerah dengan daerah lain, maka penentuan besaran kapitasi tidak mungkin dibuat “sama” antar daerah.

TARIF KAPITASI UNTUK PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN TINGKAT PERTAMA
Tarif Kapitasi Di RS Pratama, Klinik Pratama, Dokter Praktek, Dokter Gigi Praktek

NO	JENIS FASILITAS KESEHATAN PRIMER MILIK SWASTA	TARIF (Rp)
1	RS. Pratama, Klinik Pratama, Praktek Dokter, atau Fasilitas Kesehatan yang setara	8.000 - 10.000
2	Praktik Dokter Gigi di luar Fasilitas Kesehatan A1 atau B1	2.000

Cara Perhitungan Unit Cost Pelayanan Kesehatan Gigi dan Sistem Pembayaran kepada Provider seperti Kapitasi dan INA CBGs)

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut Miller (2007) tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan reward terhadap provider yang melakukan over treatment, under treatment maupun melakukan adverse event dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai.

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee for Services (FFS)*. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, perdiem, kapitasi dan *case-based payment*. Tidak ada satupun sistem pembiayaan yang sempurna, setiap sistem pembiayaan memiliki kelebihan dan kekurangan. Berikut tabel perbandingan kelebihan sistem pembayaran prospektif dan retrospektif.

Tabel 1. Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif

	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan	Kurangnya kualitas Koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus)
	Proses Klaim Lebih Cepat	
Pasien	Kualitas Pelayanan baik	Pengurangan Kuantitas Pelayanan
	Dapat memilih Provider dengan pelayanan terbaik	Provider merujuk ke luar / RS lain
Pembayar	Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya
	Biaya administrasi lebih rendah	Memerlukan monitoring Pasca Klaim
	Mendorong peningkatan sistem informasi	

Tabel 2. Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif

	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Risiko keuangan sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan <i>Preventif Care</i>
	pendapatan Rumah Sakit tidak terbatas	" <i>Supplier induced-demand</i> "
Pasien	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak " <i>Overcrowded clinics</i> "
	Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru	Kualitas pelayanan kurang
Pembayar	Mudah mencapai kesepakatan dengan <i>provider</i>	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim
		meningkatkan risiko keuangan

Pilihan sistem pembiayaan tergantung pada kebutuhan dan tujuan dari implementasi pembayaran kesehatan tersebut. Sistem pembiayaan prospektif menjadi pilihan karena:

- Dapat mengendalikan biaya kesehatan
- Mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar
- Membatas pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan berlebihan atau under use
- Mempermudah administrasi klaim
- Mendorong *provider* untuk melakukan *cost containment*

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan Casemix (*case-based payment*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (*Jamkesmas*). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBGs Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Tarif Indonesian – Case Based Groups yang selanjutnya disebut tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit.

Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBG sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013

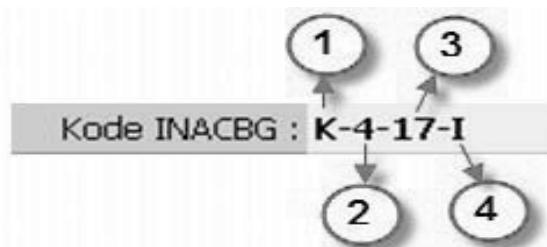
SISTEM INA-CBGs

Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan

perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem casemix di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem coding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (*UNU Grouper*). UNU- Grouper adalah Grouper casemix yang dikembangkan oleh United Nations University (UNU).

STRUKTUR KODE INA-CBGs

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut:



Gambar Struktur Kode INA-CBG

Keterangan:

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

INA-CBG terdapat 1077 kelompok tarif yang terdiri dari 789 tarif pelayanan rawat inap dan 288 tarif pelayanan rawat jalan dengan dasar pengelompokan menggunakan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan

Daftar Acuan:

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia No 111 Tahun 2013 tentang *Jaminan Kesehatan*
2. Undang-undang No 40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Nasional*
3. Undang-undang No 24 Tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 69 Tahun 2013 tentang *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.*
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 001 Tahun 2012 tentang *Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia*
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 27 Tahun 2014 tentang *Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)*
7. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No 1 Tahun 2014 tentang *Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*
8. Iwan Dewanto, Naniek Isnaini Lestari. *Panduan Kedokteran Gigi Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*. 2014. PBPDI
9. Febri Endra Budi Setiawan. *Sistem Pembiayaan Kesehatan*. 2017. Malang. <https://www.researchgate.net/publication/326348054>
10. Nurnaningsih Herya. *Modul Konsep Pembiayaan Kesehatan*. 2017. UNM

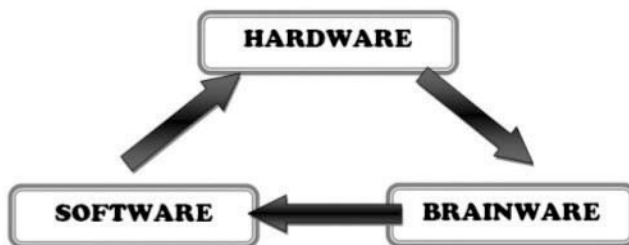
PEMANFAATAN TEKNOLOGI INFORMASI DALAM PROGRAM KESEHATAN GIGI DAN MULUT MASYARAKAT

Pindobilowo

PERANGKATAN TEKNOLOGI INFORMASI SISTEM INFORMASI KESEHATAN

I. PERANGKAT TEKNOLOGI INFORMASI UNTUK PROGRAM KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Perangkat teknologi informasi yang digunakan adalah komputer terdiri dari perangkat keras (*hardware*), perangkat lunak (*software*) dan manusia sebagai pengguna (*brainware*).



Gambar 1.1 Komponen Komputer

I.1 Perangkat Keras

Perangkat keras dalam dunia kesehatan kesehatan yang saat ini paling sering digunakan adalah komputer. Komputer ditemukan pada era tahun 1960 dan 1970-an. Perangkat keras pada komputer terdiri dari:

- a. Perangkat input, adalah segala sesuatu alat yang menjadi pengirim sinyal di dalam komputer, diantaranya: *keyboard, pointing stick (alat petunjuk), mouse, trackball, touch screen, barcode reader, scanner, microphone, headphone, graphics pads.*
- b. Perangkat proses, diantaranya: *prosesor, memory, hardisk.*
- c. Perangkat output, diantaranya: *monitor, proyektor, printer.*

Manfaat komputer tidak hanya dirasakan oleh user atau penggunanya tetapi oleh instansi, seperti: klinik, puskesmas, dan rumah sakit. Peran komputer seharusnya dapat dirasakan oleh pasien karena pelayanan utama untuk setiap institusi kesehatan adalah kepada pasien, jadi yang utama adalah yang dirasakan secara langsung oleh pasien, diantaranya:

a. Patient Safety

Perangkat komputer yang digunakan oleh rumah sakit atau klinik untuk memasukkan data pasien ke dalam komputer, secara tidak langsung dapat menolong jiwa pasien. Teknologi komputer jika penggunaannya sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan maka akan sangat membantu, dan jika tidak sesuai maka yang menjadi korban adalah pasiennya sendiri.

b. Administrasi Kesehatan

Peran perangkat komputer sangat penting juga untuk administrasi kesehatan dalam hal ini berperan dalam pendataan pendaftaran. Adanya komputer di area pendaftaran sangat penting untuk kegiatan menghimpun data, agar dapat dikeluarkan menjadi sebuah laporan kunjungan pasien, mengetahui data demografi pasien yang sudah diolah misalnya menurut alamat pasien, jenis kelamin, umur pasien dan lain-lain, tentunya sesuai kebutuhan pelaporan.

c. Apotik / Farmasi

Manajemen obat harus ada di dalam setiap instansi kesehatan, misalnya pengadaan obat, mengatur masuk dan keluar, mengatur keberadaan obat jika item obat yang kurang maka harus pengadaan lagi, hubungan obat dengan diagnosis berapa obat yang harus dikeluarkan pada diagnosis A. Agar memperoleh data yang tepat sulit rasanya digunakan secara manual dan harus mempergunakan teknologi komputer yang tertuang dalam sistem informasi dapat diaplikasikan.

d. Penyimpana Data Pasien

Teknologi komputer dapat digunakan untuk menyimpan dokumen pasien dengan ditambahkan sistem informasi di dalamnya maka pemanggilan data seseorang pasien dapat dilakukan dengan mudah. Adanya teknologi komputer di rumah sakit atau klinik misalnya data rekam medis pasien itu sendiri diharapkan dapat dimiliki oleh pasien. Karena pada prinsipnya data riwayat pasien itu milik pasien itu sendiri. Salah satu teknologi yang sedang berkembang adalah adanya *smart card*. Alat tersebut dapat menyimpan semua rekaman riwayat pasien. Kartu tersebut ditanam sebuah *chip* untuk menyimpan data dan menginterpretasikannya jika pasien tersebut datang lagi ke rumah sakit.

e. Penelitian

Fungsi lain teknologi komputer dalam teknologi informasi kesehatan adalah untuk penelitian. Data rekam medis yang ada di rumah sakit. Sering kali dalam penelitian dibutuhkan variabel yang banyak, dengan adanya teknologi komputer kita dapat *query* atau sejenis filter yang akan mencari variabel-variabel yang dibutuhkan sehingga sesuai dengan apa yang diinginkan.

f. Alat Pengambil Keputusan

Teknologi komputer di dunia kesehatan sangat penting dalam pengambilan keputusan. apalagi untuk kebutuhan dokter yang harus memutuskan diagnosis, tindakan dan terapi yang harus diberikan. Proses dari pengambilan keputusan tentu saja harus ada alat yang membantu untuk melihat dan menganalisa organ tubuh, misalnya *Cone beam computed tomography* CBCT untuk melihat gambaran

elemen tulang pada kerangka maksilofasial berupa gambaran 3 dimensi, *Ultra Sono Grafi* (USG) untuk melihat organ dalam tubuh yang ditampilkan dalm layar monitor berupa gambar dua atau tiga demensi, Helical CT-SCAN dan *Magnetic Rensonan Imaging* (MRI) untuk pemeriksaan organ tubuh secara komputerisasi dengan potongan transversal coronal dan sagittal dan lain sebagainya.

g. *Electronic Health Record (HER) & Electronic Management Record (EMR)*

HER atau dalam bahasa Indonesia disebut dengan RKE merupakan catatan klinis perorangan di dalam suatu institusi yang memiliki standart data baik nasional maupun internasional. EMR merupakan catatan klinis perorangan di dalam institusi yang di olah dan digunakan di dalam institusi tersebut. Dengan adanya HER dan EMR menjadikan data-data pasien yang masuk ke rumah sakit atau institusi kesehatan lainnya dapat di akses oleh bagian mana saja sesuai dengan kebutuhan dan peraturan yang ada.

I.2 Perangkat Lunak

Perangkat lunak terdiri dari perangkat lunak sistem operasi dan perangkat lunak aplikasi, yaitu perangkat lunak aplikasi tidak dapat berjalan tanda adanya perangkat lunak sistem operasi.

- Sistem operasi
Sistem operasi adalah perangkat lunak (*software*) yang merupakan penghubung antara pengguna komputer (*brainware*) dengan perangkat keras (*hardware*), ada tiga sistem operasi yang cukup dikenal yaitu: Windows, Linux dan Macintosh. Diantara ketiganya yang paling sering digunakan di Indonesia adalah *windows*.
- Perangkat lunak aplikasi
Perangkat lunak aplikasi digunakan agar komputer dapat dimanfaatkan dan digunakan sebagai keperluan. Perangkat lunak aplikasi merupakan program yang dijalankan untuk melakukan fungsi tertentu tergantung kebutuhan penggunanya yang telah ditentukan pada awal pembuatan program tersebut dan biasanya diperlukan untuk kepentingan pengolahan data, beberapa

yang kita kenal diantaranya: *Microsoft Word, Microsoft Excel dan Microsoft Powerpoint*. Dalam ranah kesehatan kita kenal sebagai sistem informasi manajemen kesehatan yang merupakan perangkat lunak untuk membantu proses pengumpulan, pengolahan, dan pencarian kembali data kesehatan.

II. SISTEM INFORMASI KESEHATAN

II.1 Data

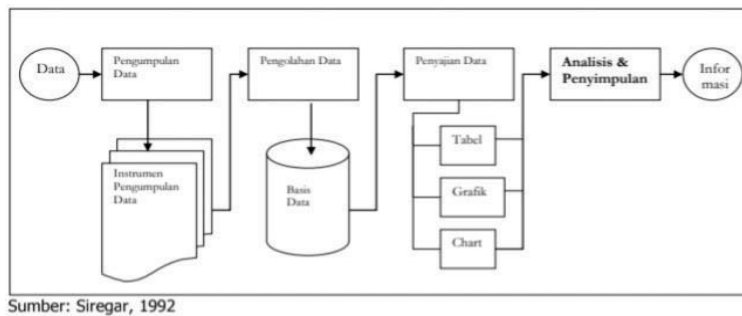
Data merupakan bentuk jamak dari kata datum (Latin) yang berarti sebagian kecil dari informasi atau sebuah fakta yang diketahui atau diperkirakan yang digunakan sebagai dasar dari teori, kesimpulan atau inferens. Data itu sendiri mempunyai arti informasi yang faktual merupakan fakta-fakta atau gambaran-gambaran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

- Data diskrit: data dalam bentuk bilangan bulat atau data yang didapat dari hasil perhitungan. Misalnya: jumlah anak dalam keluarga, jumlah penderita TBC Paru dll.
- Data kontinyu: data dalam bentuk rangkaian data yang dapat dalam bentuk desimal dan didapatkan dari pengukuran. Misalnya: Tinggi Badan, berat badan, panjang badan dll.
- Data kuantitatif: data dalam bentuk bilangan (numerik) misalnya jumlah balita yang diimunisasi dll.
- Data kualitatif: data yang dalam bentuk kualitatif (kategorial). Misalnya: pernyataan terhadap KB setuju, kurang setuju, tidak setuju.

Ditinjau dari sumbernya data dibagi atas data primer dan sekunder, data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri, sedangkan data sekunder merupakan data yang diambil dari suatu sumber dan biasanya data itu sudah dikompilasi lebih dahulu oleh instansi atau yang punya data.

2.2 Informasi

Informasi adalah data yang diolah menjadi bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi yang menerimanya. Sauerborn meringkasnya menjadi kumpulan fakta atau data yang sangat berguna. Menurut Siregar (1992), alih bentuk data menjadi informasi melalui empat langkah pokok yaitu pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data dan analisis data. Proses pengumpulan data diawali dengan ketersediaan data pada sumber data baik dalam bentuk hasil pencatatan, pelaporan, ataupun hasil survei.



Gambar 2.1 Transformasi Data menjadi Informasi

Pengolahan data dapat dilakukan secara manual maupun dengan bantuan perangkat komputer. Proses pengolahan data atau transformasi adalah kegiatan-kegiatan mengubah data menjadi informasi dengan cara tertentu sesuai dengan keperluan terhadap informasi yang dihasilkan. Umumnya terdapat empat kelompok cara pengolahan data yaitu klasifikasi, sortir, kalkulasi dan kesimpulan.

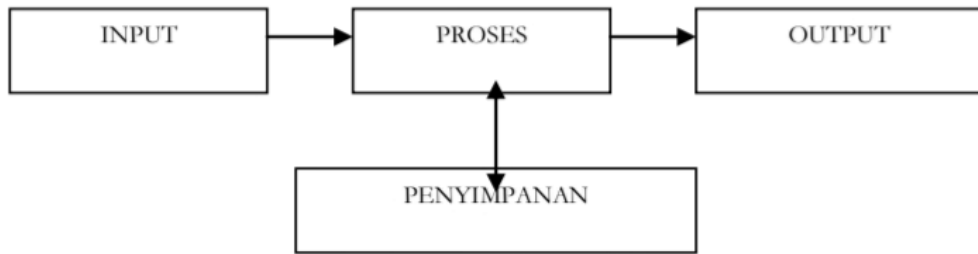
1. Klasifikasi adalah mengelompokkan data berdasarkan kesamaan karakteristik ke dalam grup atau kelas. Sebagai contoh data PHBS dikelompokkan dahulu

berdasarkan karakteristik datanya antara lain nama Desa, nama Kecamatan dan Kabupaten. Selanjutnya mengelompokan data kepala keluarga kemudian kelompok kondisi PHBS perilaku, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan.

2. Kalkulasi adalah kegiatan pengolahan data dalam bentuk penghitungan angka-angka (*arithmetic*). Manipulasi angka-angka dari data disebut kalkulasi berupa penjumlahan, pengurangan, perkalian, pembagian, pemangkatan, pengakaran dan sebagainya.
3. Sortir merupakan prosedur penyusunan data dengan urutan. Penyortiran dapat dilakukan dengan dua urutan yaitu urutan angka dan urutan abjad. Hal ini dimaksudkan terutama untuk memudahkan pencarian data catatan pada waktu data catatan ditampilkan pada layar monitor ataupun setelah dicetak menjadi informasi *hardcopy*.
4. Kesimpulan dimaksudkan agar data menjadi bernilai melalui proses pemadatan atau peringkasan dari deretan data yang telah diinput dan diolah. Sederetan angka-angka dapat diolah menjadi kesimpulan baik dalam bentuk jumlah, presentase, pengurangan dan manipulasi lainnya sehingga memberi nilai dari data tersebut menjadi informasi.

2.3 Sistem Informasi

Menurut Siregar (1995) sistem informasi adalah suatu sistem yang dapat menghasilkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan secara tepat guna dan tepat waktu untuk semua macam proses pengambilan keputusan pada berbagai jenjang dalam suatu organisasi. Sistem informasi memiliki tiga elemen utama, yaitu data yang menyediakan informasi, prosedur yang memberitahu pengguna bagaimana mengoperasikan sistem informasi, dan orang-orang yang membuat produk, menyelesaikan masalah, membuat keputusan, dan menggunakan sistem informasi tersebut. Orang-orang dalam sistem informasi membuat prosedur untuk mengolah dan memanipulasi data sehingga menghasilkan informasi dan menyebarkan informasi tersebut ke lingkungan. Model dasar sistem adalah masukan, pengolahan, dan keluaran.



Gambar 2.2 Model Dasar Sistem Informasi

Fungsi pengolahan informasi sering membutuhkan data yang telah dikumpulkan dan diolah dalam waktu periode sebelumnya. Oleh karena itu pada model sistem informasi ditambahkan pula media penyimpan data (*data base*) maka fungsi pengolahan informasi bukan lagi mengubah data menjadi informasi tetapi juga menyimpan data untuk penggunaan lanjutan. Model dasar ini berguna dalam memahami bukan saja keseluruhan sistem pengolahan informasi, tetapi juga untuk penerapan pengolahan informasi tersendiri. Setiap penerapan dapat dianalisis menjadi masukan, penyimpanan, pengolahan dan keluaran. Keberhasilan suatu sistem informasi sangat bergantung pada sistem basis data. Semakin lengkap, akurat dan mudah dalam menampilkan kembali data yang ada dalam sistem basis data maka akan semakin tinggi kualitas sistem informasi tersebut. Basis data (*database*) merupakan kumpulan dari data yang saling berhubungan satu dengan lainnya, tersimpan di perangkat keras komputer dan digunakan perangkat lunak untuk memanipulasinya. Data perlu disimpan di dalam basis data untuk keperluan penyediaan informasi lebih lanjut (Jogiyanto, 1999). Sistem informasi dikembangkan untuk berbagai tujuan, sehingga terdapat beberapa jenis sistem informasi, diantaranya: Sistem informasi dikembangkan untuk berbagai tujuan, sehingga terdapat beberapa jenis sistem informasi, diantaranya:

- a. Sistem pengolahan transaksi, adalah sistem informasi yang terkomputerisasi yang dikembangkan untuk memproses data dalam jumlah besar untuk transaksi bisnis rutin dan inventarisasi. Sistem ini merupakan sistem tanpa batas yang memungkinkan organisasi bisa berinteraksi dengan lingkungan eksternal.
- b. Sistem otomasi perkantoran, sistem yang dipakai untuk menganalisis informasi sedemikian rupa untuk mengubah data atau menggantikannya dengan cara-cara tertentu sebelum membaginya atau menyebarkannya secara keseluruhan, kepada organisasi dan kadang-kadang di luar itu.
- c. Sistem kerja pengetahuan, adalah sistem yang mendukung para pekerja profesional seperti ilmuwan, insinyur dan doktor untuk membantu mereka menciptakan pengetahuan baru dan memungkinkan mereka menerapkannya pada organisasi atau masyarakat.
- d. Sistem informasi manajemen, merupakan sistem yang menghasilkan informasi untuk kepentingan manajerial atau proses-proses manajemen (perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian) kegiatan organisasi.
- e. Sistem pendukung keputusan, merupakan sistem informasi terkomputerisasi di atas sistem informasi manajemen yang lebih menekankan pada fungsi mendukung pengambilan keputusan di seluruh tahapnya, walaupun keputusan akhir masih tetap wewenang khusus pembuat keputusan.
- f. Sistem ahli dan kecerdasan buatan, merupakan sistem yang menggunakan pendekatan kecerdasan buatan untuk menyelesaikan masalah melalui pengguna bisnis dan secara efektif menggunakan pengetahuan seorang ahli untuk menyelesaikan masalah yang ada dalam suatu organisasi.

2.4 Pengantar SIK (Sistem Informasi Kesehatan)

Sistem informasi kesehatan adalah sejumlah komponen dan prosedur yang terorganisir dengan tujuan untuk menghasilkan informasi untuk meningkatkan keputusan manajemen pelayanan kesehatan pada setiap tingkat sistem kesehatan. Komponen sistem informasi kesehatan terdiri dari:

A. Proses informasi, yang terdiri dari:

- Pengumpulan data
- Pengiriman data
- Pengolahan data
- Analisis data
- Penyajian data

Pemantauan dan penilaian proses tersebut memungkinkan gabungan masukan yang benar menghasilkan tipe keluaran yang benar pada waktu yang tepat. Sistem informasi dapat menyediakan informasi yang tepat dan relevan hanya jika setiap komponen proses informasi terstruktur dengan baik.

B. Manajemen sistem informasi, yang terdiri dari:

- Sumber daya sistem informasi kesehatan

Sumber daya sistem informasi kesehatan meliputi orang-orang (perencana, manajer, ahli statistik, ahli epidemiologi, pengumpul data), perangkat keras (register, telepon, komputer), perangkat lunak (kertas karbon, format laporan, program pengolahan data) dan sumber dana.

- Aturan-aturan organisasi

Aturan-aturan organisasi misalnya penggunaan standar diagnosa dan penanganan, uraian tugas petugas, prosedur manajemen distribusi prosedur pemeliharaan komputer yang memungkinkan efisiensi penggunaan sumber daya sistem informasi kesehatan.

Masalah Dalam Sistem Informasi Kesehatan

Pada banyak negara sistem informasi kesehatan tidak adekuat dalam menyediakan dukungan dalam manajemen program. Lippeveld (2000) menyimpulkan alasannya dalam lima hal: (a) Irelevansi informasi yang didapat dengan kebutuhan, (b) Kualitas data yang kurang, (c) Duplikasi data dan tidak efisiennya informasi, (d) Tidak tepat waktu dalam melaporkan dan menindaklanjuti, dan (e) Informasinya yang kurang berguna. Menurut Bambang dkk. (1991), terdapat beberapa masalah pada sistem informasi kesehatan di Indonesia diantaranya:

- a. Data yang harus dicatat dan dilaporkan di unit-unit operasional sangat banyak, sehingga beban para petugas menjadi berat.
- b. Proses pengolahan data menjadi lama, sehingga hasil pengolahan data menjadi lama, menyebabkan hasilnya menjadi tidak tepat waktu ketika disajikan dan diumpanbalikkan.
- c. Data yang dikumpulkan terlalu banyak dibanding kebutuhannya, maka banyak data yang akhirnya tidak dimanfaatkan.

Keney (1999) menyimpulkan bahwa terdapat beberapa masalah dalam pengumpulan data kesehatan maternal diantaranya kualitas, kelengkapan dan ketersediaan informasi yang tidak adekuat yang menyebabkan keterbatasan dalam penggunaannya untuk menetapkan kebijakan.

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) sebagai bagian penting dari manajemen kesehatan terus berkembang selaras dengan perkembangan organisasi. Dengan adanya perubahan sistem kesehatan mengakibatkan terjadinya perubahan pada SIK, namun sayangnya perubahan sistem kesehatan di lapangan tidak secepat dengan yang diperkirakan oleh para pengambil keputusan. Hal ini tampak nyata ketika sistem kesehatan berubah dari sentralisasi ke desentralisasi, SIK tidak berfungsi sebagaimana layaknya. SIK yang selama ini telah dikembangkan, meskipun masih terfragmentasi secara Nasional tidak berfungsi, alur laporan dari pelayanan kesehatan ke jenjang administrasi kabupaten/kota hingga ke pusat banyak yang terhambat. SIK membantu dalam proses pengambilan keputusan

untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan sehari-hari, intervensi cepat dalam penanggulangan masalah kesehatan dan mendukung manajemen kesehatan di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan pusat terutama dalam penyusunan rencana jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang.

SIK yang baik adalah sistem informasi yang mampu menghasilkan data/informasi yang akurat dan tepat waktu. SIK telah digunakan untuk mendukung kegiatan pelayanan kesehatan sehari-hari yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit, terutama dalam penanganan pasien dan intervensi penanggulangan masalah kesehatan. Sebaliknya dalam hal manajemen kesehatan di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan pusat, SIK belum banyak berperan karena belum menghasilkan data/informasi yang akurat dan tepat waktu.

Peran Sistem Informasi Kesehatan

Sistem Informasi Kesehatan merupakan bagian fungsional dari Sistem Kesehatan yang komprehensif, yang memberikan pelayanan kesehatan secara terpadu, meliputi baik pelayanan kuratif, pelayanan rehabilitatif, maupun pencegahan penyakit, dan peningkatan kesehatan. Sistem Informasi Kesehatan harus dapat mengupayakan dihasilkannya informasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan di berbagai tingkat Sistem Kesehatan. Sistem kesehatan memang terdiri atas berbagai tingkat sejak dari tingkat paling bawah, tingkat menengah, sampai ke tingkat pusat. Dengan berlakunya konsep desentralisasi dan otonomi daerah, Sistem kesehatan di setiap tingkat harus dapat mandiri (*selfpropelled*), walaupun berkaitan satu sama lain. Sesuai dengan pembagian wilayah di Indonesia yang berlaku saat ini, tingkat- tingkat itu adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat Kecamatan, terdapat Puskesmas dan pelayanan kesehatan dasar lain.
- b. Tingkat Kabupaten/Kota, terdapat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Kabupaten/Kota, dan rujukan primer lain.

- c. Tingkat Provinsi, terdapat Dinas Kesehatan Provinsi, Rumah Sakit Provinsi, dan pelayanan rujukan sekunder lainnya.
- d. Tingkat Pusat, terdapat Departemen Kesehatan, Rumah Sakit Pusat, dan pelayanan kesehatan rujukan tersier lainnya.

Setiap tingkat menyediakan pelayanan kesehatan yang berbeda, memiliki sumber daya yang berbeda, dan mempraktekkan fungsi-fungsi manajemen yang berbeda pula. Idealnya, sumber daya harus sebanyak mungkin terdapat di kecamatan agar masyarakat memiliki akses yang optimal terhadap pelayanan kesehatan. Akan tetapi dalam rangka desentralisasi ternyata dihadapi banyak kendala, khususnya berkaitan dengan ketenagaan, sarana dan peralatan, yang disebabkan oleh terbatasnya kemampuan ekonomi negara. Fungsi khusus yang dimiliki setiap tingkat mengakibatkan perbedaan dalam pengambilan keputusan. Dari sisi manajemen, fungsi-fungsi dalam sistem kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga jenis, yaitu manajemen pasien/klien, manajemen unit kesehatan, dan manajemen sistem kesehatan.

Manajemen pasien/klien dan manajemen unit kesehatan berkaitan secara langsung dengan pelayanan kesehatan promotif, preventif, dan kuratif kepada masyarakat, mencakup interaksi antara petugas-petugas unit kesehatan dengan masyarakat di wilayah pelayanannya. Manajemen pasien/klien dan manajemen unit dipraktikkan baik di pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas), pelayanan kesehatan rujukan (Rumah Sakit), serta di Dinas Kesehatan. Keputusan-keputusan yang dibuat dalam rangka manajemen pasien/klien dan manajemen unit kesehatan disebut keputusan operasional. Manajer dalam manajemen pasien/klien adalah semua petugas kesehatan yang melayani pasien/klien. Sedangkan manajer dalam manajemen unit adalah pimpinan dari unit yang bersangkutan (Kepala Puskesmas, Direktur Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan). Manajemen Sistem Kesehatan berfungsi memberikan dukungan manajerial dan koordinasi terhadap tingkat manajemen unit kesehatan dan manajemen pasien/klien. Keputusan-keputusan yang dibuat dalam rangka manajemen sistem kesehatan disebut keputusan-keputusan strategis. Adapun manajer dalam manajemen

Sistem Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan dan pihak-pihak lain yang dapat mempengaruhi keputusannya (*stakeholders*). Dengan mengenali fungsi spesifik dari setiap tingkat manajemen kesehatan, akan dapat dikenali pula siapa saja pemakai informasi kesehatan (para manajer kesehatan) dari keputusan-keputusan apa yang harus mereka buat. Hal ini akan membantu dalam perumusan kebutuhan informasi di setiap tingkat dan penetapan data apa yang harus dikumpulkan, cara dan instrumen pengumpulannya, pengiriman datanya, prosedur pengolahan datanya, pengemasan informasinya, dan penyajian informasinya.

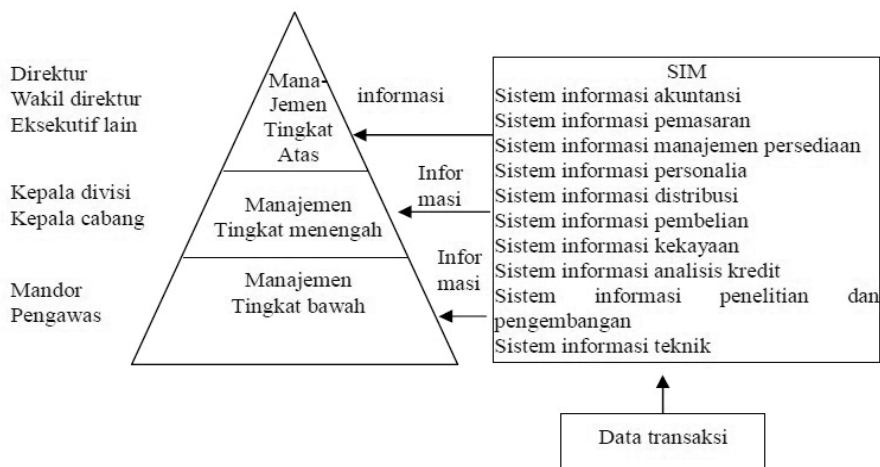
2.5 Pengantar SIM (Sistem Informasi Manajemen)

Sistem informasi manajemen (management information system atau sering dikenal dengan singkatannya MIS) merupakan penerapan sistem informasi di dalam organisasi untuk mendukung informasi-informasi yang dibutuhkan oleh semua tingkatan manajemen. SIM (sistem informasi manajemen) dapat didefinisikan sebagai kumpulan dari interaksi sistem-sistem informasi yang bertanggung jawab mengumpulkan dan mengolah data untuk menyediakan informasi yang berguna untuk semua tingkatan manajemen di dalam kegiatan perencanaan dan pengendalian. Secara teori, komputer tidak harus digunakan di dalam SIM, tetapi kenyataannya tidaklah mungkin SIM yang komplek dapat berfungsi tanpa melibatkan elemen komputer. Lebih lanjut, bahwa SIM selalu berhubungan dengan pengolahan informasi yang didasarkan pada komputer (*computer-based information processing*). SIM merupakan kumpulan dari sistem-sistem informasi. SIM tergantung dari besar kecilnya organisasi dapat terdiri dari sistem-sistem informasi sebagai berikut:

1. Sistem informasi akuntansi (*accounting information system*), menyediakan informasi dari transaksi keuangan.
2. Sistem informasi pemasaran (*marketing information system*), menyediakan informasi untuk penjualan, promosi penjualan, kegiatan-kegiatan pemasaran, kegiatan-kegiatan penelitian pasar dan lain sebagainya yang berhubungan dengan pemasaran.

3. Sistem informasi manajemen persediaan (*inventory management information system*).
4. Sistem informasi personalia (*personnel information systems*)
5. Sistem informasi distribusi (*distribution information systems*)
6. Sistem informasi pembelian (*purchasing information systems*)
7. Sistem informasi kekayaan (*treasury information systems*)
8. Sistem informasi analisis kredit (*credit analysis information systems*)
9. Sistem informasi penelitian dan pengembangan (*research and development information systems*)
10. Sistem informasi teknik (*engineering information systems*)

Semua sistem-sistem informasi tersebut dimaksudkan untuk memberikan informasi kepada semua tingkatan manajemen, yaitu manajemen tingkat bawah (*lower-level management*), manajemen tingkat menengah (*middle level management*) dan manajemen tingkat atas (*top level management*). Top level management dengan executive management dapat terdiri dari direktur utama (*president*), direktur (*vise-president*) dan eksekutif lainnya di fungsi-fungsi pemasaran, pembelian, teknik, produksi, keuangan dan akuntansi. Sedang middle level management dapat terdiri dari manajer-manajer divisi dan manajer-manajer cabang. *Lower-level management* disebut dengan *operating management* dapat meliputi mandor dan pengawas. *Top level management* disebut juga dengan *strategic level*, *middle level management* dengan *tactical level* dan *lower management* dengan *technical level*.



Gambar 2.3 Informasi dan SIM untuk semua tingkat manajemen

Pengguna Sistem Informasi Manajemen

Pendekatan sistem serangkaian langkah-langkah pemecahan masalah yang memastikan bahwa masalah dipahami, solusi alternatif dipertimbangkan dan solusi yang dipilih bekerja. Kebanyakan pengguna sistem informasi manajemen berbasis komputer seperti terlihat pada tabel berikut:

Pemakai	Penggunaan
Petugas administrasi	Mengerjakan transaksi, mengolah data, dan menjawab pertanyaan.
Manajer tingkat bawah	Mendapatkan data operasi. Membantu perencanaan, penjadualan, mengetahui situasi yang tak terkendali, dan mengambil keputusan.
Staf ahli	Informasi untuk analisis. Membantu dalam analisis, perencanaan dan pelaporan.
Manajemen	Laporan tetap Permintaan informasi khusus. Analisis khusus. Laporan khusus. Membantu dalam mengenali persoalan dan peluang. Membantu dalam analisis pengambilan keputusan.

Tabel 2.1 Pengguna berbasis komputer

Petugas administrasi dapat merasakan bertambahnya kebutuhan akan masukan (input) pada saat upaya SIM dimulai dan sebuah data base sedang disusun. Prosedur baru untuk mengendalikan data akan ditetapkan. Proses administrasi akan berubah dengan memakai alat-alat online seperti unit peraga, alat pencetak, dan alat untuk memasukkan data. Para petugas di seluruh bagian organisasi akan diminta melaporkan informasi yang sebelumnya mereka simpan dalam arsip atau catatan rahasia mereka sendiri. Para penyelia tingkat pertama akan membutuhkan lebih banyak masukan data tetapi akan merasakan peningkatan besar dalam pemerolehan informasi. Informasi keadaan juga akan dicapai secara jauh lebih mudah. Model-model keputusan dapat membantu perkiraan pertama dalam pemecahan persoalan misalnya penjadualan. Laporan cenderung menjadi lebih informatif dan cepat. Analisis dan laporan khusus lebih mudah diperoleh. Umpan balik berbagai prestasi menjadi lebih besar frekuensinya. Staf ahli yang membantu manajemen tingkat lebih tinggi mendapat manfaat besar dari kemampuan SIM. Database diselidiki untuk kemungkinan sesuatu persoalan. Datanya dianalisis guna menemukan pemecahan yang mungkin. Model perencanaan dipakai untuk menghasilkan pendekatan pertama rencana yang akan diperiksa manajer. Model dasar tersebut memberikan cara-cara penelitian dan rancangan, sementara para staf ahli merumuskan data untuk kebutuhan manajerial.

Manajer pada semua tingkat mempunyai kemampuan baru untuk memperoleh informasi yang relevan dengan fungsi mereka. Untuk pengambilan keputusan, sistem tersebut dapat memberikan saran pemecahan yang optimal secara langsung atau dapat memberikan analisis manusia/mesin dan prosedur keputusan untuk membantu dalam mencapai sebuah keputusan yang baik. Sebagai contoh, seorang manajer untuk suatu sediaan barang akan memprogram pengambilan keputusan dalam banyak kasus, misalnya perihal jumlah pesanan. Dalam situasi rumit seperti pesanan sebuah tempat muatan kendaraan untuk mencapai pembelian yang ekonomis, mungkin algoritma optimisasi tidak dipakai, tetapi sebuah prosedur keputusan diadakan untuk membantu manajer dalam mencapai sebuah pemecahan yang memuaskan. Perencanaan dibantu oleh model perencanaan disertai sebuah dialog manusia/mesin untuk mengadakan percobaan pemecahan.

Secara ringkas, pengolahan rutin paling sedikit terpengaruh oleh penerapan angsuran SIM. Petugas administrasi akan menyiapkan data yang kurang lebih sama, tetapi akan terdapat persyaratan data tambahan, dan semakin banyak alat online dipakai. Persyaratan data pada semua tingkat personalia akan berkembang, tetapi akan terjadi peningkatan tersedianya informasi terbaru yang akurat. Laporan, jawaban atas permintaan informasi, analisis, perencanaan dan pengambilan keputusan akan mendapat pengolahan dan dukungan informasi lebih baik.

Pokok–Pokok Sistem Informasi Manajemen

Sebuah sistem informasi manajemen bukanlah sekedar suatu perkembangan teknologis. SIM berhubungan dengan organisasi dan dengan manusia pengolahnya. Oleh sebab itu pemahaman utuh terhadap sistem informasi keorganisasian berdasarkan komputer harus juga termasuk memahami konsep-konsep yang berhubungan dengan informasi, pemakaian informasi, dan nilai informasi. Pendekatan sistem serangkaian langkah-langkah pemecahan masalah yang memastikan bahwa masalah dipahami, solusi alternatif dipertimbangkan dan solusi yang dipilih bekerja. Sebuah sistem informasi manajemen mengandung elemen-elemen fisik sebagai berikut:

1. Perangkat keras komputer
2. Perangkat lunak
 - a. Perangkat lunak sistem umum
 - b. Perangkat lunak terapan umum
 - c. Program aplikasi
3. *Database* (data yang tersimpan dalam media penyimpanan komputer)
4. Prosedur
5. Petugas Pengoperasian

Dalam hal penerapan, sebuah subsistem terapan yang lengkap terdiri dari:

 1. Program untuk melaksanakan pengolahan komputer
 2. Prosedur untuk membuat terapan menjadi operasional (formulir, petunjuk untuk operator, petunjuk untuk pemakai, dan seterusnya).

Subsistem terapan dapat diuraikan dalam bentuk fungsi keorganisasian yang mendukung (pemasaran, produksi, dan sebagainya) atau dalam bentuk jenis kegiatan yang tengah dilaksanakan.

Subsistem Fungsi Pengorganisasian

Fungsi-fungsi keorganisasian agak terpisah dalam hal kegiatan dan ditentukan secara manajerial sebagai tanggung jawab sendiri-sendiri. Karena itu sebuah SIM dapat dipandang sebagai sebuah gabungan sistem-sistem informasi, sebuah sistem untuk setiap fungsi utama keorganisasian. Subsistem-subsistem akan berbeda pada organisasi satu dengan lainnya. Tetapi gagasan dasarnya tetap sama untuk mengenali fungsi-fungsi pokok atas mana subsistem dapat dirancang. Subsistem ini dapat pula dibagi menjadi beberapa subsistem yang lebih kecil seperti terlihat pada tabel 2.2.

Subsistem fungsional pokok	Beberapa pemakaian umum
Pemasaran	Ramalan penjualan, perencanaan penjualan, analisis pelanggan dan penjualan.
Manufaktur	Perencanaan dan penjadualan produksi, pengendalian biaya, analisis biaya
Logistik	Perencanaan dan pengendalian pembelian, sediaan barang, dan distribusi.
Personalia	Perencanaan kebutuhan personalia, menganalisis prestasi, administrasi gaji.
Keuangan dan Akunting	Analisis keuangan, analisis biaya, perencanaan kebutuhan modal, perhitungan pendapatan.
Pengolahan informasi	Perencanaan sistem informasi, analisis biaya/efektivitas.
Manajemen puncak	Perencanaan strategis, pengalokasian sumber daya.

Tabel 2.2 Subsistem Fungsional Pokok SIM

Sebagai contoh, subsistem personalia dapat dibagi lagi menjadi perekrutan personalia, catatan personalia, penilaian personalia, dan administrasi gaji.

Subsistem Kegiatan

Satu rancangan lain untuk memahami struktur sebuah sistem informasi adalah dalam bentuk subsistem yang melaksanakan berbagai kegiatan. Beberapa subsistem kegiatan akan bermanfaat bagi lebih dari satu subsistem fungsi keorganisasian; sedangkan lainnya mungkin akan berguna untuk hanya satu fungsi. Subsistem kegiatan ini memakai data di dalam *database* dan kemampuan mendapat kembali yang berada dalam sistem manajemen *database*. Contoh subsistem kegiatan pokok seperti terlihat pada tabel berikut:

Subsistem kegiatan	Beberapa penggunaan umum
Pengolahan transaksi	Pengolahan pesanan, pengiriman, penerimaan.
Pengendalian operasi	Penjadualan kegiatan dan laporan prestasi.
Pengendalian manajemen	Perumusan anggaran dan sumber daya
Pengendalian strategis	Perumusan sasaran dan rencana strategis

Tabel 2.3 Subsistem Fungsional Pokok SIM

Pengantar Sistem Informasi Rekam Medis

Penggunaan sistem informasi rekam medis banyak digunakan di rumah sakit dalam sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS). SIMRS merupakan salah satu aplikasi perangkat lunak yang banyak digunakan oleh banyak rumah sakit di Indonesia. Dalam Permenkes no.82 tahun 2013, sistem informasi manajemen rumah sakit adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh

informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan. Penggunaan SIMRS memberikan banyak manfaat bagi rumah sakit kaitannya dalam efisiensi dan efektifitas pelayanan. Bagi unit rekam medis sendiri, penggunaan SIMRS akan membantu mengumpulkan, mengolah, dan menyajikan data dengan lebih baik. Informasi yang dihasilkan oleh SIMRS dapat dijadikan dasar pihak manajemen untuk mengambil keputusan terkait perbaikan dan peningkatan kualitas pelayanan. Salah satu manfaat penggunaan SIMRS bagi petugas rekam medis adalah dapat memudahkan petugas untuk melakukan telusur berkas rekam medis, yaitu mengetahui dengan pasti letak atau posisi berkas rekam medis ketika dibutuhkan sehingga dapat ditemukan dengan cepat dan dipergunakan sesuai dengan kebutuhan. Dalam suatu siklus pelayanan, berkas rekam medis akan dikeluarkan dari rak filing menuju tempat dimana pasien diberikan perawatan hingga berkas tersebut dikembalikan lagi ke rak penyimpanan.

Distribusi Rekam Medis

Pendistribusian rekam medis dapat diartikan adalah proses pengiriman berkas rekam medis seseorang pasien ke tempat yang dituju sesuai dengan asal permintaan berkas tersebut. Apabila rekam medis berbasis elektronik maka secara otomatis datanya sudah terdistribusi melalui jaringan komputer yang menghubungkan antar bagian di sarana pelayanan kesehatan. Apabila rekam medis berbasis kertas maka pendistribusian berkas dilakukan oleh petugas baik dengan membawanya secara manual menggunakan tangan kosong, keranjang, maupun *trolley* atau menggunakan mesin tertentu seperti lift berkas ataupun *pneumatic tube*. *Pneumatic tube* merupakan salah satu teknologi yang dapat dimanfaatkan di sarana pelayanan kesehatan untuk mengirimkan kantong darah, obat-obatan, surat-surat, maupun berkas rekam medis.

a. Rekam medis rawat jalan

Pasien dirawat jalan tidak menginap maka berkas rekam medis harus kembali ke rak penyimpanan pada hari yang sama dengan ketika berkas dikeluarkan dari

rak penyimpanan. Rumah sakit yang masih menggunakan kertas proses distribusi rekam medis rawat jalan diawali dengan cetak tracer yang perintahnya berasal dari tempat pendaftaran pasien. Bagi pasien baru akan dibuatkan berkas rekam medis baru sedangkan untuk pasien lama, petugas akan mencarikan berkas rekam medis pada rak penyimpanan dan menggunakan alat bantu berupa *tracer* yang berfungsi sebagai penanda untuk memudahkan petugas ketika akan mengembalikan kembali berkas tersebut. Berkas rekam medis rawat jalan didistribusikan menuju poliklinik yang dikunjungi pasien oleh petugas distribusi. Standar minimal untuk waktu penyediaan rekam medis pasien adalah kurang dari 10 menit (Depkes, 2008). Petugas distribusi harus menginputkan data rekam medis yang didistribusikan agar nantinya posisi atau keberadaan berkas rekam medis dapat dilacak. Petugas dapat menggunakan salah satu fitur dalam SIMRS untuk melakukan hal tersebut.

b. Rekam medis rawat inap

Berkas rekam medis untuk pelayanan rawat inap akan mengikuti dimanapun pasien berada. Selama pasien belum pulang maka berkas rekam medis juga belum akan kembali ke rak penyimpanan. Selain itu, pengolahan berkas rekam medis rawat inap juga harus melalui kegiatan pengolahan yang lebih kompleks dibanding dengan berkas rekam medis rawat jalan sehingga kadang ditemui jika berkas rekam medis pasien belum kembali ke rak penyimpanan padahal pasien sudah pulang rawat inap dan datang untuk kontrol rawat jalan keesokan harinya. Petugas *filling* berkas rekam medis harus tahu lokasi atau keberadaan berkas rekam medis pasien yang telah pulang rawat inap jika berkas tersebut belum kembali ke rak penyimpanan. Ketika berkas rekam medis akan dikirimkan ke bangsal perawatan, petugas harus menginputkan datanya ke dalam SIMRS.

c. Peminjaman berkas rekam medis

Selain untuk pencatatan kegiatan pelayanan pasien rawat jalan dan rawat inap, unit kerja rekam medis juga melayani peminjaman berkas rekam medis untuk kebutuhan lainnya, misalnya: penelitian. Peneliti akan mengisi formulir permintaan data rekam medis kemudian jika sudah disetujui maka petugas *filling*

akan mencari berkasnya di rak *filling*. Petugas harus menginputkan data berkas yang dipinjam melalui aplikasi perangkat lunak agar ketika berkas rekam medis nanti dibutuhkan untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap maka berkas tersebut dapat ditelusuri keberadaanya dengan cepat.

Daftar Acuan:

1. Fadli Ahmad Junaedi, Diana Barsasella. Teknologi Informasi Kesehatan I (Aplikasi Komputer Dasar). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Hal 1-77. 2018
2. Dian Budi Santoso, Angga Eko Pramono. Teknologi Informasi Kesehatan II (Aplikasi Perangkat Lunak di sarana Yankes). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Hal 3-32, Hal 101 – 124. 2018
3. Tim pengajar FKM-UNSRAT. Konsep Dasar dan Penerapan Sistem Informasi Kesehatan. *Fakultas Kesehatan Masyarakat UNSRAT*. Hal 1-33. 2014
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.82 Tahun 2013. Rumah sakit, Manajemen, dan Sistem Informasi. Vol.87. 2014



PEMANFAATAN TEKNOLOGI INFORMASI DALAM PENULUSURAN LITERATUR DAN DATA KESEHATAN/ KEDOKTERAN GIGI

Yufitri Mayasari

PEMANFAATAN TEKNOLOGI INFORMASI UNTUK *LITERATURE SEARCHING* SURVEI KESEHATAN GIGI DAN MULUT BERBASIS TEKNOLOGI INFORMASI

I. Pemanfaatan teknologi informasi untuk *literature searching*

Literature searching dilakukan untuk menemukan solusi masalah kesehatan gigi dan mulut berdasarkan *evidence based*. Proses pengambilan keputusan di tempat praktik berdasarkan *evidence based* terdapat lima tahap pengambilan keputusan yaitu:

1. Mengubah kebutuhan informasi ataupun masalah menjadi pertanyaan klinis yang harus dijawab (menggunakan prosedur PICO)
2. Melakukan penelusuran informasi secara efisien untuk mencari penyelesaian masalah dengan menggunakan komputer

3. Melakukan penelaahan kritis apakah informasi yang didapatkan valid dan berguna
4. Mengaplikasikan informasi yang didapat untuk menangani kasus pasien di klinik
5. Mengevaluasi proses yang dilakukan

Penentuan “Masalah/Pertanyaan” Klinis yang Baik dengan metode PICO. PICO merupakan singkatan dari:

P	=	<i>Population/Patient Problem</i>
I	=	Intervention
C	=	Comparison
O	=	Outcome

PICO merupakan prosedur sistematis untuk mengubah kebutuhan informasi ataupun masalah menjadi pertanyaan klinis yang bisa dijawab/ diselesaikan.

1. POPULATION/PATIENT/PROBLEM

Cara mengidentifikasi komponen P antara lain dengan panduan berikut:

- a. Bagaimana kita menjelaskan tentang kondisi kelompok yang memiliki masalah yang sama dengan pasien kita?
- b. Bagaimana kita menjelaskan tentang kondisi kelompok yang memiliki masalah tersebut kepada kolega kita?
- c. Apakah karakteristik penting yang dimiliki oleh pasien atau kelompok tersebut misalnya: masalah utama, keluhan utama pasien dan penyakit atau status medis pasien?

2. INTERVENTION

Kita wajib mengidentifikasi rencana apa yang akan kita lakukan terhadap pasien/kelompok tersebut. Penentuan rencana yang akan kita lakukan maka kita memerlukan informasi mengenai uji diagnosis, perawatan, terapi tambahan, obat-obatan yang spesifik.

3. COMPARISON

Penentuan prosedur perawatan lain yang menjadi alternatif perawatan

4. OUTCOME

Tahap akhir adalah *outcome* yang menjelaskan hasil spesifik dari rencana perawatan yang kita pilih. *Outcome* yang dihasilkan harus bisa terukur (misal : dengan rencana perawatan yang kita pilih maka insidensi karies gigi menjadi menurun 20%)

Contoh Kasus Proses PICO:

<i>Population/Patient/Problem</i>	<i>Intervention</i>	<i>Comparison</i>	<i>Outcome</i>
<i>Burning mouth syndrome</i>	<i>Antidepressants</i>	<i>Alpha-lipoic acid</i>	Mencegah atau meminimalisasi sensasi terbakar pada bibir, lidah, dan mulut

Penggunaan Basis Data Untuk Pencarian Referensi Ilmiah

Setelah melakukan analisis berdasarkan PICO maka kita akan melakukan pencarian referensi ilmiah. Pencarian dapat dilakukan pada beberapa situs daring berikut ini:

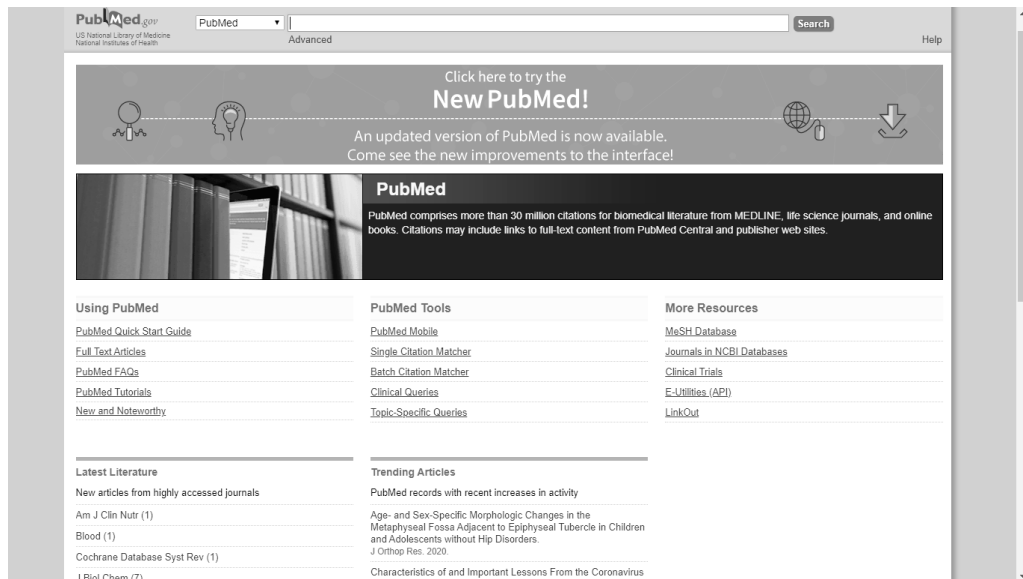
TABLE 5 – 1

Web Sites of Research Sources	
<i>Name</i>	<i>URL</i>
The Cochrane Database of Systematic Reviews	www.cochrane.org/reviews/index.htm
DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness)	www.cochrane.org/reviews/index.htm or www.crd.york.ac.uk/crdweb
The Cochrane Controlled Trials Register	www.cochrane.org/reviews/index.htm
PubMed, Free access to MEDLINE, National Library of Medicine	www.pubmed.gov/
CINAHL	www.cinahl.com/

Gambar 1. Alamat pencarian referensi ilmiah

1. Sumber referensi ilmiah untuk artikel penelitian dengan tingkat yang tinggi, yaitu *meta-analysis*, *systematic review*, dan *clinical practice guidelines*. Sumber referensi dapat dicari di:
 - a. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (COCH)
 - b. *Database of abstract of review of effectiveness* (DARE)
 - c. *The Cochrane Controlled Trials Register* (CCTR)
2. Sumber referensi ilmiah untuk artikel penelitian dasar
 - MEDLINE/PubMed

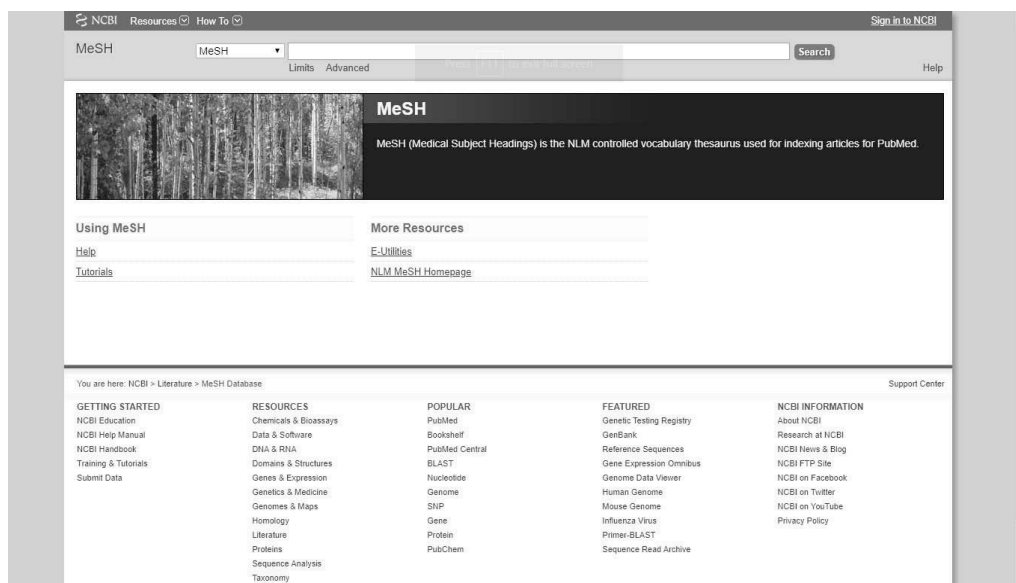
Medline merupakan database bibliografi dari *National Library of Medicine*. MEDLINE berisi lebih dari 5.000 jurnal biomedis yang terpublikasi di 80-an negara di seluruh dunia. Untuk mengaksesnya kita menggunakan PubMed agar mendapatkan akses mengunduh *full paper article*. Untuk mencari referensi ilmiah sesuai dengan kebutuhan kita maka dilakukan pencarian menggunakan kata kunci menggunakan *Medical Subject Headings* (MeSH).



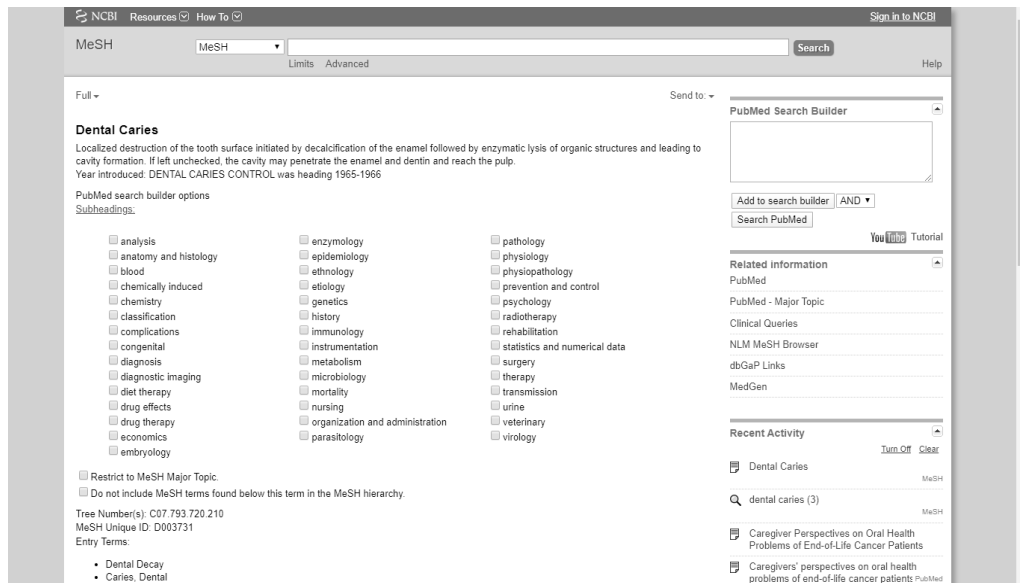
Gambar 2. Web PubMed

Pencarian Keywords Berdasarkan MeSH/*Medical Subject Heading*

Medical Subject Heading (MeSH) merupakan kumpulan kata kunci untuk memudahkan pencarian referensi menggunakan Medline. Pencarian kata kunci dapat dilakukan melalui web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Selain memiliki daftar kata kunci yang termasuk dalam data base, MeSH juga memiliki “*subheading*” yang berisi kata-kata yang terkait dengan kata kunci yang dicari. Sebagai contoh kata kunci yang dicari: penyakit, *subheading*-nya antara lain terapi/perawatan, diagnosis, dan etiologi. Setelah menemukan kata kunci yang kita cari maka kita bisa menelusuri referensi ilmiah yang menggunakan kata kunci tersebut. Penggunaan MeSH selain membantu dalam pencarian referensi ilmiah yang diperlukan juga membantu penulis untuk membuat karya ilmiah yang dipublikasikan dapat mudah ditemukan banyak orang.



Gambar 3. Pencarian katakunci menggunakan MeSH



Gambar 4. Tampilan Contoh Pencarian menggunakan MeSH

EBSCO

EBSCO adalah basis data terkemuka yang menyediakan hasil-hasil penelitian, jurnal elektronik, langganan majalah, *e-book*, dan layanan penemuan untuk semua jenis perpustakaan. Ebsco adalah *e-journal databases* yang berpusat di Ipswich, USA, menyediakan informasi bagi para peneliti, pengajar dan mahasiswa dalam berbagai bidang ilmu antara lain: (1) *Agriculture*, (2) *Biology*, (3) *Chemistry*, (4) *Engineering*, (5) *Multi-Disciplinary Academic*, (6) *Environment and Life Sciences*, (7) *Political Science*, (8) *Religion and Philosophy*, (9) *Applied Science and Technology*, dan (10) *History*. EBSCO database terdiri dari: Medline, CINAHL dan Smart Image.

Seleksi Artikel

Kredibilitas suatu jurnal dapat dilihat dari dua aspek, yaitu reputasi jurnal dan *impact factor*.

1. Reputasi Jurnal

Suatu jurnal yang terbit dalam skala nasional dikatakan bereputasi apabila terindeks (terdaftar) di *Directory of open access journal* (DOAJ) dan terakreditasi nasional SINTA. Akreditasi jurnal nasional SINTA memiliki 6 tingkatan dari SINTA 1-6. Untuk jurnal terbitan internasional dikatakan bereputasi apabila terindeks di laman ISI Thomson Reuters dan Scopus. ISI Thomson Reuters mengeluarkan JIF (*Journal Impact Factor*) sedangkan Scopus mengeluarkan SJR (*Scimago Journal Rank*). Scopus dalam menilai jurnal membuat klusterisasi kualitas jurnal dengan istilah Quartile, dengan 4 Quartile, yaitu Q1, Q2, Q3 dan Q4. Dimana Q1 adalah kluster paling tinggi atau paling utama dari sisi kualitas jurnal diikuti Q2, Q3 dan Q4 dibawahnya.

2. Impact Factor

Impact Factor adalah standard penilaian yg dibuat oleh *The Institute of Scientific Information* (ISI) yang digunakan untuk mengukur cara sebuah jurnal menerima sitasi pada artikel dalam rentang waktu tertentu, biasanya dalam dua tahun terakhir. Penilaian impact factor dihitung berdasarkan jumlah indeks sitasi dari jurnal-jurnal yang telah diindeks oleh *The Institute of Scientific Information* (ISI) yang dilaporkan setiap tahun dalam *Journal Citation Report* (JCR). Jurnal dengan nilai *impact factor* yang tinggi akan dipilih karena dinilai lebih unggul dan banyak diminati oleh pengguna. Nilai *impact factor* menggambarkan tingkat pengaruh jurnal di bidang tersebut. Dengan nilai *impact factor* yang tinggi, jurnal tersebut akan semakin menarik minat ilmuwan untuk mengutip atau mengembangkan bidang keilmuan di dalam jurnal tersebut.

II. Survei Kesehatan Gigi dan Mulut Berbasis Teknologi Informasi

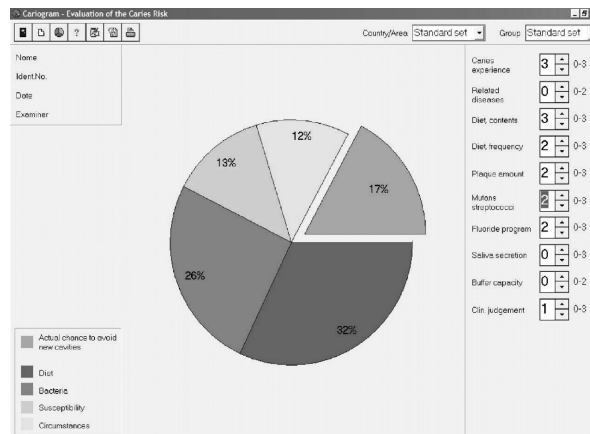
Dalam melakukan survei kesehatan gigi dan mulut kita dapat memanfaatkan teknologi. Pemanfaatan teknologi informasi ini dapat dilakukan dalam pengumpulan, pengolahan dan analisis data kesehatan gigi dan mulut.

1. Pengumpulan data kesehatan gigi dan mulut

- Penilaian risiko karies gigi

a. Cariogram

Cariogram merupakan program komputer untuk melakukan penilaian risiko karies gigi, program ini bersifat interaktif dengan menjelaskan faktor-faktor lain yang menyebabkan karies gigi. Program komputer ini dikembangkan oleh D.Bratthall, L.Allander dan K.Lybergard (1997). Terdapat dua grafik risiko yang ditampilkan oleh cariogram yaitu risiko timbulnya karies baru di masa depan dan kesempatan untuk mencegah timbulnya karies tersebut. Oleh karena itu selain mendapat laporan risiko karies setiap individu, cariogram juga mengeluarkan rekomendasi tahap pencegahan karies gigi baru sesuai dengan risiko yang dimiliki individu tersebut.

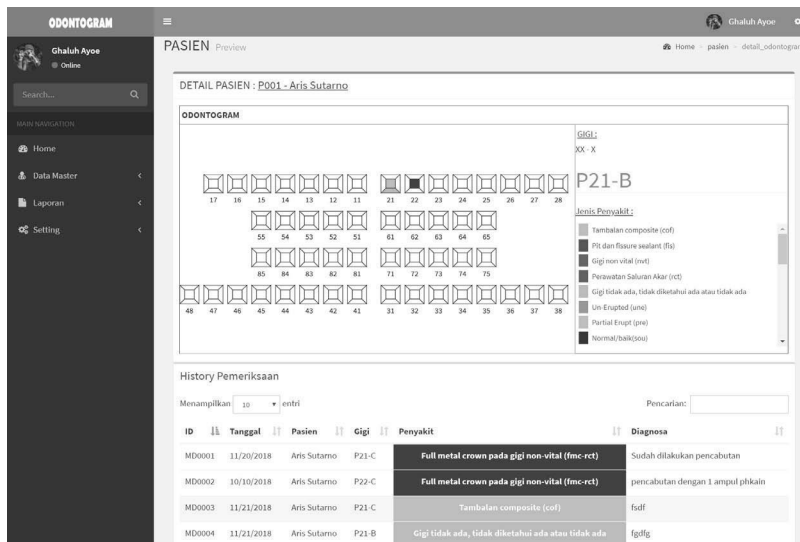


Gambar 5. Cariogram

b. Irene's Donut

Simulator Risiko Karies (SRK) “*Donut irene*” adalah program interaktif sebagai alat komunikasi antara petugas kesehatan (dokter gigi dan perawat gigi) dengan orang tua murid agar pendidikan kesehatan gigi kepada orang tua murid lebih menarik dan efektif. Program ini dikembangkan dari *software* komputer sebagai hasil disertasi dari DR.

- drg. Irene Adyatmaka. SRK bertujuan memudahkan orang tua murid mensimulasikan risiko kerusakan gigi anak pada anak usia di bawah 6 tahun dan mengetahui cara mengatasinya. Faktor risiko penyebab gigi berlubang yang akan dikomunikasikan dalam SRK merupakan hasil penelitian terhadap 2800 anak usia TK dengan melibatkan sekitar 50 faktor dan ternyata yang benar-benar bermakna ada 15 faktor yang dikelompokkan sebagai berikut:
1. Faktor kebiasaan/gaya hidup anak yang berisiko. Faktor ini dapat dilakukan perbaikan (1 s.d. 5)
 2. Faktor kondisi gigi anak. Faktor ini dapat diperbaiki (6 s.d. 8)
 3. Faktor “predisposisi” adalah faktor risiko yang tidak dapat diperbaiki, namun dapat dicegah dengan upaya perhatian khusus (9 s.d. 13)
 4. Faktor pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua. Faktor ini dapat dilakukan perbaikan (14 s.d. 15)
- Penilaian Kondisi Oral
- Pengisian Odontogram menggunakan program komputer:



Gambar 6. Odontogram untuk penilaian oral menggunakan program komputer

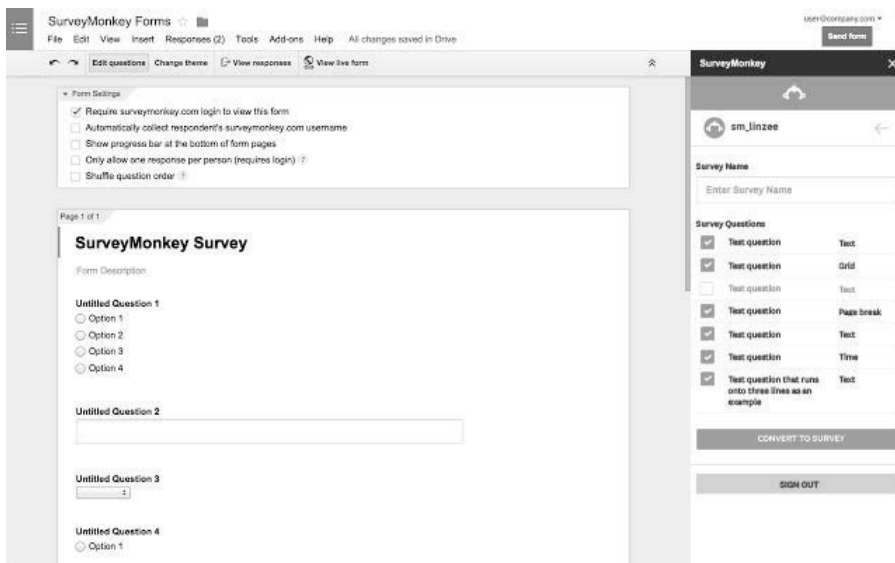
- Pengumpulan data menggunakan kuesioner

a. *Google form*

Google Form atau yang disebut google formulir adalah alat yang berguna untuk membantu merencanakan acara, mengirim survei, memberikan siswa atau orang lain kuis, atau mengumpulkan informasi yang mudah dengan cara yang efisien. *Form* juga dapat dihubungkan ke *spreadsheet*. Dalam melakukan survei kesehatan gigi dan mulut dengan responden yang banyak dan tersebar di beberapa wilayah maka *google form* dapat menjadi pilihan. Data yang diterima dapat dianalisis untuk mendapatkan analisis deskriptif dari data hasil pengisian responden.

b. *Survey monkey*

Survey monkey adalah aplikasi online yang dapat membantu membuat survei sesuai kebutuhan kita, membantu mengumpulkan informasi dan data responden. Format survei yang *mobile friendly* membuat responden dapat melakukan pengisian survei dimanapun dan kapanpun.



Gambar 7. *Survey Monkey*

2. Pengolahan data kesehatan gigi dan mulut

a. *Microsoft excel*

Pengertian *Microsoft Excel* adalah sebuah program atau aplikasi yang merupakan bagian dari paket instalasi *Microsoft Office*, berfungsi untuk mengolah angka menggunakan *spreadsheet* yang terdiri dari baris dan kolom. Program ini dapat membantu menganalisis hasil survei yang dilakukan. Rumus matematika serta gambaran diagram dapat dilakukan untuk pengolahan data.

b. Program statistik berbasis komputer

Pengolahan data hasil survei kesehatan gigi dan mulut juga dapat dilakukan menggunakan program statistik berbasis komputer seperti SPSS, Lisrell, dan lain sebagainya. Data hasil survei dapat langsung dimasukan ke program ini lalu dilakukan perintah analisis data secara deskriptif maupun analitik. Dari lembar kerja yang digunakan selanjutnya akan menghasilkan lembar "output", lembar ini yang menjadi resume hasil analisis pada data kita.

3. Analisis data kesehatan gigi dan mulut

Program statistik berbasis komputer

Hasil pengolahan data baik menggunakan excel ataupun program statistik berbasis komputer maka kita dapat melakukan interpretasi hasil survei kita. Analisis analitik dengan mencari perbedaan, hubungan, dan korelasi dapat kita lakukan dengan menggunakan program statistik berbasis komputer.

Daftar Acuan:

1. Forres JL, et al. Evidence-Based Decision Making. Wolters kluwer health: USA 2009
2. Baumann, N. How to use the medical subject headings (MeSH). International Journal of Clinical Practice. 2016;70(2): 171-174.



SUMBER DAYA MANUSIA DALAM BIDANG KESEHATAN DAN KERJASAMA LINTAS SEKTOR

Irma Binarti

KUALIFIKASI DAN PENGELOMPOKAN TENAGA KESEHATAN KERJASAMA LINTAS SEKTOR

I. KUALIFIKASI DAN PENGELOMPOKAN TENAGA KESEHATAN

1.1 TENAGA KESEHATAN

- a. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu

mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:

- Tenaga medis yaitu dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis
 - Tenaga psikologi klinis yaitu psikologis klinis
 - Tenaga keperawatan yaitu perawat
 - Tenaga kebidanan yaitu bidan
 - Tenaga kefarmasian yaitu apoteker dan tenaga kefarmasian
 - Tenaga kesehatan masyarakat yaitu epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
 - Tenaga kesehatan lingkungan yaitu terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.
 - Tenaga gizi yaitu nutrisien dan dietisien
 - Tenaga keterampilan fisik yaitu terdiri dari fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
 - Tenaga keteknisian medis yaitu perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksien
 - Tenaga teknik biomedika yaitu radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.
 - Tenaga kesehatan tradisional yaitu tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.
 - Tenaga kesehatan lain.
- b. Asisten kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga, hanya dapat bekerja di bawah supervisi Tenaga Kesehatan.

1.2 PENEGAKAN DISIPLIN TENAGA KESEHATAN

1. Untuk menegakkan disiplin Tenaga Kesehatan dalam penyelenggaraan praktik, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin Tenaga Kesehatan.
2. Dalam melaksanakan tugas, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dapat memberikan sanksi disiplin berupa:
 - a. Pemberian peringatan tertulis;
 - b. Rekomendasi pencabutan STR atau SIP; dan/atau
 - c. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kesehatan.
3. Tenaga Kesehatan dapat mengajukan keberatan atas putusan sanksi disiplin
4. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

1.3 HAK DAN KEWAJIBAN TENAGA KESEHATAN

1. Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:
 - a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional;
 - b. Memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya;
 - c. Menerima imbalan jasa;
 - d. Memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesucilaan, serta nilai-nilai agama;
 - e. Mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;
 - f. Menolak keinginan Penerima Pelayanan Kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan Standar Profesi, kode etik, standar pelayanan,

- Standar Prosedur Operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- g. Memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
2. Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib:
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
 - b. Memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
 - c. Menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
 - d. Membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan;
 - e. Merujuk Penerima Pelayanan Kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai Kompetensi dan kewenangan yang sesuai;
 - f. Mendahulukan kepentingan masyarakat dari pada kepentingan pribadi atau kelompok; dan
 - g. Mengabdikan diri sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki.
 3. Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Penerima Pelayanan Kesehatan dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.
 4. Tenaga Kesehatan dilarang menolak Penerima Pelayanan Kesehatan dan/atau dilarang meminta uang muka terlebih dahulu.

II. KERJASAMA LINTAS SEKTOR (sasaran upaya peningkatan kesehatan gigi masyarakat, advokasi dan kemitraan)

Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil

guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Kerja sama lintas program merupakan kerja sama yang dilakukan antara beberapa program dalam bidang yang sama untuk mencapai tujuan yang sama. Kerja sama lintas program yang diterapkan di puskesmas berarti melibatkan beberapa program terkait yang ada di puskesmas. Tujuan khusus kerja sama lintas program adalah untuk menggalang kerja sama dalam tim dan selanjutnya menggalang kerja sama lintas sektoral. Kerja sama lintas sektor melibatkan dinas dan orang-orang di luar sektor kesehatan yang merupakan usaha bersama mempengaruhi faktor yang secara langsung atau tidak langsung terhadap kesehatan manusia. Kerja sama tidak hanya dalam proposal pengesahan, tetapi juga ikut serta mendefinisikan masalah, prioritas kebutuhan, pengumpulan, dan interpretasi informasi serta mengevaluasi. Lintas sektor kesehatan merupakan hubungan yang dikenali antara bagian atau bagian-bagian dari sektor yang berbeda, dibentuk untuk mengambil tindakan pada suatu masalah agar hasil yang tercapai dengan cara yang lebih efektif, berkelanjutan atau efisien dibanding sektor kesehatan bertindak sendiri (WHO 1998). Prinsip kerja sama lintas sektor melalui pertalian dengan program di dalam dan di luar sektor kesehatan untuk mencapai kesadaran yang lebih besar terhadap konsekuensi kesehatan dari keputusan kebijakan dan praktek organisasi sektor-sektor yang berbeda.

Terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kerjasama lintas sektor penganggulan yang meliputi anggaran, peraturan, komunikasi, komitmen, peran, dan tanggung jawab. Masalah anggaran sering membuat beberapa institusi membentuk kerja sama. Pengendalian melalui manajemen lingkungan memerlukan kejelasan yang efektif antara sektor klinis, kesehatan lingkungan, perencanaan pemukiman, institusi akademis, dan masyarakat setempat. Komitmen memerlukan pembagian visi dan tujuan serta penetapan kepercayaan yang lebih tinggi dan tanggung jawab timbal balik untuk tujuan bersama. Peran dan tanggung jawab menunjuk masalah siapa yang akan melakukan keseluruhan kerjasama. Semua kerja

sama memerlukan struktur dan proses untuk memperjelas tanggung jawab dan bagaimana tanggung jawab tersebut dikerjakan.

1. SASARAN UPAYA KESEHATAN GIGI MASYARAKAT

Pelaksanaan program dan kegiatan kesehatan gigi dan mulut dilakukan dengan pendekatan terintegrasi dengan program kesehatan lainnya dengan memperhatikan, kegiatan serta sasaran yang ingin dicapai oleh Kementerian Kesehatan. Dan telah tertuang dalam rencana straktegi kementerian kesehatan.

Program, kegiatan dan sasaran pelayanan kesehatan gigi dan mulut, dilakukan melalui:

1. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
 - a) Mengintegrasikan promosi kesehatan gigi dan mulut kedalam program perilaku hidup bersih dan sehat;
 - b) Membuat media promosi yang inovatif dan efektif, baik melalui media cetak, media elektronik dan secara langsung pada semua kelompok umur pada masyarakat seperti mencetak leaflet, poster, CD, lembar balik, serta dialog interaktif di TV, radio, tayangkan pendek,dll;
 - c) Melakukan pendidikan tentang pentingnya perawatan gigi dan mulut yang teratur oleh tenaga kesehatan gigi baik secara individu maupun masyarakat.
2. Program Fluoridasi
 - a) Kadar fluor dalam air minum yang dikonsumsi di seluruh provinsi di Indonesia;
 - b) Kadar fluor didalam berbagai pasta gigi yang beredar di Indonesia;
 - c) Program fluoridasi air minum, garam, susu, dll;
 - d) Program kumur-kumur fluor pada murid-murid sekolah dasar (UKGS);
 - e) Program topical aplikasi fluor secara individual;
 - f) Program pemberian tablet fluor pada beberapa sekolah dasar didaerah yang berisiko kariesnya tinggi.

3. Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat
 - a) Penyusunan Pedoman Promotif-Preventif dengan pendekatan UKGM;
 - b) Penyusunan Pedoman Pembinaan kesehatan Gigi melalui Desa siaga;
 - c) Penyusunan Petunjuk Pemeliharaan Kesehatan Gigi Keluarga seri Ibu hamil dan balita;
 - d) Penyusunan Lembar Balik penyuluhan kesehatan gigi;
 - e) Penyusunan Buku Usaha Kesehatan Gigi Sekolah di Taman Kanak-Kanak;
 - f) Penyusunan Buku Usaha Kesehatan Gigi Sekolah dan UKGS Inovatif;
 - g) Penyusunan Buku Pendidikan Kesehatan gigi dan mulut remaja;
 - h) Penyusunan Pedoman Usaha Kesehatan Gigi Sekolah Lanjutan;
 - i) Penyusunan materi kesehatan gigi untuk RS/PKMRS;
 - j) Penyusunan Petunjuk Pemeliharaan Kesehatan Gigi Keluarga seri lansia.
4. Upaya Kesehatan Perorangan
 - a) Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga;
 - b) Pedoman Penyelenggaraan Kedokteran Gigi Keluarga;
 - c) Standar Perizinan Praktek Dokter Gigi Keluarga;
 - d) Pedoman Paket Dasar Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas dengan Model *Basic Package Oral Care*;
 - e) Pedoman Upaya Kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas;
 - f) Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan Gigi di Puskesmas Perkotaan;
 - g) Penerapan metode Atraumac Restoraon Treatment (ART);
 - h) Pedoman pelayanan kesehatan gigi dan mulut di RSUD Pemerintah/Swasta/RS Khusus;
 - i) Pedoman rujukan upaya kesehatan gigi dan mulut;
 - j) Pedoman integrasi pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas;
 - k) Pedoman peningkatan mutu pelayanan Kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas dan Rumah sakit;
 - l) Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Fasilitas Kesehatan Gigi;
 - m) Modul Pelahan Idenfikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Gigi;

- n) Tata cara kerja pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas;
 - o) Pelaksanaan Angka Kredit Jabatan Dokter Gigi/Perawat Gigi;
 - p) Panduan pendayagunaan dokter gigi spesialis.
5. Program Pengawasan Obat dan Bahan Kedokteran Gigi
- a) Pedoman standar bahan dan alat kedokteran gigi (RS/Puskesmas);
 - b) Penyusunan standar obat kesehatan gigi esensial (DOEN);
 - c) Formularium Obat dan bahan kedokteran gigi di RS Indonesia;
 - d) Pedoman bahan/obat tradisional dibidang kesehatan gigi dan mulut;
 - e) Pedoman Pemakaian anbiok di Bidang Kedokteran Gigi.
6. Program Pengembangan Sumber Daya Kesehatan:
- a) Internal
 - Penyusunan modul pelatihan teknis
 - Penyusunan modul TOT
 - Pedoman dan pelaksanaan evaluasi penerapan metode ART
 - Evaluasi peralatan di Puskesmas
 - b) Lintas Program
 - Kerjasama dengan Puskesmas dan dalam penyusunan profil kesehatan gigi dan mulut
 - Kerjasama dengan badan Litbangkes Kementerian Kesehatan dalam survei epidemiologi penyakit gigi dan mulut.
 - Pelatihan/TOT Tenaga Kesehatan/Pemegang Program
 - Uji kualitas kandungan fluor dalam pasta gigi, air minum, dll.
 - Evaluasi peralatan di Rumah Sakit Pemerintah/Swasta
 - c) Lintas Sektor
 - Kerjasama dengan Kementerian Pendidikan Nasional
 - Kerjasama dengan seluruh Kementerian dalam upaya pelayanan kesehatan gigi dan mulut (poli gigi)
 - Kerjasama dengan swasta
 - Kerjasama dengan m penggerak PKK
 - Kerjasama dengan FKG/CHS/profesi

- Kerjasama dengan dunia usaha untuk pengadaan ART, pasta fluor generik, sikat gigi generik, dan bahan lainnya.
7. Program Pengembangan Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan:
 - a) Tersusunnya rencana kegiatan lima tahun kesehatan gigi dan mulut;
 - b) Tersusunnya laporan akuntabilitas kinerja tahunan kesehatan gigi dan mulut;
 - c) Kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut dengan instansi, unit dan pihak lain yang terkait secara nasional dan Internasional.
 8. Monitoring dan Evaluasi:
 - a) Kesehatan gigi dan mulut pra sekolah dan usia anak sekolah;
 - b) Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas;
 - c) Upaya kesehatan gigi di UKGM;
 - d) Pelayanan kesehatan gigi rujukan dan integrasi;
 - e) Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di rumah sakit;
 - f) Penyusunan website kesehatan gigi dan mulut sebagai wahana interaksi, inter relasi dan interdependensi dengan masyarakat, profesi, dunia usaha serta pihak lain yang berkepentingan untuk peningkatan kualitas kesehatan gigi dan mulut.
 9. Bimbingan Teknis/Supervisi:
 - a) Pembinaan program kesehatan gigi dan mulut di Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota
 - b) Pembinaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi puskesmas dan rumah sakit baik pemerintah maupun swasta.
 - c) Peningkatan kinerja melalui peningkatan mutu SDM dan suasana/budaya kerja.
 - d) Pembinaan profesi tenaga kesehatan gigi
 10. Program Unggulan:

Program anti tembakau di klinik gigi, screening kanker mulut, pengendalian gula di sekolah.

 - a) Program Kebijakan Kesehatan, Pembiayaan, dan Hukum Kesehatan.
 - Tersusunnya rencana kegiatan lima tahunan (*propenas*) dan rencana kerja tahunan (*Repeta*) kesehatan gigi dan mulut.

- Tersusunnya laporan akuntabilitas kinerja tahunan kesehatan gigi dan mulut.
 - Legalisasi Produk-produk Bidang kesehatan Gigi dan Mulut.
- b) Program Perbaikan Gizi.
- Kegiatan kesehatan gigi dan mulut pra sekolah dan anak usia sekolah.
 - Penyusunan petunjuk pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut keluarga seri ibu hamil dan balita.
 - Penyusunan pedoman pembinaan kesehatan gigi melalui polides.
 - Perlindungan kesehatan gigi anak dengan sikat gigi sesudah makan.
- c) Program Peningkatan Perilaku Hidup Bersih Sehat (*PHBS*) sejak usia dini
- Penyusunan buku pendidikan kesehatan gigi remaja.
 - Penyusunan lembar balik penyuluhan kesehatan gigi.
 - Penyusunan standar pelayanan kesehatan gigi bagi anak berkebutuhan khusus.
 - Penyusunan materi kesehatan gigi dan mulut untuk RS.
 - Penyusunan pedoman standar peralatan kedokteran gigi RS.
- d) Program Lingkungan Pemakaian air, dan udara sehat.
- Pedoman pelaksanaan higienis klinik gigi di lingkungan kerja.
- e) Program kesehatan keluarga
- Penyusunan pedoman promotif-preventif dengan pendekatan UKGM dan UKGM inovatif.
 - Penggunaan pedoman pembinaan kesehatan gigi dan mulut melalui desa siaga.
 - Penyusunan petunjuk pemeliharaan kesehatan gigi keluarga seri lansia.
 - Penyusunan pedoman pencegahan penyakit gigi, berupa brosur, leaflet, booklet.
 - Modul pelatihan kesehatan gigi bagi kader/guru.

- f) Program pencegahan kecelakaan dan rudapaksa termasuk keselamatan lalu lintas.
 - Melakukan penelitian pengaruh sakit gigi terhadap kecelakaan lalu lintas.
- g) Program integrasi dengan penyakit dan menular (PTM)
 - Program anti tembakau di klinik gigi.
 - Program pengendalian gula.
 - Program skrining kanker mulut.
 - Program pengendalian konsumsi alkohol berhubungan dengan penyakit gigi dan mulut.
 - Penyusunan pengendalian faktor-faktor risiko penyakit gigi dan mulut dalam upaya meningkatkan kualitas hidup.

Faktor Penentu Keberhasilan

Untuk terwujudnya visi, misi melalui strategi yang telah ditetapkan, maka perlu diperhatikan faktor-faktor penentu keberhasilan (*critical success factor*) sebagai berikut:

1. Melakukan pengaturan, pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan upaya kesehatan gigi dan mulut:
 - a. Adanya Norma, Standar, Pedoman dan Kriteria untuk pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan upaya kesehatan gigi dan mulut.
 - b. Pembinaan (bimbingan teknis) atau Supervisi, Monitoring dan Evaluasi.
2. Meningkatkan koordinasi dan keterpaduan dalam penyebarluasan dan penerapan paradigma sehat di bidang kesehatan gigi dan mulut baik secara internal kesehatan maupun eksternal atau pihak lain yang terkait, melalui :
 - a. Adanya forum komunikasi/temu karya lintas program/lintas sektor terkait
 - b. Adanya pedoman pelaksanaan upaya promotif – preventif terpadu.
 - c. Adanya modul pelatihan terpadu upaya promotif-preventif TOT
 - d. Kerjasama dengan lintas program/lintas sektor terkait.
3. Meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan gigi dalam bidang manajemen, ilmu dan teknologi serta etika profesi dalam penyelenggaraan

upaya kesehatan gigi dan mulut dan program pokok serta program unggulan kesehatan dalam rangka menuju Indonesia Sehat 2010, melalui:

- a. Pelahan tenaga kesehatan gigi sesuai dengan perkembangan IPTEK khususnya dalam pengembangan teknologi tepat guna.
 - b. Pelahan bidang manajemen kesehatan bagi tenaga kesehatan gigi
 - c. Penyusunan modul-modul pelahan bagi tenaga kesehatan gigi.
4. Melakukan kerjasama lintas program/lintas sektor termasuk dengan profesi, perguruan tinggi, dan dunia usaha serta masyarakat secara nasional, regional dan internasional, dalam upaya:
- a. Peningkatan upaya promotif–preventif yang didukung oleh produksi pasta dan sikat gigi.
 - b. Pendayagunaan dan pembinaan tenaga kesehatan gigi/spesialis bersama-sama organisasi profesi dan FKG.
 - c. Penyelarasan kegiatan/program kesehatan gigi dengan kegiatan negara lain/organisasi dunia.
5. Melengkapi fasilitas kerja baik secara teknis, dalam rangka peningkatan kinerja, melalui:
- a. Peningkatan sarana, prasarana di lingkungan kerja
 - b. Peningkatan sumber daya dalam mendukung peningkatan kinerja di sarana kesehatan.

Program, kegiatan serta sasaran pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilakukan melalui:

SASARAN	INDIKATOR	KEBIJAKAN PROGRAM		KEGIATAN
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan gigi secara bermakna di Institusi pelayanan kesehatan	• Ratio tambal: Cabut = 1:1 • Status kesgilut • Prevalensi karies pada 6 tahun 60% • Prevalensi karies pada usia 18th 50% • Prevalensi karies aktif 30% • Prevalensi caries pada bumil 50% • 20 gigi berfungsi pada 35-44 tahun • 20 gigi berfungsi usia > 65 tahun	MANAJEMEN KESGILUT TERPADU : LEMBAGA, PAYUNG HUKUM, STANDAR SUMBER DAYA, SARANA PRASARANA, PEMBIAYAAN	UPAYA KESEHATAN PERSEORANG- NGAN	Pelayanan Kes di Puskesmas Pelayanan Kes di Rumah Sakit

SASARAN	INDIKATOR	KEBIJAKAN	PROGRAM	KEGIATAN
• Terwujudnya jejaring kesehatan gigi dan mulut		• PENGUATAN SISTEM INFORMASI, SURVEILANS, MONITORING: LAPORAN FASILITAS KESEHATAN, SWASTA DAN LITBANGKESGILUT		
• Meningkatnya Kualitas Sumber Daya Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	• Ratio drg : penduduk • Ratio drg spesialis : penduduk • Ratio drg : puskesmas - Ratio prg : penduduk - Ratio prg : puskesmas		SUMBERDAYA KESEHATAN	• Pelatihan teknis dan Pendidikan berkelanjutan • Penyusunan modul TOT
			• OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN	• Formularium Obat/bahan untuk kesehatan gigi-mulut • Bahan/obat tradisional dibidang kesehatan gigi-mulut • Standar peralatan kedokteran gigi • Penapisan bahan obat dan alat kedokteran gigi • Standar bahan dan obat di pelayanan gigi-mulut

• Meratanya Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut			KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN PEMBANGUNAN KESEHATAN	• Rencana kegiatan lima tahun kes
• Meningkatnya Kesadaran Masyarakat akan Kese- hatan gigi dan mulut	• % murid yg sudah dilakukan fissure sealant/protective • % murid yang perlu perawatan • % murid yang selesai perawatan • % sikat gigi masal di sekolah 1 kl/bulan • 80% apras yang mendapat yangilut	• PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN KEMITRAAN	PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	• Mengintegrasikan promosi kesehatan gigi dan mulut kedalam program prilaku hidup bersih dan sehat.

SASARAN	INDIKATOR	KEBIJAKAN	PROGRAM	KEGIATAN
	• 80% SD/MI mendapat • yangilut • 80% Usila mendapat • yangilut • 80% Ibu hamil • mendapat yangilut			• Promosi gaya hidup sehat dan mengurangi faktor risiko penyakit gigi dan mulut (yang disebabkan oleh prilaku, status sosial ekonomi, keturunan dll)
				• Promosi media audiovisual: leaflet, poster, mis; hubungan penyakit periodontal dengan diabetes, kanker mulut, faktor risiko tembakau dll
			UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	• Program Kesehatan gigi dan mulut di Sekolah (anak prasekolah, anak sekolah, remaja) • Program Kes di masyarakat: • Wanita hamil • Balita • Usia lanjut

• Terlindunginya masyarakat dibidang kesehatan gigi dan mulut	• % Drg yang melakukan UP • CBL yang ditangani 100% • %Bayi Baru lahir dgn CBL • % penderita CBL • % Penderita ODHA yg mempunyai manifestasi di RM	• PENCEGAHAN, PENGENDALIAN, PENURUNAN PREVALENSI PENYAKIT GIGI MULUT (PROGRAM UPAYA KESEHATAN? STATUS KESGILUT DAN FAKTOR RISIKO - INTEGRATED HEALTH APPROACH)	• LINGKUNGAN SEHAT	• Tersedianya air bersih dan fasilitas sanitasi • Program fluoridasi air minum
			• PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT	• Kontrol Infeksi Penyakit Gigi dan Mulut • Pengendalian Faktor-faktor Resiko penyakit gigi dan mulut • Penatalaksanaan Penyakit Menular yang bermanifesta dirongga mulut. • Penatalaksanaan penyakit kronis (antung, diabetes, paru-paru, ginjal, dan lain lain) yang berhubungan dengan penyakit gigi dan mulut

SASARAN	INDIKATOR	KEBIJAKAN	PROGRAM	KEGIATAN
				• Penatalaksanaan Oral Cancer dan lesi di mukosa mulut di Pelayanan kesehatan gigi. • Program pencegahan penyakit gigi dan mulut yang berkaitan dengan HIV dan AIDS • Surveillance Kesehatan Gigi dan Mulut
			° PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT	° Pola Makan yang baik untuk memelihara kesehatan gigi dan mulut.
			• PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN	• Pengembangan Teknologi Tepat guna

2. ADVOKASI

2.1 Definisi Advokasi

Advokasi adalah upaya mendekati, mendampingi, dan mempengaruhi para pembuat kebijakan secara bijak, sehingga mereka sepakat untuk memberi dukungan terhadap pembangunan kesehatan. Advokasi merupakan upaya pendekatan (*approach*) atau proses yang straktegis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak yang terkait (*stake holders*). WHO (1989)

dikutip dalam UNFPA dan BKKBN (2002) menggunakan “*advocacy is a combination of individual and social action designed to gain political commitment, policy support, social acceptance and system support for particular health goal or programme.*” Istilah advokasi digunakan pertama kali oleh WHO tahun 1984, untuk mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan digunakan 3 strategi pokok:

1. Advokasi (*advocacy*) melakukan pendekatan atau lobi dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka menerima dan bersedia mengeluarkan kebijakan dan keputusan untuk membantu program tersebut. Pembuat keputusan di tingkat pusat atau daerah, sebagai sasaran tersier.
2. Dukungan social (*social support*) melakukan pendekatan pada tokoh masyarakat formal maupun informal setempat agar tokoh masyarakat mampu menyebarkan informasi tentang program kesehatan dan membantu melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Kegiatan ini sebagai sasaran sekunder.
3. Pemberdayaan (*empowerment*) yaitu memampukan masyarakat atau memberdayakan masyarakat. Kegiatan yang dilakukan adalah memberikan penyuluhan dan konseling sehingga pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan meningkat.

Advokasi kesehatan adalah upaya pendekatan kepada pemimpin atau pengambil keputusan supaya dapat memberikan dukungan, kemudahan dan semacamnya pada upaya pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, sasaran advokasi adalah para pemimpin, swasta, organisasi swasta, atau pemerintah yang memiliki pengaruh di masyarakat. Advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan, yaitu dengan membentuk jejaring advokasi atau forum kerjasama.

Pelaku advokasi kesehatan adalah siapa saja yang peduli terhadap upaya kesehatan dan memandang perlu adanya mitra untuk mendukung upaya tersebut. Pelaku advokasi dapat berasal kalangan pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis masyarakat (agama), LSM dan tokoh yang berpengaruh. Advokasi dilakukan untuk menjalin kemitraan (*partnership*) sehingga terbentuk kemitraan antara sektor kesehatan dengan para pengusaha dan LSM.

Melalui kemitraan ini diharapkan para pengusaha dan LSM memberikan dukungan program kesehatan baik berupa dana, sarana, prasarana dan bantuan teknis lainnya.

Advokasi kebijakan (*Policy Advocacy*) secara khusus berhubungan dengan apa yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah dengan menganjurkan kebijakan tertentu melalui diskusi, persuasi, maupun aktivitas politik. Kebijakan ialah serangkaian keputusan yang dipilih oleh pemerintah atau elit politik, untuk menetapkan, melaksanakan, atau tidak melaksanakan, dalam kaitannya dengan adanya suatu permasalahan guna kebaikan bersama masyarakat.

2.2 Prinsip Advokasi

Beberapa prinsip dibawah ini bisa dijadikan pedoman dalam melakukan advokasi sebagai berikut:

1. Realitas
Memilih isu dan agenda yang realistis, jangan buang waktu kita untuk sesuatu yang tidak mungkin tercapai.
2. Sistematis
Advokasi memerlukan perencanaan yang akurat, kemas informasi semenarik mungkin dan melibatkan media yang efektif.
3. Taktis
Advokasi tidak mungkin bekerja sendiri, jalin koalisi dan aliansi terhadap sekutu. Sekutu dibangun berdasarkan kesamaan kepentingan dan saling percaya.
4. Strategis
Kita dapat melakukan perubahan untuk masyarakat dengan membuat strategis jitu agar advokasi berjalan dengan sukses
5. Berani
Jadikan isu dan strategis sebagai motor gerakan dan tetaplah berpijak pada agenda bersama

2.3 Pendekatan Dalam Advokasi

Dengan pendekatan persuasive secara dewasa dan bijak sesuai keadaan yang memungkinkan tukar pikiran secara baik (*free choice*). Menurut BKKBN 2002, terdapat lima pendekatan utama dalam advokasi, yaitu: melibatkan para pemimpin, bekerja dengan media massa, membangun kemitraan, mobilisasi massa, dan membangun kapasitas. Strategi advokasi dapat dilakukan melalui pembentukan koalisi, pengembangan jaringan kerja, pembangunan institusi, pembuatan forum dan kerjasama bilateral.

1. Melibatkan para pemimpin

Para pembuat undang-undang, mereka yang terlibat dalam penyusunan hukum, peraturan maupun pemimpin politik, yaitu mereka yang menetapkan kebijakan public sangat berpengaruh dalam menciptakan perubahan yang terkait dengan masalah social termasuk kesehatan dan kependudukan. Oleh karena itu sangat penting melibatkan mereka semaksimal mungkin dalam isu yang akan diadvokasikan.

2. Bekerja dengan media massa

Media massa sangat penting berperan dalam membentuk opini *public*. Media juga sangat kuat dalam memengaruhi persepsi public atas isu atau masalah tertentu. Mengenai, membangun dan menjaga kemitraan dengan media massa sangat penting dalam proses advokasi

3. Membangun kemitraan

Dalam upaya advokasi sangat penting dilakukan upaya jaringan, kemitraan yang berkelanjutan dengan individu, organisasi dan sector lain yang bergerak dalam isu yang sama. Kemitraan ini dibentuk oleh individu, kelompok yang bekerja sama yang bertujuan untuk mencapai tujuan umum yang sama (hampir sama)

4. Memobilisasi massa

Memobilisasi massa merupakan suatu proses mengorganisasikan individu yang telah termotivasi ke dalam kelompok atau mengorganisasikan kelompok yang sudah ada. Dengan mobilisasi dimaksudkan agar memotivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif.

5. Membangun kapasitas

Membangun kapasitas di sini dimaksudkan melembagakan kemampuan untuk mengembangkan dan mengelola program yang komprehensif serta membangun critical mass pendukung yang memiliki keterampilan advokasi. Kelompok ini dapat diidentifikasi dari LSM tertentu, kelompok profesi serta kelompok lainnya.

2.4 Langkah Advokasi

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007) terdapat lima langkah kegiatan advokasi, antara lain:

1. Identifikasi dan analisis masalah atau isis yang memerlukan advokasi.
Masalah atau isu advokasi perlu dirumuskan berbasis data atau fakta. Data sangat penting agar keputusan yang dibuat berdasarkan informasi yang teapt dan benar. Data berbasis fakta sangat membantu menetapkan masalah, mengidentifikasi solusi, dan menentukan tujuan yang realistis.
2. Identifikasi dan analisis kelompok sasaran
Sasaran kegiatan advokasi ditujukan kepada para pembuat keputusan (*decision maker*) atau penentu kebijakan (*policy maker*), baik dibidang kesehatan maupun diluar sector kesehatan yang berpengaruh terhadap public. Tujuannya agar pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, isntruksi, dan yang menguntungkan kesehatan.
3. Siapkan dan kemas bahan informasi
Tokoh politik mungkin termotivasi dan akan mengambil keputusan jika mereka mengetahui secara rinci besarnya masalah kesehatan tertentu. Oleh sebab itu, penting diketahui pesan atau informasi apa yang diperluakn agar

sasaran yang dituju dapat membuat keputusan yang mewakili kepentingan advokator. Kata kunci untuk bahan informasi ini adalah informasi yang akurat, tepat dan menarik.

Beberapa pertimbangan dalam menetapkan bahan informasi ini meliputi:

- a. Bahan informasi minimal memuat rumusan masalah yang dibahas, latar belakang masalahnya, alternatif mengatasinya, usulan peran atau tindakan yang diharapkan, dan tindak lanjut penyelesaiannya. Bahan informasi juga minimal memuat tentang 5W + 1H (*what, where, why, who, when dan how*) tentang permasalahan yang diangkat.
 - b. Dikemas menarik, ringkas jelas, dan mengesankan
 - c. Bahan informasi tersebut akan lebih baik lagi jika disertakan data pendukung, ilustrasi contoh, gambar dan bagan
 - d. Waktu dan tempat penyampaian bahan informasi, apakah sebelum, saat atau setelah pertemuan.
4. Rencanakan tehnik atau acara kegiatan operasional.
- Beberapa teknik dan kegiatan operasional advokasi dapat meliputi : konsultasi, lobi, pendekatan dan pembicaraan formal dan informal terhadap para pembuat keputusan, negosiasi atau resolusi konflik, pertemuan khusus, debat public, petisi, pembuatan opini, dan seminar kesehatan
5. Laksanakan kegiatan, pantau evaluasi serta lakukan tindak lanjut.

2.5 Kegiatan Advokasi

Kegiatan advokasi diharapkan untuk mendapatkan komitmen dan dukungan, bentuk dukungan dan komitmen tersebut seperti peraturan daerah, undang-undang, surat keputusan, sarana, prasarana, anggaran kesehatan dan sebagainya. Untuk mencapai tujuan tersebut, kegiatan advokasi dilakukan dengan cara:

- a. Lobi politik
Berbicara secara informal menyampaikan informasi atau masalah kesehatan dan program yang akan dilaksanakan dengan pejabat atau tokoh politik. Lobi dilakukan dengan membawa dan menunjukkan data yang akurat
- b. Seminar atau presentasi

Mengadakan seminar dan presentasi masalah kesehatan dan program yang akan dilaksanakan disajikan secara menarik dengan gambar atau grafik, sekaligus diskusi untuk membahas masalah tersebut secara bersama.

c. Media

Menggunakan media massa seperti media cetak dan elektronik untuk menyajikan masalah kesehatan secara lisan, gambar, dalam bentuk artikel. Berita, menyampaikan pendapat, diskusi dan sebagainya. Media massa dapat memengaruhi masyarakat serta menjadi tekanan bagi penentu kebijakan dan pengambil keputusan.

d. Perkumpulan asosiasi peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang yang mempunyai minat dan keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi juga merupakan bentuk advokasi.

2.6 Indikator Hasil Advokasi

Kegiatan advokasi diharapkan menghasilkan suatu produk yaitu komitmen politik dan dukungan kebijakan dari penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Oleh karena advokasi dalam bentuk kegiatan maka melalui : input – proses – output (*keluaran*). Penilaian advokasi didasarkan pada indikator yang jelas. Indikator komponen evaluasi berikut ini :

a. Input

Kegiatan advokasi sangat ditentukan oleh orang yang melakukan advokasi (*advocator*) serta bahan, informasi yang membantu atau mendukung argument advokasi. Indikator komponen evaluasi antara lain:

1. Berapa kali petugas kesehatan, pejabat telah melakukan pelatihan tentang komunikasi, pelatihan tentang advokasi dan hubungan antar manusia.
2. Dinas kesehatan pusat dan daerah berkewajiban memfasilitasi petugas kesehatan melalui pelatihan advokasi.

3. Data hasil studi, surveillance atau laporan merupakan pendukung informasi atau program yang akan dilaksanakan. Sehingga data merupakan indikator evaluasi input dalam advokasi

b. Proses

Merupakan kegiatan untuk melakukan advokasu oleh sebab itu evaluasi proses advokasi harus sesuai dengan bentuk kegiatan advokasi tersebut. Indikator proses advokasi antara lain:

1. Berapa kali dilakukan lobi, kepada siapa lobi tersebut dilakukan.
2. Berapa kali menghadiri rapat atau pertemuan yang membahas masalah dan program pembangunan termasuk program kesehatan, siapa yang mengadakan rapat tersebut.
3. Berapa kali seminar atau lokakarya tentang masalah dan program kesehatan diadakan, siapa yang diundang dalam acara tersebut.
4. Berapa kali pejabat menghadiri seminar atau lokakarya yang diadakan sector lain, dan membahas masalah dan program pembangunan yang terkait dengan kesehatan.
5. Seberapa sering media lokal termasuk media elektronik membahas atau mengeluarkan artikel tentang kesehatan yang terkait dengan masalah kesehatan.

c. Output

Output menghasilkan perangkat lunak (*software*) dan perangkat keras (*hardware*). Indikator dalam perangkat lunak:

- a) Undang-undang
- b) Peraturan pemerintah
- c) Keputusan presiden
- d) Keputusan menteri atau dirjen
- e) Peraturan daerah
- f) Surat keputusan gubernur, bupati, camat

Indikator *output* dalam bentuk perangkat keras antara lain:

- a) Meningkatnya dana atau anggaran untuk pembangunan kesehatan
- b) Tersedianya atau dibangunnya fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik dan sebagainya.

- c) Dibangunnya atau tersedianya sarana dan prasarana kesehatan, misalnya air bersih, jamban keluarga atau jamban umum, tempat sampah dan sebagainya
- d) Dilengkapinya peralatan kesehatan, seperti laboratorium, peralatan pemeriksaan fisik dan sebagainya.

3. KEMITRAAN

3.1 Definsi Kemitraan

Di Indonesia istilah kemitraan atau partnership masih relative baru, namun demikian praktiknya dimasyarakat sebenarnya sudah terjadi sejak zaman dahulu. Sejak nenek moyang kita telah mengenal istilah gotong royong yang sebenarnya esensinya kemitraan. Robert Davies, ketua eksekutif *"The Prince od Wales Bussines Leader Forum"* merumuskan, *Partnership is a formal cross sector relationship between individuals, groups or organization who"*:

1. Work together to fulfill an obligation or undertake a specific task
2. Agree in advance what to commit and what to expect
3. Review the relationship regularly and revise their agreement as necessary, and
4. Share both risk and the benefits

Dari pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa kemitraan adalah suatu kerjasama formal antara individu, kelompok atau organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan orang yang terlibat dalam kemitraan, tentang penijauan kembali terhadap kesepakatan yang telah dibuat dan saling berbagi baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh.

Dari definisi ini terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yaitu:

1. Kerjasama antar kelompok, organisasi dan individu
2. Bersama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati)
3. Saling menanggung risiko dan keuntungan

Mengingat kemitraan adalah bentuk kerjasama atau aliansi, maka setiap pihak yang terlibat didalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerjasama dan melepaskan kepentingan orang yang terlibat dalam kemitraan kemudian membangun kepentingan bersama. Oleh karena itu membangun kemitraan harus didasarkan pada berikut ini:

1. Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan
2. Saling mempercayai dan menghormati
3. Tujuan yang jelas dan terukur
4. Kesiediaan berkorban baik waktu, tenaga maupun sumber daya yang lain

3.2 Prinsip Kemitraan

Dalam membangun kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan, yaitu:

1. *Equity* atau Persamaan

Individu atau organisasi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah berdiri sama tinggi”. Oleh sebab itu didalam forum kemitraan asas demokrasi harus diutamakan, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi dan tidak ada dominasi terhadap yang lain.

2. *Transparency* atau keterbukaan

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan atau apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan tiap anggota harus diketahui oleh anggota lainnya. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu diantara anggota.

3. *Mutual benefit* atau saling menguntungkan

Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dengan materi ataupun uang tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergitas dalam mencapai tujuan bersama.

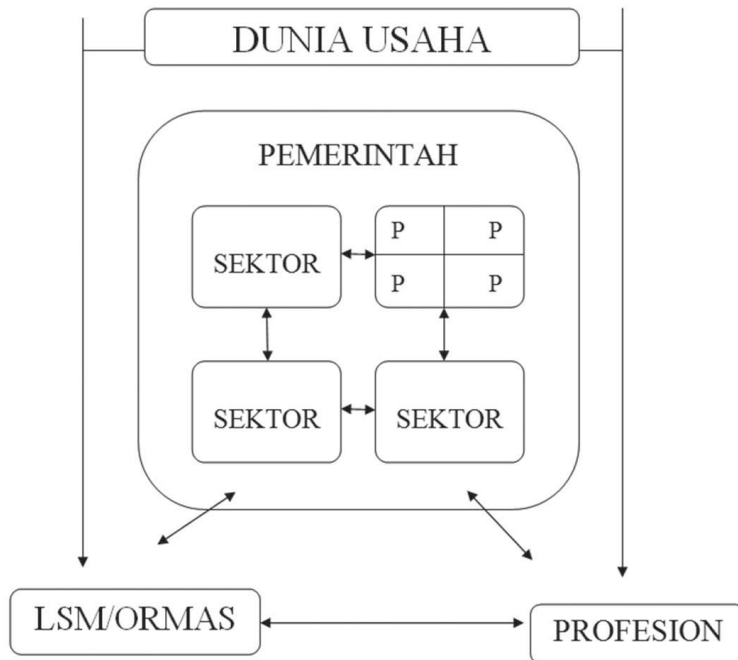
3.3 Landasan dalam Kemitraan

Tujuh landasan yaitu:

1. Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi (kaitan dengan struktur)
2. Saling memahami kemampuan anggota (kapasitas unit atau organisasi)
3. Saling menghubungi secara proaktif (*linkage*)
4. Saling mendekati, bukan hanya secara fisik tetapi juga pikiran dan perasaan (*empati, proximity*)
5. Saling terbuka, dalam arti ketersediaan untuk dibantu dan membantu (*openness*)
6. Saling mendorong atau mendukung kegiatan (*synergy*)
7. Saling menghargai kenyataan/kemampuan pribadi (*reward*)

3.4 Ruang Lingkup Kemitraan

Ruang lingkup kemitraan secara umum meliputi pemerintah, dunia usaha, LSM/ORMAS, serta kelompok profesional. Departemen Kesehatan RI secara lengkap menggambarkan ruang lingkup kemitraan dengan diagram sebagai berikut:



Gambar 3.4 Diagram Ruang Lingkup Kemitraan (Notoatmodjo, 2007)

Keterangan:

- ↔ : saling bekerjasama
- Sektor : sektor-sektor dalam pemerintah
- P : program-program dalam sektor

3.5 Model-model Kemitraan dan Jenis Kemitraan

Secara umum, model kemitraan dalam sektor kesehatan dikelompokkan menjadi dua (Notoadmodjo, 2007) yaitu:

- Model I

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaring kerja (*networking*) atau *building linkages*. Kemitraan ini berbentuk jaringan kerja saja. Masing-masing mitra memiliki program tersendiri mulai dari perencanaannya, pelaksanaannya hingga evaluasi. Jaringan tersebut terbentuk karena adanya

persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik lainnya.

- Model II

Kemitraan model II ini lebih baik dan solid dibandingkan model I. Hal ini karena setiap mitra memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap program bersama. Visi, misi, dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama.

Menurut Beryl Levinger dan Jean Mulroy (2004), ada empat jenis atau tipe kemitraan yaitu:

1. Potential Partnership

Pada jenis kemitraan ini pelaku kemitraan saling peduli satu sama lain tetapi belum bekerja bersama secara lebih dekat.

2. Nascent Partnership

Kemitraan ini pelaku kemitraan adalah partner tetapi efisiensi kemitraan tidak maksimal

3. *Complementary Partnership*

Pada kemitraan ini, partner/mitra mendapat keuntungan dan pertambahan pengaruh melalui perhatian yang besar pada ruang lingkup aktivitas yang tetap dan relatif terbatas seperti *program delivery* dan *resource mobilization*.

4. Synergistic Partnership

Kemitraan jenis ini memberikan mitra keuntungan dan pengaruh dengan masalah pengembangan sistemik melalui penambahan ruang lingkup aktivitas baru seperti advokasi dan penelitian. Bentuk-bentuk/tipe kemitraan menurut Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia yaitu terdiri dari aliansi, koalisi, jejaring, konsorsium, kooperasi dan sponsorship. Bentuk-bentuk kemitraan tersebut dapat tertuang dalam:

- SK bersama
- MOU
- Pokja
- Forum Komunikasi
- Kontrak Kerja/perjanjian kerja

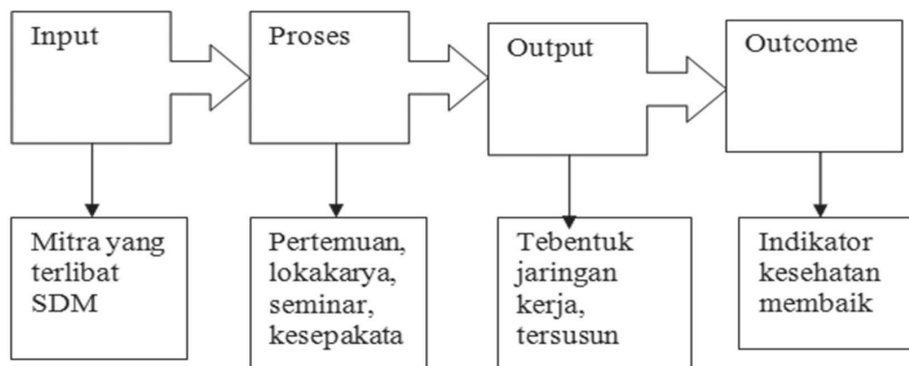
3.6 Tingkat/ Jenjang Kemitraan

Menurut Heideneim (2002), ada lima tingkat atau jenjang dalam suatu kemitraan yaitu: *full collaboration*, *coalition*, *partnership*, *alliance*, dan *network*. Kelimanya digambarkan sebagai berikut:

1. Written agreement
2. Shared vision
3. Consensus decision
4. Formal work assignment
5. formal agreement
6. all member involved in
7. New resources
8. Joint budget
9. Formal contract
10. New resources
11. Shared risk and reward

3.7 Indikator Keberhasilan Kemitraan

Untuk dapat mengetahui keberhasilan pengembangan kemitraan diperlukan adanya indikator yang dapat diukur. Dalam penentuan indikator sebaiknya dipahami prinsip-prinsip indikator yaitu: spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, realistis dan tepat waktu. Pengembangan indikator melalui pendekatan manajemen program yaitu:



Indikator Input

Tolok ukur keberhasilan input dapat diukur dari tiga indikator, yaitu:

Terbentuknya tim wadah atau sekretariat yang ditandai dengan adanya kesepakatan bersama dalam kemitraan.

- a. Adanya sumber dana/biaya yang memang diperuntukkan bagi pengembangan kemitraan.
- b. Adanya dokumen perencanaan yang telah disepakati oleh institusi terkait. Hasil evaluasi terhadap input dinilai berhasil apabila ketiga tolok ukur tersebut terbukti ada.

Indikator Proses

Tolok ukur keberhasilan proses dapat diukur dari indikator sebagai frekuensi dan kualitas pertemuan tim atau sekretariat sesuai kebutuhan. Hasil evaluasi terhadap proses nilai berhasil, apabila tolok ukur tersebut terbukti adanya yang dilengkapi dengan agenda pertemuan, daftar hadir dan notulen hasil pertemuan.

Indikator Output

Tolok ukur keberhasilan output dapat diukur dari indikator sebagai berikut: Jumlah kegiatan yang dikerjakan oleh institusi terkait sesuai dengan kesepakatan peran masing-masing institusi. Hasil evaluasi terhadap output dinilai berhasil, apabila tolok ukur tersebut diatas terbukti ada.

Indikator Outcome

Tolok ukur keberhasilan outcome adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian karena penyakit.

3.8 Kemitraan Kesehatan Lintas Sektor dan Organisasi

Landasan hukum pelaksanaan kemitraan kesehatan adalah Undang-undang No. 23 tahun 1992 pasal 5, pasal 8, pasal 65, pasal 66, pasal 71 dan pasal 72. Berikut ini penjelasannya:

Tabel 3.8 Pasal-pasal dalam UU No. 23/1992 yang Terkait dengan Kemitraan

Pasal	Uraian
5	Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungannya
8	Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin.
65	(1) Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat (2) Pemerintah membantu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, terutama upaya kesehatan bagi masyarakat rentan
71	(1) Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya. (2) Pemerintah membina, mendorong, dan menggerakkan swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan agar dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna. (3) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara peran serta masyarakat di bidang kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.
72	(1) Peran serta masyarakat untuk memberikan pertimbangan dalam ikut menentukan kebijaksanaan pemerintah pada penyelenggaraan kesehatan dapat dilakukan melalui Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional, yang beranggotakan tokoh masyarakat dan pakar lainnya. (2) Ketentuan mengenai pembentukan, tugas pokok, fungsi, dan tata kerja Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional ditetapkan dengan Keputusan Presiden.

Dalam sektor kesehatan, WHO (1998) mendeskripsikan kemitraan kesehatan sebagai berikut: *"Bring together a set of actors for the common goal of improving*

the health of populations based on mutually agreed roles and principles”. Kemitraan dalam upaya kesehatan (*partnership for health*) adalah kebersamaan dari sejumlah pelaku untuk mencapai tujuan yang sama, yaitu meningkatkan kesehatan masyarakat yang didasarkan atas kesepakatan tentang peranan dan prinsip masing-masing pihak. Dalam membina kemitraan harus ada aktor-aktor yang berperan, yaitu dalam hal ini mitra. Adapun mitra yang dibangun dapat berasal dari pemerintah dan non pemerintah. Dapat juga dari sektor kesehatan dan non-kesehatan. Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan harus menghormati nilai-nilai universal yaitu:

- a. Hak asasi manusia
- b. Keamanan Kesehatan
- c. Keadilan dalam Kesehatan
- d. Keamanan Individu

Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan perlu menerapkan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi masing-masing (struktur)
- b. Saling memahami kemampuan masing-masing (*capacity*)
- c. Saling menghubungi dan berkomunikasi (*linkage*)
- d. Saling mendekati (*proximity*)
- e. Saling sedia membantu dan dibantu (*openness*)
- f. Saling mendorong (*sinergy*)
- g. Saling menghargai (*reward*)

Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan perlu menerapkan etika kemitraan sebagai berikut:

1. Kedua belah pihak saling menghormati, saling menghargai dan mentaati kesepakatan yang telah dibuat bersama;
2. Kedua belah pihak mengadakan kemitraan secara terbuka dan bertindak proaktif untuk membahas kemajuan dan permasalahan;
3. Kedua belah pihak menghargai hasil kerja mitranya dan melindungi hak cipta;
4. Kedua belah pihak memenuhi hak dan kewajibannya sesuai jadwal waktu;
5. Kedua belah pihak melakukan kegiatan sesuai aturan dan perundangan yang berlaku;

6. Kedua belah pihak tidak mencampuri urusan internal organisasi masing-masing;
7. Kedua belah pihak mengutamakan musyawarah dan mufakat dalam menyelesaikan masalah secara bersama.

3.9 Sifat Kemitraan

1. *Insidental*; sifat kerja sesuai dengan kebutuhan sesaat, misalnya peringatan hari AIDS
2. Jangka pendek; pelaksanaan proyek dalam kurun waktu tertentu
3. Jangka panjang; pelaksanaan program tertentu misalnya; pemberantasan TB paru dll

Untuk mengadakan kegiatan yang sifatnya bermitra, kriteria LSM/Ormas/Lembaga Profesi adalah:

- Organisasinya jelas.
- Administrasi
- Personalia
- Memiliki daerah/wilayah kerja
- Memiliki program kegiatan yang jelas
- Memiliki program kerja minimal 2 tahun

3.10 Pengembangan dalam Kemitraan

Enam langkah pengembangan, meliputi:

1. Penjajakan atau persiapan
2. Penyamaan persepsi
3. Pengaturan peran
4. Komunikasi intensif
5. Melakukan kegiatan
6. Melakukan pemantauan & penilaian

Menurut Notoadmodjo (2007), dalam pengembangan kemitraan di bidang kesehatan terdapat tiga institusi kunci organisasi atau unsur pokok yang terlibat

di dalamnya, yaitu:

1. Unsur pemerintah, yang terdiri dari berbagai sektor pemerintah yang terkait dengan kesehatan, antara lain; kesehatan sebagai sektor kunci, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industri dan perdagangan, agama, dan sebagainya.
2. Unsur swasta atau dunia usaha (*private sektor*) atau kalangan bisnis, yaitu dari kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin berbagai perusahaan.
3. Unsur organisasi non-pemerintah atau *non-government organization* (NGO), meliputi dua unsur penting yaitu Lembaga swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Masyarakat (ORMAS) termasuk yayasan di bidang kesehatan.

Pengembangan kemitraan di bidang kesehatan secara konsep terdiri 3 tahap yaitu tahap pertama adalah kemitraan lintas program di lingkungan sektor kesehatan sendiri, tahap kedua kemitraan lintas sektor di lingkungan institusi pemerintah dan yang tahap ketiga adalah membangun kemitraan yang lebih luas, lintas program, lintas sektor (Promosi kesehatan Departemen kesehatan Republik Indonesia).

Lintas sektor melibatkan dinas dan orang-orang di luar sektor kesehatan merupakan usaha bersama mempengaruhi faktor yang secara langsung atau tidak langsung terhadap kesehatan manusia. Kerjasama tidak hanya dalam proposal pengesahan, tetapi juga ikut serta mendefinisikan masalah, prioritas kebutuhan, pengumpulan dan interpretasi informasi, serta mengevaluasi. Lintas sektor kesehatan merupakan hubungan yang dikenali antara bagian atau bagian-bagian dari sektor-sektor berbeda, dibentuk untuk mengambil tindakan pada suatu masalah agar hasil atau hasil antara kesehatan tercapai dengan cara yang lebih efektif, berkelanjutan atau efisien dibanding sektor kesehatan bertindak sendiri (WHO, 1998).

Prinsip kerjasama lintas sektor melalui pertalian dengan program di dalam dan di luar sektor kesehatan untuk mencapai kesadaran yang lebih besar tentang

konsekuensi kesehatan dari keputusan kebijakan dan praktek organisasi sektor-sektor yang berbeda. Untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan kerja sama lintas sektor yang mantap. Demikian pula optimalisasi pembangunan berwawasan kesehatan yang mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, menuntut adanya penggalangan kemitraan lintas sektor dan segenap potensi bangsa. Kebijakan dan pelaksanaan pembangunan sektor lain perlu memperhatikan dampak dan mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan. Untuk itu upaya sosialisasi masalah-masalah dan upaya pembangunan kesehatan kepada sektor lain perlu dilakukan secara intensif dan berkesinambungan. Kerjasama lintas sektor harus dilakukan sejak perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian, sampai pada pengawasan dan penilaiannya.

Daftar Acuan:

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia No 72 Tahun 2012 tentang *Sistem Kesehatan Nasional*
2. Undang-Undang Republik Indonesia No 36 tahun 2014 tentang *Tenaga Kesehatan*
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Rencana Program Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut*. Jakarta. 2012
4. Rina Sari. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta. 2019
5. Kuswidanti. *Gambaran Kemitraan dan Organisasi di Bidang Kesehatan*. Diunduh dari: www.lontar.ui.ac.id. Diakses tanggal 5 Oktober 2011

RIWAYAT PENYUNTING



Irma Binarti, drg., MARS

Irma Binarti., drg., MARS. adalah staf pengajar Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat dan Pencegahan FKG Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama), merupakan lulusan Dokter Gigi dari FKG Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama) dan Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Respati Indonesia. Saat ini Beliau menjabat sebagai Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan di RSGM FKG Universitas Prof.Dr. Moestopo (Beragama). Beliau merupakan anggota yang aktif pada keanggotaan profesi yaitu pada IPKESGIMI (Ikatan Peminatan Kesehatan Gigi Masyarakat Indonesia), PDGI (Persatuan 96 Dokter Gigi Indonesia) dan ARSGMPI (Asosiasi Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan Indonesia).



Annisa Septalita, drg., M.Kes

Annisa Septalita., drg., M. Kes. adalah staf pengajar Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat dan Pencegahan FKG Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama), merupakan lulusan Dokter Gigi dari FKG Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama) dan Magister Ilmu Kedokteran Gigi Komunitas dan Pencegahan FKG Universitas Indonesia. Saat ini Beliau menjabat sebagai Sekretaris Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat dan Pencegahan FKG Universitas Prof.Dr. Moestopo (Beragama) dan sebagai pengurus Jurnal Ilmiah dan Teknologi Kedokteran Gigi (JITEKGI). Beliau merupakan anggota yang aktif pada keanggotaan profesi yaitu pada IPKESGIMI (Ikatan Peminatan Kesehatan Gigi Masyarakat Indonesia), PDGI (Persatuan Dokter Gigi Indonesia) dan ADI (Asosiasi Dosen Indonesia).



Penerbit :
Moestopo Publihiing
Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)
Jl. Hang Lekir 1/8 Jakarta Pusat